

## **Kommentarer til den overordnede ramme vedr. monitorering af implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom i Region Midtjylland.**

Dato 11.10.2010

Sagsbehandler: Camilla H. Merrild

Tel. +45 87 28 4654

camilla.merrild@stab.rm.dk

Sagsnr.

Side 1/3

Den overordnede ramme for monitoreringen af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom er i perioden maj – september 2010 blevet præsenteret og drøftet i alle klynger i regionen. Rammen er også blevet drøftet i implementeringsgrupperne, ligesom sundhedsstyregruppen løbende er blevet orienteret om udviklingsprocessen omkring den.

Der har været generel tilfredshed med rammen, og enighed om vigtigheden af at monitorere implementeringen af forløbsprogrammerne på tværs af sektorerne. Dog er det blevet understreget, at man bør holde fast i, at der så vidt muligt anvendes eksisterende data/ registreringer, samtidig med at der er en erkendelse af, at vi pt. ikke er i stand til til fulde at måle på forløbsprogrammernes effekt – primært i relation til overgange og sammenhængende forløb.

Det blev fra både kommuner og hospitaler påpeget, at man finder det meget vigtigt, at det regionale arbejde med at udvikle monitoreringen er koordineret med SST og deres eventuelle krav på nationalt plan. Det blev i præsentationsrunden beskrevet, hvordan udviklingen af monitoreringen løbende bliver koordineret med SST, hvilket der blev udtrykt stor tilfredshed med.

### Forebyggelse, rehabilitering og patientuddannelse

Det blev påpeget, at man i det videre forløb med at udvikle monitoreringen også bør kigge på data vedr. den forebyggende indsats, klinikpersonalet leverer (rygestop, diætvejledning, vægtkontrol, medicinhåndtering) og have blik for, at selvom patientuddannelsers effekt måles gennem kliniske data før, under og efter intervention, vil dette primært bidrage med data om den kortsigtede effekt. Men der leveres også ydelser f.eks. via løbende opfølgning og kontakt gennem KOL- og diabeteskonsulenterne (tidlig opsporing, korrekt medicinindtagelse, kostopfølgning, opfølgning på motion, rygestop og generelle kostråd, selvhjælpsgrupper m.v.), som siger noget om den langsigtede effekt. Disse aktiviteter kunne med fordel også medtænkes i videreudviklingen af monitoreringen.

Ift. evalueringen af patientuddannelse har mange kommunerne påpeget, at der er behov for at udvikle en minimumsmodel af spørgeskemaet med en fælles kerne af spørgsmål. Som værktøjet ser ud nu, er det for

omfangsrigt og kompliceret til, at man vil kunne bruge det i alle kommuner. Kommunerne vil mødes og drøfte en sådan minimumsmodel, og vende tilbage med deres samlede respons. Derudover blev det understreget, at det er vigtigt, at målinger af effekten af både Diabetes-skolen og Lungeskolen samt hospitalets hjerterehabilitering også medtænkes i arbejdet med at udvikle og implementere evalueringsværktøjet.

### Økonomi

Mht. økonomi ville det være relevant også se på, hvad de eksisterende tilbud koster både kommunalt og regionalt (bl.a. på forbrug af hjemmehjælp, sygeplejersker, træningstilbud, det Kommunale Sundhedsteam, konsulenter og etc.). Der blev udtrykt forhåbninger om, at man for eksempel gennem projekt kronikerdata får mulighed for at følge borgerens "træk" (på f. eks. hjemmehjælpere osv.) før/ efter en indsats enten i regionen eller kommunen eller hos egen læge. Der var blandt kommunerne også stor interesse for at blive involveret i projekt kronikerdata, og det blev foreslået, at økonomigruppen assisterer projekt kronikerdata med at beskrive hvilke poster, der skal med, og hvilke der fravælges samt konsekvenserne af disse valg.

### Kommentarer til konkrete elementer

Det blev påpeget, at "Hvordan har du det?" er en selvrapporert undersøgelse udført blandt forskellige populationer, med de usikkerheder som dette medfører. Derfor kan den kun i begrænset omfang benyttes til effektvurdering af forløbsprogram eller indsatser. Der var generelt stor ros til Silkeborg-klyngen for at afprøve auditmetoden. Det kan give erfaringer ift. udbredelse til øvrige klynger. Det blev fra flere sider udtrykt, hvor vigtigt det er, at de praktiserende læger bakker op om metoden i alle klynger, da de har tovholderrollen, og dermed spiller en afgørende rolle i en succesfuld implementering af forløbsprogrammerne.

Det blev også påpeget, at man må være opmærksom på de små selvstændige monitorerings- og evalueringsprojekter, der er i gang indenfor de forskellige områder (KOL, AKS og T2DM), både de forskellige databaser og tilhørende monitoreringsinitiativer, som er finansieret gennem kronikerpuljen. Men også de eksisterende monitoreringsinitiativer, der har kørt i en årrække rundt om i regionen.

Der blev enkelte steder stillet spørgsmålstejn ved, hvordan patienterne vil opfatte den populationsorienterede proaktive tilgang, som man blandt andet gennem projekt kroniker data får mulighed for at anvende, hvor man på tværs af sektorerne følger patienterne aktivt i deres sygdomsforløb. Vil dette blive betragtet som en støtte og/eller som en slags "big brother" overvågning?

### Samling og præsentation af data

Der blev udtrykt usikkerhed omkring måden, hvorpå data fra de forskellige registreringssystemer i primær og sekundærsektor kan samkøres på en hensigtsmæssig måde, også i lyset af, at data vil blive leveret på forskellige tidspunkter i forløbet. I kraft af den store mængde tværsektorielle data, der indsamles, blev der enkelte steder udtrykt en bekymring for, hvem der kompetent kan varetage indsamling og bearbejdning af den komplekse datamængde, som monitoreringsprogrammet vil generere. Dette er et udviklingsarbejde, som der skal tages hul på med det samme. Det blev anbefalet, at Klinisk Epidemiologisk afdeling inddrages som sparings- eller samarbejdspartner. Ligeledes blev der efterspurgt planer for den fremtidige finansiering og drift af datafangsten – hvad sker der efter 2012?

### Fokus på social ulighed i sundhed

Overordnet set skal det understreges, at der var en generel interesse i at holde den sociale ulighed i sundhed for øje i arbejdet med at monitorere på forløbsprogrammerne. Det vil være utroligt vigtigt at indsamle viden om, hvem der benytter sundhedstilbuddene, hvem der falder fra, hvem der har gavn af dem etc. Dette vil ikke alene forbedre tilbuddene, da de kan målret-

tes mere, men på det generelle plan vil det bidrage til at forbedre hele forebyggelsesindsatsen. Det foreslås således, at man i monitoreringsrammen indarbejder et fokus på sociale indikatorer også (for eksempel ift. stratificeringen).