

Bilag 2

Dato 20.03.2012

Steffen Krog Brandbyge/

Mette Kvist

Tel. +45 784 12196

mette.kvist@stab.rm.dk

Side 1

Status vedr. implementering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland – primo 2012

I Region Midtjylland er der i samarbejde mellem kommuner, praksissektor og hospitaler udarbejdet tværsektorielle forløbsprogrammer for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), type 2 diabetes og hjertekarsygdom (rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe). Endvidere er der yderligere 2 forløbsprogrammer under udarbejdelse: Et forløbsprogram for lænderygsmerter forventes at være politisk behandlet og klar til implementering medio 2012, ligesom der i løbet af 2012 forventes at foreligge et endeligt udkast til et forløbsprogram for depression.

Implementering af forløbsprogrammerne er beskrevet i den generelle sundhedsaftale 2011-2014. Målsætningen er, at de 3 forløbsprogrammer er implementeret ved udgangen af 2012.

Klyngestyregrupperne har ansvaret for lokalt at implementere forløbsprogrammerne. Opgaven er i de fleste klynger forankret i tværsektorielle implementeringsgrupper. Implementeringsgrupperne har særligt siden primo 2010 arbejdet med at implementere indsatser og samarbejdsrelationer, og processen er i perioden 2010-2012 understøttet af puljemidler fra "Puljen til forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012" i Ministeriet for sundhed og forebyggelse.

Dette notat giver en status på, hvor langt de 3 sektorer er ift. at implementere anbefalingerne i forløbsprogrammerne for KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdom. Notatet er en opdatering af et tilsvarende notat fra efteråret 2010.

Notatet er udarbejdet på baggrund af oplysninger, som er givet fra hospitalerne, kommunerne og praksissektoren primo 2012. Fra hospitalerne er indhentet opdaterede diagnosespecifikke oplysninger ift. de konkrete anbefalinger i hvert forløbsprogram, mens der for kommunerne er indsamlet en opdatering af indholdet i rehabiliteringstilbuddene samt omfanget af tilbuddet.

1. Status for hospitalerne i Region Midtjylland

Forløbsprogrammet for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Forløbsprogrammet for KOL anbefaler, at patienter med svær/meget svær KOL skal have mulighed for at få ambulant vejledning og kontrol på hospitalet ved en speciallæge i lungemedicin eller et tværfagligt lungeteam frem for en indlæggelse. Flere hospitaler melder tilbage, at det er en mulighed, andre at der er mulighed for at blive tilset af en sygeplejerske.

Alle hospitalerne melder tilbage, at de praktiserende læger har mulighed for at få telefonisk rådgivning fra hospitalets lungemedicinske team (sygeplejerske eller læge) på alle hverdage, og i enkelte tilfælde er det muligt for de praktiserende læger at henvise patienter til speciallægeambulatoriet/KOL ambulatoriet indenfor 48 timer på hverdage.

Der er kun et enkelt af hospitalerne, der har etableret en case manager funktion, som den defineres i forløbsprogrammet. Enkelte af de øvrige hospitaler har en KOL-sygeplejerske, der varetager en tilsvarende rolle, mens de fleste har en sygeplejerske med en udgående funktion.

I forløbsprogrammet anbefales det, at vagthavende læge tilser patienten indenfor ½ time efter indlæggelse. Flere hospitaler angiver, at det i dag er en mulighed, mens de resterende tilkendegiver, at det er intentionen, men at det ikke kan efterleves i alle tilfælde.

Det anbefales, at en speciallæge i lungemedicin, eller en anden læge i tæt samarbejde med lungemedicineren, senest 24 timer efter patientens indlæggelse har foretaget en revurdering af patientens tilstand og udarbejdet den lægelige del af behandlingsplanen. Dette sker på hovedparten af hospitalerne. Dog kan det afhænge hvilken afdeling patienten indlægges på og hvorvidt der er de fornødne speciallægeressourcer.

Det anbefales samtidigt, at patienten også screenes af en fysioterapeut indenfor det første døgn efter indlæggelse. På de fleste hospitaler sker dette rutinemæssigt, mens der enkelte steder kun finder en screening sted efter henvisning.

Anbefalingen om, at der bør udarbejdes en tværfaglig behandlings-, trænings- og plejeplan senest 24 timer efter patientens indlæggelse er stort set opfyldt på alle hospitalerne.

At patienternes behandling udføres af et lungeteam bestående af en speciallæge i lungemedicin, en fysioterapeut, en ergoterapeut, plejepersonale med speciel interesse for lungemedicin, lungesygeplejerske med udgående funktion, diætist og/eller ernæringssygeplejerske er opfyldt fuldt ud på de fleste hospitaler, dog med mindre variationer ift. om fysioterapeuter/ergoterapeuter/diætister deltager og hvor ofte. Desuden afhænger det af hvilken afdeling patienten er indlagt på.

Næste alle hospitalerne opfylder anbefalingen om, at patienter med KOL samles på 1 sengeafsnit, hvor personalet har specialviden og kompetence i forhold til denne patientgruppe. Dog kan der være begrænsninger ift. antal sengepladser.

På samtlige hospitaler undervises patienten i mestring og egenomsorg under indlæggelsen.

Anbefalingen om, at lungeteamet afholder mindst en ugentlig tværfaglig konference leveres der op til på hovedparten af hospitalerne.

Anbefalingen om, at comorbiditet vurderes under indlæggelse, og at der i forbindelse med udskrivning er beskrevet relevant comorbiditet inklusiv eventuel opfølgning, følges på alle hospitaler.

Også alle hospitaler lever op til anbefalingen om, at patienter med KOL i svær og meget svær grad mindst 1 gang får tilbud om opfølgende undervisning svarende til indholdet af hospitalets KOL-rehabilitering.

At inddrage primær sektor direkte i planlægning af patientens udskrivelse sker systematisk på hovedparten af hospitalerne, mens hospitalerne ikke lever op til anbefalingen om, at epikrisen sendes til egen læge på udskrivningsdagen, og at patienten får en kopi med hjem.

Kun et enkelt hospital har en egentlig følge-hjem funktion af en fra teamet efter individuel vurdering af patienten i forbindelse med udskrivningen, som det anbefales i forløbsprogrammet. To andre hospitaler har telemedicinske løsninger i stedet for de i forløbsprogrammet beskrevne følge-hjem ordninger.

Det sker kun på et enkelt hospital, at der udarbejdes en fælles tværfaglig rapport om forløbet til patienten, hvor det tydeligt fremgår, hvad den opfølgende indsats består af, f.eks. i form af en KOL-bog.

Forløbsprogrammet for hjertekarsygdom – rehabilitering efter blodprop i hjertet eller svær hjertekrampe (AKS-patienter)

Samtlige hospitaler tilbyder fase 2 rehabilitering, dog har forløbet forskelligt omfang og længde. Det varierer, hvorvidt hospitalerne tilbyder 8 eller 12 ugers rehabilitering (tilbuddet på det enkelte hospital fremgår af den klyngevisse status bagerst i dette notat). Pt. pågår et forskningsprojekt på Aarhus Universitetshospital, Skejby, som undersøger effekten af varierende omfang af fysisk træning. Resultaterne heraf vil blive inddraget i arbejdet med udvikling af forløbsprogrammet.

Hospitalernes indmeldinger viser, at der siden forrige status er arbejdet med at indføre procedure som skal sikre, at alle relevante patienter tilbydes rehabilitering. Forløbsprogrammet anbefaler, at der 2-3 gange ugentligt sker kontrol at de relevante diagnosekoder mhp. at sikre, at alle AKS-patienter tilbydes fase 2 rehabilitering. Nogle hospitaler anvender denne praksis – andre har indført stikprøvekontroller eller anden systematisk gennemgang.

Forløbsprogrammet anbefaler, at fase 2 rehabiliteringen opstartes ved, at der i løbet af de 2 første uger efter udskrivelsen afholdes en individuel samtale med patienten. De fleste hospitaler angiver at leve op til denne anbefaling, mens enkelte angiver at der kan gå mere end 2 uger.

På samtlige hospitaler indeholder fase 2 rehabiliteringen fysisk træning og vejledning v. diætist. Omfanget og tilrettelæggelsen af forløbet varierer. Muligheden for rygestoprådgivning og egentlige rygestopforløb varierer. Alle hospitalerne har tilbud i relation til rygning. Hovedparten af hospitalerne tilbyder vejledning herom, men henviser til kommunen eller andet regi (apotek eller patientforening) ift. deltagelse i et egentligt rygestopforløb. Enkelte hospitaler angiver, at de tilbyder rygestopforløb.

Forløbsprogrammet anbefaler ligeledes, at patienten screenes for angst og depression ca. 6 uger efter udskrivelsen samt tilbydes en samtale om testresultatet. Ved seneste opgørelse var dette tilbud kun etableret få steder, hvorimod det nu kan konstateres, at samtlige hospitaler har indført denne praksis. Der kan pba. indmeldingerne ikke konkluderes ift. den anvendte metode og systematikken i screeningen.

Forløbsprogrammet anbefaler muligheden for social differentiering i fase 2 rehabiliteringen. Samtlige hospitaler angav ved forrige status at have differentierede tilbud ift. at imødekomme behovet hos særligt sårbare patienter, og dette er fortsat tilfældet. Omfanget og systematikken heri kan ikke vurderes ud fra de givne oplysninger.

Forløbsprogrammet skal medvirke til, at der skabes sammenhæng i det samlede rehabiliteringstilbud på tværs af sektorer. Der gives derfor en række anbefalinger til, hvordan der sikres videndeling og opfølgning omkring patientens samlede rehabiliteringsforløb.

Forrige status indikerede, at hospitalet havde stort fokus på at sikre sammenhæng i starten af rehabiliteringsforløbet – fx ved patientens udskrivelse og ved opstart af fase 2 – mens forløbsprogrammets anbefalinger for overgangen til egen læge og det kommunale tilbud (fase 3) generelt set ikke var implementeret.

Hospitalet lever generelt fortsat op til anbefalinger omkring overgangen fra fase 1 til fase 2 rehabilitering. Fx får patienten tildelt en kontaktperson, og alle hospitaler angiver også, at der følges op såfremt patienten udebliver fra 1. undervisningsgang i fase 2 rehabiliteringen.

Det kan samtidig også konstateres, at der nu er øget fokus på at skabe sammenhæng til den videre indsats i kommunen og hos praktiserende læge. Fx angiver alle hospitaler – på nær 1 – at der nu systematisk sendes epikrise til praktiserende læge og kommune ved afslutning af fase 2 rehabiliteringen på hospitalet. Ved seneste status var dette langt fra tilfældet.

Omvendt fremgår det også, at den proaktive rolle som hospitalspersonalet anbefales at have fortsat kan styrkes. Forløbsprogrammet anbefaler, at hospitalet efter endt fase 2 følger op ift. patientens efterlevelse af de aftalte målsætninger, samt har en proaktiv rolle ift. at sikre, at patienten får bestilt tid hos egen læge, når hospitalet afslutter patienten. Flere hospitaler angiver dog, at de opfordrer patienten til at kontakte egen læge, og på den måde gør en indsats for at sikre opfølgning på indsatsen hos egen læge. Endvidere oplyser flere hospitaler, at de ser patienten til en opfølgende kontrol efter endt fase 2, hvor der følges op på de aftalte målsætninger – og således ikke finder det nødvendigt at følge op telefonisk, som forløbsprogrammet anbefaler.

Forløbsprogrammet for type 2 diabetes

Alle hospitaler i regionen har etableret et diabetescenter som anbefalet i forløbsprogrammet for type 2 diabetes, dog er der et enkelt sted ingen fodterapeut tilknyttet. Det anbefales i forløbsprogrammet, at diabetescentret etablerer en direkte telefonvagt, som almen praksis kan benytte i åbningstiden til at få svar på en problemstilling i konsultationssituationen. En sådan linje er dog kun etableret på ganske få hospitaler, men der er mulighed for hurtigt at komme i kontakt med en speciallæge i endokrinologi på alle hospitaler.

For at give alle nydiagnosticerede type 2 diabetikere mulighed for at tilegne sig viden om sygdommen, opnå forudsætninger for at yde egenomsorg og skabe overblik over støttemuligheder, anbefaler forløbsprogrammet endvidere, at diabetescentret tilbyder gruppebaseret patientuddannelse i form af en diabetesskole. Alle regionens hospitaler tilbyder gruppebaseret undervisning på en diabetesskole, ud fra de anbefalinger som forløbsprogrammet giver.

På baggrund af, at der blandt patienter, der lider af type 2 diabetes patienter er øget forekomst af svære depressioner og andre psykiske problemer i relation til deres diabetes, med negativ effekt på reguleringen af blodsukker, anbefaler forløbsprogrammet at patienter med type 2 diabetes og behov herfor, tilbydes behandling af en diabetespsykolog. Der er pt. kun enkelte hospitaler som kan tilbyde en sådan psykologordning.

En hensigtsmæssig kontrol og behandling af type 2 diabetes forudsætter en tæt dialog og et godt samarbejde mellem diabetescentret og almen praksis. Det vurderes fra samtlige hospitaler, at denne tætte dialog og gode samarbejde er til stede i samarbejdet med almen praksis.

På samme måde er samarbejdet mellem den behandlingsansvarlige læge og de kommunale rehabiliteringsteams ligeledes yderst vigtig, for at etablere sammenhæng og kontinuitet i den samlede forebyggelses- og rehabiliteringsindsats. Dette samarbejde vurderes af størstedelen af hospitalerne at fungere tilfredsstillende, til trods for at det fremhæves, at der flere steder endnu ikke er etableret en konkret og officiel samarbejdsform. Det understreges endvidere, at dette samarbejde er under stadig udvikling, ikke mindst i kraft af specifikke projekter finansieret via kronikerpuljen, som har fokus på at fremme netop dette samarbejde.

2. Status for kommunerne i Region Midtjylland

Samtlige kommuner i regionen har etableret rehabiliteringstilbud til borgere med KOL, hjertekarsygdom og type 2 diabetes. Dvs. at der i alle klynger er etableret kommunale indsatser og forløb, som praktiserende læge og hospital kan informere om/henviser til.

Mange steder er forløbene/tilbuddet blevet justeret siden 2010 således, at de er blevet udvidet og mere detaljerede. Flere tilbyder nu fx kursus i at tackle kroniske smerter, tilbud om vægttab eller indsatser med et særligt fokus fx på borgere med anden etnisk baggrund.

Nogle kommuner har etableret tværdiagnostiske tilbud, hvor træning og vejledning foregår samlet for borgere med kronisk sygdom, mens andre har etableret diagnosespecifikke tilbud – eller en kombination, hvor nogle aktiviteter foregår samlet og andet sygdomsspecifikt.

Varigheden af de kommunale rehabiliteringsforløb varierer fra 6 til 12 uger – og med 1-2 ugentlige sessioner. Tilbuddet omfatter typisk elementer ift. fysisk træning, kostvejledning, rygestop, fastholdelse af livsstilsændringer, sygdomsforståelse og mestring af livet med kronisk sygdom. Mange kommuner tilbyder mulighed for opfølgning – fx efter 3 og 12 måneder – efter et afsluttet rehabiliteringsforløb.

3. Status for praksissektoren i Region Midtjylland

Med Kronikerkompasset er det målet, at almen praksis i hele regionen, - i afgrænsede praksisgrupper, - fordyber sig yderligere i arbejdet omkring omsorg og behandling af patienter med kroniske sygdomme.

På sigt er det visionen, at alle praksis har systematiserede kronikerforløb, som der står anbefalet i de regionale forløbsprogrammer for KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdomme og i DSAM's vejledninger.

I starten af september 2010 begyndte de første praksisgrupper med projekt Kronikerkompasset. 71 % af alle praksis i Region Midtjylland har tilmeldt sig projektet, svarende til 75 % af de praktiserende læger. De praksis er fordelt over 32 kommunebaserede grupper, som over en periode på ca. 15 måneder arbejder med forandringsprocesser i egen praksis, som skal bidrage til en styrket indsats på kronikerområdet. Temaer som praksis har arbejdet med var bl.a. datafeedback, organisation og arbejdsdeling i praksis, patientinddragelse, forebyggelse, egenomsorg og ikke mindst, hvordan praksis kan fortsætte med deres implementeringsarbejde efter projektet. De sidste møder vil blive afviklet i marts 2012.

Som et afsluttende møde i projekt Kronikerkompasset, er der planlagt 11 møder i klyngerne. Til hvert møde deltager alment praktiserende læger og repræsentanter fra kommuner og hospitaler. Møderne vil blive afviklet i april og maj 2012. På stormøderne vil der være en drøftelse af de forskellige parterers oplevelse af opgave- og ansvarsfordeling og aktuelle udfordringer i forhold til forløbsprogrammerne. Endvidere vil parterne gå i dialog og fælles refleksion over det videre arbejde med forløbsprogrammerne. Deltagerne vil her blive indbudt til at byde ind med konkrete forslag til forbedringer og løsning af oplevede udfordringer.

Der er indgået et samarbejde mellem Forskningsenheden for Almen Praksis (Aarhus Universitet) om at evaluere projekt Kronikerkompasset. Undersøgelsen vil vare indtil

slutningen af 2012 og går ud på at undersøge, om projektets set-up er brugbart i fremtidige projekter, samt en undersøgelse af kliniske resultater i almen praksis.

4. Monitorering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom

Som det fremgår af ovenstående statusbeskrivelse, er de indsatser og tilbud som forløbsprogrammerne anbefaler i vid udstrækning etableret. Der skal fortsat arbejdes på at etablere de tiltag som mangler, og justere indsatsen i relation til udviklingen på de enkelte områder, men samtidig skal fokus i implementeringsarbejdet nu i højere grad rettes mod at få tilbuddene "bundet sammen". Dette arbejde sker - mange steder - allerede i klyngernes tværsektorielle implementeringsgrupper, og arbejdet skal have vedvarende fokus, så samarbejdsrelationer og aftaler er kendte - og anvendes - af alle parter.

I takt med at forløbsprogrammerne implementeres øges behovet for at monitorere effekten af indsatsen. I Region Midtjylland har center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling ansvaret for monitorering og udarbejdelse af dokumentation på kronikerområdet - herunder vedr. forløbsprogrammerne. Der er med afsæt i forløbsprogramgrupperne nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som arbejder på at udvikle og teste indikatorer til monitorering af forløbsprogrammerne. Arbejdet har fokus på overgange og organisatorisk sammenhæng. 1. fase i arbejdet vedr. udvikling af indikatorer er gennemført, og i 1. halvår 2012 er der fokus på dataindsamling. Der planlægges en pilottest af monitoreringsmodellen i én af klyngerne, og jf. projektets tidsplan forventes generel drift af monitoreringen i perioden medio 2013-medio 2014.

Der er behov for at definere og indsamle data, som i den mellemliggende periode kan belyse status og udvikling i kronikerindsatsen. Aktuelt undersøges muligheden for bl.a. at inddrage data fra regionens Projekt Kronikerdata til dette formål.

Endvidere foregår der også i de enkelte sektorer en række øvrige initiativer/ projekter mhp. at monitorere indsatsen for patienter med kronisk sygdom, ligesom der nationalt via Sundhedsstyrelsen arbejdes med at opbygge en systematisk monitorering af området.