

Sundhedsstyregruppen



Status vedr. implementering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland

Dato 20.08.2010

Mette Kvist

Tel. +45 8728 4653

mette.kvist@stab.rm.dk

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)

Side 1

Forløbsprogrammerne blev i april 2009 godkendt af regionsrådet i Region Midtjylland, og tilsvarende har kommunerne i regionen foretaget en politisk og/eller administrativ behandling af forløbsprogrammerne. Efterfølgende er der i samtlige klynger nedsat tværsektorielle arbejdsgrupper, som har til opgave at sikre implementering af forløbsprogrammerne. Arbejdsgrupperne har særligt siden primo 2010 arbejdet med at implementere forløbsprogrammer, og processen understøttes af regionale og kommunale projekter, som i 2010 er igangsat via puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets kronikerpulje (puljen til forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012)

Dette notat giver en status på, hvor langt de 3 sektorer er ift. at implementere anbefalingerne i forløbsprogrammerne. Notatet er udarbejdet på baggrund af oplysninger, som er givet fra hospitalerne og kommunerne i juni 2010. Fra hospitalerne er indhentet diagnosespecifikke oplysninger ift. de konkrete anbefalinger i hvert forløbsprogram, mens der for kommunerne er indsamlet korte, generelle oplysninger om, hvorvidt der er oprettet rehabiliteringstilbud samt omfanget af tilbuddet.

Status for praksissektoren er beskrevet primo august.

Endvidere kan det nævnes, at arbejdet med udvikling af et forløbsprogram på muskel-skeletområdet er opstartet. Fokus er på lænderygmerter, og forløbsprogrammet forventes at være færdigudviklet og godkendt ultimo 2011.

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 ambulat 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 på alle hverdage, og i enkelte tilfælde er det muligt for de praktiserende læger at henvise patienter til speciallægeambulatoriet indenfor 48 timer på hverdage.

Der er ikke nogen af hospitalerne, der har etableret en case manager funktion, som den defineres i forløbsprogrammet. Et hospital lever op til anbefalingen i form af et projekt, der startes op i efteråret 2010. Enkelte af hospitalerne 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, dog uden at det i dag er muligt.

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 kun på to af hospitalerne. Det anbefales samtidigt, at patienten også screenes af en fysioterapeut indenfor det første døgn efter indlæggelse, hvilket kun sker rutinemæssigt på enkelte hospitaler.

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 enkelte hospitaler, mens andre hospitaler kun opfylder anbefalingen delvist.

Halvdelen af hospitalerne opfylder anbefalingen om, at patienter med KOL samles på 1 sengeafsnit, hvor personalet har specialviden og kompetence i forhold til denne patientgruppe.

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.

Kun et enkelt hospital lever ikke 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.

Det sker kun på enkelte hospitaler, 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. Hovedparten tilbyder pt. er forløb på 8 uger, men enkelte tilbyder 12 uger, jf. forløbsprogrammets anbefaling.

Hospitalernes indmeldinger antyder, at det fortsat er en udfordring at sikre, at alle AKS-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. Flere hospitaler lever ikke op til denne konkrete anbefaling, men kan dog have anført andre procedurer for at sikre, at patienterne modtager tilbuddet.

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. Hovedparten af hospitalerne har et tilbud, mens enkelte henviser til et kommunalt tilbud og/eller apotekets tilbud.

Forløbsprogrammet anbefaler ligeledes, at patienten screenes for angst og depression ca. 6 uger efter udskrivelsen samt tilbydes en samtale om testresultatet. Hovedparten af hospitalerne har ikke etableret dette tilbud.

Forløbsprogrammet anbefaler muligheden for social differentiering i fase 2 rehabiliteringen. Samtlige hospitaler arbejder med differentiering ift. grupper med særlige behov, men 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. Oplysningerne fra hospitalerne indikerer, at hospitalet har 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 er implementeret.

Fx angiver samtlige hospitaler, at man sender elektronisk epikrise til den praktiserende læge senest 2 uger efter udskrivning, ligesom alle hospitaler også er aktive ift. at kontakte patienten, hvis han/hun udebliver fra den første undervisningsgang i fase 2. Omvendt er det kun nogle hospitaler, som sender en status/epikrise til praktiserende læge og kommunen efter endt fase 2, mens ingen hospitaler efterlever anbefalingerne om at kontakte patienten 2 mdr. efter endt fase 2 mhp. at sikre, at overgangen til fase 3 er sket som aftalt.

Forløbsprogrammet anbefaler også, at hospitalspersonalet har en proaktiv rolle ift. at sikre sammenhæng mellem hospitalsindsatsen og indsatsen i praksissektoren ved at medvirke til, at patienten får aftalt konsultationer hos den praktiserende læge. Det gælder både efter udskrivelse og når fase 2 er afsluttet. Det vil fortsat være et indsatsområde at forbedre disse overgange, idet ingen hospitaler angiver at efterleve disse anbefalinger.

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.

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 diabeteskole. Med undtagelse af et enkelt hospital, tilbyder alle regionens hospitaler gruppebaseret undervisning på en diabeteskole, 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 kronisk sygdom.

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.

Ifølge sygdomsspecifikke indsatser ser det overordnet ud til, at der især er etableret aktiviteter rettet mod borgere med KOL – og til dels type 2 diabetes og hjertekarsygdom. Nogle mindre kommuner angiver, at det kan være vanskeligt at samle nok deltagere til "rene" hjertehold, ligesom andre angiver, at der endnu ikke er opstartet hjertespecifikke indsatser.

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

I almen praksis er der primo 2010 igangsat et udviklingsprojekt – "Kronikerkompasset". Pt. har 70 % af alle praksis i Region Midtjylland givet tilsagn om at deltage i projektet.

Målet for projektet er, at den enkelte praksis implementerer mindst 1 af forløbsprogrammerne og inden for en kortere tidshorisont tilegner sig generelle metoder med henblik på implementering af de øvrige forløbsprogrammer. Det betyder mere konkret at:

- Praksis identificerer sin kronikerpopulation
- Praksis foretager stratificering ud fra fastlagte indikatorer
- Praksis varetager tovholderfunktionen for det enkelte patientforløb (fastlæggelse af behandlingsmål og opfølgning)
- Praksis foretager benchmarking af behandlingsforløbet

De involverede praksis er fordelt på 32 grupper (praksisgrupper), som over en periode på ca. 15 måneder arbejder med forandringsprocesser ift. kronikerindsatsen i egen praksis. Processen forløber i to "bølger", således at den første bølge (16 praksisgrupper) starter op i september 2010, mens anden bølge (resterende 16 praksisgrupper) starter op i januar 2011. Forløbet omfatter 4 halvdagsmøder samt systematisk planlægning, afprøvning og evaluering af konkrete forandringstiltag i egen praksis i projektperioden.

Som et led i forberedelserne til projektet er der udsendt spørgeskema vedr. status på kronikerindsatsen til alle praktiserende læger i regionen. Svarprocenten har været relativ lav, og der planlægges derfor en opfølgning. De første resultater af undersøgelsen forventes at foreligge i september.

4. Puljemidler til forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom

Arbejdet med at implementere forløbsprogrammerne understøttes af de tiltag, som kommunerne og regionen har igangsat for puljemidler fra den centrale kronikerpulje. Kommunerne i regionen har samlet fået bevilliget knap 40 mio. kr. Region Midtjylland har fået bevilliget ca. 82 mio. kr. Puljemidlerne udmøntes i 2010-2012.

Nedenstående giver et overblik over de indsatsområder og tiltag i region og kommuner som styrkes/er igangsat via puljemidlerne:

Regionale indsatsområder

Indsatsområde/tiltag til forbedret kronikerindsats	Puljemidler 2010-2012 (mio. kr.)
Tiltag ift. forløbsprogrammet for KOL	6.5
Tiltag ift. forløbsprogrammet for type 2 diabetes	8.5
Tiltag ift. forløbsprogrammet for hjertekarsygdom	20.8
Forløbsprogram for lænderygsmærter	0.3
Styrket indsats i almen praksis	22.5
Styrket AK-behandling	6.4
Tværgående initiativer, heraf tiltag vedr. monitorering af kronikerindsatsen	16.8 10.2

Kommunale indsatsområder

De kommunale projekter tager i vid udstrækning udgangspunkt i forløbsprogrammerne for kronisk sygdom. Puljemidlerne anvendes således i høj grad til tiltag, som skal understøtte implementeringsprocessen.

Overordnet set er det tiltag ift:

- Udvikling og drift af tilbud til borgere med kronisk sygdom, fx via forløbskoordinatorer
- Kompetenceudvikling
- Elektronisk kommunikation (MEDCOM-standarder)

5. Den generelle sundhedsaftale 2011-2014

Implementering af forløbsprogrammerne er beskrevet i den generelle sundhedsaftale 2011-2014, som blev godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget den 10. juni 2010. Målsætningen er, at de 3 forløbsprogrammer er implementeret ved udgangen af 2012. De lokale aftaler fastlægger nærmere, hvordan implementeringen og opgavefordelingen skal ske i henhold til de beskrivelser, der ligger i forløbsprogrammerne.