

## **Revideret notat vedr. monitorering af forløbsprogrammerne i Region Midtjylland**

Der er udarbejdet 3 forløbsprogrammer for kronisk syge borgere i Region Midtjylland med KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdom (AKS). Forløbsprogrammerne sigter mod at forbedre indsatsen for og behandlingen af patienter, som lider af de omfattede kroniske sygdomme. Implementeringen af forløbsprogrammerne sættes i gang i 2010, og monitoreringsindsatsen skal integreres i implementeringen fra starten.

Nedenstående beskriver den overordnede ramme for monitorering af forløbsprogrammerne i Region Midtjylland. Den overordnede ramme omfatter tre specifikke monitoreringsredskaber, som regionen har modtaget støtte til at udvikle og udføre. Disse monitoreringsredskaber kombineres med den eksisterende kvalitetsmonitorering på det kliniske niveau (NIP data), samt udvikling af auditmetoden og forløbsprogramspecifikke indikatorer i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde. Hovedelementerne i monitoreringsindsatsen er samlet i en oversigtsmodel i slutningen af notatet.

Forslaget til den overordnede ramme er blevet drøftet i alle klynger og forløbsprogramgrupperne for KOL og hjertekarsygdom<sup>1</sup> i perioden maj – september 2010 (jf. notat af 11.10.2010 der redegør for de indsamlede bemærkninger). Enkelte bemærkninger er indarbejdet i dette reviderede notat, der erstatter notat til Sundhedsstyregruppen af d. 04.04.2010.

---

<sup>1</sup> Forløbsprogramgruppen for type 2 diabetes har endnu ikke mødtes grundet manglende repræsentant for hospitalssektoren i formandskabet.

Formålet med monitoreringen og dataindsamlingen er løbende at sikre, at forløbsprogrammerne implementeres som anbefalet og samtidig dokumentere deres effekt. Således vil det være muligt at agere proaktivt i forhold til de opnåede resultater, hvilket vil bidrage til at kvalitets-sikre området og udbrede viden herom.

De samlede resultater af monitoreringen vil løbende blive samlet og fulgt i klyngestyre- og implementeringsgrupperne, og årligt blive forelagt Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordina-tionsudvalget.

### **Overordnet ramme for monitorering af forløbsprogrammerne i Region Midtjylland**

Udgangspunktet for monitoreringen er først og fremmest de kvalitetsmonitoreringsinitiativer, som anbefales nationalt for sygdommene for eksempel via det Nationale indikator projekt (NIP). Men der skal også fokuseres på udviklingen af metoder til at måle stratificeringen og placeringen af patienterne og det organisatoriske samarbejde og snitflader på tværs af sekto-erne, som beskrives i forløbsprogrammerne, ligesom der vil blive arbejdet med at monitorere patientens oplevelse af sammenhæng i behandlingsforløbet. Det forventes, at der vil blive ar-bejdet med dette både i regi af forløbsprogramgrupperne, men også via de monitoreringsinitia-tiver, der igangsættes i både region og kommuner, som en del af den forstærkede indsats for kronisk syge patienter i perioden 2010 – 2012 (se projektbeskrivelser i bilag 1 – 3).

Den overordnede monitoreringsstrategi baserer sig på 4 parametre, og lægger sig op ad de grundlæggende tanker bag Triple Aim modellen<sup>2</sup>. Triple Aim sigter mod at optimere sundheds-væsenet ud fra et tredelt fokus på borgernes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet, sundhedstilstanden i en given befolkning og begrænsning af omkostningerne per indbygger. Der vil ved monitoreringen og dokumentationen af forløbsprogrammerne blive fokuseret på:

- Måling af den organisatoriske sammenhæng og overgange mellem sektorer (henvis-ningspraksis, placering af patienter og stratificering, kommunikation og sammenhæn-gende forløb)
- Måling af den opnåede sundhedstilstand i populationer af mennesker der lider af en kronisk sygdom
- Måling af patientens oplevelse af sammenhæng i deres sygdomsforløb
- Måling af økonomiske konsekvenser (forbrug af ydelser, antal ambulante besøg, gen-indlæggelser og indlæggelsesdage, forbedret sundhedstilstand etc.)

---

<sup>2</sup> Triple Aim er en model udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI) for at optimere udnyttelsen af de res-sourcer der investeres i sundhedssystemet. Modellen fokuserer på individualisering af behandlingen, re-design af pri-mær sektoren, en populationsorienteret tilgang til sundhed, omkostningsbegrænsning og system integration.

Der vil blive arbejdet med at udvikle klare, sigende indikatorer, og at der i alle indsatserne er fokus på den sociale ulighed i sundhed.

### **En forstærket indsats for kronisk syge patienter i perioden 2010 - 2012**

I regionens forstærkede indsats for borgere med kronisk sygdom i perioden 2010 – 2012, er der specifikt fokus på monitorering og evaluering af forløbsprogrammerne. Der er afsat midler til 3 konkrete monitoreringsinitiativer, som vil indgå som en del af den generelle monitoreringsindsats (bilag 1 – 3). Det drejer sig om følgende initiativer:

- Projekt kronikerdata, som vil afdække de relevante populationer med kronisk sygdom, og dermed medvirke til at monitorere om behandlingen lever op til forløbsprogrammernes anbefalinger (stratificering, faseopdeling). Dette vil gøre det muligt at skabe et overblik over disse borgeres sygdomsmønster og bevægelse rundt i sundhedssystemet, deres sundhedsydelses- og indlæggelsesmønster etc. (se projektbeskrivelse i bilag 1).
- Borgernes perspektiv: Med udgangspunkt i populationerne (KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdom) vil der også blive udviklet en metode til at undersøge patienternes oplevelse af sammenhæng i deres sygdomsforløb. Metoden baserer sig på en spørgeskemaundersøgelse suppleret med kvalitative fokusgruppe interviews indenfor hver sygdomsgruppe (se projektbeskrivelse i bilag 2).
- Evalueringværktøj vedr. patientuddannelse: Der blive udviklet og arbejdet med et værktøj, som kan monitorere og evaluere effekten af patientuddannelse, hvilket vil gøre det muligt at synliggøre og sammenholde data og således kvalitetssikre området (se projektbeskrivelse i bilag 3). Værktøjet åbner desuden for muligheden for at indsamle viden om, hvem der benytter sundhedstilbuddene, hvem der falder fra, hvem der har gavn af dem etc. Dette vil gøre det muligt at målrette tilbuddene og således udbyde en mere differentieret indsats.

Disse initiativer indgår som delelementer i den overordnede monitoreringsindsats, som også vil fokusere på sygdoms- og forløbsprogramspecifikke indikatorer og det organisatoriske samarbejde. Udviklingen af alle tre initiativer sker under inddragelse af de tre sektorer; hospitaler, almen praksis og kommuner.

Derudover vil en række særlige evalueringstiltag, der knytter sig til nogle af de projekter, som regionen og kommunerne har modtaget støtte til fra kroniker puljen, også kunne bidrage til den samlede monitorering af forløbsprogrammerne.

Ydermere skal det fremhæves, at Silkeborgklyngen har modtaget støtte fra Folkesundhed i Midten til at afprøve auditmetoden, som et redskab til at styrke det tværsektorielle sundheds-

samarbejde for borgere/patienter med en kronisk sygdom. Målet er at afklare auditmetodens muligheder og begrænsninger i forbindelse med at identificere snitflader og gråzoner i samarbejdet på tværs af sektorerne, og resultaterne af afprøvning af metoden vil foreligge i løbet af foråret 2011. Det anbefales, at de andre klynger i regionen, ud fra de opnåede resultater, overvejer at benytte denne metode i arbejdet med at monitorere samarbejde og kommunikation på tværs af sektorerne (se projektbeskrivelse i bilag 4).

## **Organisering**

Arbejdet med at udvikle forløbsprogramspecifikke indikatorer vil blive udført af en til formålet nedsat tværfaglig og tværsektoriel monitoreringsgruppe. Gruppen nedsættes af de tre forløbsprogramgrupper (KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdom), og består af medlemmer fra alle tre programmer og alle tre sektorer. Hovedparten af medlemmer sidder ligeledes med i implementeringsgrupperne rundt om i regionen (se bilag 5 for kommissorium og medlemmer). Gruppen skal primært arbejde med at udvikle forløbsprogramspecifikke monitoreringsstandarder og indikatorer, som relaterer sig til forløbsprogrammernes implementering, samt sikre det tværsektorielle perspektiv i monitoreringen af de respektive forløbsprogrammer. Det er oplagt, at gruppens arbejde koordineres med økonomi- og opfølgingsgruppen<sup>3</sup>.

Forløbsprogrammernes formandskaber fungerer som overordnet styregruppe, og har til ansvar at sikre den overordnede sammenhæng i monitoreringsindsatsen på tværs af sektorerne. Gruppen kan indhente sparring hos relevante fagpersoner fra for eksempel Center for Folkesundhed eller Center for Kvalitetsudvikling.

Derudover etableres der også en tværsektoriel følge/referencegruppe til hvert af de 3 monitoreringsinitiativer beskrevet ovenfor (bilag 1-3), hvori medlemmer fra forløbsprogramgrupperne også vil indgå.

## **Følgestruktur for monitorering**

Der eksisterer i Region Midtjylland en række organisatoriske og strukturelle aftaler og dialogbaserede samarbejder, i hvilke monitoreringen af forløbsprogrammerne vil indgå som en integreret del.

Kronikerindsatsen er allerede udpeget som fælles evalueringsområde i klyngerne i 2010, og monitoreringen af fremdriften i de forløbsprogrammer, som de enkelte klynger arbejder med, følges løbende i klyngestyregrupper og implementeringsgrupper.

---

<sup>3</sup> Økonomi- og opfølgingsgruppen er nedsat under sundhedsstyregruppen og sagsbehandler emner til denne. Gruppen har fokus på de økonomiske aspekter i forhold til samarbejdet mellem kommuner, praktiserende læger og region.

I perioden 2010 – 2012 forventes evalueringen af de aktiviteter, der iværksættes som en del af den forstærkede indsats for kronisk syge patienter, også at bidrage positivt til den overordnede dataindsamling. Det forventes således at både midtvejs- og slut rapporteringen til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i hhv. medio 2011 og slutningen af 2012, vil indeholde en mængde data, som kan bidrage til den samlede monitorering af implementeringen af forløbsprogrammerne i regionen. Dette suppleres ydermere af de særlige evalueringsindsatser, som er knyttet til enkelte kronikerprojekter.

Regionalt Sundhedssamarbejde vil sørge for, at resultater af monitoreringen af forløbsprogrammerne (iht. den overordnede ramme) indsamles - og – efter drøftelse i implementeringsgrupperne - forelægges klyngestyregrupperne en gang årligt, hvorefter de samlet vil blive præsenteret for Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget.

Organisationen omkring indsamling og forankring af det samlede tværsektorielle data er et område under udvikling, og det skal fremadrettet i et tværsektorielt samarbejde aftales, hvilken form en eventuel samlende enhed skal have.

Hvilke data og resultater, der kan indsamles, beror både på

- den endelige udvikling og udformning af evalueringsværktøjerne i et samarbejde mellem de tre sektorer, og
- omfanget af udbredelsen af værktøjerne, f.eks. kan der kun indsamles resultater fra evalueringer af patientuddannelse, hvis værktøjet (eller evt. et tilsvarende) reelt anvendes i kommuner eller på hospitalsafdelinger, der forestår patientuddannelse. Den størst mulige udbredelse søges gennem en videreudvikling af værktøjet i samarbejde med en følgegruppe bestående af repræsentanter fra både almen praksis, hospital og kommune
- det eksisterende lovgrundlag ift. dataindsamling og datasamkørsel

Det forventes, at monitoreringsarbejdet bliver en dynamisk proces, hvor det i begyndelsen vil variere, i hvilken udstrækning og hvornår der foreligger data og resultater til drøftelse i implementeringsgrupper og klynger.

### **Monitoreringselementer**

For at skabe et overblik over de monitoreringsinitiativer, som pt. er under udvikling eller allerede er igangsat på tværs af alle klynger i regionen, er der udarbejdet en oversigt, som viser hvilke data, der vil blive indsamlet på tværs af sektorerne. De initiativer, som fortsat er under

udvikling, er understreget, og der er i parentes angivet, hvornår de forventes at kunne anvendes i monitoreringen.

De instanser, der er angivet i kolonnen "ansvarlig", er den organisation/gruppe, der er ansvarlig for målemetoden.

## Oversigt over monitoreringselementer

	Målepunkter	Målemetode	Ansvarlig
<b>Sundhedstilstand og Klinisk data</b>	Klinisk sundhedstilstand	Det nationale indikatorprojekt (NIP)	NIP sekretariat
	Klinisk og selv vurderet helbred	"Hvordan har du det?"	Center for Folkesundhed
	Stratificering og Populationsoverblik (hvor befinder patienterne sig)	<u>Dataprojektet (efterår 2010)</u> bilag 1	Regionalt Sundhedssamarbejde/Primær Sundhed <i>Der er etableret en projektorganisation</i>
	Patientuddannelsers effekt på sundhedstilstanden	Værktøj til evaluering af effekten af patient-uddannelse <sup>4</sup> , bilag 3	Center for Folkesundhed <i>Der er etableret en tværsektoriel følgegruppe</i>
<b>Organisatoriske overgange og sammenhæng</b>	Stratificering (hvor befinder patienterne sig)	<u>Dataprojektet (efterår 2010)</u>	Regionalt Sundhedssamarbejde/Primær Sundhed <i>Der er etableret en projektorganisation</i>
	Samarbejde og kommunikation på tværs af sektorer	<u>Audits (forår 2011)</u> bilag 4	Silkeborgklyngen og Center for Kvalitetsudvikling påbegynder arbejdet i foråret 2011
	Sammenhæng i forløb på tværs af sektorer	<u>Forløbsprogram specifikke indikatorer (forår 2011)</u>	Arbejdsgruppen vedr. forløbsprogramspecifikke indikatorer
<b>Patientoplevelse</b>	Patientens oplevelse af sammenhængende forløb	<u>"Borgernes perspektiv" (efterår 2011)</u> bilag 2	Center for Kvalitetsudvikling <i>Der er etableret en tværsektoriel faglig referencegruppe</i>
<b>Økonomi</b>	Aktivitetstal indenfor de tre kroniske diagnoser (type 2 diabetes, KOL og hjertekarsygdom)	DRG registreringer (Antal (gen)indlæggelser, ambulante besøg senedage)	DRG kontoret/ Økonomi- og opfølgingsgruppen
	Medicin forbrug	<u>Dataprojektet (efterår 2010)</u>	Regionalt Sundhedssamarbejde/Primær Sundhed <i>Der er etableret en projektorganisation</i>

<sup>4</sup> Værktøjet kan anvendes allerede i 2010 selvom det fortsat udvikles bl.a. med inddragelse af den tværsektorielle følgegruppe.

## Bilag 1

### Projekt kronikerdata

#### Baggrund og ressourcer

Regionen har igangsat et treårigt udviklingsprojekt, hvis formål det er at understøtte den tværsektorielle kronikerindsats. Ved at sammenstille og formidle eksisterende data skabes overblik over den samlede population af kronikere samt dokumentation for den indsats, som ydes til den enkelte kroniske patient. Dermed skabes et fælles datafundament for kvalitetsudvikling, beslutningsstøtte og samarbejde mellem praksissektoren, hospitaler og kommuner i den enkelte klynge og på tværs af regionen. Et fælles populationsoverblik forventes at understøtte samarbejde og en populationsorienteret proaktiv tilgang til patienterne.

Region Midtjylland har fået tilsagn om i alt 6.725.000 kr. til projektet i perioden 2010-2012 fra *Puljen til forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom*. Projektet er forankret i Regionalt Sundhedssamarbejde og Primær Sundhed og skal - udover de nedenfor nævnte mål - understøtte implementering af forløbsprogrammer og projektet *Kronikerkompasset*. Faglig leder af projektet Lone Kærsvang indgår på fuld tid i hele projektperioden. Projektleder Helene Bech Rosenbrandt indgår på trekvart tid i 2010, hvorefter der tages stilling til omfanget af projektle-delse.

#### Mål

Formålet er at understøtte den tværsektorielle kronikerindsats ved:

- understøtte samarbejde mellem praksissektoren, hospitaler og kommuner
- at levere beslutningsstøtte til praksissektoren, hospitaler og kommuner
- at understøtte kvalitetsudvikling af kronikerindsatsen i praksissektoren, hospitaler og kommuner
- at understøtte en proaktiv populationsorienteret tilgang i praksissektoren, på hospitaler og i kommuner
- at understøtte tovholderfunktionen i almen praksis (udføres i dialog med hospitaler, kommuner og den øvrige praksissektor; der vil være perioder med shared care mellem almen praksis og ambulatorier)
- at skabe fundament for etablering af en fremtidig organisation for datafangst, datafeedback og drift
- at skabe fundament for patienters adgang til egne data.

#### Nyttemål

- at forbedre indsatsen for patienter med kronisk sygdom ved at sikre, at de modtager behandling i overensstemmelse med gældende retningslinjer – såvel kliniske som organisatoriske.

#### Projekt mål

- at sammenstille eksisterende relevante data fra alle tre sektorer, og dermed skabe et fælles datafundament for kvalitetsudvikling, beslutningsstøtte og samarbejde mellem praksissektoren, hospitaler og kommuner i den enkelte klynge og på tværs af regionen, herunder
  - at skabe populationsoverblik på udvalgte kroniske sygdomsgrupper i et afgrænset geografisk område (eksempelvis regionen, klynge, kommune, praksis)



- o at skabe patientoverblik ved at sammenstille data på cpr-nummer niveau, som dokumenterer patientens samlede behandlingsforløb på tværs af sektorer og gøre disse data tilgængelige for praksissektoren, hospitaler og kommuner
- at understøtte anvendelse af data ved at levere datafeedback til beslutningsstøtte og kvalitetsudvikling
- at sikre drift og forankring efter 2012.

### Faglig/teknisk beskrivelse

Der udvikles en webapplikation, som i første omgang kan tilgås af praktiserende læger i Region Midtjylland. På længere sigt vil den også kunne tilgås af andre relevante parter – fx hospitalsansatte. Webapplikationen skal kunne tilgås fx via digital signatur og NemLogin for at spare et stort ressourcekrævende administrationsarbejde, hvor alle brugere skal tildeles brugerlogin.

Til brug for webapplikationen og identifikationen af patientpopulationerne vil der blive trukket data fra en række eksisterende systemer (fx laboratoriesystemer, sygesikringssystemer og hospitalssystemer). De opsamlede data vil blive gemt i en database på en sikret server placeret i et egnet datacenter med tilhørende driftsaftale – omfattende backup og passende vedligehold.

Patientpopulationerne vil blive identificeret på baggrund af diagnosekoder og algoritmer udviklet af Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus Universitet. De identificerede patientpopulationer vil blive opdelt på ydernumre og stillet til rådighed for de praktiserende læger i Region Midtjylland – i forbindelse med omstillingsprojektet *Kronikerkompasset*. Som led heri vil de praktiserende læger skulle foretage endelig validering af egne populationer. Der vil som udgangspunkt ikke blive tale om nyregistrering af data i systemet. Projekt Kronikerdata har pt. ikke adgang til at indhente data fra de praktiserende lægers egne systemer.

Der vil blive iværksat tiltag og automatik i systemet til sikring af løbende dataopdatering således, at webapplikationen vil fremstå så opdateret – datamæssigt, som overhovedet muligt. InforM tænkes inddraget som primær dataleverandør på sigt. Samkøringen af data er afstemt med regionens eksisterende tilladelser hos Datatilsynet.

### Kontakt

Regionalt Sundhedssamarbejde  
 Projektleder: Helene Bech Rosenbrandt  
[Helene.rosenbrandt@stab.rm.dk](mailto:Helene.rosenbrandt@stab.rm.dk)  
 Telefon 8728 4956

### Hovedtidsplan

Indsatsområder	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
	01.01.10 – 31.08.10	01.09.10 – 30.09.11	01.10.11 – 31.12.11	01.01.12 – 31.12.12

<b>Afklaring af databehov og adgang til data</b>	Almen praksis	Hospitaler Kommuner Evt. øvrige praksis-sektor (Alle ud fra et tværsektorielt perspektiv)	Fortsat tværsektorielt perspektiv	
<b>Identifikation af populationer</b>	Diabetes, KOL og AKS	Validering af diabetes-, KOL- og AKS-populationer  Indledende drøftelse af andre diagnoser	Evt. udvidelse med flere diagnoser	
<b>Udformning af løsning</b>	Populations- og patientoverblik (datafangst)  Teknisk løsning	Videreudvikling af datafangst  Datafeedback til sundhedsaktører	Videreudvikling af datafangst og datafeedback, inkl. datafeedback til ledelser	
<b>Understøttelse af anvendelse af data til beslutningsstøtte og kvalitetsudvikling</b>	Undervise lægelige konsulenter tilknyttet Kronikerkompasset	Udarbejde og iværksætte plan for understøttelse af dataanvendelse	Fokus på tværsektoriel anvendelse	
<b>Kommunikation</b>	Primært almen praksis	Hospitaler Kommuner Praksissektoren	Tværsektorielt	
<b>Evaluerings</b>	Statusnotat	Statusnotat Midtvejsevaluering	Statusnotat	Slutevaluering
<b>Implementering/spredning</b>		Almen praksis via Kronikerkompasset  ...		
<b>Drift/forankring</b>		Indledende drøftelse af drifts- og forankringsmuligheder i reference- og styregupper	Afklaring af drift og forankring	Iværksættelse af drift og forankring
<b>Bemanding af projektet</b>	Foreløbig styregruppe Projektleder Faglig leder Ad hoc bemanding af projektet	Opstart af styre- og referencegrupper Projektleder Faglig leder Bemanding af projektets udførerdelt*	Styre- og referencegrupper Projektleder Faglig leder Projektgruppe/udførerdelt	

\* Fx til økonomi, it-support, datatræk, udvikling...

## Projektorganisation

Gruppe	Sammensætning ("baglande de repræsentorer")	Deltagere	Kommissorium
<b>Styregruppe</b>	Regionalt Sundhedssamarbejde	Eva Sejersdal Knudsen	<p>Styregruppen træffer overordnede beslutninger vedr. prioriteringer ud fra input fra referencegruppen samt sikrer løbende fremdrift i samarbejde med projektleder og faglig leder. Styregruppen leverer endvidere støtte og sparring til projektleder og faglig leder.</p> <p>Styregruppen forventes at holde møder med projektleder og faglig leder 1 gang om måneden.</p> <p>Projektleder leverer beslutningsoplæg og sekretariatsbetjener styregruppen.</p>
	Primær Sundhed	Palle Jørgensen	
	Sundhedsplanlægning	Christian Boel	
<b>Reference-gruppe</b>	Regionalt Sundhedssamarbejde	Eva Sejersdal Knudsen (formand) Birgitte Haahr	<p>Referencegruppen bidrager til de overordnede prioriteringer og skal sikre projektets sammenhæng til regionens strategier og udviklingstiltag på området i øvrigt. Referencegruppen skal medvirke til at skabe adgang til data. Referencegruppen skal drøfte forslag til videreudvikling af projektet samt forslag til drift og organisering efter 2012. Referencegruppen fungerer som bindeled til deres respektive baglande og bærer viden og beslutninger mellem projektet og de respektive baglande/organisationer.</p> <p>Referencegruppen forventes at holde 2-3 møder pr. år.</p> <p>Formandskabet varetages af Regionalt Sundhedssamarbejde. Projektleder og leder af det faglige og tekniske indhold deltager i møderne, herunder med beslutningsoplæg og som sekretariatsfunktion.</p>
	Primær Sundhed	Palle Jørgensen Steen Vestergaard-Madsen	
	Sundhedsplanlægning	Christian Boel	
	Almen praksis (Lægelige konsulenter og Praksisudvalget)	Anny Adeler	
	Hospitaler (SSLF)	Tina Brandt Sørensen	
	Kommuner (Sundhedsstyregruppen)	Christine Kousholt	
	Kvalitet og sundhedsdata	Hans Peder Graversen	
	Center for Folkesundhed	Claus Vinther Nielsen	
	FEAP	Mogens Vestergaard	
	KEA	Mette Nørgaard	
	Koncernøkonomi (InfoRM)	Lisbeth Hoffmann Thomsen	
	NIP	Birgitte Randrup Krog	
	Psykiatri	Annette Bang	
<b>Ledelse af projektet</b>	Projektledelse	Helene Bech Rosenbrandt	Projektlederen er ansvarlig for overordnet planlægning og opfølgning samt den dag-

			lige projektledelse ift. organisering og processer.
	Ledelse af det faglige og tekniske indhold	Lone Kærsvang	Lederen af det faglige indhold er ansvarlig for detailplanlægning og den daglige ledelse ift. dataindholdet og det tekniske setup, herunder kortlægning, indsamling og opsætning af data.
<b>Udviklingsgruppe</b>	Ad hoc tilknyttede fra fase 1 suppleret med relevante fagpersoner fra de tre sektorer efter behov. Regionens it-afdeling inddrages efter behov.	Hospitaler: Tina Brandt Sørensen Klavs Würgler Hansen AKS...  Praksis...  Kommuner...	Leverer faglig og teknisk viden og kompetence samt udviklingsarbejde.  Videreudvikling af datafangst (optimering af populationsoverblik og videreudvikling af patientoverblik, håndtering af negativt samtykke); udvikling af datafeedback (indhold).  Ad hoc inddragelse af deltagerne.
<b>Drift og support</b>	Praksisenhederne, Primær Sundhed	It-konsulenter	Yde support til praktiserende læger ift. brug af web-applikationen.

## Bilag 2

### Borgernes perspektiv – en styrket implementering af Region Midtjyllands forløbsprogrammer for kroniske sygdomme - Spørgeskemaundersøgelse

#### Introduktion

Formålet med projektet er at udvikle et koncept til undersøgelse og anvendelse af viden om borgernes perspektiv på indsatsen inden for de tre sygdomsområder type 2 diabetes, KOL og hjertekarsygdomme. Indenfor de enkelte sygdomsområder vil udgangspunktet være i de forløbsprogrammer der er udviklet på området i Region Midtjylland.

#### Metode

Der gennemføres en spørgeskemaundersøgelse for hvert af de tre sygdomsområder. Det giver mulighed for at afdække borgerperspektivet i bredden både, hvad angår sektorer, geografisk spredning og variationer indenfor og på tværs af de enkelte sygdomsområder. Der følges op med fokusgruppeinterview, som giver plads til udforskning og præciseringer af resultaterne.

Efter projektperioden vil der foreligge et færdigudviklet undersøgelseskoncept, som det er muligt at sætte i drift ved tilbagevendende undersøgelser.

#### Rapportering og opfølgning af spørgeskemaundersøgelsen

Rapporteringen af spørgeskemaundersøgelsen vil indeholde en samlet elektronisk rapport fra undersøgelsen, der skelner mellem de tre sygdomsområder samt klynger. Derudover vil et detaljeret tabelmateriale opgøre resultaterne på relevante baggrundsvariable som f.eks. køn og aldersgrupper.

Der følges op på resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen via fokusgruppeinterview med borgere, hvor deltagerne bliver bedt om at reflektere over et udpluk af resultater fra undersøgelsen. Interaktionen mellem deltagerne kan fungere som en motivationsfaktor i forhold til at producere ny viden om emnet og kan bidrage til yderligere at styrke implementeringen af forløbsprogrammerne.

#### Tidsplan

Projektet har overordnet 4 faser, som forløber over knap 2½ år fra 2010 til og med april 2012.

Faser		Opstart	Afslutning
Fase 1	Planlægning af undersøgelse og udvikling af spørgeskemaer	2010	2010
Fase 2	Gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse	April 2011	August 2011
Fase 3	Rapportering	September 2011	Januar 2012
Fase 4	Fokusgruppeinterview efter rapportering	Februar 2012	April 2012

#### Kontakt

Center for Kvalitetsudvikling  
www.cfk.rm.dk  
Faglig koordinator Simone Witzel  
Simone.witzel@stab.rm.dk  
Telefon 8728 4922

### **Medlemmer af den faglige referencegruppe vedr. Borgernes perspektiv:**

#### Hospitalsrepræsentanter:

Overlæge Tina Brandt Sørensen, Regionshospitalet Horsens,  
e-mail; [tina.brandt.sorensen@horsens.rm.dk](mailto:tina.brandt.sorensen@horsens.rm.dk) (KOL)  
Oversygeplejerske Marianne Jensen, Regionshospitalet Viborg,  
e-mail; [marianne.jensen@viborg.rm.dk](mailto:marianne.jensen@viborg.rm.dk) (T2DM)

#### Kommunale repræsentanter:

Ledende terapeut Winnie Munk, Holstebro Kommune,  
e-mail; [Winnie.Munk@holstebro.dk](mailto:Winnie.Munk@holstebro.dk) (KOL)  
Sundhedskonsulent Dorthe Bligård, Norddjurs Kommune,  
e-mail; [dorb@norddjurs.dk](mailto:dorb@norddjurs.dk) (AKS)

#### Almen praksis repræsentanter:

Praktiserende læge Jette Kolding Kristensen (Århus),  
e-mail; [JKK@ALM.AU.DK](mailto:JKK@ALM.AU.DK) (T2DM)  
Praktiserende læge Ellen Reinhardt Ladegaard (Harlev),  
e-mail; [ladegaard@dadlnet.dk](mailto:ladegaard@dadlnet.dk) (AKS)

#### Regionalt Sundhedssamarbejde:

AC fuldmægtig Camilla Merrild,  
e-mail; [camilla.merrild@stab.rm.dk](mailto:camilla.merrild@stab.rm.dk)

#### Center for Folkesundhed:

Faglig koordinator Simone Witzel;  
e-mail; [Simone.witzel@stab.rm.dk](mailto:Simone.witzel@stab.rm.dk)  
Konsulent Marit Jensen  
e-mail: [marit.jensen@stab.rm.dk](mailto:marit.jensen@stab.rm.dk)  
Konsulent Pernille Bjørnholt  
e-mail: [pernille.bjoernholt@stab.rm.dk](mailto:pernille.bjoernholt@stab.rm.dk)

## **Bilag 3**

### **Udvikling og implementering af monitorerings- og evalueringstværktøj til patientuddannelse**

#### **Baggrund**

Center for Folkesundhed i Region Midtjylland har i et par år arbejdet med at udvikle et it-værktøj, der kan anvendes til monitorering og evaluering af patientuddannelse på hospitaler og i kommuner. Værktøjet er udviklet, så det kan bruges til evaluering og forskning. Det er udviklet på en webplatform og gjort enkelt og brugervenligt. Data kan således bruges lokalt ved tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisningsforløb og som led i kvalitetsudvikling.

13.04.2010

Kirsten Vinther-Jensen  
Anne Marie Schak Jensen

Side 15

Værktøjet afprøves i Grenaa Sundheds- og Patientskole og i Lærings- og Mestringsuddannelserne i regionens vestlige kommuner samt Livsstilscaféerne i Holstebro og Herning. Erfaringer herfra bruges i den fortsatte udvikling og justering.

#### **Organisering**

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har bevilliget projektmidler på 2.033.500 kr. til videreudvikling og implementering af værktøjet i en 3-års-periode.

Der nedsættes snarest en følgegruppe med repræsentation fra Center for Folkesundhed, Regionalt Sundhedssamarbejde, kommuner, universitetshospital, regionshospital og almen praksis. Formandskabet for forløbsprogrammer deltager i udpegning af repræsentanter. Kommunekontaktrådet, Det Strategiske Sundhedsledelsesforum og Det Regionale Kvalitetsteam orienteres. Følgegruppens opgave er at følge udviklingen og give input til implementering, den fortsatte udvikling og kvalitetssikring af monitorerings- og evalueringstværktøjet og analyse af resultater samt standardudtræk fra værktøjet, så der opnås højst muligt udbytte lokalt og regionalt.

## Indhold i værktøjet

Monitorerings- og evalueringstværværktøjet består af et fleksibelt, modulopbygget spørgeskema med en kerne af spørgsmål, som alle deltagere besvarer, og enkeltmoduler der kan til- eller fravælges, afhængigt af patientuddannelsernes formål, indhold og forventning om effekt. Spørgsmålene korresponderer med *Hvordan har du det?* (HHDD) og opdateres til 2010-udgaven. HHDD bruges som baggrundsreference. Der er startskemaer og opfølgningsskemaer. Selve monitorerings- og evalueringstværværktøjet er en internetapplikation med adgang fra enhver PC med internetforbindelse. Værktøjet er udformet, så kravene til datasikkerhed er opfyldt. Nedenfor er listet de moduler, som for nuværende er indeholdt i monitorerings og evalueringstværværktøjet:

**Grundskema:** Baggrundsoplysninger herunder socioøkonomiske data og SF-12.

**Sundhedsadfærd:** Skema til alkohol, rygning, mad og bevægelse (KRAM-faktorer) samt vægt.

**HeiQ-skema (Health education impact questionnaire):** Valideret australsk spørgeskema til brug i patientuddannelser og mestringsprogrammer. Skemaet benyttes internationalt bl.a. i Norge. En godkendt dansk version er i proces og forventes klar ultimo maj.

**Lær at leve med en kronisk sygdom:** dansk version af Stanford Universitets program Chronic Disease Self-Management Program. Komiteen for Sundhedsoplysning er tovholder for et landsdækkende tiltag.

**Stamkort:** registrering af deltageren.

**Henvisning:** registrering af henvisningsoplysninger.

**Afklarende samtale:** registrering af den afklarende samtale.

**Holdadministration:** beskrivelse af de forskellige hold der er i patientuddannelsen.

**Holdtilknytning:** den enkelte deltager tilknyttes et undervisningshold.

**Holdafslutning:** registrering af om deltageren har gennemført holdet eller har afbrudt sit forløb.

**Notat:** til fri tekst.

## Udviklingspotentiale

I forhold til forløbsprogrammerne ønskes monitorerings- og evalueringstværværktøjet anvendt som støtteværktøj til dokumentation og evaluering af de dele af indsatsen, der er relateret til patientuddannelse. Der skal udvikles moduler til de specifikke sygdomskategorier fx type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, og KOL.

## Værktøjets muligheder

Værktøjet kan bruges lokalt herunder i tilrettelæggelse af rekruttering og fastholdelse af deltagere, i den individuelle samtale og i udvikling af patientuddannelsernes indhold. I forbindelse med evaluering og forskning kan HHDD bruges som reference, og der er mulighed for at sammenligne på tværs af kommuner og hospitaler og på tværs af forskellige typer af patientuddannelsesforløb.

De igangværende justeringer i skemaerne påvirker ikke analysen af data fra værktøjet. Der kan således foretages sammenlignelige analyser på data, der allerede er indtastet og data der indtastes efter opdateringerne her i foråret 2010. Disse opdateringer forventes afsluttet ultimo maj.



## **Kontaktpersoner**

Ønsker man at benytte eller høre mere om værktøjet, kan man kontakte:

Majken Rose Hjortbak

E-mail: [maikenrose.hjortbak@stab.rm.dk](mailto:maikenrose.hjortbak@stab.rm.dk)

Tlf.: 21 60 18 07

Kirsten Vinther-Jensen

E-mail: [kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk](mailto:kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk)

Tlf.: 87 28 47 07

## Bilag 4

### Tværasektorielle og casebaserede auditundersøgelser

I relation til forløbsprogrammerne i Region Midtjylland kan auditmetoden særligt anvendes til at analysere og evaluere det tværasektorielle samarbejde om borgere med kroniske sygdomme. En særlig styrke ved den casebaserede audit er, at metoden skaber rammerne for, at bringe fagpersoners viden i spil på tværs af fag og sektorer.

#### Kort om metoden

Metoden bygger på, at fagfolk vurderer patientforløb ud fra vurderingsspørgsmål, som udarbejdes af auditdeltagerne forud for processen. Datagrundlaget er det foreliggende skriftlige sagsmateriale om forløbet suppleret med fagfolkernes viden og erfaringer.

En kvalitetsaudit gennemføres retrospektivt. Det vil sige, at der arbejdes med en vurdering og evaluering af gennemførte hændelser eller forløb.

Målet er at vurdere kvaliteten i den konkrete indsats, set i forhold til de faglige mål, rammer eller principper, der er fastlagt for arbejdet. Temaerne i en audit kan eksempelvis være den faglige indsats, organiseringen, kommunikation og overgange mellem sektorer eller borgernes perspektiver og oplevelser af sammenhæng.

I et auditforløb etableres et auditpanel bestående af 6-8 fagpersoner, som gennemfører kvalitetsaudit efter en fastlagt plan, metode, ramme og organisation.

Auditpanelet bliver sammensat med henblik på den konkrete opgave. En tværfaglig og bredspektret sammensætning af auditpanelet sikrer en bredde og flere forskellige vinkler i vurderinger af sagsforløbet. Det er deltagernes faglige baggrund, erfaringer, viden og indsigt, der er i fokus.

#### Center for Kvalitetsudviklings konsulentbistand

I foråret 2011 gennemfører Center for Kvalitetsudvikling et modelprojekt i Silkeborgklyngen med fokus på det sundhedsfaglige samarbejde i patienters sygdomsforløb – fra patientforløbet på hospitalet, til kontakten med almen praksis og den kommunale sundhedsindsats. Auditmetoden anvendes til at analysere og vurdere de udfordringer og barrierer der er i dette samarbejde. Erfaringerne fra dette projekt kan med fordel overføres til andre klynger.

Center for Kvalitetsudvikling kan både tilbyde konsulentbistand til gennemførelse af auditforløb og afholder også kursus- og træningsforløb i metoden.

#### Kontakt

Center for Kvalitetsudvikling

[www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk)

Konsulent Jens Hansen

[jens.hansen@stab.rm.dk](mailto:jens.hansen@stab.rm.dk)

Telefon 8728 4943

#### Litteratur

Isager, Anne-Mette Kamper: *Om Audit – en metode til læring og kvalitetsudvikling i fagpraksis*. Center for Kvalitetsudvikling. Region Midtjylland, 2009.

## Styregruppe

Navn	Arbejdssted	Kontaktoplysninger
Dorte Mørkbak	Skanderborg Kommune	Dorte.Morkbak@skanderborg.dk Tlf.: 8794 7414
Tove Voss	Skanderborg Kommune	tove.voss@skanderborg.dk Tlf.: 8794 7446
Anne Just	Hospitalsenheden Silkeborg	anne.just@silkeborg.rm.dk
Christina Schaumann	Hospitalsenheden Silkeborg	chisniel@rm.dk
Linda Næsager	Silkeborg Kommune	LindaGullov.Naesager@silkeborg.dk
Lene Dørfler	Silkeborg Kommune	LeneDorfler.Jensen@silkeborg.dk
Sine Møller Sørensen	Favrskov Kommune	sims@favrskov.dk Tlf.: 8964 2117
Linda Johansen	Favrskov Kommune	lijo@favrskov.dk
Lisbeth Ørtenblad	Center for Kvalitetsudvikling	Lisbeth.Oertenblad@stab.rm.dk Tlf.: 8728 4967
Jens Hansen	Center for Kvalitetsudvikling	Jens.Hansen@stab.rm.dk Tlf.: 8728 4943
Poul Kraghede	Praksiskonsulent, Favrskov Kommune	<a href="mailto:Kraghede@dadlnet.dk">Kraghede@dadlnet.dk</a>
Uffe K. Jacobsen	Praksiskonsulent, Silkeborg Kommune	<a href="mailto:Dr-uffe@dadlnet.dk">Dr-uffe@dadlnet.dk</a>
	Praksiskonsulent, Skanderborg Kommune	

## Bilag 5

### Arbejdsgruppen vedr. forløbsprogramspecifikke indikatorer

Gruppen er nedsat af forløbsprogramgrupperne for kronisk sygdom i Region Midtjylland, og består af repræsentanter fra kommune, hospital og almen praksis.

Gruppen har til opgave, med udgangspunkt i en gennemgang af eksisterende kvalitetsmonitoreringsinitiativer, at udvikle forløbsprogramspecifikke indikatorer på områder som pt. ikke monitoreres. Det primære fokus vil være på organisatoriske overgange og sammenhæng mellem sektorer

Medlemmer af gruppen:

- Sygeplejerske Linda Lundh, ÅUH Århus Sygehus, e-mail; [linda.lundh@aarhus.rm.dk](mailto:linda.lundh@aarhus.rm.dk)
- Sundhedskonsulent Dorthe Bligård, Norddjurs Kommune, e-mail; [dorb@norddjurs.dk](mailto:dorb@norddjurs.dk)
- Praktiserende læge Bo Christensen, e-mail; [bc@alm.au.dk](mailto:bc@alm.au.dk)
- Oversygeplejerske Henriette Kaae, RH Horsens og Brædstrup, e-mail; [Henriette.kaae@horsens.rm.dk](mailto:Henriette.kaae@horsens.rm.dk)
- Ledende terapeut Winnie Munk, Holstebro Kommune, e-mail; [Winnie.munk@holstebro.dk](mailto:Winnie.munk@holstebro.dk)
- Praktiserende læge Holger Fischer, e-mail; [Holger.fischer@dadlnet.dk](mailto:Holger.fischer@dadlnet.dk)
- Overlæge Kjeld Hasselstrøm, RH Herning, e-mail; [kjeld.hasselstroem@vest.rm.dk](mailto:kjeld.hasselstroem@vest.rm.dk)
- Udviklingskonsulent Margit Andersen, Ikast-Brande Kommune, e-mail; [maand@ikast-brande.dk](mailto:maand@ikast-brande.dk)
- Praktiserende læge Jette Kolding Kristensen, e-mail; [jkk@alm.au.dk](mailto:jkk@alm.au.dk)
- Funktionsleder Henriette Hasse Fischer, Struer Kommune, e-mail; [hfh@struer.dk](mailto:hfh@struer.dk)
- Fysioterapeut og projekt koordinator Tatjana Brendstrup, e-mail; [tatjana.brendstrup@skejby.rm.dk](mailto:tatjana.brendstrup@skejby.rm.dk)
  
- Faglig konsulent Bodil Bjørnshave, e-mail; [bodil.bjoernshave@stab.rm.dk](mailto:bodil.bjoernshave@stab.rm.dk)
  
- Koordinator Ditte Rask Rasmussen, e-mail; [ditte.rasmussen@stab.rm.dk](mailto:ditte.rasmussen@stab.rm.dk)