

UDKAST tirsdag den 23. oktober

Kronisk sygdom -
Mål og handleplan
for en forbedret
indsats

November 2007

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning	5
1.1 Planens opbygning	5
1.2 Afgrænsning	5
1.3 Begreber	6
1.4 Relation til eksisterende tiltag	7
1.5 Referencer.....	7
2.0 Kroniske udfordringer	8
2.1 Hvad er en kronisk sygdom?.....	8
2.2 Udvikling i sygdomsmønstret	9
2.3 Kvalitetsproblematikken	13
2.4 Referencer.....	16
3.0 Hvad betyder en ændret kronikerindsats i Region Midtjylland?	17
3.1 Kronikermodellen	17
3.2 Kaiser Permanente	18
3.3 Hvad betyder en ændret kronikerindsats for patient og sundhedsvæsen.....	20
4.0 Konkrete tiltag	28
4.1 Identificering af indsatsområder	31
4.2 Kronikerprogrammer i Region Midtjylland	35
4.3 Patientuddannelse	41
4.4 Forløbskoordinering	47
4.5 Kliniske farmaceuter i almen praksis.....	52
4.6 Smertebehandlingstilbud	55
4.7 Selvmonitoreret og selvstyret behandling	57
4.8 Etablering af web-baserede patientnetværk	62
4.9 Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra hospital.....	65
4.10 Forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler.....	68
4.11 Økonomiske incitamentter i sundhedsvæsenet	71
4.12 Fælles forståelse og fælles mål for kronikerindsatsen	75
Bilag 1: Funktionsevnebegrebet og ICF referencerammen	79
Bilag 2: Kronikermodellen	81
Bilag 3: Ressourcer og økonomi	88

1.0 Indledning

Region Midtjylland har som mål at **bedre sundheden og livskvaliteten** for borgere med kroniske lidelser ved at styrke den samlede indsats for disse borgere gennem en forbedret forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsats. Samtidig er det et mål i videst mulig omfang at forebygge kroniske sygdomme, før de opstår. Alt sammen ud fra et ønske om at forøge antallet af forventede gode leveår for borgerne i Region Midtjylland.

Dette er baggrunden for, at *Det midlertidige udvalg vedr. Primær Sundhed* i Region Midtjylland har igangsat arbejdet med denne mål og handleplan for en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser. De konkrete initiativer i planen skal ses med udgangspunkt i denne overordnede målsætning.

I forlængelse heraf er det hensigten, at man via denne indsats på længere sigt kan påvirke forbruget af sundhedsydelser for den enkelte borger med kronisk sygdom. Det er også hensigten, at man via bedre samarbejde og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet kan opnå en bedre ressourceudnyttelse i det samlede sundhedsvæsen.

1.1 Planens opbygning

Planen er opbygget med en indledende diskussion af, hvad der karakteriserer kroniske sygdomme. Som det vil fremgå, opstilles der ikke nogen fuldkommen liste over de kroniske lidelser, der er omfattet af indsatsen.

Herefter beskrives og diskuteres en række af de udfordringer, der kan identificeres i forhold til indsatsen for borgere med kroniske lidelser, og med udgangspunkt heri præsenteres rammen for en ændret indsats, og det diskuteres hvilke konsekvenser, det forventes at indebære for det regionale sundhedsvæsen.

På baggrund heraf opstilles herefter en række tiltag og projekter, fx de såkaldte kronikerprogrammer, men også en række mere generelle tiltag hvis formål er at påvirke holdninger og arbejdsformer hos både ledere og medarbejdere i det samlede sundhedsvæsen.

1.2 Afgrænsning

De sygdomme, der behandles inden for det psykiatriske område er ikke med i denne mål og handleplan. Der arbejdes i andet regi med kvalitetsudvikling inden for

psykiatrien. Der kan dog hentes væsentlig inspiration fra psykiatrien, hvor man gennem flere år har arbejdet med patientuddannelse, inddragelse af pårørende og lignende.

Derudover er børn ikke behandlet som en specifik målgruppe. Kroniske lidelser findes overvejende blandt voksne og især ældre mennesker, og derfor vil de fleste tiltag i denne plan rette sig mod disse grupper.

Det er dog særdeles vigtigt, at fokusere på børn som en specifik målgruppe i forbindelse med forebyggelse. Derfor vil indsatsen i forhold til børn blive et særligt prioriteret område i revisionen af sundhedsaftalerne, hvor der parallelt med en særlig aftale på kronikerområdet arbejdes med en særlig aftale på børneområdet.

1.3 Begreber

I planen er der taget udgangspunkt i den terminologi, som Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet har godkendt i forhold til forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed (2).

I det omfang, det har været meningsfuldt, er betegnelsen *borger med kronisk sygdom* valgt, da indsatsen foregår hos både hospitaler, praktiserende læger og kommuner – og hos borgeren (patienten) selv.

Når sundhedsvæsenet omtales i denne plan, defineres det som de institutioner og sundhedsprofessionelle, som borgere med en kronisk lidelse er i kontakt med i forbindelse med deres sygdom – fx både hospitaler, praktiserende læger og kommuner. En forbedret indsats i forhold til borgere med kroniske lidelser kan dog i mange tilfælde med fordel omfatte mere end sundhedsvæsenet – fx det sociale område.

Der har hidtil været fokuseret meget på risikofaktorer og den enkeltes livsstil som medvirkende til de såkaldte livsstilssygdomme. Man kan argumentere for, at denne betegnelse signalerer, at sundhed blot er et personligt valg, og forebyggelse derfor primært bør handle om at informere borgerne om, at de bør vælge en sundere livsstil. Som det redegøres for i et debatoplæg fra Huset Mandag Morgen er det mere konstruktivt at anskue det som civilisationssygdomme, der er frembragt af vores civilisations lette tilgængelighed til de risikofaktorer, der medfører de pågældende

sygdomme. På den måde signalerer begrebet samtidig, at samfundet, sammen med det enkelte individ, har et ansvar for at tage fat på problemerne (1). Kommunerne har her en vigtig rolle i forhold til en mere generel sundhedsfremmende indsats, fx gennem de kommunale politikker på området.

1.4 Relation til eksisterende tiltag

Der arbejdes allerede i dag med flere generelle kvalitetsinitiativer. Af disse kan blandt andet nævnes *Region Midtjyllands kvalitetsstrategi på sundhedsområdet*, *Det Nationale Indikator Projekt (NIP)* og *Den Danske Kvalitetsmodel*. Det er en grundlæggende forudsætning for implementeringen af en ændret kronikerindsats, at der trækkes på de systemer og strategier, der allerede arbejdes med i sundhedsvæsenet – for ikke at opbygge nye systemer og dermed belaste sundhedsvæsenet yderligere.

Derudover skal den styrkede kronikerindsats ses i sammenhæng med en række andre tiltag på sundhedsområdet, som eksempelvis den nye akutplan for Region Midtjylland. Her er et af fokusområderne at styrke den sub-akutte/planlagte behandlingsindsats for derved at mindske antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser – et mål, der også kan findes i flere af de konkrete initiativer i denne mål og handleplan.

Der er et stigende fokus på ulighed i sundhed, blandt andet fordi uligheden i sundhed er voksende i Danmark. I Region Midtjylland arbejdes med at mindske uligheden i sundhed – blandt andet gennem sundhedsaftalerne. En styrket kronikerindsats kan også medvirke til at mindske uligheden. Centralt i en ændret indsats bliver, at den enkelte borger med kronisk sygdom skal ses som et individuelt menneske med egne kendetegn i form af personlige ressourcer og følger efter de belastninger, som livet giver. Ved tilrettelæggelsen af de enkelte tiltag er det centralt, at der indbygges en differentieret indsats, så tilbudene målrettes den enkelte borgers behov og ressourcer – med øje for, at ikke alle har behov for de samme tilbud. Der skal både fokuseres på behandlingen af det enkelte individ og på at tage hånd om udfordringerne på samfundsniveau.

1.5 Referencer

1. Sundhedsstyrelsen (2005), *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*.
2. Huset Mandag Morgen (2006), *Er sundhed et personligt valg? – et debat oplæg om forebyggelse i Danmark*.

2.0 Kroniske udfordringer

I dette afsnit beskrives først, hvad der kendetegner en kronisk sygdom. Herefter diskuteres det hvilke konkrete lidelser, der kan karakteriseres som kroniske. Med udgangspunkt i udviklingen af sygdomsmønstret opstilles der herefter en række konkrete problemstillinger i forhold til indsatsen for borgere med kroniske lidelser.

2.1 Hvad er en kronisk sygdom?

Der har gennem de senere år været stigende opmærksomhed på kroniske lidelser, både i sundhedsvæsenet og i samfundet generelt. Det til trods er begrebets egentlige indhold forbundet med en vis uklarhed.

Sundhedsstyrelsen definerer kronisk sygdom som kendetegnet ved at (1):

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

Hvilke lidelser, dette omfatter, varierer afhængigt af fokus. WHO arbejder med fem kroniske sygdomme, mens der i regeringens folkesundhedsprogram *Sund hele livet* prioriteres forebyggelse af otte såkaldte folkesygdomme (2,3). Forskellen mellem de to tilgange er, at WHO fokuserer på de potentielt livstruende kroniske lidelser, mens *Sund hele livet* også tager nogle af de kroniske lidelser med, der ikke er livstruende, men som medfører store begrænsninger i livsudfoldelse og risiko for funktionsnedsættelse.

Følges denne tankegang kan antallet af kroniske lidelser yderligere udvides, hvilket er tilfældet i Region Midtjyllands nyligt offentliggjorte *Hvordan har du det – Sundhedsprofil for region og kommuner* (4). Her arbejdes med 17 kroniske sygdomme, fordi også sygdomme i nervesystem og sanseapparat er omfattet.

I denne mål og handleplan foretages ikke en præcis afgrænsning af hvilke lidelser, der er omfattet af indsatsen. Fokus er dog bredere end blot de potentielt livstruende

lidelser, og valget af indsatsområder bør ske ud fra, hvor behovet for en ændret og forbedret indsats kan identificeres - til gavn for både borgere og samfund.

Kroniske lidelser påvirker individets evne til at håndtere sin dagligdag - det der i ICF termer kaldes *funktionsevnenedsættelse* (jf. bilag 1). Funktionsevne er et overordnet begreb, der dækker over kroppens funktioner og anatomi, samt aktivitet og deltagelse. En af pointerne med dette begreb er, at evnen til at håndtere dagligdagen handler om mere end krop, anatomi og diagnoser. Det betyder eksempelvis, at rehabilitering ikke udelukkende handler om at genoptræne en fysisk funktionsevnenedsættelse, da det ikke nødvendigvis gør personen i stand til at genoptage tidligere aktiviteter og deltagelsesrelationer (jf. bilag 1).

Det er derfor ikke tilstrækkeligt at afgrænse sig til de potentielt livstruende lidelser, ligesom det heller ikke indfanger det centrale, hvis man opstiller en komplet liste over kroniske lidelser. Det centrale er i stedet, at kunne målrette en indsats, så den enkelte borgers behov opfyldes.

2.2 Udvikling i sygdomsmønstret

I den vestlige verden stiger antallet af borgere med kroniske lidelser. Sundhedsstyrelsen anslår, at omkring 1,5 mio. danskere nu lider af en eller flere kroniske sygdomme.

Samtidig har danskerne i sammenligning med andre lande relativt få forventede gode leveår¹. I 1999 var Danmark således blot nummer 28 i en WHO opgørelse over forventede gode leveår i forskellige lande, med et gennemsnit på 69,4 forventede gode leveår. Til sammenligning lå Sverige eksempelvis nummer 4 med et gennemsnit på 73,0 år, mens Norge lå nummer 15 med 71,7 år. Det betyder, at danskerne, i forhold til lande vi normalt sammenligner os med, har færre leveår uden sygdom.

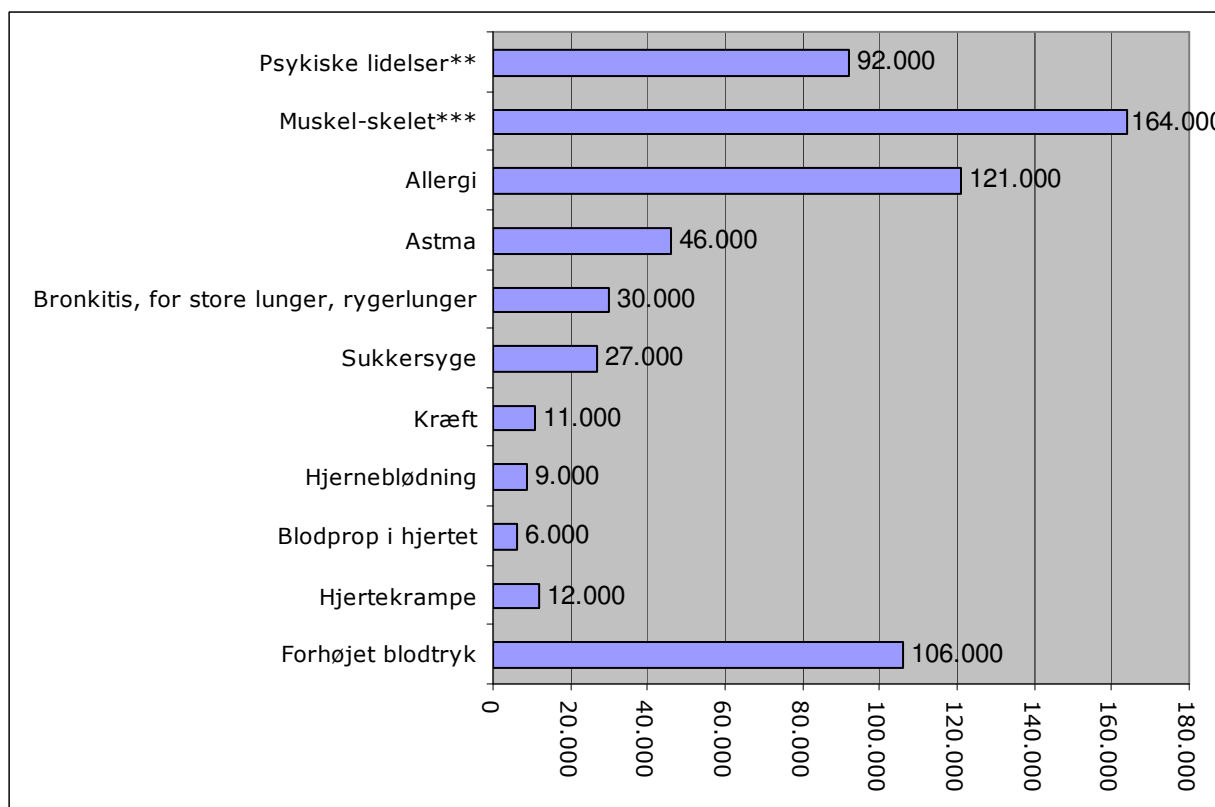
Region Midtjyllands sundhedsprofil *Hvordan har du det* kortlægger sundhedsvaner, sygelighed og trivsel blandt borgere i alderen 25-79 år i regionen og er baseret på ca. 22.000 selvudfyldte spørgeskemaer. Sundhedsprofilen viser bl.a., at omkring 375.000

¹ Forventede gode leveår er her defineret som det antal år det kan forventes, at man lever med, hvad der kan betegnes som "fuldt helbred" (11)

borgere i regionen lider af en eller flere af de 8 folkesygdomme, der behandles i regeringens folkesundhedsprogram.

Fordelingen på tværs af forskellige kroniske lidelser kan ses i tabel 1. Opgørelsen viser eksempelvis, at omkring 164.000 borgere i Region Midtjylland lider af en muskel-skeletlidelse - værende enten slidgigt og leddegigt, knogleskørhed eller diskusprolaps og rygsygdomme. Omkring 30.000 borgere lider af bronkitis, for store lunger eller rygerlunger, mens der er omkring 27.000 diabetikere.

Tabel 1: Forekomsten af kronisk sygdom i Region Midtjylland



Kilde: Hvordan har du det? Region Midtjyllands sundhedsundersøgelse (2006). **Psykiske lidelser dækker her over både psykisk sygdom og mentale forstyrrelser samt forbigående psykiske lidelser. ***Muskel-skelet lidelser består i undersøgelsen af slidgigt og leddegigt, knogleskørhed samt diskusprolaps og rygsygdomme.

Der er forskel på den helbredsbelastning de kroniske lidelser udgør – både på individ- og befolkningsniveau. I sundhedsprofilen er det således også undersøgt, hvor meget

de enkelte kroniske lidelser belaster det enkelte individ med en given kronisk sygdom, samt hvor meget de enkelte sygdomme belaster befolkningens helbred som helhed².

Undersøgelsen er vist i nedenstående tabel 2, hvor 1 er den højeste belastningsgruppe, mens 3 er den laveste belastningsgruppe.

Tabel 2: De mest belastende kroniske lidelser på henholdsvis individ- og befolkningsniveau

	Individniveau*	Befolkningsniveau
1	Hjerneblødning, blodprop i hjernen Vedvarende psykisk sygdom Kræft Diskusprolaps, ryggsygdom Blodprop i hjertet Knogleskørhed	Slidgigt, leddegigt Diskusprolaps, ryggsygdom Migræne eller hyppig hovedpine Forbigående psykiske lidelser Vedvarende psykisk sygdom Astma
2	Slidgigt, leddegigt Bronkitis, for store lunger, rygerlunger Hjertekrampe Diabetes Forbigående psykiske lidelser	Hjerneblødning, blodprop i hjernen Forhøjet blodtryk Bronkitis, for store lunger, rygerlunger Kræft Diabetes
3	Migræne eller hyppig hovedpine Astma Forhøjet blodtryk Tinnitus Grå stær Allergi	Knogleskørhed Tinnitus Blodprop i hjertet Hjertekrampe Allergi Grå stær

Kilde: Hvordan har du det? Region Midtjyllands sundhedsundersøgelse (2006). *Justeret for anden sygdom samt forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau.

² Helbredsbelastningen belyses i sundhedsprofilen ud fra fem spørgsmål: *Hvor mange har et dårligt selvvurderet helbred? Hvor mange er hæmmet af sygdom? Hvor mange er meget hæmmet af sygdom? Hvor mange har brug for hjælp til deres daglige gøremål? Hvor mange har modtaget helbredsbetiget overførselsindkomst inden for det seneste år?* (4).

På befolkningsniveau medtages desuden, hvor mange der har den pågældende sygdom. Sygdomme, der forekommer hyppigt, øger helbredsbelastningen i befolkningen meget, hvis blot en mindre del af de syge har et belastet helbred. Omvendt øger en sygdom, hvor de fleste har et meget belastet helbred, ikke den samlede helbredsbelastning særligt meget, hvis sygdommen forekommer sjældent i befolkningen (4).

Når der justeres for andre sygdomme samt køn, alder og uddannelsesniveau ses det, at de seks sygdomme, der har den største helbredsbelastning på individniveau, er *hjerneblødning, blodprop i hjernen, vedvarende psykisk sygdom, kræft, diskusprolaps, rygsygdom, blodprop i hjertet og knogleskørhed*.

På befolkningsniveau er de sygdomme der belaster mest henholdsvis *slidgigt, leddegigt, diskusprolaps, rygsygdom, migræne eller hyppig hovedpine, forbigående psykiske lidelser, vedvarende psykisk sygdom og astma*. Det er således udelukkende ikke-livstruende lidelser, der udgør den største belastning på befolkningsniveau. Ikke overraskende fylder de livstruende derimod meget på individniveau, hvor fx hjerneblødning, blodprop i hjernen, blodprop i hjertet og kræft udgør en stor helbredsbelastning.

Tablet 3: Multisygdom - Hvor tit optræder de enkelte kroniske sygdomme sammen med andre kroniske sygdomme (co-sygdomme)?

	Antal co-sygdomme				De tre hyppigste co-sygdomme for hver af de 17 sygdomme										
					Slidgigt, leddegigt	Forhøjet blodtryk	Migræne, hyppig hovedpine	Allergi	Diskusprolaps, rygsygdom	Forbigående psykiske lidelser	Tinnitus	Astma	Bronkitis, em-fysem, rygerlunger	Hjertekrampe	
	Ingen	1	2-3	4+											
	----- Pct -----				----- Pct der har sygdommene -----										
Hjerte-kar															
Forhøjet blodtryk	27	30	31	12	34				16		15				
Hjertekrampe	9	16	40	35	40	50			28						
Blodprop i hjertet	7	18	41	35	34	54								43	
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	15	25	36	24	33	45									
Diabetes	17	27	37	18	35	53			16						
Luftveje															
Bronkitis, udvidede lunger, rygerlunger	12	20	42	27	42	29						40			
Astma	14	28	39	19	27			46						28	
Muskel-skelet															
Slidgigt, leddegigt	25	29	34	12		26	19		26						
Knogleskørhed	13	23	40	24	57	27			25						
Diskusprolaps, rygsygdom	21	28	36	14	42	20	23								
Forekomst i hele befolkningen					18	14	14	16	12	10	10	6	4	1,5	

Kilde: Hvordan har du det? Region Midtjyllands sundhedsundersøgelse (2006) (Upublicerede tal)

Den enkelte borger med kronisk sygdom har ofte flere kroniske sygdomme på samme tid. Ovenstående tabel 3 er en opgørelse over antallet af samtidige sygdomme (co-sygdomme) for en række af de mest udbredte kroniske lidelser.

Tabellen viser fx, at kun 17 pct. af dem, der har diabetes, ikke har andre samtidige sygdomme eller lidelser, 27 pct. har 1 anden samtidig sygdom, 37 pct. har 2-3 andre samtidige sygdomme, og 18 pct. har 4 eller flere samtidige, kroniske sygdomme.

Derudover viser tabellen, hvilke samtidige lidelser eller sygdomme, de enkelte patientgrupper ofte lider af. Som eksempel kan nævnes, at forhøjet blodtryk er den hyppigste samtidige lidelse blandt diabetespatienter. Opgørelsen viser, at 53 pct. af alle diabetespatienter i regionen må forventes også at have fået konstateret forhøjet blodtryk.

Kroniske sygdomme forekommer hyppigst i den ældre del af befolkningen, og da antallet af danskere over 65 år vil stige med 400.000 i løbet af de næste 30 år, forventes forekomsten af kroniske lidelser at stige yderligere (5).

Flere af de kroniske sygdomme må betegnes som civilisationssygdomme. Udbredelsen af en række risikofaktorer såsom fysisk inaktivitet, usund kost, rygning og alkohol forstærker væksten i antallet af borgere med kroniske sygdomme. En af konsekvenserne er blandt andet, at de kroniske lidelser i stigende grad også forekommer blandt yngre aldersgrupper, og for eksempel stiger antallet af type 2 diabetikere blandt unge mennesker (6).

2.3 Kvalitetsproblematikken

I de senere år har der været en stigende erkendelse af, at sundhedsvæsenet generelt ikke har tilpasset sig det at skulle behandle kroniske lidelser, og det er efterhånden veldokumenteret, at mulighederne for behandling og rehabilitering ikke udnyttes optimalt. Konsekvensen er, at ikke alle borgere med en kronisk lidelse får en optimal behandlingsindsats (8).

Det er også veldokumenteret, at øget brug af evidensbaserede kliniske retningslinjer og systematisk inddragelse af borgerens egne ressourcer i behandlingen har positive effekter. Organisatoriske ændringer, der understøtter dette, forventes således at give

markante forbedringer i behandlingen af kroniske lidelser (8). Flere af initiativerne i denne plan adresserer dette.

For kroniske lidelser gælder, at der ofte er behov for en vedvarende behandlingsindsats, der trækker på ydelser i det samlede sundhedsvæsen. Det kræver derfor god samordning mellem de forskellige aktører at sikre gode forløb og overgange mellem sektorerne. I dag er der dokumentation for, at denne samordning ikke fungerer optimalt, eksempelvis på grænsefladerne mellem hospitalsafdelinger, mellem hospitals- og praksissektor og mellem sundheds- og socialvæsenet (8,9). Også denne udfordring adresseres i planens initiativer.

Problemstillingen afspejles blandt andet i borgerens oplevelse af sundhedsvæsenet. Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden har nyligt gennemført en undersøgelse af dette område. Undersøgelsen viser blandt andet, at mange borgere med kroniske lidelser savner, at sundhedsvæsenet anlægger, og handler efter, et mere sammenhængende og langsigtet perspektiv på deres sygdom (10).

Mange er tilfredse med den enkelte konsultation hos lægen eller den enkelte indlæggelse på hospitalet, men på tværs af disse enkeltstående møder med sundhedsvæsenet mangler der sammenhæng i indsatsen - til skade for både borgeren og for en rationel ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet (6). Konsekvensen er, at mange borgere med kronisk sygdom oplever, at de selv skal fungere som tovholder i forhold til både behandling, rehabilitering, medicinering og lignende. Det stiller store krav til den enkeltes ressourcer, og i sidste ende kan det medføre, at den borger, der ikke kan overskue sit eget forløb, ikke får de nødvendige tilbud.

Om manglende sammenhæng og at være tovholder på egen sygdom:

I rapporten fra Enheden for Brugerundersøgelser om den kroniske patients møde med sundhedsvæsenet fortæller en mandlig KOL-patient, hvordan han har oplevet at skulle tage ansvar for sit eget behandlingsforløb:

"Der er en ting der undrer mig, og det er, hvorfor sender min[praktiserende] læge ikke det, han observerer om mig med herud [Glostrup Hospital], det gør læger ikke! (...) Så jeg var nødt til at fortælle sygeplejerskerne her forrige fredag, at jeg havde fået konstateret type 2 diabetes, og så også nu, da jeg kom herud igen. Det anede de ikke. Der er kun kontakt ud af det her hus [Glostrup Hospital], men ikke den anden vej. (...) Og det synes jeg virker meget meget underligt, at der ikke er en sammenkobling med, hvad f.eks. min praktiserende læge observerer kontra deres observationer herude. (10)

Den manglende opfølgning og sammenhæng betyder, at mange borgere med kronisk sygdom oplever, at de står meget alene med deres sygdom. Det er særlig problematisk set i lyset af, at mange kronisk syge oplever både psykiske og følelsesmæssige reaktioner som følge af deres lidelser (10).

Som nævnt lider mange borgere af flere sygdomme, hvilket yderligere komplicerer behandlingen og stiller særlige krav til sammenhæng i sundhedsvæsenets indsats. Mange borgere med kronisk sygdom oplever, at deres sygdomme behandles i parallelforløb uden koordination mellem de forskellige behandlinger og tilbud. Det bliver op til borgeren selv at sammenstykke de råd og den vejledning, der modtages i forskellige sammenhænge. For sundhedsvæsenet kan det betyde, at den enkelte borger med kronisk sygdom kan have en unødigt høj kontaktfrekvens (10).

Om de særlige problemer der opstår ved to eller flere samtidige kroniske sygdomme:

I rapporten fra Enheden for Brugerundersøgelser om den kroniske patients møde med sundhedsvæsenet fortæller en kvinde med spiserørsbrok og type-2-diabetes om den manglende sammenhæng i behandlingsindsatsen for hendes to sygdomme:

"Så tænkte jeg: Nå men, jeg skal også passe på med hvad jeg spiser, for jeg har nemlig en anden ting også – jeg har i mange år haft spiserørsbrok, hvor man ikke må spise noget de sidste timer inden man går i seng. Men med sukkersyge skal man faktisk spise noget, inden man går i seng, så det var sådan lidt af en konflikt her, ikke?!" (10)

Undersøgelsen illustrerer desuden, at mange borgere med kronisk sygdom i perioder vil have brug for særlig støtte fra omgivelserne, herunder sundhedsvæsenet. Behovet for behandling og rehabilitering varierer både fra borger til borger og over tid for den enkelte borger med kronisk sygdom, ligesom der er forskel på den enkeltes evner og ressourcer til at håndtere egen sygdom. Der er derfor behov for en mere individuel tilrettelagt indsats.

Sundhedsvæsenet bør derfor anlægge et mere sammenhængende, længerevarende og helhedsorienteret og samtidig individuelt perspektiv på den enkelte borger med kronisk sygdom. En sådan tilgang vil blandt andet i højere grad understøtte højest mulige grad af selvforvaltning hos borgeren og medvirke til at motivere og fastholde varige livsstilsændringer.

Undersøgelsen fra Enheden for Brugerundersøgelser viser også, at tilgængelighed er et nøgleord i forhold til de rehabiliteringstilbud, der gives til borgere med kroniske

sygdomme. Der skal således ved tilrettelæggelsen af de enkelte tilbud bl.a. tages højde for borgernes fysiske, psykiske, økonomiske og sociale situation, ligesom at tilbuddene skal have en vedvarende karakter (jf. afsnit 3.3.2).

Det samlede sundhedsvæsen skal bevæge sig fra i stort omfang at tænke i enkelte episoder til i stedet at indtage en mere proaktiv rolle, hvor det ikke overlades til den enkelte borger med kronisk sygdom at være tovholder på egen sygdom, hvis borgeren ikke kan det. Tilbudene fra sundhedsvæsenet skal samtidig have en længerevarende karakter – ganske som de sygdomme, borgerne med kronisk sygdom må leve med.

2.4 Referencer

1. Sundhedsstyrelsen (2007), *Forløbsprogram for kronisk sygdom – Generisk model*
2. Regeringen (2002), *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10.*
3. WHO (2005), *Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report.*
4. Center for Folkesundhed – Region Midtjylland (2006), *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner.*
5. Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital (2006), *Ambulante kontakter og indlæggelse for udvalgte kroniske sygdomme i Århus, Ringkøbing, Viborg og Nordjyllands amter, Rapport nr. 23.*
6. Huset Mandag Morgen/Innovationsrådet (2007), *Brugernes Sundhedsvæsen – Oplæg til en patientreform.*
7. Huset Mandag Morgen (2006), *Er sundhed et personligt valg? – et debat oplæg om forebyggelse i Danmark.*
8. Sundhedsstyrelsen (2005), *Kronisk Sygdom – Patient, Sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb.*
9. Olesen, Frede & Peter Vedsted (2006), "Kronikermodellen og Risikostratificering" i *Månedsskrift for praktisk lægegerning, april 2006, 84. årgang, s. 357-368.*
10. Enheden for brugerundersøgelser – Region Hovedstaden (2007), *Kroniske syges oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet.*
11. Bureau of Labor Education (2001), *The U.S. Health Care System: Best in the World, or Just the Most Expensive?,* University of Maine.

3.0 Hvad betyder en ændret kronikerindsats i Region Midtjylland?

Region Midtjylland har som nævnt det mål at **bedre sundheden og livskvaliteten** for borgere med kroniske lidelser ved at forbedre den samlede indsats for disse borgere gennem en bedre forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsats. Samtidig er det et mål i videst mulig omfang at forebygge kroniske sygdomme, før de opstår. Alt sammen ud fra et ønske om at forbedre antallet af forventede gode leveår for borgerne i Region Midtjylland.

De nævnte problemstillinger i forhold til indsatsen for borgere med kroniske lidelser er bestemt ikke nye³. Men der er nye forudsætninger for en ændret indsats og bud på nye løsninger – i form af den ændrede opgavedeling på sundhedsområdet og den såkaldte *Chronic Care Model* (kronikermodellen), som Sundhedsstyrelsen anbefaler som udgangspunkt for en forbedret indsats for borgere med kronisk sygdom.

3.1 Kronikermodellen

Denne mål og handleplan tager udgangspunkt i kronikermodellen (jf. bilag 2). Det er ikke planens mål at implementere modellen som sådan. Modellen favner en lang række af de ideer og initiativer, der gennem mange år har været arbejdet med i Danmark i forsøg på at understøtte en mere sammenhængende, patientorienteret og evidensbaseret indsats. Derfor kan modellen give en bedre samlet forståelse af, hvad der kræves i forhold til en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser. Modellen kan derfor bruges som ramme og inspiration.

Modellen fremhæver, at der i samspillet mellem informerede og aktive patienter og velforberejede og proaktive behandlerteams kan foregå en indsats, der er:

- **Patientorienteret:** Der er fokus på patientens behov for omsorg og patientens ressourcer og evne til at tage ansvar for og del i omsorgen for sin sygdom
- **Koordineret**
- **Rettidig og effektiv**
- **Evidensbaseret og sikker**

³ Se eksempelvis Vagn Christensens artikel *Det sundhedspolitiske paradoks* fra 1994.

For at nå frem til disse mål fremhæver modellen, at der bør arbejdes med seks delvist overlappende indsatsområder. Et af de vigtige områder er **egenomsorg/borgerens aktive indsats**. Der er fokus på, at borgeren med kronisk sygdom er aktiv og informeret. En måde at opnå dette er et øget fokus på borgerens evne til egenomsorg. Egenomsorg kan i forhold til borgere med kroniske lidelser betragtes som individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og sociale konsekvenser og adfærdsændringer som følger med at leve med en kronisk sygdom.

Den grundlæggende filosofi i modellen er, at der skal være tale om en forebyggende indsats på alle niveauer; både den borgerrettede indsats, som skal forebygge at folk overhovedet får kronisk sygdom, og den patientrettede, som skal forebygge progression i sygdomme og begrænsning eller udskydelse af eventuelle komplikationer som følge af denne sygdom. I forlængelse heraf er tidlig opsporing af kroniske sygdomme også af central betydning.

I tilrettelæggelsen af indsatsen skal der både tages udgangspunkt i det enkelte individ og i, hvordan behandlingen af den samlede population med en given sygdom kan varetages bedst muligt. Målet er både at forbedre indsatsen for den enkelte borger og for den samlede population med en given kronisk lidelse.

For en yderligere beskrivelse af kronikermodellen henvises til bilag 2.

3.2 Kaiser Permanente

Det at organisere indsatsen efter kronikermodellen har vist sig at kunne give betydeligt forbedrede resultater. Nogle amerikanske sundhedsorganisationer har gjort det, og en af disse, Kaiser Permanente (KP), blev kendt over hele verden i 2002, da en artikel sammenlignede organisationen med det engelske sundhedsvæsen. KP havde et tilsvarende eller højere kvalitetsniveau, et betydeligt lavere forbrug af sengedage (ca. 30 pct.), større patienttilfredshed og omkostninger ca. svarende til de engelske. KP's succes hviler på en omfattende forebyggende indsats gennem systematisk undervisning i egenomsorg og hensigtsmæssig livsstil. Hospitalsbehandling/-indlæggelse betragtes som systemfejl, fordi forebyggelse og patientprogrammer bør mindske behovet for specialistbehandling.

Kaiser Permanentes udgangspunkt er et andet end Region Midtjyllands. For det første er KP et såkaldt integreret system med et samlet budget for hele organisationen. Hvad der i Danmark svarer til indsatsen på hospitalerne, i almen praksis og kommunernes sundhedsopgaver er samlet i et budget i KP. Hele organisationen arbejder efter samme mål; høj patienttilfredshed, lave omkostninger og høj kvalitet. Netop disse fælles mål er vigtige i konkurrencen om de forsikringskunder/medlemmer, som er grundlaget for, at KP overhovedet kan klare sig på det amerikanske sundhedsmarked.

Det integrerede system udmønter sig også i, at KP arbejder med en fælles patientjournal for hele systemet, så fx de praktiserende læger, hospitalslæger og borgeren selv har de samme oplysninger. Det betyder blandt andet, at KP kender deres populationer af patienter med forskellige sygdomme.

KP gør meget ud af at understøtte, at behandlingen hviler på foreliggende klinisk evidens og kalder sig endda førende i evidensbaseret medicin. Der måles og vurderes løbende på kvaliteten, og der er en høj grad af åbenhed omkring resultaterne. Fx er resultaterne for de forskellige lægeklinikker tilgængelige for de øvrige lægeklinikker i den enkelte region.

Samtidig med, at der måles på resultaterne, er der en udbredt vilje til at ændre, understøtte eller justere systemer, som ikke fungerer hensigtsmæssigt. Hvis der er brug for særlig opfølgning i forhold til patienter, etableres sådanne funktioner. For eksempel kontaktes udskrevne patienter få dage efter udskrivelsen af sundhedspersonale, som har særlige erfaringer med netop dette.

Samtidig rummer systemet en række økonomiske og andre incitamenter, som understøtter, at den enkelte læge har fokus på at nå målene for organisationen som helhed og ikke kun målene for den enkelte afdeling eller klinik. Det bliver vigtigt for hver enkelt del af organisationen at hjælpe med til, at det enkelte medlem får den rigtige behandling igennem hele forløbet, ikke kun i en enkelt del af systemet – ellers går det ud over det samlede system.

Til forskel herfra har Danmark et sundhedssystem, som varetages af 3 forskellige parter, praksissektoren, kommunerne og regionen - samt af private sundhedsaktører. Der er fx ingen fælles journal, og det er svært at få et overblik over alle patienter med en given sygdom, fordi patienterne er registreret i forskellige systemer og på forskellig

måde. Der er ikke den samme åbenhed om kvalitetsmålinger og arbejdet med resultaterne. Endelig er de økonomiske incitament primært rettet mod produktivitet i den enkelte enhed (kassetænkning), ikke mod kvalitet og ikke mod, at alle dele af systemet hjælper hinanden med samlet set at varetage den bedste forebyggelse, behandling og rehabilitering.

Et vigtigt aspekt i modellen er, at patienten ses som en ressourceperson og ikke som et problem. I langt det meste af tiden varetager borgeren med kronisk lidelse og pårørende selv mestring og behandling af den kroniske lidelse. Dette bruger KP meget aktivt og arbejder med at understøtte, at patienten kan varetage dette bedst muligt. I det danske sundhedssystem arbejdes også mange steder med at understøtte patientens egenomsorg og dermed at understøtte aktive og informerede patienter. Med udgangspunkt i kronikermodellen vil det være muligt at udvikle og styrke dette arbejde.

3.3 Hvad betyder en ændret kronikerindsats for patient og sundhedsvæsen

Det overordnede mål er som nævnt at **bedre sundheden og livskvaliteten** for borgere med kroniske lidelser ved at forbedre den samlede indsats for disse borgere gennem en bedre forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsats. Samtidig er det et mål i videst mulig omfang at forebygge kroniske sygdomme, før de opstår. Alt sammen ud fra et ønske om at forbedre antallet af forventede gode leveår for borgerne i Region Midtjylland.

3.3.1 Proaktivt og forebyggende

Som nævnt hviler Kaiser Permanentes succes på en omfattende forebyggende indsats blandt andet gennem systematisk undervisning i egenomsorg og hensigtsmæssig livsstil.

Arbejdet med at udvikle et sundhedsvæsen, der i højere grad agerer proaktivt og understøtter egenomsorgen hos borgere med kronisk sygdom, vil nogle steder indebære nye roller til de sundhedsprofessionelle – og dermed et opgør med indgroede vaner og handlemåder.

Der har hidtil været fokuseret meget på risikofaktorer og den enkeltes livsstil som medvirkende til de såkaldte livsstilssygdomme. Betegnelsen livsstilssygdomme signalerer, at sundhed udelukkende er et personligt valg, og forebyggelse derfor

primært bør handle om at informere borgerne om, at de bør vælge en sundere livsstil. Som det redegøres for i et debatoplæg fra Huset Mandag Morgen er det mere konstruktivt at anskue det som civilisationssygdomme, der er frembragt af vores civilisations lette tilgængelighed til de risikofaktorer, der medfører de pågældende sygdomme. På den måde signalerer begrebet samtidigt, at samfundet, sammen med det enkelte individ, har et ansvar for at tage fat på problemerne.

Kommunerne har med den nye sundhedslov fået en langt større rolle på forebyggelsesområdet generelt og i forbindelse med forebyggelse og rehabilitering af kroniske lidelser. Ud over de hidtidige opgaver som hjemmesygepleje og børnetandpleje har kommunerne overtaget ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme samt genoptræning efter hospitalsbehandling, misbrugsområdet og specialiseret tandpleje. Udgifterne til sundhedsområdet er således blevet en forholdsvis tung post i de kommunale budgetter, da kommunerne ud over at finansiere egne sundhedsopgaver skal være med til at finansiere de regionale sundhedsudgifter for kommunens borgere. Derudover har kommunerne en vigtig rolle i forhold til en mere generel sundhedsfremmende indsats gennem de kommunale politikker på området.

Der er store forventninger til, at kommunerne i høj grad vil bidrage til forebyggelsen af kroniske sygdomme gennem borgerrettet forebyggelse. Men også til at kommunerne ved tilrettelæggelsen af deres sundhedsopgaver indarbejder patientrettet forebyggelse for at forebygge progression i sygdomme og begrænsning eller udskydelse af eventuelle komplikationer som følge af denne sygdom.

3.3.2 Egenomsorg

Egenomsorg kan i forhold til borgere med kroniske lidelser betragtes som individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og sociale konsekvenser og adfærd ændringer som følger med at leve med en kronisk sygdom.

En vigtig parameter for en forbedret kronikerindsats er at gøre borgere med kroniske lidelser i stand til i så høj grad som muligt at klare sig selv og at kunne deltage aktivt i samfundslivet. Det er derfor vigtigt til stadighed at understøtte og fremme borgernes evne til egenomsorg både i forhold til banale lidelser, men også fx i forhold til at kunne mestre selv svær sygdom. Det giver både frihed og livskvalitet til borgerne og plads til at kunne målrette indsatsen til de borgere, der har mest brug for det.

Patientuddannelse er et af midlerne til at opnå informerede og aktive patienter, og i en forbedret kronikerindsats spiller patientuddannelse en stor rolle. Det er forventningen, at sygdomsspecifik patientundervisning som udgangspunkt varetages af det regionale sundhedsvæsen. Den sygdomsspecifikke patientundervisning drejer sig oftest om råd og vejledning fra sundhedsprofessionelle for at gøre patienten bedre i stand til at følge den anbefalede medicinske behandling. De væsentligste dele af undervisningen er derfor formidling af viden om sygdom og behandling samt hjælp til konkret problemløsning. Samtidig er det forventningen, at det kommunale sundhedsvæsen varetager den patientundervisning, der går på tværs af diagnose- og patientgrupper. Denne undervisningen kan eksempelvis omfatte initiativer i forhold til kost, rygning, alkohol og motion og indeholder også håndtering af psykologiske og sociale aspekter af tilværelsen med en kronisk sygdom. I visse tilfælde vil det dog også være relevant, at kommunerne varetager sygdomsspecifik undervisning.

Tilgængelighed til relevante tilbud er vigtigt, og fordi kommunerne har en bred vifte af opgaver i forhold til borgerne, bør det være muligt at kunne etablere forebyggende og rehabiliterende tilbud tæt på borgeren.

Tilgængeligheden skal være til stede på mange måder. Der skal være

- **Fysisk tilgængelighed:** Til nogle borgere vil det være nødvendigt at tilbyde transportmuligheder, ledsageordninger og lignende for at sikre, at de kan anvende tilbudet. Andre kan være så dårlige, at træning i hjemmet bør være en mulighed.
- **Økonomisk tilgængelighed:** Det er vigtigt, at de tilbud borgere med kronisk sygdom skal betale for, ikke er for dyre, da der ellers vil være mange, der vil vælge ikke at bruge dem.
- **Social tilgængelighed:** Den enkelte skal kunne se sig selv i det tilbud, der gives. Det er derfor vigtigt, at tilbudene tager udgangspunkt i den enkelte persons situation, så det passer til vedkommendes behov, evner og sociale virkelighed.
- **Vedvarende tilgængelighed:** For at fastholde opnåede livsstilsændringer eller færdigheder er det essentielt, at tilbudene har en vedvarende karakter. Der skal være relevante tilbud i hele sygdoms- og rehabiliteringsforløbet.

- **Informationsmæssig tilgængelighed:** Borgere med kronisk sygdom, pårørende og sundhedspersonale i alle sektorer skal have nemt ved at få overblik over de forskellige tilbud.

3.3.3 Almen praksis

Det er først i de senere år, at der i de praktiserende lægers overenskomst er indbygget direkte muligheder for en meget aktiv forebyggende indsats ud over forebyggelse af livmoderhalskræft, forebyggelse i forbindelse med graviditets- og børneundersøgelser og nogle år med et udviklet administrativt system omkring forebyggelse af hjertekarsygdomme. Tilbage i tiden var praksis baseret på, at de praktiserende læger som udgangspunkt kun måtte behandle de patienter, som henvendte sig til lægen med konkrete helbredsproblemer. Denne tilgang har sat sig spor, som stadig findes i almen praksis, og som gør at nogle læger er tilbageholdende med at tale forebyggende om blandt andet kost, rygning, alkohol og motion.

Hvis borgerne i Region Midtjylland skal have flere forventede gode leveår, skal forebyggelse have en mere central plads i den samlede indsats. Det gælder både den borgerrettede forebyggelse og den patientrettede forebyggelse. Det betyder blandt andet, at alle praktiserende læger skal drøfte rygestop med de patienter, der ryger, og at de øvrige faktorer, som har betydning for et sundt liv, skal på dagsordenen i almen praksis.

Den proaktive tilgang er også central ved behandlingen af borgere, som har udviklet kronisk sygdom. Disse borgere skal understøttes i egenomsorg og forebyggelse af, at sygdommen udvikler sig yderligere.

Der er i øjeblikket mangel på praktiserende læger i visse dele af Danmark, og praktiserende læger fremhæver det meget store arbejdspress i almen praksis. Nogle spørger derfor, om der virkelig er plads til at tage sig af borgere, der ikke er syge, når det nogle steder kniber med at kunne tage sig af syge patienter.

Almen praksis er et centralt omdrejningspunkt i det danske sundhedsvæsen. Alle har mulighed for at gå til deres praktiserende læge uanset økonomisk formåen, og almen praksis varetager selv en meget stor del af den behandling, patienterne har brug for. I denne mål og handleplan er det et væsentligt udgangspunkt, at den alment praktiserende læges nuværende rolle som gatekeeper og visitator fastholdes. Og at det

er den praktiserende læger, der er tovholder, når en borger kommer ind i et sygdomsforløb.

I dag betyder fx lange ventetider til undersøgelser og behandling og forsinkelse på udskrivningsbreve meget ekstraarbejde for almen praksis. Hvis almen praksis skal arbejde mere forebyggende og proaktivt og kunne tage vare på hovedparten af borgerne med kroniske lidelser, skal arbejdsbetingelserne gøre bedre. Det skal være nemmere for almen praksis at varetage de mange forskellige funktioner. Praktiserende læger skal have let adgang til rådgivning fra hospitalslæger og mulighed for at booke tider til undersøgelser på hospitalerne. Hospitalsafdelingerne skal se det som en særlig opgave at understøtte den praktiserende læges arbejde og på den måde lette arbejdet i praksis.

Samtidig skal kapaciteten til at kunne og viljen til at arbejde forebyggende og proaktivt i almen praksis udbygges. Der skal gøres mere brug af praksispersonale, så den praktiserende læge kan frigøres fra nogle af sine opgaver. Et eksempel på dette kunne være brugen af kliniske farmaceuter i almen praksis, af laboranter og af sygeplejersker. Samtidig med øget brug af praksispersonalet, skal dette personale sikres de nødvendige kompetencer.

Mere praksispersonale stiller nye krav til de fysiske rammer i almen praksis. Det må derfor forventes, at der i årene fremover eksperimenteres med nye praksisformer. Måske vil det i nogle tilfælde være hensigtsmæssigt og fleksibelt, at regionen stiller lokaler til rådighed for praksis.

3.3.4 Et integreret system

Det danske sundhedsvæsen er ikke et integreret system med et samlet budget for hele organisationen, og i mange tilfælde modvirker de økonomiske incitamenter, at sundhedsvæsenet tænker sig som ét system.

På trods af dette, er det helt afgørende, at det samlede sundhedsvæsen ser sig selv som et system, hvor hver enkelt del af systemet skal hjælpe med til, at borgerne får den rigtige behandling igennem hele forløbet og ikke kun i en enkelt del af systemet. Hele sundhedsvæsenet, både det kommunale og det regionale, skal have de samme mål: høj patienttilfredshed, lave omkostninger og høj kvalitet – vel at mærke for hele

sundhedsvæsenet. Alle dele af systemet skal hjælpe hinanden med at opfylde disse mål ud fra en tankegang om, at hele systemet ikke er bedre end svageste led.

For at kunne følge kvaliteten af indsatsen er det vigtigt løbende at måle og vurdere kvaliteten. I det danske sundhedsvæsen har der hidtil ikke været den samme åbenhed om resultaterne som fx hos Kaiser Permanente, men arbejdet med patientforløb, kronikerprogrammer, den danske model og NIP er skridt i den retning. Samtidig med, at der måles og benchmarkes, må den enkelte enhed i sundhedsvæsenet være rede til at opgive noget af metodefriheden. Hvis man samlet set i regionen er blevet enige om nogle standarder for et givet patientforløb, vil den enkelte enhed skulle være rede til at arbejde for at nå disse fælles standarder.

Det, at alle dele af sundhedsvæsen skal se sig selv som et samlet system betyder også, at den enkelte behandlende enhed, det være sig en hospitalsafdeling, en kommune eller en lægepraksis, både skal have en individbaseret tilgang og en populationsbaseret tilgang. En hospitalsafdeling, som behandler diabetespatienter, skal derfor ikke kun tilrettelægge afdelingens indsats i forhold til de patienter, som afdelingen får henvist. En hospitalsafdeling er en højt specialiseret og en knap ressource, og det er vigtigt at anvende den på den rigtige måde. Afdelingen skal derfor også vide hvor mange diabetikere, der er i det relevante geografiske område, og hvordan de fordeler sig på grupperne i kronikerpyramiden (jf. bilag 2). På den måde kan afdelingen tilrettelægge sin indsats, så afdelingens ressourcer bruges på den måde, som er mest hensigtsmæssig i forhold til den samlede population af diabetikere i området. Udover at behandle patienter på afdelingen, betyder det måske også, at afdelingens sygeplejersker kommer til at fungere som konsulenter i forhold til sundhedscentrenes tilbud til diabetikere. Og at afdelingens læger og sygeplejersker ligeledes fungerer som konsulenter i forhold til alment praktiserende læger. Samtidig skal de praktiserende læger og sundhedscentrene selvfølgelig også tilrettelægge deres indsats, så det harmonerer med de samlede mål for diabetesbehandlingen og med den aftalte arbejdsdeling.

En af forhindringerne for et integreret system er de adskilte journalsystemer. Kommunerne, praksissektor og hospitaler har hver deres journalsystemer, som dog i de fleste tilfælde kan sende og modtage meddelelser fra hinanden. Men de adskilte systemer gør det meget vanskeligt at få et samlet overblik over patientpopulationerne og sygdomstilstande og vanskeligt at udveksle tidstro oplysninger om behandlingen.

En ideel løsning er et fælles journalsystem for de 3 sektorer med adgang til de principielt samme data måske blot med forskellige brugergrænseflader. En sådan løsning er dog ikke umiddelbart tilgængelig. Som en knap så ideel løsning arbejdes der derfor på at etablere sygdomsregistre for kroniske sygdomme i regionen.

Alt kan ikke – og skal ikke – beskrives i standarder, programmer og retningslinier. Det er derfor vigtigt, at der samarbejdes og koordineres på tværs af sektorerne, og at der udvikles fælles visioner og kulturer både internt i og på tværs af de forskellige dele af sundhedsvæsenet. Det bliver en endog stor udfordring at få fælles visioner og en fælles kultur til at være en del af rygraden i det regionale sundhedsvæsen, i kommunerne i regionen og i praksissektoren.

3.3.5 Hvad betyder det for borgerne?

Alle de foreslåede ændringer og konkrete initiativer, som kommer i afsnit 4, har et formål – at forbedre indsatsen for både den enkelte og for den samlede gruppe af borgere med kronisk sygdom.

Borgeren er i høj grad omdrejningspunktet i kronikermodellen. Modellen forsøger at beskrive, hvordan systemet bedst muligt kan imødekomme behovene for forebyggelse, behandling og rehabilitering hos både den enkelte og gruppen af borgere med kronisk sygdom som helhed.

Forhåbentlig betyder indsatsen, at den enkelte borger vil føle sig taget alvorligt af systemet og mærke, at systemet arbejder for at hjælpe og støtte ham/hende mest muligt. At systemet er til for borgeren og ikke omvendt, og at borgeren føler sig velkommen.

At systemet er til for borgeren betyder også, at borgeren jævnligt vil blive bedt om at vurdere systemet fx via spørgeskemaer. Her spørges der både ind til selve behandlingen, men også til om borgeren føler sig behandlet høfligt og respektfuldt, bliver lyttet til og føler sig forstået, får forklaret tingene på en forståelig måde og får den nødvendige tid.

Samtidig vil alle borgere i Region Midtjylland også opleve, at forebyggelse prioriteres meget højt. Både den forebyggelse som systemerne kan stå for, fx etablering af mulighed for bevægelse i hverdagen eller indkaldelse til forebyggende undersøgelser,

men også den forebyggelse, som den enkelte borger selv er ansvarlig for. Borgerne modtager derfor løbende information og tilbud om forebyggelse i form af kurser eller råd og vejledning til en sundere hverdag. Og når borgeren henvender sig til systemet, bliver spørgsmål om forebyggelse taget lige så alvorligt som spørgsmål om behandling.

Borgeren med kronisk sygdom vil også opleve, at forebyggelse er et nøgleord. Her drejer det sig også om forebyggelse af progression i sygdommen og begrænsning eller udskydelse af eventuelle komplikationer som følge af sygdom. Borgeren vil blive indkaldt til jævnlige undersøgelser for at borgeren og sundhedsvæsenet kan følge, hvordan sygdommen udvikler sig. Hvis der fx er brug for ændringer i behandlingen eller særlige indsatser eller støtteforanstaltninger, vil der blive taget hånd om det. Borgeren vil jævnligt blive spurgt, om han/hun har det, der skal til for at kunne tage vare om sygdom og hverdag og dermed for at kunne udøve den bedst mulige egenomsorg. Der vil derfor være mange sundhedstilbud for borgeren med kronisk sygdom – både kurser, hvor borgeren og de pårørende kan få mere information om sygdommen og behandlingen, men også fx tilbud om rygeafvænning, det at mestre kronisk sygdom og om bevægelse. Desuden vil borgeren have nem adgang til viden om indholdet i og hvor og hvornår kurserne foregår.

Den praktiserende læge vil ikke længere være placeret i en lille klinik med vedkommende selv og en halvtids sekretær. Praksis vil i stedet være en større klinik med mange læger og mange andre faggrupper, fx farmaceuter, diætister, laboranter og sundhedsplejersker. Til nogle af (kontrol)besøgene vil borgeren ikke møde lægen, men en af de øvrige i klinikken. Hvis borgeren har et helbredsproblem, som den praktiserende læge skønner, skal udredes af en hospitalsafdeling, kan lægen konsultere en hospitalslæge umiddelbart eller booke tid til borgeren, hvis der er behov for det. Er der brug for udredning og behandling her og nu, kan det sættes i værk.

Borgere med kronisk sygdom vil leve længere og bedre med deres sygdom.

4.0 Konkrete tiltag

I dette afsnit præsenteres en række konkrete initiativer som søger at imødekomme nogle af de problemstillinger, der er nævnt i foregående afsnit. Alle initiativer relaterer sig til det overordnede mål med planen - at forbedre sundheden og livskvaliteten for borgere med kroniske lidelser i Region Midtjylland.

Der er enten tale om initiativer, hvor der udvikles nye tiltag for en bestemt gruppe af kroniske sygdomme, eller initiativer der potentielt set kan komme alle grupper af kronisk syge til gode, jf. tabel 4.

Tabel 4: Oversigt over initiativer

Generelle tiltag for alle kroniske lidelser	Tiltag for specifikke kroniske lidelser
<ul style="list-style-type: none">• Identificering af indsatsområder• Patientuddannelse• Selvmonitoreret og selvstyret behandling• Web-baserede patientnetværk• Opfølgende hjemmebesøg• Forebyggende helbredsundersøgelser og - samtaler• Arbejdet med hensigtsmæssige økonomiske incitament i hospitalssektoren• Arbejdet med fælles forståelse og fælles mål for indsatsen• Forløbskoordination på hospitaler og i kommuner• Kliniske farmaceuter i almen praksis• Smertebehandling	<ul style="list-style-type: none">• Kronikerprogrammer for:<ul style="list-style-type: none">○ Diabetes○ KOL○ Hjertekarsygdom• Specifik patientuddannelse

Det gælder dog for flere af de tiltag, der grundlæggende relaterer sig til hele gruppen af kronisk syge borgere, at det ofte vil være nødvendigt at afprøve nye metoder i forhold til en afgrænset gruppe. Eksempelvis arbejder Region Midtjylland i øjeblikket

på at afprøve et web-baseret patientnetværk for KOL-patienter. Viser dette projekt, at et web-baseret patientnetværk har den forventede positive effekt for borgere med kroniske lidelser er det således tanken, at det udbredes til andre grupper af borgere med kroniske lidelser.

Initiativerne varierer desuden, idet nogle af initiativerne har til formål direkte at påvirke det sundhedsfaglige arbejde eller patienternes egenomsorg, som eksempelvis kronikerprogrammerne og arbejdet med patientuddannelse, mens andre har til formål at understøtte en ændret indsats mere generelt fx ved at påvirke holdninger og værdier i sundhedsvæsenet eller via økonomiske incitament.

Nogle af initiativerne er allerede igangsat, nogle kan umiddelbart igangsættes, mens det for andre initiativer gælder, at det skal undersøges nærmere om og i hvilken form, de eventuelt kan igangsættes i Region Midtjylland. Sidstnævnte er eksempelvis tilfældet i forhold til projekterne om opfølgende hjemmebesøg og forebyggende helbredssamtaler. Det betyder samtidig, at de opstillede mål for de enkelte initiativer vil være meget forskellige.

Rækken af initiativer er ikke tænkt som en udtømmende liste over projekter, der kan forbedre indsatsen for borgere med kroniske lidelser i regionen. I det videre arbejde vil der dukke en række initiativer og projekter op, som også vil kunne være en del af kronikerindsatsen. Disse initiativer skal vurderes løbende. Det skal også understreges, at der ikke er tale om udførlige projektbeskrivelser.

4.0.1 Sundhedsaftalerne

Det danske sundhedsvæsen er ikke blevet mere integreret af, at kommunerne har fået flere opgaver på sundhedsområdet og ikke mindst en større rolle i indsatsen for borgere med kronisk sygdom. Kommunerne har nu ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og den patientrettede forebyggelse, som finder sted uden for hospitaler og almen praksis. Regionerne skal varetage den patientrettede forebyggelse på hospitaler og i praksissektoren. Samtidig skal kommunerne medfinansiere en del af udgifterne i det regionale sundhedsvæsen, både gennem grundbidraget og gennem aktivitetsbaserede udgifter.

Der er således tale om en ny opgavedeling mellem kommuner og region, og kommunernes rolle i indsatsen for borgere med kronisk sygdom er blevet større.

Denne ændrede opgavedeling giver nye muligheder og nye udfordringer i forhold til at indrette en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser.

Fokuseres på mulighederne giver den nye opgavedeling mulighed for at gennemføre ændringer i den måde, der arbejdes med forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til kroniske lidelser. Kommunerne har ønsker om incitament til og mulighed for at arbejde med sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, både gennem borgerrettede og patientrettede indsatser; fx via gennemførelse af en sundhedspolitik. Kommunerne har måske også andre og bedre muligheder for blandt andet at imødekomme ønskerne til tilgængelighed i tilbuddene, fordi kommunerne er tæt på borgerne, ikke kun når de er patienter, men også i mange andre sammenhænge. Kommunerne har således en god mulighed for at være med til at understøtte en samlet sundhedsfremmende og forebyggende indsats i det samlede sundhedsvæsen.

Flere af de præsenterede initiativer involverer derfor direkte kommunerne, enten via etablering af nye kommunale tilbud eller flytning af nuværende regionale funktioner - en proces der kræver dialog og samarbejde region og kommuner imellem. Hertil er sundhedsaftalerne en velkendt struktur, hvor nye snitflader og nye tilbud, fx som følge af kronikerprogrammerne, med fordel kan aftales. Derfor vil sundhedsaftalerne og den samarbejdsstruktur, der er bygget op omkring dem, være centrale i forhold til de initiativer i denne mål og handleplan, der relaterer sig til samarbejdet mellem region og kommuner.

I den forbindelse kan det nævnes at, Region Midtjylland og kommunerne i Region Midtjylland, i forbindelse med revisionen af sundhedsaftalerne, ønsker at forbedre og videreudvikle både de obligatoriske og ikke-obligatoriske områder i aftalerne - hvor en særskilt sundhedsaftale for indsatsen for borgere med kroniske lidelser er et eksempel på, hvordan der arbejdes med et ikke-obligatorisk område. Formålet med en aftale på kronikerområdet er blandt andet at sætte yderligere fokus på kronikerindsatsen og at arbejde videre med den nuværende sundhedsaftale for forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse.

4.1 Identificering af indsatsområder

MÅL

Løbende at undersøge sundhedstilstanden, sundhedsvaner, behandlingskvalitet og oplevelser i sundhedsvæsenet i Region Midtjylland, for derved løbende at kunne identificere og vurdere behovet for indsats for borgere med kroniske lidelser.

Som nævnt er det drivende for indsatsen og valget af indsatsområder, hvor behovet for en ændret og forbedret indsats kan identificeres - til gavn for både borgere og samfund. Der er således behov for løbende at vurdere sundhedsvæsenets samlede indsats, for derved at styrke planlægningen og tilrettelæggelsen af forebyggelse, behandling og rehabilitering af borgere med kroniske sygdomme. Dette betyder bl.a., at borgernes sundhedstilstand og sundhedsvaner samt behandlingskvalitet skal monitoreres, og at patienters forventninger, oplevelser og adfærd i sundhedsvæsenet skal undersøges. Befolkningens sundhedstilstand, behandlingskvalitet og brugertilfredshed undersøges flere steder i Region Midtjyllands organisation og i andre institutioner.

Sundhedsprofiler

Udarbejdelsen af sundhedsprofilen *Hvordan har du det?* fra 2006 er første skridt i retning af en systematisk monitorering af sundhedstilstanden i Region Midtjylland. I sundhedsprofilen beskrives blandt andet, hvor mange borgere i alderen 25-79 år der lider af kroniske sygdomme i regionen som helhed og i de enkelte kommuner, og hvordan mennesker med forskellige kroniske sygdomme har det. Derudover beskrives befolkningens sundhedsvaner inden for områderne rygning, alkohol, overvægt, fysisk aktivitet og kost.

Det er på baggrund af data fra *Hvordan har du det?* muligt at foretage dybdegående analyser af de enkelte sygdomsområder, hvilket kan bruges til at designe tilbud til den enkelte gruppe af borgere med kroniske lidelser. Sundhedsprofilen er således et planlægningsværktøj for både region og kommuner, og det er bl.a. på baggrund af denne, at der til at begynde med udvikles og implementeres kronikerprogrammer på

diabetes-, lunge-, og hjerteområdet i Region Midtjylland⁴. Der er samtidig et ønske om at sætte fokus på etniske minoriteters sundhed, hvorfor der for nuværende arbejdes med at udarbejde en særlig sundhedsprofil for etniske minoriteter i Region Midtjylland. For at komplementere sundhedsprofilerne, og derved muliggøre en løbende monitorering af den samlede sundhedstilstand, arbejder Region Midtjylland og de 19 kommuner også på at udarbejde et fælles monitoreringsprogram for børnesundheden i Region Midtjylland.

Sygdomsregistre og folkesundhedsdatabase

Det er vigtigt at have viden om populationens sygdomstilstand for at kunne planlægge den overordnede indsats for en samlet population af borgere med kronisk sygdom. Det er ligeledes vigtigt at have viden om den enkeltes sundhedstilstand, sundhedsadfærd og behandling for at kunne yde den rette indsats til den enkelte. For at understøtte begge perspektiver arbejdes der på at etablere sygdomsregistre for kroniske sygdomme i Region Midtjylland.

I dag opsamles der løbende data i såvel hospitalernes, de praktiserende lægers, sygesikringens og kommunernes registre. Desuden findes data i nationale registre, herunder NIP og de landsdækkende kliniske databaser. Men den enkelte sundhedsprofessionelle har typisk kun adgang til en begrænset mængde af data fra den enkelte borgers patientforløb. Typisk drejer det sig hovedsageligt om data fra den sundhedsprofessionelles egen sektor – med mindre der er blevet sendt data fra mellem systemer fx i form af henvisninger, udskrivningsbreve eller laboratedata. Det betyder, at det kan være svært at få et overblik over forløbet og over indsatsen i de øvrige sektorer.

Formålet med at etablere sygdomsregistre er bl.a. at indsamle data,

- som kan anvendes på tværs af faggrupper og sektorer til at yde en forbedret indsats i forhold til det samlede forløb,
- som patienten selv kan anvende til at få større mulighed for at deltage aktivt i behandling, forebyggelse og rehabilitering og
- som kan bruges til at følge udviklingen i sygdomsmønstre og indsatsen i forhold til grupper af borgere med kronisk sygdom

⁴ Helbredsbelastningen for disse tre sygdomsgrupper er betydelig, både på individ – og befolkningsniveau (jf. tabel 2 afsnit 2.2).

Etablering af sygdomsregistre er således vigtigt for at understøtte en række centrale principper i kronikerprogrammer og den samlede kronikerstrategi, herunder kvalitetssikring, populationsorientering, risikostratificering og proaktivitet.

I regi af kronikerprogramgrupperne er der nedsat en sygdomsregistergruppe, som bl.a. arbejder med at finde frem til eller udvikle en hensigtsmæssig teknisk løsning, som vil kunne muliggøre etableringen af et eller flere sygdomsregistre for kroniske sygdomme. Arbejdsgruppen tager udgangspunkt i NIP diabetes, med henblik på at vurdere om dette arbejde kan danne en platform for etableringen af sygdomsregistre. Der undersøges samtidig andre muligheder, ligesom at der koordineres med andre tiltag på området.

Miljø for Folkesundhed⁵ arbejder fx samtidigt med at udvikle og etablere en folkesundhedsdatabase, som samler en række sundheds-, sociale- og arbejdsmarkedsregistre om hele Danmarks befolkning fra 1990 og frem. Databasen vil gøre det muligt at vurdere en række centrale folkesundhedsvidenskabelige sammenhænge, bl.a. mellem levevilkår, sygdomsforekomst og sundheds- og socialvæsenets karakteristika. Formålet med databasen omfatter bl.a. identifikation af risikogrupper for sygdom og vurderinger af bl.a. konsekvenser af ændringer i udbud, organisation, finansieringsmekanismer og fremskrivninger.

Patienttilfredshedsundersøgelser

For at vurdere sundhedsvæsenets samlede indsats er det ligeledes vigtigt at undersøge den oplevede kvalitet, herunder patienters oplevelser i sundhedsvæsenet. Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland står bag målinger af patienternes tilfredshed på de somatiske afdelinger i Region Midtjylland og på de psykiatriske sengeafsnit i hele landet.

Formålet med disse spørgeskemaundersøgelser er at identificere og sammenligne forskelle i patientoplevelser i forhold til temaer så som kliniske ydelser og patientsikkerhed, patient og personale kontinuitet, medinddragelse og kommunikation, information, behandlingsforløb, udskrivelse, overgange mellem sektorer, fysiske

⁵ Miljø for Folkesundhed består af Center for Folkesundhed, Region Midtjylland og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

rammer, ventetid og frit sygehusvalg. Der arbejdes på at udvide eksisterende patienttilfredshedsundersøgelser med enkelte spørgsmål, som er målrettet indsatsen for borgere med kroniske sygdomme. Eksempelvis kunne disse spørgsmål dreje sig om tilfredshed med patientuddannelse og understøttelse af evnen til at yde egenomsorg.

Region Midtjylland samarbejder også med DSI (Dansk Sundhedsinstitut) om en række projekter målrettet kronikerindsatsen, herunder en antropologisk undersøgelse af den kroniske patient. Formålet med undersøgelsen er at forbedre vor viden om, hvad der udgør sårbarheder og ressourcer for patienter med kroniske sygdomme, for derved at kunne udvikle de rigtige typer af tilbud til disse patienter. Undersøgelser af oplevelser og tilfredshed blandt patienter er således et vigtigt element i en samlet vurdering af sundhedsvæsenets indsats, og kan sammen med forekomstundersøgelser være med til at styrke planlægningen af indsatsen for borgere med kroniske lidelser.

Det er ambitionen, at kronikerindsatsen i Region Midtjylland baseres på undersøgelser af befolkningens eller patientpopulationers sundheds- og sygdomstilstand, sundhedsvaner, viden om behandlingens kvalitet og brugernes oplevelser i sundhedsvæsenet. Samtidig er det vigtigt, at igangsatte initiativer dokumenteres og evalueres for derved at sikre en samlet kronikerindsats af høj kvalitet og med en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

HANDLINGER

- Løbende at udarbejde sundhedsprofiler for voksne i Region Midtjylland
- Igangsætte projekt om monitorering af børnesundheden i Region Midtjylland
- Etablere sygdomsregistre for borgere med kroniske lidelser (kvalitetsmonitorering og videndeling)
- Inddrage patienttilfredshedsundersøgelser og udvide disse med spørgsmål målrettet kronikerindsatsen
- Medvirke i undersøgelser på kronikerområdet

4.2 Kronikerprogrammer i Region Midtjylland

MÅL

At udvikle og implementere kronikerprogrammer for derved at opnå høj kvalitet i indsatsen i hele patientforløbet og en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Indsatsen skal være systematisk og proaktiv, så progression af sygdom, akutte episoder og komplikationer forebygges.

Konkret er målet, at der er udarbejdet kronikerprogrammer inden for diabetes, KOL og hjertekarsygdom inden udgangen af 2008, og at implementeringen af 2 af de 3 programmer er påbegyndt. På længere sigt skal der udvikles og implementeres kronikerprogrammer på andre sygdomsområder.

Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme (kronikerprogrammer) er en konkret måde, hvorpå Region Midtjylland arbejder med kronikermodellens principper og indsatsområder (jf. bilag 2). Kronikerprogrammer er således et centralt element i en forbedret kronikerindsats, da mange af de beskrevne udfordringer kan imødekommes, ved at udvikle og implementere kronikerprogrammer.

Et kronikerprogram kan defineres som den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom. Kronikerprogrammet skal sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter. Kronikerprogrammet skal ligeledes sigte på at opnå en høj kvalitet i indsatsen i hele forløbet og en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

I forhold til tidligere initiativer (fx patientforløbsbeskrivelser eller referenceprogrammer) fokuseres der således i udviklingen af kronikerprogrammer særligt på en kontinuerlig indsats, på tværs af hospital, kommune og praksis. I øvrigt lægges der vægt på at understøtte borgere med kronisk sygdom i at udøve egenomsorg og mestre livet med kronisk sygdom.

Kronikerprogrammer beskriver også en populationsorienteret indsats, idet programmet omfatter hele populationen af patienter med en given sygdom og definerer indsatsen til subpopulationer med behov for en særlig indsats, ofte illustreret ved kronikerpyramiden (jf. bilag 2). Sigtet er altså at forbedre indsatsen i forhold til den

samlede population med en given sygdom og samtidig sikre en optimal og individuelt tilpasset indsats til den enkelte patient.

Sundhedsstyrelsen har udviklet en såkaldt generisk model med det formål at give en vejledende beskrivelse af indholdet i et kronikerprogram (1). Denne model kan tjene som en form for tjekliste i forhold til udarbejdelsen og implementeringen af konkrete kronikerprogrammer. Det fremhæves, at der i forbindelse med et kronikerprogram vil være en række centrale elementer, der skal afklares:

- Fastlæggelse og identificering af kronikerprogrammets patientpopulation
- Afklaring og fastlæggelse af de sundhedsfaglige ydelser, herunder henvisning til relevante evidensbaserede kliniske retningslinjer og støtte til egenomsorg
- Organisering af den sundhedsfaglige indsats og præcisering af faglig ansvars- og opgavefordeling, herunder fastlæggelse af stratificeringskriterier og forløbskoordinering
- Monitorering af kvalitet
- Implementeringsstrategi

Kronikerprogrammer er således med til at sikre, at de enkelte tiltag i den samlede indsats bindes sammen i en konkret organisering og dermed varetages på en hensigtsmæssig måde. Komplementære initiativer, såsom implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel, vil indgå i arbejdet med kronikerprogrammer, ligesom arbejdet koordineres med det øvrige patientforløbsarbejde i Region Midtjylland.

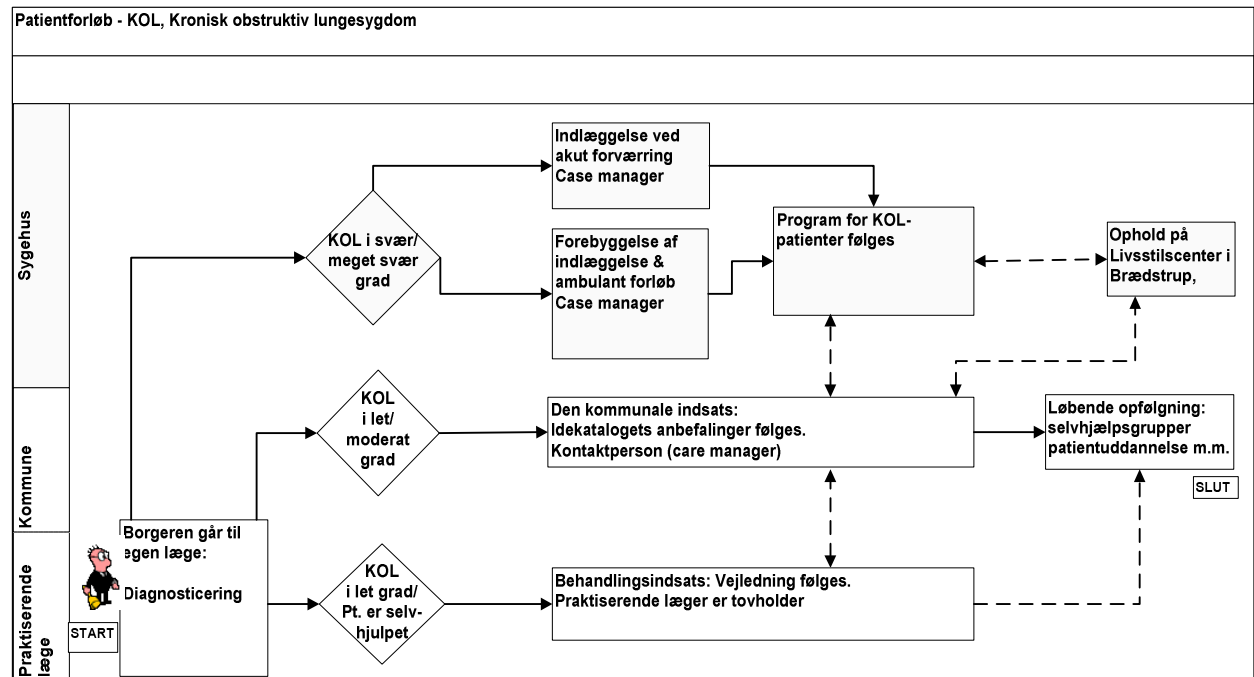
Hvordan kan et kronikerprogram se ud?

Udviklingen af et kronikerprogram vil føre til en eller flere udgivelser med anbefalinger til indhold og organisering af de sundhedsfaglige ydelser, som tilbydes til patienter med en given kronisk lidelse. Et kronikerprogram skal kunne bruges aktivt i mødet med borgeren, således at denne modtager den rette indsats, det rette sted og til rette tid.

KOL programledelsen i det tidligere Vejle Amt offentliggjorde i november 2006 et kronikerprogram for KOL. Programmets indhold er baseret på nationale og internationale anbefalinger, retningslinier, standarder og best practices. Anbefalingerne i kronikerprogrammet for KOL er publiceret i tre udgivelser:

- 1) Program for KOL-patienter, der indlægges med akut forværring, samt program for forebyggelse af akut indlæggelse og ambulante behandling
- 2) Idekatalog til kommunernes indsats for borgere med KOL i let til moderat grad
- 3) Vejledning til de praktiserende læger om diagnosticering, behandling og rehabilitering af patienter med KOL

Håndtering af patientforløbet er således dækket af anbefalingerne:



Alle publikationer fra KOL-programmet kan findes på www.kol-programledelse.dk

I overensstemmelse med WHO's og regeringens anbefalinger (2,3) arbejdes der på at udvikle kronikerprogrammer på henholdsvis diabetes-, lunge- og hjertekarområdet⁶. Disse tre sygdomsgrupper tegner sig for en stor andel af forekomsten af livstruende kroniske sygdomme i Region Midtjylland, samtidig med at helbredsbelastningen er betydelig både på individ- og befolkningsniveau (jf. tabel 1 og tabel 2 afsnit 2). Sygdommene må ligeledes betegnes som overvejende civilisationssygdomme, og en samlet forebyggende og proaktiv indsats på tværs af sektorer har vist sig at være af væsentlig betydning. På diabetes-, lunge- og hjertekarområdet findes der ligeledes relativt veldefinerede kliniske mål for behandlingen, som løbende kan belyse kvaliteten af indsatsen. Det skal dog understreges, at den samlede kronikerindsats omfatter langt flere sygdomsområder, og der skal på sigt udvikles og implementeres kronikerprogrammer for andre lidelser.

4.2.1 Den konkrete proces

Konkret er der i færd med at blive nedsat kronikerprogramgrupper, der udvikler kronikerprogrammer for de enkelte sygdomsområder. Programmerne sendes herefter i høring og justeres på baggrund af indkomne høringssvar, hvorefter programmerne sendes til godkendelse i Regionsrådet.

Kronikerprogramgrupperne sammensættes med en bred tværfaglig og tværsektoriel repræsentation, primært på ledelsesniveau. Den enkelte kronikerprogramgruppe har til formål at udvikle og beskrive et sygdomsspecifikt kronikerprogram, der er udformet på en sådan måde, at der i implementeringsfasen kan tages udgangspunkt i lokale forhold og ressourcer.

Der er for nuværende udpeget formandskaber for alle tre grupper. Formandskabet består af en hospitalsledelsesrepræsentant, samt et medlem fra henholdsvis den kommunale sektor og praksissektoren.

Kronikerprogramgruppen kan inddrages i mindre arbejdsgrupper efter behov, ligesom der kan nedsættes ad hoc grupper til belysning af specifikke emner eller delproblematikker på tværs af de tre grupper, idet der vil være temaer, der har relevans for alle kroniske sygdomme. Der er fx allerede nu nedsat en gruppe med det

⁶ Region Midtjylland har besluttet at fortsætte udviklingen af regionale kronikerprogrammer, indtil Sundhedsstyrelsen igangsætter en national koordinering af indsatsen.

formål at etablere sygdomsregistre for kroniske sygdomme (jf. afsnit 4.1), og det forventes, at der yderligere etableres underarbejdsgrupper på en række områder, som skal understøtte arbejdet på tværs af kronikerprogrammer.

Af disse kan særligt nævnes ønsket om at undersøge mulighederne for at integrere anvendelsen af ICF (International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsnedsættelse og Helbredstilstand) i udviklingen af kronikerprogrammerne. ICF er et standardiseret sprog til beskrivelse af funktionsevne og funktionsnedsættelse i relation til helbredstilstand hos den enkelte borger med kronisk sygdom (jf. bilag 1).

ICF kan bl.a. anvendes som et klinisk værktøj til bedømmelse af behov og valg af intervention, ligesom at ICF via fælles begreber og definitioner kan være med til at sikre kommunikation, koordination og kontinuitet på tværs af fag- og sektorgrænser i sundhedsvæsenet. Dette er særlig vigtigt i langvarige sygdomsforløb, som berører flere sektorer. ICF har fundet anvendelse flere steder i sundhedsvæsenet i Region Midtjylland og kan derudover benyttes indenfor social-, undervisnings- og arbejdsmarkedsområdet.

Meget peger på, at ICF kan være et nyttigt redskab i formuleringen af kronikerprogrammerne, som jo netop skal beskrive den *samlede, tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom*.

Det er afgørende for kronikerprogrammernes populationsorienterede indsats, at der kan opstilles klare kriterier for, hvornår forskellige behandlingstilbud skal tilbydes og i hvilket regi. Det bør derfor undersøges nærmere, om og hvordan dimensionerne i ICF-rammen kan bruges til at opstille sådanne stratificeringskriterier (visitationskriterier). Anvendelsen af ICF-rammen muliggør samtidig, at rehabiliteringstilbud målrettes den enkelte borgers behov, på baggrund af en helhedsvurdering af personens samlede funktionsevne og samspillet med de enkelte komponenter.

Af andre mulige tværgående temaer kan desuden nævnes:

- Patientperspektivet – fokus på patienters oplevelse af og ønsker til patientforløbet for de valgte kroniske sygdomme
- Evaluering af effekt og kvalitet – på baggrund af videnskabelige principper skal det klarlægges, hvorledes effekten og kvaliteten af kronikerprogrammerne kan dokumenteres i alle sektorer

- Økonomi og organisation – der skal være klarhed over hvilke økonomiske og organisatoriske implikationer hele programmet, såvel som enkelte initiativer vil få i de enkelte sektorer, ligesom der mere fremadrettet skal kunne fokuseres på hvordan man via økonomiske incitament er kan understøtte programmerne i de forskellige sektorer (jf. nedenstående afsnit 4.11).

4.2.2 Implementeringsgrupper

Til implementering af det enkelte kronikerprogram nedsættes lokale implementeringsgrupper, som tager udgangspunkt i de klynger, der er dannet i forbindelse med sundhedsaftalerne. En klynge er en gruppe af kommuner, der knytter op til et givent "kontakthospital". Der er allerede nu etableret implementeringsgrupper for KOL i nogle af klyngerne i regionen. Disse grupper planlægger implementeringen af det KOL-kronikerprogram, der er udarbejdet i det tidligere Vejle Amt, og som vil danne udgangspunkt for udviklingen af kronikerprogrammet for KOL i Region Midtjylland. Den enkelte implementeringsgruppe koordinerer løbende indsatsen med kronikerprogramgruppen for at sikre, at erfaringer fra implementeringsfasen bruges i det videre arbejde.

HANDLINGER

1. Der er nedsat kronikerprogramgrupper for diabetes, KOL og hjertekarområdet
2. Der skal på sigt etableres kronikerprogramgrupper for andre sygdomsområder
3. En sygdomsregister-gruppe arbejder med at etablere sygdomsregistre for kroniske sygdomme
4. Ad hoc grupper i forhold til belysning af patientperspektiv, beskrivelse af evaluering og vurdering af anvendeligheden af ICF skal nedsættes
5. Der er nedsat implementeringsgrupper i nogle klynger til implementering af programmerne. I andre klynger skal disse grupper nedsættes

4.2.3 Referencer

1. Sundhedsstyrelsen (2007), *Forløbsprogram for kronisk sygdom – Generisk model*.
2. Regeringen (2002), *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*.
3. WHO (2005), *Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report*.

4.3 Patientuddannelse

MÅL

Målet er at opnå informerede og aktive patienter. Regionen og kommunerne skal derfor kunne tilbyde alle patienter med kroniske lidelser patientuddannelse, der gør dem i stand til at udøve så velkvalificeret egenomsorg som muligt. Midlet til opfyldelse af dette mål er at skabe evidensbaserede patientuddannelsestilbud af høj kvalitet med mulighed for differentiering i forhold til den enkeltes evner, ressourcer og behov.

En væsentlig del af den forbedrede indsats er fokus på den informerede og aktive patient. Et led i at opnå dette er et øget fokus på patientens evne til egenomsorg. I regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet" fra 2002 formuleres forventningerne til egenomsorg således "*... at give den enkelte den nødvendige viden og de nødvendige redskaber til egenindsats og egenomsorg*" (1). Det er således sundhedsvæsenets opgave at understøtte den enkelte patients evne til at yde denne egenomsorg. Dette gøres bl.a. gennem systematiske tilbud om patientuddannelse, hvor den viden og de redskaber, patienterne og pårørende har brug for til at kunne udøve egenomsorg, gøres tilgængelig på en differentieret måde for patienterne.

Patientuddannelse med det formål at øge patienternes evne til egenomsorg er en del af den patientrettede forebyggende indsats. Patientrettet forebyggelse har til hensigt at forebygge progression i en sygdom samt begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer som følge af en sygdom. I henhold til sundhedsloven er patientrettet forebyggelse et delt ansvar mellem region og kommune, og der ligger en væsentlig opgave hos kommunerne og regionen i at samarbejde om at udvikle og bidrage til indsatsen over for patienter/borgere med kroniske lidelser. Ud over at bidrage med konkrete patientuddannelsestilbud skal regionen, i henhold til sundhedsloven, rådgive kommunerne om tilrettelæggelsen af indsatsen og give faglig støtte og hjælp til kompetenceopbygning. Opgavefordelingen mellem region og kommune i forbindelse med den patientrettede forebyggelse er ikke klart defineret på forhånd, og det er et område, der arbejdes med at afklare. Dette arbejde foregår i udarbejdelsen af sundhedsaftalerne.

Første skridt er taget med udarbejdelsen af de første sundhedsaftaler, men det er et område, der kræver fortsat arbejde for at sikre, at den patientrettede forebyggelse på tværs af sektorer er sammenhængende, koordineret og systematisk. Der arbejdes på

at lave en særlig 'kroniker-sundhedsaftale', hvor blandt andet den konkrete arbejdsdeling mellem region og kommuner i forhold til patientrettet forebyggelse skal beskrives detaljeret.

4.3.1 Patientuddannelse

I denne mål og handleplan benyttes en bred definition af begrebet patientuddannelse, som værende strukturerede uddannelsesforløb, der har til formål at øge patienters livskvalitet og handlekompetence i forhold til at kunne mestre deres sygdom. Begrebet patientuddannelse dækker således med denne brede definition en lang række initiativer under betegnelserne patientskole, patientundervisning, rehabilitering, forebyggelse, sundhedsfremme, kostvejledning, motion på recept osv. som henvender sig til patienter med kroniske sygdomme.

Patientuddannelse kan overordnet deles op i to kategorier:

- Sygdomsspecifik patientundervisning
- Tværgående patientundervisning

Den sygdomsspecifikke patientundervisning drejer sig om initiativer, der retter sig mod en bestemt diagnose eller grupper af patienter med samme symptomer. Det drejer sig oftest om råd og vejledning fra sundhedsprofessionelle for at gøre patienten bedre i stand til og mere motiverede for at følge den anbefalede medicinske behandling. De væsentligste dele af undervisningen er derfor formidling af viden om sygdom og behandling, samt hjælp til konkret problemløsning.

Den tværgående patientundervisning indeholder initiativer, der går på tværs af diagnose- og patientgrupper. Patientundervisningen har til formål, dels at forhindre at sygdommen udvikles, dels at forbedre sygdomsforløbet. Undervisningen kan eksempelvis omfatte initiativer i forhold til kost, rygning, alkohol og motion – områder, der er fælles risikofaktorer for en lang række sygdomme og deres forværring. Derudover ligger der oftest også self-management i den tværgående patientundervisning, hvilket indebærer, at patienter med kronisk sygdom lærer at håndtere psykologiske og sociale aspekter af tilværelsen med en kronisk sygdom.

Patientuddannelse er et væsentligt middel til at opnå informerede og aktive patienter. De to beskrevne former for patientuddannelse komplementerer hinanden i denne

bestræbelse. Der er således behov for såvel sygdomsspecifikke som tværgående patientuddannelses tilbud i regionen.

4.3.2 Kortlægning af patientuddannelse i Region Midtjylland

Der er som led i de samlede bestræbelser på kronikerområdet lavet en kortlægning af de patientuddannelses tilbud, der eksisterede i hospitalsregi, da regionen blev dannet. Kortlægningen viser, at der var stor variation i hvilke og hvor mange patientuddannelser, der blev tilbudt på de enkelte hospitaler. 92 % af patientuddannelserne var sygdomsspecifikke patientuddannelser og henvendte sig derfor til patienter med en bestemt diagnose. De resterende 8 % var tværgående patientuddannelses tilbud med fokus på ændring af livsstil eller mestring af livet med en kronisk sygdom.

Kortlægningen kan dog ikke bruges til at sige noget om omfanget af patientuddannelse på nuværende tidspunkt, da der netop er sket en ændret fordeling af den patientrettede forebyggelse mellem region og kommune.

For over halvdelen af tilbudene gjorde sig gældende, at de bygger på koncepter udviklet internt på den enkelte afdeling af afdelingens personale, mens kun knap en femtedel benyttede faste koncepter udviklet uden for afdelingen. Samtidig med at koncepterne er udviklet internt på afdelingen, blev der i de fleste tilfælde ikke lavet nogen egentlig systematisk evaluering. Patientuddannelses tilbudene drøftes internt på afdelingsmøder ofte på baggrund af patienternes umiddelbare tilbagemelding. Der er således tale om en indsats, der på nuværende tidspunkt i Region Midtjylland er meget varierende i såvel omfang som indhold, samt en indsats, der er meget sparsomt belyst med hensyn til metode, kvalitet og effekt, da dette primært diskuteres internt på den enkelte afdeling.

De mange forskelligartede erfaringer med systematisk udvikling og videnskabelig evaluering af metoder til patientuddannelse og til understøttelse af egenomsorg gør sig ikke kun gældende på regionalt plan, men er en helt generel problematik på området. For at kvalificere indsatsen er det derfor vigtigt at sætte fokus på udvikling af metoder og programmer til patientuddannelse, samt fokus på evaluering og kvalitetsudvikling (2).

Der er mange erfaringer med patientuddannelse fra de tidligere amter, også ud over de uddannelser, der er omfattet af kortlægningen, eksempelvis

voksenspecialundervisning. De tidligere amters forpligtelse til at tilbyde specialundervisning for voksne er fortsat i både regionalt og kommunalt regi.

4.3.3 Sygdomsspecifikke patientuddannelsestiltag i regionen

I forhold til de sygdomsspecifikke patientuddannelsestilbud, som primært foregår på hospitalerne, vil der som nævnt på baggrund af kortlægningen være fokus på evaluering, kvalitet og evidens. Det er vigtigt at få undersøgt, hvilke metoder og koncepter, der har en effekt. Der arbejdes derfor i Region Midtjylland med at udvikle evalueringsværktøjer til patientuddannelser på hospitalerne, således det er muligt at skabe en systematisk viden omkring effekten af de patientuddannelser, der findes.

Der skal arbejdes med de forskellige patientuddannelsestilbud i regionen, således at alle borgere i regionen i videst muligt omfang får samme mulighed for tilbud af høj kvalitet. Som led i denne proces skal der desuden arbejdes med strukturer for vidensdeling hospitalerne imellem, således der kan drages nytte af indvundne erfaringer på området. Der er taget initiativ i sundhedsstaben til at etablere netværk på tværs af hospitalerne bl.a. omkring patientuddannelse og rehabilitering.

4.3.4 Tværgående patientuddannelsestiltag i regionen

Som tidligere nævnt er den tværgående patientuddannelse med fokus på self-management og de sociale og psykiske aspekter af at håndtere livet med en kronisk sygdom et vigtigt element i forhold til evnen til egenomsorg. Der arbejdes derfor meget konkret med opbygning og udvikling af tværgående patientuddannelsestiltag i regionen.

Der er bred enighed om, at de erfaringer og den viden om livet med kronisk sygdom, som patienter indhøster gennem livet, bør udnyttes i uddannelsen af andre patienter. I Region Midtjylland arbejdes der derfor i samarbejde med kommunerne med to forskellige modeller for tværgående patientundervisning, hvor netop disse erfarne patienters erfaringer og viden inddrages som en væsentlig del af undervisningen.

I dele af regionen arbejdes der med den såkaldte Stanford model "Patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom". Konceptet er udviklet på Stanford University i USA, og det benyttes blandt andet af National Health Service i England. Modellen anbefales af Sundhedsstyrelsen og er et af de få patientuddannelsestilbud, hvor der er evidens for effekten. I den vestlige del af regionen arbejdes der med "Lærings- og

mestringskonceptet". Konceptet kommer fra Norge, hvor det er lovbestemt, at patienter med kroniske sygdomme har krav på undervisning og oplæring.

Med forskelligt pædagogisk udgangspunkt undervises kronikere inden for begge disse modeller i at mestre deres liv og dagligdag med en kronisk sygdom. Stanfordmodellen er et stramt struktureret uddannelsesforløb, hvor undervisningen varetages af erfarne patienter, der selv har en kronisk sygdom. Ved Lærings- og mestringskonceptet underviser fagpersoner og erfarne patienter med udgangspunkt i emner og problemstillinger, deltagerne finder relevante i forhold til deres dagligdag.

Mange patientforeninger har også uddannelses- og informationsaktiviteter på området og en interesse i at samarbejde om patientuddannelse.

4.3.5 Patientuddannelseskoordinator

For at understøtte det øgede fokus på patientuddannelse er det hensigten, at der skal være en 'patientuddannelseskoordinator' på hvert af regionens hospitaler. Koordinatorernes rolle bliver at sørge for et systematisk overblik over patientuddannelsesstilbudene. De skal sikre, at der på det enkelte hospital er det nødvendige udbud af patientuddannelsesstilbud. Samtidig skal de koordinere indsatsen med opkvalificering af evaluering og kvalitetssikring af tilbudene internt på hospitalerne. For at sikre vidensdelingen og ensartethed i patientuddannelsesstilbudene på tværs af regionen bliver der dannet et netværk bestående af alle koordinatorerne.

4.3.6 Patientuddannelsesportal

For at sikre gennemsækeligheden for patienterne i forhold til de patientuddannelsesstilbud, der findes i regionen, er det hensigten at lave en hjemmeside med alle de patientuddannelsesstilbud, der tilbydes i regionen både i regionalt og kommunalt regi. Der skal arbejdes med den konkrete udformning, fx om portalen skal huses i regionalt regi eller være et link til en kommunal side.

Udbydere af patientuddannelserne skal på denne portal give en præsentation af uddannelsesstilbudet, hvad det indeholder, hvor lang tid det strækker sig over osv. Ud over at indeholde beskrivelser af de konkrete patientuddannelsesstilbud, der findes i regionen og kommunerne, bør der laves links til patientforeninger og deres tilbud til patienterne.

Portalen tiltænkes rettet mod flere målgrupper og formål. Ud over at henvende sig til patienter vil også pårørende, kommunale medarbejdere, hospitalspersonale og de praktiserende læger kunne få udbytte af adgang til en samlet patientuddannelsesportal med overblik over, hvad der findes indenfor de forskellige områder. Portalen vil samtidig kunne danne basis for inspiration, erfaringsudveksling og vidensdeling mellem de forskellige udbydere af patientuddannelse i regionen. Det er desuden vigtigt at give de praktiserende læger let adgang til portalen, hvilket fx kunne gøres gennem et link til portalen via *praksis.dk*.

Der kan derfor være mange modeller for en patientuddannelsesportal, hvilket skal afdækkes af en udviklingsgruppe bestående af repræsentanter fra kommunerne, hospitalerne og patienter. Denne gruppe skal afdække de forskellige muligheder, der er for at lave en sådan portal. Regionalt Sundhedssamarbejde varetager sekretariatsbetjeningen af denne udviklingsgruppe.

HANDLINGER

- Kortlægning af patientuddannelse på hospitalerne i Region Midtjylland
- Udvikling af evalueringsværktøjer til systematisk indsamling af viden om effekt af patientuddannelse
- Dannelse af regionalt netværk om patientuddannelse
- Patientuddannelse - Lær at leve med kronisk sygdom
- Projekt om anvendelse af Lærings- og mestringskonceptet i Region Midtjylland
- Patientuddannelseskoordinator på hospitalerne
- Oprettelsen af en patientuddannelsesportal

4.3.7 Referencer

1. Regeringen (2002), *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundhed 2002-10*.
2. Sundhedsstyrelsen (2005), *Kronisk sygdom – Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb*.
3. Sundhedsstyrelsen 2005(b), *Egenomsorg – en litteraturbaseret udredning af begrebet*.
4. Sundhedsstyrelsen 2006, *Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og Sundhedsfremme*.

4.4 Forløbskoordinering

MÅL

At undersøge om tovholderfunktionen i almen praksis kan understøttes ved, at den praktiserende læge får mulighed for at kunne henvise til forløbskoordinering for bestemte grupper i afgrænsede periode.

Almen praksis er et meget vigtigt element i det danske sundhedsvæsen. Nogle beskriver almen praksis som frontlinien i sundhedsvæsenet. Alle har mulighed for at gå til deres praktiserende læge uanset økonomisk formåen. Almen praksis varetager selv en meget stor del af den behandling, patienterne har brug for. Samtidig er den alment praktiserende læge gatekeeper og visitator; det er i almen praksis, borgerens behov for yderligere brug af det øvrige sundhedsvæsen afklares. I det danske sundhedsvæsen er det et væsentligt udgangspunkt, at den praktiserende læge er den, der er tovholder i forbindelse med et sygdomsforløb.

Ud fra denne beskrivelse kan man godt få den opfattelse, at folk går til deres alment praktiserende læge, når de er syge eller har symptomer på sygdom. Mange undersøgelser viser imidlertid, at sundhedsvæsenet kun ser ca. en tredjedel af de sygdomme og gener, som optræder i befolkningen. I to tredjedele af tilfældene håndterer borgeren selv sygdommen eller symptomerne uden kontakt til sundhedsvæsenet.

På den anden side skønner mange praktiserende læger, at halvdelen eller to tredjedele af de patienter, som kommer til læge, ikke har en sygdom, som ud fra en lægelig vurdering er behandlingskrævende, men fx stressreaktioner eller psykosomatiske reaktioner.

Praktiserende læger fremhæver det meget store arbejdspress i almen praksis. Det er derfor vigtigt til stadighed at understøtte og fremme borgernes evne til egenomsorg både i forhold til banale lidelser, men også fx i forhold til selv at kunne mestre selv svær sygdom. Det giver både frihed og livskvalitet til borgerne og plads til, at almen praksis kan målrette indsatsen til de borgere, der har mest brug for det.

I denne mål og handleplan er det et væsentligt udgangspunkt, at det er den alment praktiserende læge, der er gatekeeper og visitorator. Og at det er den praktiserende læge, der er tovholder, når en borger kommer ind i et sygdomsforløb.

Borgerne og det øvrige sundhedsvæsen har betydelige forventninger til almen praksis' rolle, men samtidig er der fra flere sider forslag om at etablere supplerende funktioner i forhold til koordineringen af det enkelte sygdomsforløb.

I det følgende beskrives sådanne forløbskoordinator-funktioner. Det er dog væsentligt at holde fast i, at en forløbskoordinator ikke skal forveksles med rollen som tovholder. En forløbskoordinator vil aldrig være en funktion, som den praktiserende læge afleverer sin patient til. Derimod kan praktiserende læge henvise til særlig forløbskoordination i definerede perioder, hvor borgeren af den ene eller den anden grund har et behov for det. Men tovholderen, det vil sige den praktiserende læge, vil være gennemgående for hele sygdomsforløbet.

Som det er fremhævet i ovenstående, er der i indsatsen for borgere med kroniske lidelser et særligt behov for sammenhæng og koordination i indsatsen som følge af lidelsernes langvarige karakter. Dertil kommer ønsket om at understøtte borgerens egenomsorg samt fastholde vedkommende i den rette behandling.

Disse faktorer forstærkes ofte ved tiltagende grader af sygdomskompleksitet, idet behandlingsindsatsen ofte også bliver mere omfattende og kompleks. Derfor anbefaler sundhedsstyrelsen, at der oprettes en ny funktion som *case manager*, som i en defineret periode forestår koordinering, fastholdelse og understøttelse af patienten i de fremskredne sygdomsstadier (2).

4.4.1 Forløbskoordination for patienter med komplekse lidelser

De borgere, der tilhører den øverste gruppe i kronikerpyramiden (jf. bilag 2), vil have komplicerede forløb, hvor det ikke kun er et spørgsmål om antallet af sygdomme, organskader og komplikationer, men snarere er et sammensurium af sygdommens sværhedsgrad og muligheden for at klare sig i dagligdagen (jf. desuden beskrivelsen af ICF i bilag 1). Som følge heraf kan de have behov for et tilbud om en såkaldt case-manager.

Det er ikke mange konkrete erfaringer med disse former for forløbskoordination i Danmark. Langt det meste eksisterende viden er udenlandsk, og der er derfor behov for, at der afprøves forskellige modeller for, hvordan forløbskoordinering kan anvendes for forskellige grupper af borgere med kroniske sygdomme i Danmark.

Ifølge Sundhedsstyrelsen dækker begrebet *case manager* de aktiviteter, en læge eller en anden sundhedsfaglig person normalt forestår for at sikre koordineringen af de medicinske ydelser, patienten har behov for. Dette kan i forbindelse med et kronikerprogram med fordel udvides med vurdering af patienten, planlægning af behandling, henvisning og opfølgning, så behandlingen bliver kontinuerlig og omfatter alle relevante aspekter (2).

Som nævnt i ovenstående er formålet at sikre, at den kroniske patient i et fremskredent sygdomsstadie (niveau 3 i kronikerpyramiden) får den optimale behandling, for at man kan forebygge forværring og komplikationer. Desuden skal *case manageren* understøtte patientens egenomsorg og koordinere indsatsen mellem de involverede aktører, herunder forskellige hospitalsafdelinger og den praktiserende læge.

Eksempler på konkrete funktioner kan være (1):

- Bidrage til at den tværfaglige og tværsektorielle indsats på tværs af sygdomme er koordineret. Heri indgår både akutte og stabile faser af sygdomsforløbet.
- Understøtte patientens gennemførelse og fastholdelse af behandling og rehabilitering.
- Forebygge komplikationer og forværring.
- Understøtte patientens evne til egenomsorg.
- Sikre opfølgning og justering af initiativer.
- Aktivt formidle kontakt til relevante dele af sundhedsvæsenet, når patienten skal eller har skiftet mellem sektorer eller forskellige behandlere.
- Vejledning af hjemmeplejen.

Den evidens, der findes for *case manager* funktionen, kommer fra udenlandske studier. Resultaterne varierer, men generelt tyder det på, at en case manager på en kosteffektiv måde kan forbedre indsatsen for borgere med kroniske sygdomme (2). Der er imidlertid en lang række af konkrete spørgsmål, der skal afklares, eksempelvis

vedrørende kompetencer, organisatorisk tilknytning, henvisningskriterier og lignende, før *case manager* funktionen kan tages i brug i en dansk kontekst.

Det foreslås derfor, at der gennemføres et eller flere projekter, hvor de praktiske spørgsmål kan afklares, ligesom de mulige effekter og omkostninger ved funktionen kan belyses.

4.4.2 Kommunal forløbskoordination

Den praktiserende læge kan også have behov for at kunne henvise en borger med kronisk sygdom til en række af de tilbud, som kommunerne har ansvaret for. Det drejer sig om en række tilbud i forbindelse med forebyggelse og rehabilitering, fx undervisning i mestring, ernæringsvejledning, rygeafvænning, fysisk træning, psykosocial støtte og lignende (3).

I relation hertil kan der som nævnt være behov for en koordinerende indsats, så det sikres, at de nødvendige tilbud igangsættes, at borgeren fastholdes i den relevante forebyggelses- eller rehabiliteringsindsats, og at evnen til egenomsorg understøttes og udvikles.

Konkret opstilles der i KOL-programmet fra Vejle Amt følgende opgaver (3):

1. Afdække behov for tilbud sammen med borgeren
2. Sikre at tilbudene igangsættes
3. Støtte borgeren i at udvikle kapacitet til at tage ansvar for egen situation (fx ved brug af "Patientens egen handleplan")
4. Koordinere indsats og kommunikation med praktiserende læger og andre fagprofessionelle
5. Afklare behov og muligheder for opfølgende tiltag sammen med borgeren
6. Have løbende kontakt med borgeren ved samtaler, telefon og e-mail som en del af den forebyggende aktivitet

Disse overordnede funktioner savner dog stadig konkretisering, ligesom spørgsmål vedrørende kompetencer, placering i den kommunale organisation, brug af sundhedspædagogiske metoder og konkret indhold af rehabiliteringstilbud skal afklares.

Derfor har Region Midtjylland og flere af kommunerne i Region Midtjylland igangsat flere projekter, hvor disse spørgsmål skal afklares, og effekten af en kommunal forløbskoordinator dokumenteres.

Eksempelvis er der aftalt i sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og Holstebro Kommune, at der skal gennemføres et KOL-projekt, hvor effekten af ansættelse af en kommunal KOL-sygeplejerske (forløbskoordinator) skal dokumenteres.

I KOL-programmet fra det tidligere Vejle Amt anbefales det, at borgere med let til moderat KOL skal have mulighed for at blive henvist til forebyggelse og rehabilitering i kommunalt regi. Her bør de tilknyttes en såkaldt *sundhedsprofessionel kontaktperson*, som har fokus på at koordinere indsatsen, understøtte borgerens mulighed for at tage ansvar for egen situation, afdække behov for tilbud og sikre, at de igangsættes osv. (3).

Uanset hvor forløbskoordinatoren er forankret, og uanset hvilken patientgruppe der arbejdes i relation til, så udgør forløbskoordinatorfunktionen en god mulighed for at konkretisere ønsket om, at sundhedsvæsenet kan agere proaktivt i forhold til borgere med kroniske lidelser. Centralt for funktion er således den tætte kontakt med borgeren, hvilket muliggør løbende opfølgning og fastholdelse i behandlingen samt hurtig igangsættelse af nye tilbud, hvis behovet opstår.

Handlinger

- Der skal gennemføres et eller flere projekter, hvor case manager funktionen konkretiseres og effekterne dokumenteres
- Der skal gennemføres et eller flere projekter, hvor den kommunale forløbskoordinator funktion konkretiseres og effekterne dokumenteres

4.4.3 Referencer

1. Sundhedsstyrelsen (2007), *Forløbsprogram for kronisk sygdom – Generisk model*.
2. Sundhedsstyrelsen (2005), *Kronisk Sygdom – Patient, Sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb*.
3. "Idékatalog til kommunernes indsats for Borgere med KOL i let til moderat grad", *KOL-program og anbefalinger*, KOL – programledelsen, Vejle Amt, November 2006.

4.5 Kliniske farmaceuter i almen praksis

MÅL

At der igangsættes et eller flere forsøg med gennemgang af kroniske patienters medicin ved kliniske farmaceuter i almen praksis. Det skal på baggrund af disse forsøg vurderes om, ordninger med kliniske farmaceuter i almen praksis skal udbredes til hele Region Midtjylland.

Flere undersøgelser har påvist problemer omkring medicinering af ældre og kroniske patienter. Nogle patienter får ikke den medicin, de kunne have haft gavn af, andre får mere medicin, end de har godt af, og mange patienter tager ikke medicin, som foreskrevet af lægen. Endelig døjer mange lægemiddelbrugere med uønskede bivirkninger.

En del patienter bliver sat i lægemiddelbehandling af forskellige læger: egen læge, hospitalslæge og/eller praktiserende speciallæge. Dette kan medføre, at den enkelte læge ikke har overblik over en patients samlede medicinforbrug. Hertil kommer, at lægerne ikke har kendskab til en patients håndkøbsmedicin. Endelig kan hyppige skift mellem forskellige præparater med samme indholdsstof (synonyme præparater) medføre, at patienterne mister overblikket over deres egen medicinering. Det er således en betydelig opgave, bl.a. for den praktiserende læge, at sikre at den enkelte kroniske patient bliver optimalt medicineret.

Det bemærkes fra flere sider, at de praktiserende lægers stigende arbejdsmængde gør, at det er relevant at understøtte anvendelsen af klinikpersonale i almen praksis (1, 2). Meget tyder på, at almen praksis kan have gavn af at benytte kliniske farmaceuter til arbejdet med patienterne.

4.5.1 Internationale erfaringer med kliniske farmaceuter i almen praksis

Studier fra primært England og USA viser, at mulighederne for at kunne drage nytte af kliniske farmaceuter i almen praksis er mange, fx inden for områder som medicingennemgang, receptfornyelse og telefonkonsultationer om medicinske problemer samt til undervisning af praksispersonale (3). Det er endvidere dokumenteret, at den kliniske farmaceut kan medvirke til at forbedre patienternes helbredtstilstand med hensyn til fx sænkning af fedtstoffer i blodet (lipidsænkning) og nedsættelse af blodtryk, compliance og forståelse for behandlingens vigtighed.

I Storbritannien begyndte man med at have kliniske farmaceuter i almen praksis i starten af 1990'erne (4). Farmaceuterne er ansat af de lokale Primary Care Trusts⁷, og alt efter lægehusenes størrelse er farmaceuten der 1-2 dage om ugen. I Greater Glasgow Primary Care Trust har man gennem en årrække fulgt medicinudgifternes udvikling i forbindelse med medicingennemgang foretaget af kliniske farmaceuter. Der ses ikke de store nettobesparelser på medicinbudgetterne, idet besparelserne bruges på kvalitetsforbedringer. Til gengæld har man registreret betydelige besparelser på indlæggelses- og sygdomsparametre. I 97 % af tilfældene hvor farmaceuten foreslår en ændring i medicineringen, accepterer lægen denne.

Hos den amerikanske sundhedsorganisation Kaiser Permanente er kliniske farmaceuter en integreret del af sundhedsvæsenet. Kliniske farmaceuter er bl.a. en fast del af praksispersonalet i primærklinikkerne, og der er typisk en klinisk farmaceut til otte praktiserende læger. Brugen af kliniske farmaceuter i primærsektoren har bl.a. givet udslag i lavere medicinudgifter, reduktioner i indlæggelsesfrekvenser samt helbredsforbedringer for udvalgte grupper af patienter med kroniske sygdomme.

4.5.2 Danske erfaringer med kliniske farmaceuter i almen praksis

Systematisk brug af kliniske farmaceuter i almen praksis i Danmark er mere undtagelsen end reglen, og der er således kun gennemført relativt få projekter med "praksisfarmaceuter" i Danmark (3, 5).

Fælles for projekterne er dog, at evalueringerne har været positive, og resultaterne kan bl.a. ses på antallet af identificerede lægemiddelrelaterede problemer og på påvirkningen af lægemiddelforbruget, som viser et mere rationelt ordinationsmønster med flere patienter i forebyggende behandling. Projekterne har ikke påvist nogen effekt på patienternes helbredsstatus, ligesom at omkostningseffektiviteten endnu er uafklaret og kræver yderligere forskning.

⁷Primary Care Trusts (PCTs) er decentrale enheder af det britiske offentlige sundhedsvæsen (National Health Service; NHS), som har ansvaret for at levere sundhedsydelser i lokalsamfundet. PCTs har ansvaret for at levere primære sundhedsydelser, herunder finansiering af de praktiserende læger, men også for at købe ydelser i det sekundære sundhedsvæsen hos NHS Trusts, som bl.a. driver hospitaler.

4.5.3 Brug for flere forsøg i Danmark

I Lægemiddelstyrelsens rapport *Brug medicinen bedre* (6) er en af anbefalingerne, at der med udgangspunkt i danske og udenlandske erfaringer iværksættes pilotprojekter vedr. brugen af kliniske farmaceuter i almen praksis. Disse bør omfatte kontrollerede effektundersøgelser, som belyser såvel de kvalitetsmæssige som de økonomiske effekter af klinisk farmaci i lægepraksis.

Der er således brug for at iværksætte forsøg, som belyser anvendelsen af kliniske farmaceuter i almen praksis, for at kunne vurdere om det er en ordning, der skal udbredes til hele Region Midtjylland. Der skal ved tilrettelæggelsen af forsøgene koordineres med andre tiltag på området, ikke mindst med Region Midtjyllands strategi på lægemiddelområdet (7).

HANDLING

- Der skal nedsættes en arbejdsgruppe, som skal vurdere nationale og internationale erfaringer med brug af kliniske farmaceuter i almen praksis, og på baggrund heraf komme med forslag til et eller flere forsøg med kliniske farmaceuter i almen praksis

4.5.4 Referencer

1. DSI Dansk Sundhedsinstitut (2007), *Almen praksis som koordinator – en international belysning. DSI rapport 2007.02.*
2. Almen lægegerning – landsoverenskomst om almen lægegerning mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU), og Praktiserende Lægers Organisation (P.L.O) April 2006.
3. Region Hovedstaden (2007), *Medicingennemgang i samarbejde mellem apotek og læge med udgangspunkt i amtets behandlingsmuligheder – rapportering af resultater.*
4. Dinsen, C. og Stæhr, P. (2002), *Klinisk farmaceut i almen praksis. Ugeskrift for læger, 164(40), 4696.*
5. Frederiksborg Amt (2004), *Klinisk farmaceut i primærsektor – et udviklingsprojekt i Frederiksborg Amt.*
6. Lægemiddelstyrelsen (2004), *Brug medicinen bedre – perspektiver i klinisk farmaci.*
7. Region Midtjylland (2007), *Forslag til strategi på lægemiddelområdet. Notat af 10. maj 2007.*

4.6 Smertebehandlingstilbud

MÅL

At undersøge behovet for specialiseret smerterådgivning, -undersøgelse og -behandling i Region Midtjylland. Samtidigt skal de eksisterende smertebehandlingstilbud i regionen kortlægges. Denne samlede udredning iværksættes med henblik på at sikre, at regionens borgere med kroniske smerter får relevante tilbud.

Ved epidemiologiske undersøgelser i den vestlige verden har man påvist høje prævalensrater for kroniske smertetilstande, således i Danmark omkring 19 % (1). Hvis det antages, at 19 % af den voksne befolkning⁸ i Region Midtjylland lider af kroniske smerter, vil det svare til at godt 180.000 personer lider af smerter der har varet i 6 måneder eller længere. Antallet af borgere med kroniske smerter er tilmed stigende, og kroniske smertetilstande forekommer hyppigst hos kvinder, kortuddannede, enlige og ved stigende alder.

Betydningen for det danske samfund er belyst i et studie fra 2003 (2), hvor 28 % af borgere med kroniske smerter havde måttet opgive arbejdet pga. helbredet sammenlignet med 2 % i den ikke-smerteplagede befolkning. Blandt de erhvervsaktive borgere med kroniske smerter havde 17 % sygefravær inden for de seneste 14 dage, mens det gjaldt for 10 % af de erhvervsaktive uden smerter. En tredjedel af borgere med kroniske smerter følte sig ikke ordentlig undersøgt for smertetilstanden, og 40 % følte sig ikke ordentlig behandlet. Borgere med kroniske smerter forbrug af sundhedsvæsenet er dobbelt så stort som i den øvrige befolkning og det årlige tab af arbejdsdage, som følge af kroniske smerter, skønnes til at være omkring 1.000.000 dage.

Ved Statens Institut for Folkesundheds sundheds- og sygelighedsundersøgelse i 2005 angav 10,8 - 12,5 % af de voksne adspurgte, at de følte sig meget generet af smerter forskellige steder i bevægeapparatet mens 7,6 % var meget generet af hovedpine (3). Fra samme undersøgelse vides, at 35,6 % af befolkningen har taget smertestillende

⁸ Fra 16 år og opefter.

medicin inden for en 14 dages periode. Andelen er stigende, og til sammenligning var procentdelen af befolkningen, der havde taget smertestillende medicin i 1994 på 31 %.

De smertespecialiserede læger anslår, at det absolut minimale behov for en specialiseret tværfaglig smerterådgivning i Danmark er 5.000-10.000 patienter (1). Dette tal dækker kun patienter udvalgt efter meget strenge kriterier, hvor kun de mest komplicerede tilfælde modtages.

Det kan på den baggrund konkluderes, at borgere med kroniske smerter udgør et egentligt folkesundhedsproblem. Det kroniske smerteområde er imidlertid særdeles kompliceret og præget af mangel på strategi og koordination, og problemets omfang synes – i lighed med andre kroniske sygdomme – at ekspandere i den vestlige verden (1).

Der er behov for - med henblik på at sikre at regionens borgere med kroniske smerter får relevante tilbud – at gennemføre en nærmere undersøgelse af gruppen af borgere med kroniske smerter i Region Midtjylland samt at beskrive udbuddet og organiseringen af eksisterende smertebehandlingstilbud i regionen.

HANDLING

- Der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra almen praksis, kommuner og region, som får til opgave at iværksætte og gennemføre en udredning af smertebehandlingstilbud i Region Midtjylland

4.6.1 Referencer

1. Eriksen, J. og Sjøgren, P. (2006). Epidemiologiske forhold vedrørende langvarige/kroniske noncancersmertetilstande i Danmark. *Ugeskrift for læger*, 168(20): 1947.
2. Eriksen *et al.* (2003). Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*, 106, 221-228.
3. Ekholm *et al.* (2005). Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed.

4.7 Selvmonitoreret og selvstyret behandling

Det er et centralt omdrejningspunkt i denne plan, at borgeren med kronisk sygdom skal indgå aktivt i sin egen behandling. Samtidig er der sket en teknologisk udvikling, der i dag muliggør, at patienterne selv kan foretage valide målinger af en række parametre med betydning for deres sygdom - kaldet selvmonitorering. Det gælder eksempelvis måling af blodsukker, blodtryk og koagulations-parameter (1).

Disse forbedrede muligheder for selvmonitorering har desuden øget mulighederne for, at patienten indgår aktivt i behandlingen. På baggrund af selvmonitoreringen kan patienten således foretage enten selvstændige eller vejledte beslutninger om behandlingen i overensstemmelse med fastsatte mål eller handlinger (1).

Der findes evidens for de positive effekter af selvmonitorering og egenbehandling i forhold til en række kroniske lidelser. Sundhedsstyrelsen fremhæver således, at der for diabetes type 1 og 2, astma, hjerteinsufficiens og langvarig antikoagulationsbehandling (AK-behandling) er dokumentation for, at patienterne selv er i stand til at foretage målinger og tage de relevante konsekvenser heraf. Gevinsterne viser sig generelt i form af bedre sygdomsstatus og kontrol, mindre brug af sundhedsydelser, forbedret psykisk velbefindende og forbedret self-managementadfærd (1).

Til trods for tilstedeværelsen af både den relevante teknologi og evidens for effekterne er anvendelsen af selvmonitorering og egenbehandling ikke særligt udbredt, og mulighederne udnyttes ikke optimalt.

Region Midtjylland vil derfor igangsætte projekter, der på kort sigt udnytter eksisterende viden og teknologi i forhold til selvmonitorering og egenbehandling, og på lang sigt stimulerer til at der udvikles nye teknologier, der kan understøtte brugen af selvmonitorering og egenbehandling.

4.7.1 Selvstyret antikoagulationsbehandling (AK-behandling)

MÅL

At sikre udbredelsen af selvstyret AK-behandling i Region Midtjylland samt at understøtte samordningen og koordinationen på tværs af behandlingscentre i regionen.

AK-behandling er en medicinsk behandling, der reducerer risikoen for blodproppdannelser via en nedsættelse af blodets koagulationsevne (evnen til at størkne). Som nævnt i ovenstående er AK-behandlingen et eksempel på et område, hvor der er evidens for effekten af egenbehandling, ligesom der er god viden om, hvordan egenbehandlingen kan organiseres (1).

Konkret foregår det således, at patienter udvælges til selvstyret AK-behandling efter en vurdering af, hvorvidt patienten evner selv at forestå monitorering og dosering af medicin.

Patienterne lærer herefter at anvende et apparat, der måler såkaldte koagulationsparametre. På baggrund af disse målinger foretager patienten selv, eller i samråd med lægen, en justering af medicindosis.

Fordelene ved selvstyret AK-behandling er flere. For det første er det dokumenteret, at fordi selvstyrede patienter kan foretage hyppigere målinger end ved konventionel AK-behandling, så giver den selvstyrede behandling væsentligt færre komplikationer (1). For det andet undgår patienterne den hyppige kontakt til sundhedsvæsenet, som den ikke-selvstyrede behandling kræver. For det tredje vurderes det, at behandlingen er mere kost effektiv end den sædvanlige behandling (1).

På trods af den gode viden der er om selvstyret AK-behandling, så er der fortsat en stor gruppe af egnede patienter, der ikke får behandlingen tilbudt. En af årsagerne til, at behandlingen ikke er mere udbredt, kan være, at DRG takstsystemet ikke understøtter den selvstyrede AK-behandling.

Det er tidligere anslået, at der på landsplan er cirka 50.000 patienter i langvarig AK-behandling, og af disse er mellem 20-25.000 egnede til den selvstyrede behandling (1).

Nye tal fra Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Sygehus viser imidlertid, at der i det tidligere Århus Amt i 2005 var cirka 6500 patienter i langvarig behandling. På landsplan svarer det til omkring 65.000 patienter – et tal der må antages at være endnu større i 2007. Der er dermed formentlig betydeligt flere patienter i langvarig AK-behandling end de hidtil formodede 50.000.

I Region Midtjylland tilbydes behandlingen på tre "centre" – på Århus Universitetshospital, Skejby, Regionshospitalet Brædstrup samt Regionshospitalet Viborg. På tværs af de tre centre er der nedsat en arbejdsgruppe, hvis formål er at sikre så høj grad af samordning og koordination som muligt, herunder fælles henvisningskriterier, uddannelse af personale, patientuddannelseskoncept, indkøb af apparater samt grundlag for dataregistrering og anvendelse af IT-redskaber.

Derudover arbejder gruppen også med mulighederne for at udbrede behandlingen, så den kan tilbydes alle egnede patienter i Region Midtjylland. Regionshospitalet Herning har vist interesse for at indgå i dette arbejde, og i første omgang arbejdes med også at kunne tilbyde behandlingen her.

Handlinger

- Det skal undersøges nærmere, hvordan der kan udarbejdes en økonomisk afregningsform, der understøtter udbredelsen af selvstyret AK-behandling
- Forslag til udbredelse af behandlingen, herunder økonomiske konsekvenser, forelægges regionsrådet til politisk behandling

4.7.2 Strategisk forskningscenter

MÅL

At der etableres et strategisk forskningscenter for udvikling af individualiserede teknologiunderstøttede sundhedsydelser i Region Midtjylland.

Der arbejdes i Region Midtjylland med at etablere et strategisk forskningscenter for udvikling af individualiserede teknologiunderstøttede sundhedsydelser. Det primære formål er at udvikle alternativer og organisatoriske tiltag til levering af sundhedsydelser til borgere med kroniske sygdomme - til fordel for borgeren, samfundsøkonomien og erhvervslivet.

En række af sådanne tiltag er hidtil foregået forskellige steder og har ikke været centralt koordineret. En af flere hensigter med etableringen af dette strategiske forskningscenter indenfor en ny samlet disciplin er at sammenbringe kompetente institutioner på tværs af organisationer, hospitaler, sundhedssektorer, akademiske afdelinger og erhvervslivet.

Forskningscenteret foreslås baseret på et netværks-samarbejde mellem 19 veletablerede institutioner indenfor fire søjler: organisation⁹, klinisk forskning¹⁰, teoretisk forskning¹¹, erhvervsliv¹². Over en 5-års periode planlægges 15 PhD- og 3 PostDoc forskerforløb gennemført, resulterende i mere end 60 videnskabelige artikler.

Resultatet af det konkrete samarbejde institutionerne imellem skal være en individorienteret, modulérbar, skræddersyet og lettilgængelig state-of-the-art aflevering af sundhedsydelsen på patientens præmisser med professionelt hensyn til klinisk faglighed. Ved definatorisk at give patienten ejerskab over processen modvirkes det, at patienten glemmes i det ofte komplicerede samspil mellem flere højt specialiserede enheder.

Der er i regi af centeret planlagt en lang række forskningsprojekter, hvoraf følgende kan nævnes som eksempler:

- *Teknologiunderstøttet monitorering af og administration af antikoagulationsbehandling i borgerens eget hjem erstatter hospitalsbesøg*
- *Implementering af telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår i Region Midtjylland*

De enkelte forskningsforløb vil resultere i umiddelbar praktisk anvendelighed og efterspørgsel, førende til implementering af sundhedsydelsen/teknologien til praktisk brug.

Handling

- Der er nedsat en arbejdsgruppe med det formål at udarbejde en projektbeskrivelse. Arbejdsgruppen skal på baggrund heraf søge midler til etablering af et strategisk forskningscenter

⁹ Sundhedsøkonomer, Sygehusledelse, Institut for Sygeplejevidenskab, School of Pervasive Healthcare.

¹⁰ Primærsektor, 70 almen praksis og 3 Universitetshospitaler.

¹¹ 3 universitetsinstitutter, Ingeniørhøjskolen, Alexandra Instituttet, Nanocenter.

¹² Iværksættervirksomheder, Medicus Engineering Aps, Dansk Telemedicine A/S, Acure-IBM, WM Data A/S, Systematic A/S, Novo Nordisk A/S.

4.7.3 Referencer

1. Sundhedsstyrelsen (2006), *Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idé-katalog.*

4.8 Etablering af web-baserede patientnetværk

MÅL

At udvikle, etablere og afprøve landsdækkende web-baserede patientnetværk for at understøtte erfaringsudveksling og læring mellem patienter og derigennem medvirke til bedre egenomsorg og mere motiverede patienter.

Danske Regioner, Sundhed.dk, Rigshospitalet, Diabetesforeningen, Hjerteforeningen, Lungeforeningen og Region Midtjylland arbejder i øjeblikket på et projekt om etablering af landsdækkende web-baserede patientnetværk. Projektet består af seks pilotprojekter, der har til hensigt at udvikle og afprøve internet-baserede patientnetværk på en række forskellige målgrupper. Projektet skal sikre udvikling af en skabelon for en internetplatform, der efterfølgende kan udbredes til andre interesserede patientgrupper.

Alle seks patientnetværk vil have udgangspunkt i en fælles platform på Sundhed.dk.

Baggrunden for at etablere web-baserede patientnetværk er, at samtidig med at fokus på den informerede og aktive patient er en væsentlig del af indsatsen for patienter med kroniske lidelser, har mange patienter i stigende grad selv sat sig ind i deres egen sygdom, behandlingsmuligheder og rettigheder.

En del af patienters informationsbehov har generel karakter og kan dækkes af andre end den behandlende læge. Et webbaseret patientnetværk er en platform, hvor patienters viden og erfaring deles, og hvor der er mulighed for at skabe relationer patienterne imellem. Tilbuddet om et webbaseret patientnetværk kommer derfor i naturlig forlængelse af patienternes voksende behov for selv at gøre en indsats, tage initiativ og lære. Til et webbaseret netværk kan knyttes fagpersoner, der kan besvare generelle spørgsmål og derigennem være medvirkende til at give patienter og pårørende øget indsigt i sygdommen. Samtidig kan ressourcestærke og erfarne patienter blive et aktiv i den dialog og debat, der finder sted i et webbaseret patientnetværk.

Region Midtjylland indgår i styregruppen for det samlede projekt, der desuden består af repræsentanter fra Lungeforeningen, Rigshospitalet, Diabetesforeningen, Hjerteforeningen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhed.dk, Danske Regioner og

Katrine Kirk - tidligere kræftpatient, som var med til at sætte det web-baserede patientnetværk på dagsorden i kvalitetsreformarbejdet.

Region Midtjyllands pilotprojekt retter sig mod KOL-patienter. Det er bevidst, at Region Midtjylland har valgt denne patientgruppe. Dels fordi der er tale om en stor og ofte ressourcesvag gruppe, og dels fordi det er en gruppe, der allerede arbejdes med indenfor regionens kronikerindsats.

For KOL-patienter gør det sig gældende at et nedsat funktionsniveau, der følger med sygdommen, ofte er årsag til social isolation, mindreværdsfølelse og rolleændringer i familien.

En del KOL-patienter kommer sjældent udenfor hjemmet, og her kan et webbaseret patientnetværk give psykosocial støtte til patienterne og derigennem forbedre deres mulighed for interaktion og erfaringsudveksling. Det kan således være medvirkende til at forhindre social isolation, angst og depression, der er kendetegnende for sygdommen og dermed have stor potentiel betydning for patienternes livskvalitet og helbred. Dog er det samtidig kendetegnende for denne patientgruppe, at der i høj grad er tale om ældre og svage patienter, det kan være vanskeligt at få til at bruge et webbaseret netværk. Der skal derfor arbejdes med at sikre, at så mange patienter som muligt vil gøre brug af netværket. Til KOL-netværket skal knyttes en medarbejder med sundhedsfaglig indsigt, der kan svare på spørgsmål fra brugerne eller guide dem frem til relevant viden. Denne funktion vil blive suppleret af en sygeplejerske tilknyttet Lungeforeningen.

Pilotprojektet forventes at løbe fra august 2007 til maj 2009. Projektperioden kommer til at omfatte udviklingsarbejdet, afprøvning af netværket, evaluering og videreudvikling. Der skal være fri adgang til netværket, sådan at en bredere kreds af folk kan følge debatten. Hvorvidt det er hensigtsmæssigt og muligt at styre et åbent netværk for en stor målgruppe, herunder at skærme op for uønsket aktivitet på hjemmesiden, vil løbende blive evalueret.

Udviklingen af KOL-netværkets hjemmeside, udarbejdelse af retningslinier for brugen af hjemmesiden mv. foregår i projektgruppen i overensstemmelse med styregruppens anbefalinger og med udgangspunkt i den fælles udformede platform på Sundhed.dk.

For det konkrete pilotprojekt vedrørende KOL-patienter etableres der en projektgruppe bestående af repræsentanter fra Lungeforeningen og sundhedsstaben i Region

Midtjylland. Projektgruppen har ansvaret for gennemførelsen af pilotprojektet, herunder at pilotprojektet gennemføres i overensstemmelse med den overordnede projektplan. Patientnetværket forventes at starte i november 2007. Det er hensigten, at netværket skal fortsætte i regi af Lungeforeningen efter projektperiodens udløb.

HANDLING

- Afprøvning af pilotprojekt om webbaseret patientnetværk for KOL-patienter i hele landet

4.9 Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra hospital

MÅL

At der, i en del af regionen, igangsættes et forsøg med opfølgende hjemmebesøg til ældre borgere med kroniske sygdomme, hvor den valgte aldersgrænse på +78 år erstattes med et behovskriterium. Det skal på baggrund af dette forsøg vurderes om, ordningen skal udbredes i hele Region Midtjylland.

Kroniske sygdomme forekommer langt overvejende i den ældre del af befolkningen, og antallet af danskere over 65 år forventes at stige i de kommende år. Et projekt fra Glostrup om opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivning fra hospital er et godt eksempel på, at store kvalitetsforbedringer kan nås med små midler.

Projektet blev gennemført som et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie i perioden november 2003 – juni 2005 med Glostrup Hospital, 7 kommuner og 99 praktiserende læger. Alle +78-årige med mere end to dages indlæggelse blev ved udskrivning inddelt i henholdsvis en interventionsgruppe (n=166) eller en kontrolgruppe, som var underlagt sædvanlig praksis (n=165). Interventionsgruppen modtog et opfølgende besøg af egen praktiserende læge og en kommunal hjemmesygeplejerske en uge efter udskrivningen. Formålet var at gennemgå borgerens medicinske behandling, hospitalets behandlingsplan og behovet for kommunale hjælpeforanstaltninger. Dette blev fulgt op med et tilbud om yderligere to besøg eller konsultationer hos egen læge, med henblik på opfølgning og justering af den medicinske behandling og øvrige behov.

I forhold til den sammenlignelige kontrolgruppe reducerede man inden for et halvt år de ældres genindlæggelser med 23 %, og samlet set har man i samme periode oplevet en økonomisk nettobesparelse i regionen på 5000 kr. pr. patient. Der var ikke øgede udgifter for kommunerne. Ud over de økonomiske aspekter er der en række andre interessante perspektiver i projektet. For det første lider svage ældre borgere med kronisk sygdom typisk af flere kroniske sygdomme og falder ofte mellem to stole i et specialiseret sundhedsvæsen. Derfor er det en oplagt målgruppe for de praktiserende læger, som ud fra projektgruppens beregninger "kun" skal have 4-5 af disse udgående besøg pr. år., hvis det skal omfatte alle udskrevne over 78 år. For det andet forudsætter projektet ikke, at der ansættes nyt personale.

Projektet viser, at man med små og simple organisationsændringer og samarbejde mellem hospital, kommune og praksis kan opnå betydelige resultater for både borgere med kronisk sygdom og sundhedsvæsen. Interventionen kræver ikke ansættelse af nyt personale og vil kun i en mindre grad øge belastningen på de praktiserende læger. Derudover foregår sundhedsydelsen i borgerens eget hjem, og med udgangspunkt i borgerens hverdag, hvilket bl.a. efterspørges i en undersøgelse af kronisk syge borgeres oplevelser i sundhedsvæsenet (1).

Projektgruppen anbefaler også i deres MTV-rapport, at projektet implementeres (2). Region Midtjylland ønsker derfor, på baggrund af MTV-rapporten, at undersøge muligheden for, sammen med kommunerne, at indføre opfølgende hjemmebesøg til ældre kroniske patienter efter udskrivning fra hospital. Målgruppen for interventionen i Region Midtjylland skal dog afklares nærmere, da det af projektgruppen anbefales, at den valgte aldersgrænse på +78 bør erstattes med et behovskriterium. Der bør derfor, i en del af regionen, igangsættes et forsøg med opfølgende hjemmebesøg til ældre borgere med kroniske sygdomme ud fra et behovskriterium, og DSI Dansk Sundhedsinstitut har tilkendegivet interesse i at deltage i dette projekt. Indførelse af opfølgende hjemmebesøg til ældre kroniske patienter i Region Midtjylland er således et forsøg på at indføre interventioner, der er evidens for, men da interventionens karakter ønskes ændret (behovskriterium i stedet for aldersgrænse), må interventionen nødvendigvis afprøves først, inden den udbredes til hele regionen.

Nærværende projekt har vist, at der er et stort kvalitetsmæssigt og økonomisk potentiale i at følge mere systematisk op på geriatriske indlæggelser. Set i lyset af strukturreformen og det stigende antal borgere med kroniske lidelser er der behov for at følge dette område nærmere, fx gennem indgåelse af sundhedsaftaler med henblik på at sikre en hensigtsmæssig organisering og kvalitet af eksisterende og nye tilbud.

Der findes allerede mange gode initiativer på det geriatriske område, fx kommunernes forebyggende hjemmebesøg til ældre borgere (3). Det lovpligtige tilbud om forebyggende hjemmebesøg til alle ældre er i mange kommuner blevet implementeret meget anderledes end Rødovre-forsøget, som leverede dokumentation for effekten. Der kunne som en udbygning af projekt opfølgende hjemmebesøg overvejes en analyse af de nuværende aktiviteter iht. loven om forebyggende hjemmebesøg, og om der er behov for en revurdering/gentænkning af denne indsats. Forebyggende

hjemmebesøg og opfølgende hjemmebesøg kunne således være interessante områder at diskutere i forbindelse med revideringen af sundhedsaftalerne med kommunerne.

HANDLINGER

- Kortlægning af de initiativer der findes i regionen med henblik på at forbedre overgangen fra hospital til hjem
- Der skal, i en del af regionen, igangsættes et forsøg med opfølgende hjemmebesøg til ældre kroniske patienter, hvor den valgte aldersgrænse på +78 år erstattes med et behovskriterium
- Det skal på baggrund af forsøget vurderes, om opfølgende hjemmebesøg skal indgå som en del af sundhedsaftalen mellem kommunerne i Region Midtjylland og Region Midtjylland

4.9.1 Referencer

1. Enheden for brugerundersøgelser – Region Hovedstaden (2007), *Kroniske syges oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet*.
2. Jakobsen, H.N. et al. (2007). Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus. Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering.
3. Den sociale ankestyrelse (1999), Rapport om Kommunernes praksis ved forebyggende hjemmebesøg for ældre.

4.10 Forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler

MÅL

At kunne tilbyde forebyggende helbredsundersøgelser og –samtaler hos alment praktiserende læger i hele Region Midtjylland – og at tilbuddet er tilrettelagt på et evidensbaseret grundlag.

I regeringens folkesundhedsprogram for 2002 til 2010 'Sund hele livet' opstilles der nationale mål for folkesundheden. Målenes omdrejningspunkter er længere levetid, højere livskvalitet, social lighed i sundhed og reduktion af risikofaktorer.

For at forebygge civilisationssygdomme har primære forebyggende indsatser rettet mod forhøjet blodtryk, forhøjede kolesterolværdier, rygning, overvægt og lav fysisk aktivitet som enkeltstående interventioner vist sig at være effektive, og i flere lande anbefales forebyggende helbredsundersøgelser til den midaldrende befolkning.

I dansk kontekst er forebyggende helbredsundersøgelser og –samtaler blevet afprøvet gennem 'Sundhedsprojekt Ebeltoft'. Projektet startede i 1991 som en randomiseret, kontrolleret og fremadrettet undersøgelse af effekt og konsekvenser af forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis efterfulgt af helbredssamtaler ved egen læge. 2000 tilfældigt udvalgte mænd og kvinder i alderen 30-49 år fik tilbudt at deltage i projektet (1).

Helbredsundersøgelsen udføres af laboranter. Den varer ca. en time og omfatter henholdsvis hjertekurve, synsprøve, høreprøve, måling af lungefunktion, kondital, samt urinprøve og blodprøve til vurdering af leverfunktion, nyrefunktion, kolesterol, blodsukker og protein i urinen. Deltagerne fik skriftligt svar på undersøgelsen fra lægen. Lægens besvarelse indeholdt ingen påbud, men udelukkende forslag til, hvordan en given risiko kunne nedbringes.

Helbredssamtalen udføres af den praktiserende læge og varer 45 min. Patienten har ved helbredssamtalen mulighed for at få svar på spørgsmål denne måtte have på baggrund af resultaterne fra helbredsundersøgelsen. Derudover er formålet med helbredssamtalen at motivere patienten til at sætte mål for en sund livsstil med udgangspunkt i patientens egne ønsker om at forbedre sit helbred og forblive sund og rask.

Hovedresultatet af Sundhedsprojekt Ebeltoft, som fremkommer gennem en sundhedsøkonomisk analyse foretaget af Sundhedsstyrelsen og DSI (Dansk Sundhedsinstitut), samt en analyse af patientperspektivet foretaget af Sundhedsstyrelsen, er, at man over en 5-årig periode kan halvere antallet af personer, som har høj risiko for hjertekarsygdom, uden at det skaber negativ psykisk påvirkning, og uden at de sundhedsøkonomiske udgifter stiger. Undersøgelsen viser, at der var en klar reduktion i andelen med høj eller meget høj risiko for hjerte- og karsygdomme, og at reduktionen er størst hos de personer, der i starten havde højst risiko - de overvægtige og rygerne (4). Der er således evidens for, at forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler rykker ved befolkningens sundhedstilstand, og at det er en indsats, der nytter.

DSI har også undersøgt de 'Praktiserende lægers vurdering af organisatoriske aspekter ved implementering af forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler i almen praksis'. De praktiserende læger peger på, at der er behov for tid og ro samt uddannelse i samtaleteknik og kommunikation for at kunne gennemføre helbredssamtaler. Samtidig påpeges det, at der er for få læger til at kunne indføre helbredssamtalerne som et generelt tilbud. Undersøgelsen peger desuden på en række væsentlige barrierer i forhold til at benytte helbredssamtaler hos de praktiserende læger som et generelt forebyggelsestilbud. Konklusionen er at indførelsen af forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler hos de (privat)praktiserende læger ikke kun afhænger af tekniske løsninger som mere tid, flere ressourcer og uddannelse af lægerne, men også i høj grad afhænger af lægernes opfattelse af deres egen rolle, muligheder og ansvar i forhold til at medvirke til patienternes ændrede livsstil og vaner (1). For at finde en form, der er praktisk mulig er en væsentlig del af det indledende arbejde derfor dialog med de praktiserende læger om deres indstilling til forebyggende helbredsundersøgelser og - samtaler, samt hvad de kan og vil bidrage med ved et sådan tiltag.

Der er som nævnt evidens for, at forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler rykker ved befolkningens sundhedstilstand, og at det er en indsats, der nytter. Derfor skal der arbejdes med at kunne tilbyde befolkningen i Region Midtjylland forebyggende helbredsundersøgelser. Det er ikke nødvendigvis det mest hensigtsmæssige at bruge præcis den samme model som i Ebeltoft-projektet, der var designet som et forskningsprojekt. Ved implementering af tilbuddet i Region Midtjylland er det vigtigt at

finde en model, som kan fungere i den almindelige, alment praktiserende læges hverdag. Der skal derfor beskrives og afprøves 2-3 forskellige modeller for organiseringen.

Når der eksperimenteres med forskellige modeller, er det meget vigtigt at holde fast i evidensen og ikke konstruere nye modeller, som der ikke er evidens for. I Ebeltoft-projektet er der evidens for, at tilbuddet virker, hvis selve samtalen udføres af en læge. I udformningen af de modeller, der skal afprøves, er det derfor vigtigt at holde fast i denne kerne samtidig med, at der arbejdes med fx fastlæggelsen af målgruppen, og hvordan andre faggrupper inddrages i forberedelsen af samtalen og opfølgningen.

Der igangsættes et udviklingsarbejde, hvor forskellige modeller for udførelse af forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler beskrives og afprøves. Formålet hermed er at undersøge, om og hvordan forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler baseret på et evidensbaseret grundlag kan etableres som et generelt tilbud i Region Midtjylland. Der nedsættes snarest en gruppe til at forestå dette.

HANDLING

- Beskrivelse og afprøvning af 2-3 forskellige modeller for forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler som et tilbud til borgerne i Region Midtjylland

4.10.1 Referencer

1. DSI Institut for Sundhedsvæsen (2001), *"Sundhedsprojekt Ebeltoft" – praktiserende lægers vurdering af organisatoriske aspekter ved implementering af forebyggende helbredsundersøgelser og – samtaler i almen praksis"*.
2. Sundhedsstyrelsen (2006), *Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis – en sundhedsøkonomisk analyse af "Sundhedsprojekt Ebeltoft"*.
3. Sundhedsstyrelsen (2006), *Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis- en analyse af patientperspektivet*.
4. Lauritzen, Torsten og Jes Søgaard (2006), *Forebyggelse som virker og uden samfundsøkonomiske meromkostninger*.

4.11 Økonomiske incitament i sundhedsvæsenet

MÅL

At der udvikles finansieringsformer, der i højere grad understøtter principperne i kronikermodellen, og dermed at patienterne behandles det sted i sundhedsvæsenet, hvor kvalitet og ressourcer optimeres.

Et centralt aspekt ved både kronikermodellen og -programmerne (jf. afsnit 3.1.1) er princippet om, at anvende en gradueret indsats i behandlingen af kroniske patienter. Målet er blandt andet, at patienterne skal behandles det sted i sundhedsvæsenet, hvor både ressourcer og kvalitet optimeres. Et væsentligt element ved et kronikerprogram er således at sikre, at kroniske patienters behov, i det omfang det er hensigtsmæssigt, kan tilgodeses uden for hospitalsvæsenet, det være sig i praksissektoren, kommunerne, tværfaglige teams og hos patienten selv.

En ændret kronikerindsats forudsætter, at der anlægges en samlet sundhedsøkonomisk synsvinkel på indsatsen. De nuværende finansieringsformer og økonomiske incitament er imidlertid ikke optimale i forhold til en ændret indsats. Det må derfor overvejes, hvilke finansieringsformer, der kan anvendes, så det sikres, at man understøtter en indsats, hvor patienten behandles det sted i sundhedsvæsenet, hvor både kvalitet og ressourcer optimeres.

I forhold til behandlingsindsatsen på hospitalerne vurderes det, at DRG takstfinansieringen ikke understøtter kronikermodellen og den indsats, der skal ydes i fremtiden. Det skyldes en forventning om, at hospitalernes indsats delvist vil ændre karakter i takt med, at kronikermodellen og kronikerprogrammerne implementeres. I fremtiden vil hospitalerne således i højere grad skulle tage medansvar for behandlingen af den samlede population af patienter med en given kronisk lidelse - dvs. også patienter der ikke behandles i hospitalsregi. Hospitalerne vil kunne tage dette ansvar både gennem arbejdet med at beskrive kronikerprogrammer, hvor opgaverne i og arbejdsdelingen mellem de enkelte sektorer fastlægges, men også via det daglige arbejde på afdelingerne samt mere konkrete aktiviteter som eksempelvis udgående funktioner, rådgivning og vejledning af praktiserende læger og kommuner, forløbskoordinator-funktioner og lignende.

I forlængelse heraf må det i visse tilfælde forventes, at antallet af ambulante besøg på hospitalerne vil falde, som følge af ændrede patientforløb.

Konsekvensen af disse ændringer vil, under en udskrivningsbaseret takstfinansiering betyde, at hospitalerne tildeles færre og færre ressourcer, selv om der snarere er tale om en funktionsændring end et fald i aktivitetsniveau. Det er derfor nødvendigt, at der findes mere optimale finansieringsformer, der i højere grad understøtter det at varetage et populationsansvar.

Region Midtjylland arbejder allerede med sådanne finansieringsformer. Som første skridt besluttede Regionsrådet at holde udvalgte grupper af kroniske patienter uden for den generelle takststyringsmodel i 2007.

I stedet blev der indført en dialog- og aftalebaseret økonomistyring, hvor det budget, den enkelte afdeling er tildelt for 2007 til udvalgte grupper af kroniske patienter, er en ramme baseret på foregående års aktivitetsniveau.

Hvis afdelingen behandler færre patienter med de udvalgte diagnoser, fx som følge af ændret arbejdsdeling i forhold til de praktiserende læger eller kommunerne, vil hospitalets budget ikke automatisk reduceres som under takstfinansieringen. Til gengæld er man ikke afskåret fra at få tilført flere midler end den beregnede ramme. Oplever den enkelte afdeling således en stigning i aktivitet, eksempelvis som følge af en voksende patientpopulation, vil der via en konkret aftale, baseret på en vurdering af afdelingens aktivitet, herunder fx også andre aktiviteter end direkte patientbehandling, være mulighed for eventuel tillægsbevilling.

I første omgang bliver der fokuseret på diagnoser inden for diabetes, kroniske lungesygdomme og hjerteområdet, mens det videre undersøges om også andre diagnoser skal omfattes. De tre diagnoseområder er samtidig de områder, hvor der udvikles kronikerprogrammer i regionen. Det er således tanken, at den ændrede finansiering skal medvirke til at understøtte implementeringen af disse programmer.

Den ændrede finansiering omfatter både ambulante og stationære patienter, idet det forventes, at begge grupper vil blive påvirket af den ændrede indsats.

I forbindelse med disse ændringer er det dog vigtigt, at man er opmærksom på, at andre problemstillinger kan dukke op. Det vil derfor fortsat være nødvendigt at arbejde med finansieringsformerne. Det vil eksempelvis være centralt, hvis der i det nye

system kan skelnes mellem nydiagnosticerede patienter og almindelige kontroller, så der tages hensyn til faglig specialisering og naturlige aktivitetsstigninger i bevillingerne.

Ydermere vil det være nødvendigt at bruge allerede eksisterende redskaber eller udvikle nye til at monitorere kvaliteten, så det kan evalueres, hvordan indsatsen udvikler sig.

Samtidigt skal det understreges, at der med denne afregningsform, er tale om et første skridt i retning af en finansiering, der i højere grad understøtter og fremmer kvalitet. Der er tanken, at der skal arbejdes hen imod en forløbsbaseret afregningsform - både i de enkelte sektorer, men også for patientforløb, der går på tværs af de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet.

Hos Kaiser Permanente arbejder man med de såkaldte Episode Treatment Groups (ETG'er). Alle rutinemæssigt indsamlede data fra hospitalsindlæggelse, ambulante besøg, almen praksis, brug af medicin med mere indgår i systemet. Dette er mere enkelt at gøre hos Kaiser Permanente, da man her har et fælles journalsystem. På baggrund heraf er der opstillet en række gensidigt udelukkende kategorier - de såkaldte ETG'er. ETG'erne kan sammenlignes med de danske DRG-grupper - blot med den forskel, at ETG'erne omfatter hele patientforløb og ikke kun forløb på hospitalerne. Systemet tager højde for komplikationer, og det at der kan optræde flere sygdomme på samme tid. Der er f.eks. en ETG-kode for kronisk bronkitis med komplikationer, men uden flere samtidige sygdomme, og en anden for kronisk bronkitis også med komplikationer, men med flere samtidige sygdomme.

ETG'erne giver mulighed for sammenlignende analyser og kan dermed være udgangspunkt for kvalitetsudvikling. Systemet kan også bruges til at dokumentere omkostninger og effekt ved indsatsen og kan dermed bruges i tilrettelæggelsen af den samlede indsats for populationen af borgere med en given kronisk sygdom.

Det foreslås, at det undersøges om et regionalt ETG-system vil kunne bidrage til kvalitetsudvikling - fx i forbindelse med kronikerprogrammerne.

Det foreslås også, at det undersøges om et regionalt ETG-system kan anvendes ved beregning af tildelingen af ressourcer. Det forventes, at der vil ske forskydninger i, hvor patienterne behandles, og at hospitalerne vil få forholdsvis flere tunge patienter. Det forventes også, at hospitalerne vil skulle bruge ressourcer på at understøtte det

øvrige sundhedssystem i behandlingen af borgere med kronisk sygdom, som ikke behøver hospitalsbehandling. Det vil derfor være vigtigt at finde måder til at kunne foretage en ressourcetildeling, der kan tage højde for dette. Som tidligere nævnt arbejdes med etablering af et eller flere sygdomsregistre for kroniske sygdomme, hvor dataene skal hentes fra alle enheder i det samlede sundhedsvæsen. Det forventes at sygdomsregistre kan danne udgangspunkt for arbejdet.

HANDLINGER

- At holde udvalgte grupper af kroniske patienter uden for DRG afregning på hospitalerne, og i stedet indføre en dialog- og aftalebaseret økonomistyring
- I første omgang bliver der fokuseret på diagnoser inden for diabetes, kroniske lungesygdomme og hjerteområdet, mens det videre undersøges, om også andre diagnoser skal omfattes
- Arbejde videre med at udvikle afregningsformerne i sundhedsvæsenet, så de understøtter og fremmer kvalitet
- At undersøge mulighederne for at bruge ETG-grupper (grupper for det samlede patientforløb) ved kvalitetsudvikling og ressourcetildeling

4.12 Fælles forståelse og fælles mål for kronikerindsatsen

MÅL

At skabe fælles forståelse og fælles mål for indsatsen for borgere med kroniske lidelser, således at indsatsen tilrettelægges og udføres i overensstemmelse med principperne i kronikermodellen.

Det er ikke tilstrækkeligt at påvirke sundhedsvæsenets formelle organisering, hvis der ikke er konsensus om, hvordan forebyggelse, behandling og rehabilitering af borgere med kronisk sygdom tilrettelægges på tværs af sektorer. Det kræver således en fælles forståelse i sundhedsvæsenet i regionen, hvis kronikerindsatsen skal have den ønskede effekt. Ledelse og personale skal have en fælles forståelse af og kompetencer til at varetage de opgaver, der følger af en ændret og forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser.

Det at samarbejde om konkrete indsatser, fx kronikerprogrammer, er en måde at opnå samhørighed og fælles forståelse af et område. Derfor tilstræbes det i de regionsdækkende initiativer bredt at engagere især ledere, men også medarbejdere fra hele sundhedsvæsenet i kronikerindsatsen. Men udover de konkrete indsatser, skal der også arbejdes med mere generelle tiltag, der retter sig mod en fælles forståelse af arbejdet med og samarbejdet om borgere med kronisk sygdom.

Fra flere sider fremhæves det, at ledelsen har en væsentlig rolle som den, der sikrer, at der arbejdes ud fra en fælles forståelse mod et klart og eksplicit fælles mål (1). Der påhviler således sundhedsledere i region, kommuner og almen praksis en særlig opgave i at tilrettelægge indsatser i overensstemmelse med principperne i kronikermodellen. Det er vigtigt, at ledelsen går forrest.

Der er ikke nedsat særlige ledelsesgrupper specielt til kronikerområdet, bortset fra kronikerprogramgrupperne som kan betragtes som en slags faglige ledelsesgrupper i forhold til udarbejdelsen af kronikerprogrammer. I stedet er indsatsen forankret i de eksisterende ledelsesmæssige fora og dermed det eksisterende ledelsessystem. Denne organisering er valgt for netop at indarbejde kronikerindsatsen bredt i hele ledelsessystemet og organisationen på sundhedsområdet.

Den administrative styregruppe på sundhedsområdet, som består af social- og sundhedschefer fra kommunerne, hospitalsledelser, praksiskoordinatorer samt repræsentanter fra regionen, er en central ledelsesgruppe for indsatsen. Det samme gælder Strategisk Sundhedsledelsesforum (hospitaller) og Samarbejdsudvalget vedr. almen praksis.

Det politiske udvalg, som særligt arbejder med kronikerområdet, har en væsentlig forberedende rolle i forhold til kronikerindsatsen. Lige nu varetages opgaven af Det midlertidige udvalg vedr. primær sundhed, mens der i perioden 1. januar – 31. december 2009 nedsættes et midlertidigt udvalg vedrørende forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser.

Derudover kommer Sundhedskoordinationsudvalget til at spille en væsentlig rolle, idet både region, kommuner og almen praksis er repræsenteret heri. Samtidigt oprettes der fra 2008 og frem et såkaldt *panel* for regionens medlemmer i Sundhedskoordinationsudvalget og samarbejdsudvalgene for almen læge- og speciallægeområdet, hvor medlemmerne blandt andet kan få mulighed for at drøfte kronikerindsatsen.

For at sikre kronikerindsatsen bred opbakning, arbejdes der med at udvikle en række konkrete initiativer:

- Vidensdeling og tværfaglig og tværsektoriel erfaringsudveksling kan styrkes gennem nyhedsbreve, konferencer, temadage og sundhedsfaglige netværk på tværs af faggrupper og sektorer.
- Der arbejdes på at udvikle en "kronikertjekliste", som kan hjælpe lederen eller medarbejderen med at tænke kronikerindsatsen aktivt ind i eksisterende eller kommende tiltag. Når et tiltag eller en strategi planlægges eller evalueres, er målet, at man ved hjælp af tjeklisten kan vurdere, om indsatsen medtænker centrale elementer fra kronikermodellen.
- Det skal undersøges, om det er hensigtsmæssigt at etablere en portal på internettet med information om kronikerindsatsen og særligt interessante initiativer og projekter i ind- og udland. Der kan i regi af denne portal udsendes

et elektronisk nyhedsbrev, som ledere, medarbejdere og andre interesserede kan tilmelde sig.

- Der er etableret en pulje til udviklingsprojekter inden for regionalt sundhedssamarbejde, herunder kronikerområdet. Det foreslås, at der inden for denne pulje øremærkes et beløb til en kronikerpris, som fx kan uddeles ved en årlig kronikerkonference. Prisen skal kunne gives til afdelinger, kommuner eller praksis, som udøver en særlig indsats, og kunne bruges til initiativer, der understøtter dette arbejde eller udvikler organisationen.

Sundhedsstyrelsen peger også på, at tværsektoriel og tværfaglig undervisning, herunder også anvendelse af ens begreber og metoder, er hensigtsmæssigt, så mødet med borgerne med kronisk sygdom understøttes ud fra samme sundhedsfaglige forståelse (2). Der kunne fx undervises i ICF (International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsnedsættelse og Helbredstilstand) som er et standardiseret sprog til beskrivelse af funktionsevne og funktionsnedsættelse i relation til helbredstilstand hos den enkelte borger med kronisk sygdom. Uddannelse af personale kan herudover også tage udgangspunkt i løbende kvalitetsmålinger med feedback til de sundhedsprofessionelle. Det foreslås derfor, at der arbejdes med at kunne tilbyde efteruddannelse og kompetenceudvikling til sundhedsprofessionelle på hospitaler, i praksis og i kommuner.

Region Midtjylland tilbyder nu bl.a. kurser i sundhedsfremme og forebyggelse for kommunalt ansatte på ledelsesniveau. Uddannelsen bygger videre på erfaringer fra Ringkøbing Amt. Formålet er bl.a. at bygge bro mellem den eksisterende viden inden for sundhedsfremme og forebyggelse og deltagernes egen daglige praksis. Det er vigtigt, at der fortsat tilbydes kurser inden for dette område, samt at paletten af efteruddannelses tilbud udvides og videreudvikles. Der skal derfor arbejdes på at udvikle tværfaglige og tværsektorielle efteruddannelseskurser (fx fælles skolebænk) målrettet kronikerindsatsen. Organiseringen af tilbuddene må nødvendigvis afvente yderligere konkretisering, men programmerne for efteruddannelse af personale skal så vidt muligt baseres på evidensbaserede metoder.

Endelig skal det undersøges, om man med fordel kan sikre relevant kompetenceudvikling til sundhedsprofessionelle allerede under uddannelse. Det kræver

dialog med diverse uddannelsesinstitutioner for at afklare dette potentiale nærmere. Det foreslås, at der arbejdes med at etablere denne dialog.

HANDLINGER

- Ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet skal inddrages i de konkrete initiativer
- Uddeling af en særlig kronikerpris
- Vidensdeling via konferencer, temadage og nyhedsmails
- Udvikling af en kronikertjekliste
- Etablering af sundhedsfaglige netværk
- Efteruddannelse målrettet kronikerindsatsen
- Det skal undersøges, om kronikerindsatsen i højere grad skal indarbejdes i de sundhedsfaglige grunduddannelser.

4.12.1 Referencer

1. Olesen, Frede & Peter Vedsted (2006), "Et fælles sundhedsvæsen - et spørgsmål om kultur?" *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 2: 53-59.
2. Sundhedsstyrelsen (2007), *Forløbsprogram for kronisk sygdom – Generisk model*.

Bilag 1: Funktionsevnebegrebet og ICF referencerammen

ICF (International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand) er en begrebsramme og et standardiseret sprog til beskrivelse af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse i relation til helbredstilstand hos den enkelte borger med kronisk sygdom. Følgende skal ses som en kort beskrivelse af begrebet funktionsevne ud fra ICF-rammen. For en mere uddybende gennemgang af ICF henvises til Sundhedsstyrelsens to publikationer om emnet (1,2).

Funktionsevne skal i ICF-rammen forstås som et overordnet begreb, der omfatter henholdsvis *kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse* (1). Tab af funktionsevne skal omvendt forstås som tab eller nedsættelse af kroppens funktioner eller strukturer og begrænsninger i aktiviteter og deltagelse.

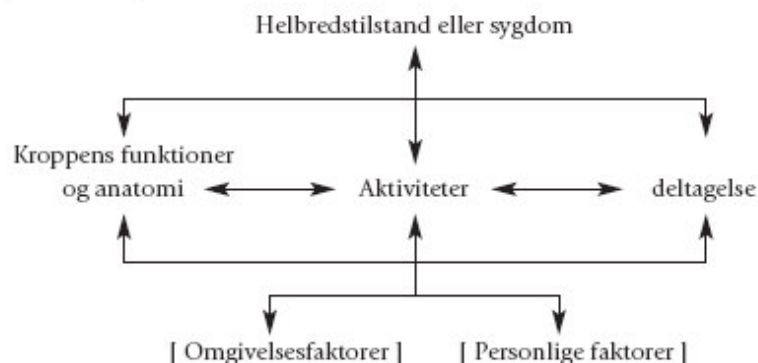
Kort fortalt dækker henholdsvis *kroppens funktioner* over eksempelvis et brækket ben eller en lammelse. *Aktivitet* er udførelse af en opgave eller handling, eksempelvis at kunne gå og stå, mens *deltagelse* er personens involvering i dagliglivet, eksempelvis at arbejde eller sørge for sig selv (3).

Der er tale om en dynamisk sammenhæng mellem disse tre faktorer, der desuden også afhænger af både individets personlige faktorer og omgivelserne. ICF bruges således ikke til at klassificere personer, men beskriver i stedet en persons funktionsevne i sammenhæng med den kontekst, personen lever i (2).

Ved omgivelserne kan der være tale om borgerens egne sociale netværk, det fysiske miljø, fx i form af boligen, samt beskæftigelse, økonomi og mere generelle faktorer som eksempelvis lovgivning og transportmuligheder. De personlige faktorer omfatter individets samlede fysiske, psykiske og sociale ressourcer.

På baggrund af denne dynamiske og flersidede forståelse af funktionsevnenedsættelse, bliver det også tydeligt, at rehabilitering ikke udelukkende handler om at genoptræne en fysisk funktionsevnenedsættelse, da det ikke nødvendigvis gør personen i stand til at genoptage tidligere aktiviteter og deltagelsesrelationer (2).

Figur 1: Samspejlet mellem de enkelte faktorer i ICF



Det betyder samtidig, at ICF muliggør at rehabiliteringstilbud målrettes den enkelte borgers behov, på baggrund af en helhedsvurdering af personens samlede funktionsevne og samspejlet med de enkelte komponenter (2).

Som følge af at funktionsevne består af mere end kroppens funktioner og anatomi, bliver det også tydeligt, at det ikke nødvendigvis er den person med den sværeste funktionsevnenedsættelse på kropsniveau, der også er mest begrænset på aktivitets- og deltagelsesniveauet. Nogle borgere med svære kroniske lidelser lever et liv, hvor deres sygdom ikke nødvendigvis påvirker deres aktivitet og deltagelse i betydelig grad. Andre borgere kan lide af en mindre svær begrænsning af kroppens funktioner, eksempelvis som følge af personlige eller omgivelsesmæssige begrænsninger, men være meget påvirket på deres aktivitet og deltagelse. Funktionsevnenedsættelsen er således forskellig fra individ til individ, og derfor bør interventionen også målrettes og tilpasses den enkeltes behov.

Referencer:

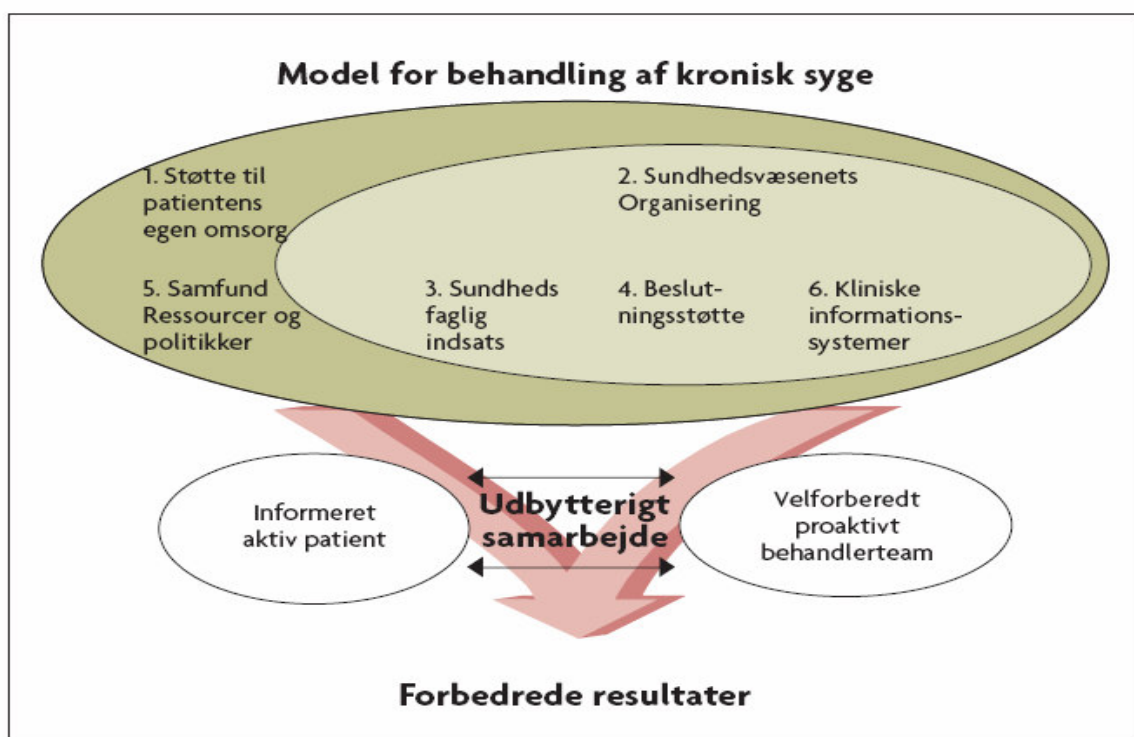
1. Sundhedsstyrelsen (2003), *International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand*, Munksgaard. Danmark.
2. Sundhedsstyrelsen (2005), *ICF – Den Danske Vejledning og Eksempler fra Praksis*. MarselisborgCentret.
3. Århus Amt (2005), *Rehabilitering – Redegørelse om fremtidens rehabilitering i Århus Amt*.

Bilag 2: Kronikermodellen

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at en forbedret indsats for borgere med kronisk sygdom tager udgangspunkt i den såkaldte *Chronic Care Model* (kronikermodellen).

Kronikermodellen er en konkret måde at operationalisere en række centrale elementer i en forbedret kronikerindsats (1). Modellen er blevet brugt til analyse, planlægning og implementering af strategier for en forbedret indsats i en række lande med forskellige typer sundhedsvæsen, herunder USA, England, Holland, Australien, Canada m.fl. (2).

Figur 2: The Chronic Care Model (kronikermodellen)



Kilde: *Kronisk Sygdom – Patient, Sundhedsvæsen og Samfund*, Sundhedsstyrelsen (2005)

Målet med modellen er, at der i interaktionen mellem den informerede og aktiverede patient og det velforberejede og proaktive behandlerteam dannes grundlag for en indsats, der er (1):

- **Patientorienteret:** Der er fokus på patientens behov for omsorg og patientens ressourcer og evne til at tage ansvar for og del i omsorgen for sin sygdom
- **Koordineret:** Patient og behandlerteam opererer i et felt, hvor patientforløbet er kendt og gensidigt forpligtende
- **Rettidig og effektiv:** Omsorgen leveres på rette tid i forløbet og er effektivt planlagt for både borgeren med kronisk sygdom og sundhedsvæsen

- **Evidensbaseret og sikker:** Omsorgen er baseret på den bedst opnåelige viden, der samtidig bruges på en måde, så risikoen for uheld og fejl minimeres

For at nå frem til disse mål fremhæver modellen, at der bør arbejdes med seks delvist overlappende indsatsområder:

Egenomsorg/borgerens aktive indsats: For at motiveres for en øget grad af egenomsorg skal man som borger med kronisk sygdom kende formålet med behandling og egenomsorg. Det kan blandt andet ske ved, at man bliver inddraget i beslutninger omkring behandlingen, fx i fastlæggelse af mål for indsatsen eller direkte i behandlingen, og ved at man får viden om sin sygdom.

Sundhedsvæsenets organisering: Det er ikke tilstrækkeligt at have et sundhedsvæsen, der i høj grad er organiseret i forhold til at levere akutte ydelser. For at sikre en bevægelse fra fragmentering til sammenhæng, skal samspil og opgavefordeling mellem samtlige aktører i sundhedsvæsenet vurderes og nødvendige ændringer i organiseringen gennemføres. Konkret omfatter dette blandt andet arbejdet med forløbsprogrammer for kroniske sygdomme (kronikerprogrammer).

Den sundhedsfaglige indsats: Modellen peger på, at behandling og pleje skal optimeres, og at dette kan ske via en styrket ledelsesmæssig indsats, tværfagligt samarbejde samt anvendelse af hensigtsmæssige incitamenter. Det er en forudsætning, at der sikres kontinuitet og sammenhæng i behandlingen på tværs af sektorer, og at indsatsen målrettes den enkeltes behov.

Beslutningsstøtte: Evidensbaserede vejledninger skal gøres til en del af den daglige kliniske praksis, ligesom der skal arbejdes med evidensbaserede uddannelsesmetoder over for sundhedspersoner. Implementering af kliniske retningslinjer kan støttes af relevante værktøjer og incitamenter.

Kliniske informationssystemer: Mulighederne for at understøtte indsatsen for kronisk syge i både bestående og nye informationssystemer skal udnyttes. Det skal sikres, at man tilgodeser både behovet for at dele viden med borgeren med kronisk sygdom og sundhedsvæsenets aktører, samt at behandlingsprogrammer med påmindelser understøttes.

Samfundsindsatsen: Ressourcer i familie, sociale netværk, lokalsamfund og patientforeninger skal bruges. Her er den kommunale indsats på sundhedsområdet central. Initiativer, hvor man fx arbejder med samfundets fysiske struktur, priser, udbud m.v. for at gøre det sunde valg det lette valg, hører under dette indsatsområde.

Kronikermodellen, der ses i ovenstående figur 1, samler værdien af de enkelte elementer til en samlet indsats. Det fremhæves, at det er nødvendigt at arbejde med alle indsatsområder for at opnå de bedste resultater. Samtidigt er de enkelte delelementer i modellen hver især både teoretisk og empirisk underbyggede, og modellens funktion er derfor ikke afhængig af komplet implementering af samtlige elementer (1).

Centrale aspekter ved modellen

Der er mange fremstillinger af kronikermodellen, og ikke alle lægger vægt på det samme. Nedenstående er udtryk for, hvordan Region Midtjylland tolker centrale aspekter ved modellen.

En af modellens centrale punkter er dens fokus på, at borgeren med kronisk sygdom er aktiv og informeret. En måde at opnå dette er et øget fokus på borgerens evne til egenomsorg. Egenomsorg kan i forhold til borgere med kroniske lidelser betragtes som individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og sociale konsekvenser og adfærd ændringer som følger med at leve med en kronisk sygdom (2).

Det er ikke alle borgere med kronisk sygdom, der har de samme evner og ressourcer til at tage vare på eget helbred og egen sygdom. Et væsentligt aspekt, når der arbejdes med evnen til egenomsorg hos borgere med kronisk sygdom, er differentierede tilbud. Der er behov for en særlig indsats i forhold til de ressourcetsvage borgere, der ikke i så høj grad er i stand til at tage vare på egen sygdom.

Det er vigtigt, at det øgede fokus på egenomsorg ikke er det samme, som at borgere med kronisk sygdom overlades til at passe sig selv. Gennem en målrettet patientuddannelsesindsats gives de borgere med kronisk sygdom, der selv evner det, mulighed for at få større indsigt i egen sygdom og øget evne til selv at tage vare på deres sygdom. Samtidig frigives der ressourcer i sundhedsvæsenet til at tage ekstra vare om de særligt sårbare borgere med kronisk sygdom.

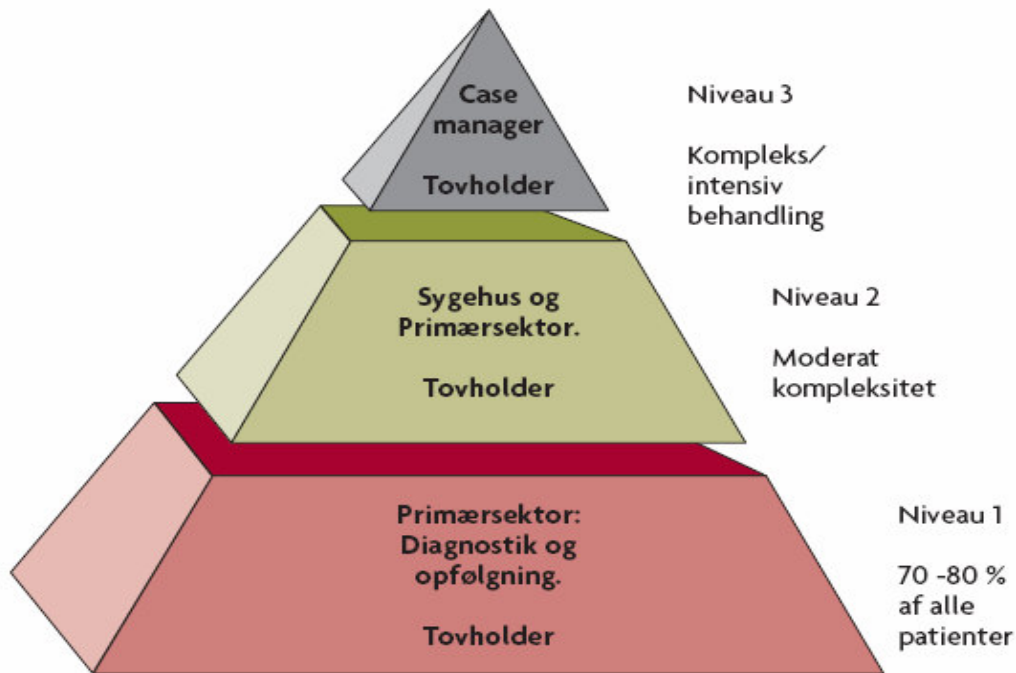
En anden af modellens centrale egenskaber er, at den kombinerer både en individorienteret og en populationsorienteret tilgang. Målet er både at forbedre indsatsen for den enkelte borger og for den samlede population med en given kronisk lidelse (1).

Via en bevægelse væk fra fokus på akut episodisk sygdom over mod en vedvarende indsats for hele populationen af borgere med en given kronisk lidelse, forsøger kronikermodellen at sikre bedre sammenhæng og mindre fragmentering i sundhedsvæsenet. På mange måder er der reelt tale om forebyggende indsats på alle niveauer; både den borgerrettede indsats, som skal forebygge at folk overhovedet får kronisk sygdom, og den patientrettede, som skal forebygge progression i sygdomme og begrænsning eller udskydelse af eventuelle komplikationer som følge af denne sygdom.

Rationalet er, at grupper, der i dag ikke eller kun i begrænset omfang trækker på ydelser fra sundhedsvæsenet, kan komme til at gøre det i en nær fremtid, hvis deres nuværende behov ikke adresseres effektivt. Der skal således være tilbud til alle grupper af borgere med kronisk sygdom; ligesom der skal ydes en forebyggende indsats på alle niveauer.

En populationsorienteret tilgang kan beskrives ved hjælp af den såkaldte kronikerpyramide (se nedenstående figur 3). Ideen er, at man på baggrund af et registerbaseret kendskab til alle med den pågældende lidelse, i eksempelvis en region, kan stratificere (inddele) patientpopulationen i overordnede grupper med tiltagende sygdomsintensitet, for derved at beskrive disse gruppers særlige behov for indsats.

Figur 3: Kronikerpyramiden



Kilde: *Kronisk Sygdom – Patient, Sundhedsvæsen og Samfund*, Sundhedsstyrelsen (2005)

Tilgangen gør det muligt at beskrive borgeren med kronisk sygdoms behov gennem hele forløbet. Herved forenes et sigte på den samlede population med en given sygdom med ønsket om en indsats, der tilgodeser borgeren med kronisk sygdom.

Stratificering, som det angives i pyramiden, kan lægges til grund for en konkret vurdering af, om behandling og kontrol skal finde sted i primærsektoren eller i hospitalsvæsenet, og om der er behov for særlig tæt opfølgning.

De forskellige lag kan beskrives således:

1. En stor del af alle borgere med kronisk sygdom vil på et givent tidspunkt tilhøre en gruppe, hvor egenomsorg, behandling, kontrol og forebyggelse i almen praksis vil opfylde borgerens behov.
2. Mellemlgruppen består fx af borgere med en eller flere komplikationer, som gør situationen mere kompleks. Der er derfor behov for en øget behandlingsindsats til denne gruppe borgere, samt en øget indsats i form af motivering af borgeren til intensiverede livsstilsændringer, øget kontrol af blodprøver med regulering af den medicinske behandling, indsats fra særligt uddannede sygeplejersker, fysioterapeuter, farmaceuter, psykologer samt inddragelse af rådgivning fra speciallæger.

3. Den sidste gruppe er de borgere, hvor komplikationer, organskader og andre følger af sygdommen er indtruffet, med svækkelse af individet og et voksende behov for behandling, forebyggelse og rehabilitering til følge. Gruppen har behov for en særlig intensiv og kompleks indsats bl.a. fra speciallæge. Der samarbejdes samtidig tæt med den praktiserende læge.

Den procentvise fordeling i figur 2 er angivet af Kaiser Permanente, men den afhænger af, hvordan man konkret beslutter at organisere indsatsen (2). Det vigtigste er, at borgeren med kronisk sygdom stratificeres til det niveau, hvor han/hun får den rette behandling, forebyggelse og rehabilitering. Stratificeringen af patientpopulationen er desuden dynamisk - ændrer borgerens sundhedstilstand sig og dermed behovet for indsats, skal stratificeringen ændres.

Når der stratificeres drejer det sig ikke kun om antallet af sygdomme, organskader og komplikationer. Komplekse tilstande er et sammensurium af sygdommens sværhedsgrad og muligheden for at klare sig i dagligdagen (jf. beskrivelsen af ICF i bilag 1). Det må forventes, at de praktiserende læger i forbindelse med stratificeringen kommer til at spille en central rolle, da almen praksis har mulighed for et bredt kendskab til patienten og patientens dagligdag, og dermed også mulighed for at inddrage andre aspekter end de rent sygdomsmæssige.

En af stratificeringens funktioner er desuden at sikre, at der er tale om det lavest effektive omsorgsniveau. Det betyder konkret, at det sikres, at indsatsen for patienten skal foregå det sted i sundhedsvæsenet, hvor både kvalitet og økonomisk effektivitet maksimeres.

Kronikermodellen illustrerer, at en række faktorer har afgørende betydning for forløbet af kroniske sygdomme. Det er centralt, at indsatsen målrettes tilstandens kompleksitet, og det er derfor nødvendigt, at indsatsen foregår på alle niveauer af det samlede sundhedsvæsen. Det er derfor også vigtigt, at der samarbejdes og koordineres på tværs af sektorerne, og at der udvikles fælles visioner og kulturer både internt i og på tværs af de forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Arbejdet med at udvikle et sundhedsvæsen, der i højere grad agerer proaktivt og understøtter egenomsorgen hos borgere med kronisk sygdom, vil nogle steder

indebære nye roller til de sundhedsprofessionelle – og dermed et opgør med indgroede vaner og handlemåder.

Referencer

1. Olesen, Frede & Peter Vedsted (2006), "Kronikermodellen og Risikostratificering" i *Månedsskrift for praktisk lægegerning, april 2006, 84. årgang, s. 357-368.*
2. Sundhedsstyrelsen (2005), *Kronisk Sygdom – Patient, Sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb.*

Bilag 3: Ressourcer og økonomi

Som nævnt i indledningen er formålet med denne plan at forbedre sundheden og livskvaliteten for borgere med kroniske sygdomme gennem en bedre forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsats.

Dette mål adresseres i planen ved at sikre, at indsatsen er vedvarende og proaktiv; i højere grad er baseret på klinisk evidens; samt at patienternes egne ressourcer udnyttes og inddrages mere systematisk.

Forventningen nogle steder har været, at de kvalitetsforbedringer dette medfører, også medfører lavere omkostninger i forhold til den voksende gruppe af borgere med kroniske lidelser. Forventningen baseres på rationalet om, at hvis man nedsætter komplikationer og forværringer af sygdommen, og dermed forbruget af sundhedsydelse – vil man også i sidste ende mindske ressourcepresset på sundhedsvæsenet (1). Eller sagt med andre ord – at man kan skabe besparelser via kvalitetsforbedringer.

Det fynske diabetesprojekt kan bruges til at illustrere de mulige effekter af en ændret indsats.

Projektet er et såkaldt *shared care* program med fokus på samarbejdet mellem hospitaler og praktiserende læger (2). Udgangspunktet for projektet var en konstatering af, at diabetespatienterne på Fyn enten var tilknyttet hospitalerne eller en praktiserende læge. Der var dermed ikke nogen form for arbejdsdeling eller systematisk udnyttelse af de ressourcer, der er til stede i de to sektorer. Ideen med projektet var derfor at gøre det muligt for de fynske diabetikere at opnå fordelene ved både den højt specialiserede hospitalsbehandling samt kontakten til den praktiserende læge, der ofte har et mere helhedsorienteret indtryk af patienten.

Projektet har ført til betydelige kvalitetsforbedringer, blandt andet et fald i antallet af bivirkninger som følge af sygdommen, samt en halvering af antallet af sengedage siden 1997. Det betyder samtidig, at selv om antallet af diabetespatienter på Fyn er steget, så er udgifterne stagneret (2).

Resultaterne indikerer, at der kan opnås omkostningsreduktion som følge af kvalitetsforbedringer. Hvorvidt det kan opnås for den samlede indsats er dog svært at vurdere.

Meget afhænger af de konkrete metoder der anvendes, samt behandlingsniveauet som det ser ud i udgangspunktet – ligesom der muligvis også kan være variation på tværs af sygdomme i mulighederne for at opnå en omkostningsreduktion pr. patient.

Dertil kommer, at det også må forventes, at den ændrede indsats på mange områder vil kræve nye investeringer, og dermed stigende udgifter på kort sigt. Det kan være via en øget behandlingsintensitet, flere diagnosticerede patienter, samt en stigende levetid for patienter med kroniske lidelser (3).

På lang sigt må det dog forventes, at den forstærkede indsats for kroniske patienter, ud over de direkte kvalitetsmæssige forbedringer der kommer i relation til behandlingen, også vil være en fordel både ud fra en snæver sundhedsøkonomisk og især ud fra en bredere samfundsøkonomisk synsvinkel (3).

Det kan således vise sig, at de økonomiske gevinster på nogle områder opstår uden for sundhedsvæsenet, eksempelvis i form af færre udgifter til sygedagpenge, hjemmehjælp, hjælpemidler og lignende, mens udgifterne i dele af sundhedsvæsenet isoleret set vil stige, fx i form af øgede medicinudgifter, behandling og lignende.

Når effekten af nye tiltag vurderes, må der derfor skelnes mellem kortsigtet kassetænkning og mere langsigtede samfundsøkonomiske betragtninger – hvor vægten bør ligge på sidstnævnte.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen (2005), *Kronisk Sygdom – Patient, Sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb.*
2. "Store kvalitetsforbedringer kan nås med små midler", artikel i Mandag Morgen, 14. maj 2007.
3. Huset Mandag Morgen/Innovationsrådet (2007), *Brugernes Sundhedsvæsen – Oplæg til en patientreform.*
