

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Afdelingen for Kommunesamarbejde
Journal nr.: 08 / 11877
Dato: 1. oktober 2009
Udarbejdet af: Mette Udengaard Nors og Karina Andersen
E-mail: Mette.Udengaard.Nors@regionsyddanmark.dk
Telefon: 76631218



Udmøntningsplan for puljer til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom i 2010-2012 i Region Syddanmark

Indholdsfortegnelse

Ramme for projektansøgninger i Region Syddanmark.....	3
PULJE 1: Forløbsprogrammer	4
1. Indsatser i almen praksis	5
2. Indsatser vedr. kompetenceudvikling	11
3. Indsatser vedr. forløbskoordination	13
4. Indsatser vedr. udredning og behandling, herunder speciallægerådgivning.....	16
5. Indsatser vedr. it-understøttelse	19
PULJE 2: Patientundervisning og egenomsorg – i alt 24 mio. kr. i perioden	22
6. Indsatser vedr. patientuddannelse og egenomsorg	23
6.5 Indsatser vedr. KOL.....	26
6.6 Indsatser vedr. hjerteområdet.....	26
6.7 Indsatser vedr. muskel/skelet området.....	28

Ramme for projektansøgninger i Region Syddanmark

Nærværende udmøntningsplan knytter sig til Region Syddanmarks ansøgning om økonomisk tilskud fra puljer i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til en forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme i perioden 2010-2012.

I overvejelserne omkring, hvad der ansøges om, er der i Region Syddanmark taget udgangspunkt i strategien for "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark". Strategien fastlægger rammerne og principperne for, hvordan indsatsen for kronisk sygdom skal tilrettelægges fremover i Region Syddanmark.

Strategien er lavet i et tværsektorielt samarbejde og består af 21 konkrete initiativer. Målet er at tilbyde personer med kronisk sygdom bedre forebyggelse, behandling, pleje, rehabilitering m.v., så vi skaber større livskvalitet. Derudover handler strategien om, hvordan vi mest hensigtsmæssigt bruger de ressourcer vi har i sundhedsvæsenet - vel vidende, at presset og efterspørgslen er stærkt stigende. Strategien kan findes her: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm280600>.

Strategien tager udgangspunkt i en række principper for opgavedeling og samarbejde, der er indarbejdet i sundhedsaftalerne for Region Syddanmark og dermed forpligter parterne.

I strategien står der, at nøglen til at skabe sammenhængende patientforløb hedder samarbejde, koordinering og kommunikation. Med dette afsæt er der i Region Syddanmark i samarbejde med kommuner, sygehuse og praksisområdet ved at blive udarbejdet patientforløbsprogrammer for fire store sygdomsområder: kronisk obstruktiv lungelidelse, diabetes, kronisk hjertesygdom samt rygområdet. Programmerne forventes færdigbehandlet og klar til implementering i 2010.

Med baggrund i ovenstående har vi i Region Syddanmark valgt at målrette udmøntningen i følgende temaer:

- indsatser i almen praksis
- kompetenceudvikling
- forløbskoordination
- udredning og behandling
- it-understøttelse
- patientuddannelse og egenomsorg

Til grund for temaerne ligger i alle tilfælde konkrete projektbeskrivelser, vedlagt som bilag:

"Bilag med uddybende projektbeskrivelser til udmøntningsplan for puljer til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom i 2010-2012 i Region Syddanmark".

I en række tilfælde er projekterne endnu ikke beskrevet fyldestgørende, men vil blive konkretiseret efterfølgende. Projektbeskrivelserne tilpasses nærmere efter dialog med sygehuse, kommuner og praksisudvalg.

Inden for den tidsramme, der har været til rådighed siden ministeriets udmelding om ansøgning til puljerne, har det ikke været muligt at koordinere med kommunerne og sygehuse i ønskeligt omfang. Region Syddanmark har på den baggrund valgt at prioritere større modelprojekter, inden for hvilke der fortsat er mulighed for at inkludere såvel projekter fra kommuner som sygehuse.

Der forventes derfor nærmere dialog og koordinering mellem region, sygehuse og kommuner i løbet af efteråret 2009.

PULJE 1: Forløbsprogrammer

Ved udarbejdelsen af projektansøgningerne er der, jf. ministeriets kriterier, lagt vægt på projekter, der kan fremme effektive forløb ved at sikre klar arbejdsdeling, ved effektiv koordination og ved at minimere uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser. Herudover er der fokus på videndeling mellem sektorer, kompetenceudvikling hos sundhedspersonale samt it-understøttelse.

Der er udarbejdet projekter inden for følgende hovedområder:

Indsatser i almen praksis

- En samlet koordineret indsats for formidling
- Gennembrudsmetoden
- Den praktiserende læge som tovholder
- Den proaktive læge/praksis
- Kronikermedarbejderen/kronikerteam i almen praksis
- Organisationsudvikling i almen praksis
- Patientens Plan
- It-støttet monitorering af kronisk syge patienter i almen praksis
- STarT spørgeskema til brug i primærsektor ved lænderygsmeter

Indsatser vedr. kompetenceudvikling

- Kompetenceudvikling af sundhedspersonale til at forstærke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Indsatser vedr. forløbskoordination

- Udvikling af modeller for forløbskoordination – Herunder bl.a.:
 - *Forløbskoordination mellem diabetesambulatoriet Sygehus Lillebælt, 2 kommuner, samt almen praksis*
 - *KOL rehabilitering: forløbskoordinator til patientuddannelse*
 - *Patientforløbskoordinator - Koordination og kvalitetssikring af hjerterehabiliteringen i Region Syddanmark*
- Forløbskoordinator ved Karkirurgisk Center
- Etablering af et Koordinerende diabetesambulatorium
- Forløbsprogrammer for patienter med nydiagnostiserede leddegigt og hvirvelsøjlegigt

Indsatser vedr. udredning og behandling, herunder speciallægerådgivning

- Ernæringscreening af patienter med kronisk sygdom
- Indførelse af KOL pakker
- Øg kvaliteten af de kroniske patientforløb og nedbring ressourceforbruget i medicinsk ambulatorium (Fast track)

Indsatser vedr. It-understøttelse

- Udbygning af informationsportalen VisInfoSyd
- Database for rygområdet
- Kronikerdatabase med datafangst fra EPJ
- Elektronisk kommunikation - implementering af strukturerede MedCom-standarder

1. Indsatser i almen praksis

Almen praksis spiller en vigtig rolle for patienter med kronisk sygdom, patienten er ofte hyppigt i kontakt med egen læge og det er derfor vigtigt, at lægen er klædt på til at tage sig af og guide patienten rundt i systemet. Følgende indsatser har derfor til formål at understøtte indsatsen i almen praksis, ved bl.a. at:

- sikre en klar opgavefordeling mellem sektorerne
- udvikle kompetencer hos praksis-personalet
- sikre koordinationen for komplekse og dårligt stillede patienter
- understøtte it-området i almen praksis

1.1 Implementering af forløbsprogrammer i almen praksis

Der er ved at blive udarbejdet patientforløbsprogrammer indenfor ryg-, KOL-, hjerte- og diabetes 2-området. Patientforløbsprogrammerne udarbejdes i et samarbejde mellem region og kommuner og forventes indarbejdet i de kommende sundhedsaftaler.

I alle programmerne lægges der vægt på, at almen praksis spiller en central rolle i patientforløbene. Programmerne forventes klar til implementering primo 2010, hvorefter der skal foregå en målrettet indsats overfor almen praksis i forhold til formidling af programmerne og implementering af dem i arbejdsgangen i almen praksis. Formidlingsindsatsen vil være klassisk i sin tilgang, men i en hidtil uafprøvet volumen overfor almen praksis. Implementeringsindsatsen baseres på gennembrudsmetoden. Begge indsatser uddybes nedenfor.

○ En samlet koordineret indsats for formidling

De elementer i forløbsprogrammerne, der har betydning for almen praksis, skal udbredes og implementeres i almen praksis i en samlet, styrket og koordineret indsats. Processen for informationsindsatsen startes med dannelsen af et team af relevante personer, praksiskonsulenter, efteruddannelsesvejledere, kvalitetskonsulenter og andre relevante samt regionen.

Indledningsvist skal der ske en introduktion og forberedelse af disse, og herefter foregår der en efteruddannelsesindsats med fokus på organisation og implementering af ændringer i almen praksis i forhold til forløbsprogrammerne. Det vil omfatte en palet af aftenmøder, halvdagsmøder og kurser samt mindre møder, bl.a. i efteruddannelsesgrupperne. Overvejelser om en midlertidig styrkelse af praksiskonsulentfunktionen indgår heri.

Indsatsen vil blive evalueret kvantitativt såvel som kvalitativt, både i forhold til struktur, proces og resultat. Der vil blive anvendt registerdata, spørgeskemaer og audit.

Se bilag 1A.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
1.750.000	1.250.000	1.250.000	4.250.000

○ Gennembrudsmetoden

Denne indsats vedrører organiseringen i almen praksis i forhold til at implementere nye kliniske vejledninger under samtidig inddragelse af praksispersonalet.

Implementering af ny viden i mindre organisationer som almen praksis har altid været en større udfordring. Møder, konferencer, temadage og foredrag udbreder viden, men selve implementeringen i

egen praksis er stadig en proces, der skal foretages, når den praktiserende læge har forladt møderne og er overladt til sig selv.

Der arbejdes med metoden ved forskningsenheden for almen praksis i Aarhus og der har været enkelte afprøvninger med en modificeret model, som kan bruges i almen praksis.

Projektet forankres i Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget for almen praksis og praksisafdelingen. Metoden forventes at vise sig effektiv både set i forhold til omkostninger og i forhold til effekt. Projektet vil blive evalueret både kvantitativt og kvalitativt. Ved kurserne fastsætter praksis selv i processen de planer for ændringer, som de ønsker. Disse planer bliver samtidig indikatorer på succes og udgangspunkt for evalueringen. Desuden vil registerdata blive inddraget.

Se bilag 1B.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
900.000	900.000	1.000.000	2.800.000

1.2 Tiltag med sigte på omorganisering i almen praksis til fremme af bedre kronikeromsorg og patientforløb

Almen praksis møder i disse år en række udfordringer, der lægger pres på arbejdet i almen praksis. Det drejer sig blandt andet om nye opgavevaretagelser, at flere går hyppigere til læge, flere ældre og flere kroniske patienter. Disse udfordringer skal håndteres i en situation med mangel på praktiserende læger, hvorfor der bør arbejdes med en omorganisering af praksis. En omorganisering af arbejdet i almen praksis vil involvere en række tiltag i den enkelte praksis. Dette gælder både i forhold til nye fokuspunkter, f.eks. planlægning og koordinering samt nye roller for praksispersonalet og de praktiserende læger. Der er behov for at udvikle og afprøve disse tiltag med henblik på at opnå viden og erfaringer til brug i det videre arbejde med fremme af gode patientforløb og forbedret kronikeromsorg. I Region Syddanmark arbejdes der i øjeblikket med nedenstående elementer. Projekterne vil blive gennemført ved hjælp af udviklingsarbejde, modelprojektafprøvning, evaluering og formidling.

o Den praktiserende læge som tovholder

De praktiserende læger betragter generelt sig selv som tovholdere for deres patienter. Men ændringen i patientsammensætningen i retning af flere og flere kronisk syge patienter med dertil hørende komplekse sygdoms- og behandlingsforløb medfører, at både patienten og sundhedsmyndighederne stiller øgede krav til den praktiserende læges rolle som organisatorisk tovholder. Den praktiserende læge skal således på én og samme gang have et overblik over sine kronisk syge patienter samt være medspiller i patientforløbet og agere som patientens advokat. Det vil sige, at den praktiserende læge skal bistå patienten i at navigere mellem forskellige behandlere og sektorer og sikre, at behandlingsforløbet hele tiden følger den plan, Patientens Plan, som den praktiserende læge og patienten i samarbejde har udarbejdet.

Formålet med at udvikle begrebet "den praktiserende læge som organisatorisk tovholder" er således at få udviklet og beskrevet den tovholderfunktion, som den praktiserende læge forventes at udfylde

samt at få denne nye og bredere rolle som organisatorisk tovholder afprøvet i praksis og få beskrevet og udbredt de erfaringer, der gøres i den forbindelse.

Se bilag 1C.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
400.000	350.000		750.000

○ **Den proaktive læge/praksis**

Som udgangspunkt er der blandt praktiserende læger en generel forståelse af, at patienterne henvender sig til deres praktiserende læge, når de har behov for det, og at de praktiserende læger ikke sædvanligvis yder lægehjælp på eget initiativ. Det stigende antal kronisk syge patienter nødvendiggør, at den enkelte læge arbejder planlægningsorienteret i forhold til den enkelte patient samt tager initiativ til en konsultation eller et sygebesøg, hvis patientens tilstand afviger fra det forventelige. Den praktiserende læge skal således enten på egen hånd eller ved hjælp af praksispersonale anvende dataindsamling og databearbejdning, som muliggør at danne sig et overblik over tilstanden hos sine kronisk syge patienter og handle på eventuelle helbredsmæssige udsving.

Det at være proaktiv i forhold til sine patienter vil være en ny ting i almen praksis, hvorfor det vil kræve en ændring af den praktiserende læges forståelse af at drive sin praksis samt en ændring i måden hvorpå man tilrettelægger sit arbejde. Formålet med dette indsatsområde er således at få udviklet og beskrevet begrebet "den proaktive læge", at få afprøvet den funktion, som "den proaktive læge" forventes at udføre, samt at udbrede erfaringerne.

Se bilag 1D.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
400.000	350.000		750.000

○ **Kronikermedarbejderen/kronikerteam i almen praksis**

I Sundhedsstyrelsens rapport om kronisk sygdom er anbefalingen, at hovedansvaret for kronisk sygdom lægges i primærsektoren, både hos den praktiserende læge og i kommunen. Den praktiserende læge anbefales at være patientens tovholder, og der lægges op til, at hele praksis skal være proaktiv i forhold til de kronisk syge patienter. Der arbejdes således med en organisatorisk ændring i praksisstrukturen. Dette involverer ansættelsen af kronikermedarbejdere, som skal bistå den praktiserende læge i at være tovholder for den enkelte patients sygdomsforløb samt i at arbejde proaktivt i forhold til behandlingsindsatsen.

En kronikermedarbejder skal således ved hjælp af bl.a. udtræk fra praksis eget journalsystem, udtræk på baggrund af receptdata samt DAK-e's kvalitetsdata identificere og monitorere en praksis' kronisk syge patienter. Med udgangspunkt i overordnede instrukser for de store kronikersygdomsgrupper vil en kronikermedarbejder ved hjælp af ovenstående monitoreringsredskaber kunne holde øje med de kronisk syge patienter og indkalde disse rettidigt til de nødvendige undersøgelser og opfølgninger.

Derudover vil en kronikermedarbejder ved hjælp af analyser af de indsamlede data kunne identificere de ændringer i den kronisk syge patients tilstand, som kræver proaktiv handling fra den praktiserende læges side.

Projektet udføres ved at der sammen Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis' diabetes team og diabetespraksiskonsulenterne laves en analyse af, hvordan en kronikermedarbejder/teamet på diabetesområdet kan fungere, en funktionsbeskrivelse herfor, og at der etableres en pilotafestning i 5 praksis og at der stilles undervisning til rådighed for praksispersonale. Projektet udarbejdes på baggrund af erfaringer fra Korsør.

Se bilag 1E.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
310.000	320.000	320.000	950.000

o **Organisationsudvikling i almen praksis**

Det overordnede formål med en organisationsudvikling er at bidrage til kvalitetsudviklingen i almen praksis generelt samt at understøtte de øvrige prioriterede indsatsområder i Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalgets (KEU) handlingsplan (fx patientforløb og kronikerstrategi), sådan at der skabes en overordnet sammenhæng indenfor de områder, der understøttes.

Desuden er det et mål for indsatsen på en kvalificeret måde at understøtte praksis, der allerede arbejder med udvikling af deres organisation samt at inspirere til, at flere praksis får lyst til at arbejde med organisationsudvikling i egen praksis. Indsatsen understøtter også arbejdet i forhold til at få struktur på opgaveløsningen på kronikerområdet i almen praksis. Det er besluttet, at de konkrete tilbud, der udbydes i KEU-regi til praksis med henblik på sparring i arbejdet med organisationsudvikling i almen praksis, primært skal hvile på tre konkrete indsatsområder:

1. Formidling af gode ideer og erfaringer, inspiration fra andre praksis etc.
2. Sparring til praksis (herunder eksperthjælp)
3. Metodeudvikling – værktøjer m.v. til brug i arbejdet med organisationsudvikling i praksis.

Der er etableret et team, der planlægger og koordinerer indsatsområderne samt står for formidlingsindsatsen samt kommer til at forestå de "afklaringsbesøg" (første besøg), der er en vigtig del af indsatsen.

Se bilag 1F.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
300.000	300.000		600.000

1.3 IT-støtte redskaber i almen praksis

o **Patientens Plan**

Når en patient diagnosticeres med en kronisk sygdom, udformer dennes praktiserende læge i samarbejde med patienten en handlingsplan, Patientens Plan. I forbindelse med udformningen af

Patientens Plan tager lægen udgangspunkt i patientens egenomsorgsevne og opstiller i samarbejde med patienten nogle realistiske målsætninger og fokusområder samt aftale om statusintervaller. Denne vurdering af fokus for den næste statuskontrol hviler på dels en faglig vurdering af, hvad der er de realistisk opnåelige mål for den enkelte patient dels på, hvad behandler og patient kan blive enige om at fokusere på.

For at bistå den praktiserende læge i at udforme og udskrive Patientens Plan, planlægges det, at der sideløbende med konceptudviklingen af Patientens Plan på it-siden, udvikles en funktionalitet, som den behandlende læge kan udskrive en plan til patienten. Der udvikles en generisk model for Patientens Plan, som søges afprøvet i et pilotprojekt i to faser.

Fase 1 omfatter en simpel implementering af muligheden for at udskrive Patientens Plan fra Word eller fra lægejournalens skriveredskab. Formålet hermed er at afprøve og tilrette indholdet i Patientens Plan. Fase 2 omfatter en højere grad af integration af Patientens Plan i lægernes it-journal.

Se bilag 1G.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
640.000	715.000	190.000	1.545.000

○ **It-støttet monitorering af kronisk syge patienter i almen praksis**

Kronisk syge patienter er i dag afhængig af kontrolbesøg hos egen læge eller på sygehus for at monitorere udviklingen af sygdommen. Der er imidlertid begyndt at komme forskelligt apparatur og muligheder for transmission af data på markedet, som gør det muligt, at patienter kan monitorere deres egen sygdom i hjemmet. Der er dog behov for at etablere sammenhængende it-løsninger, således at patientens egen læge kan "overvåge" monitoreringen via sit journalsystem, hvor patientens øvrige data er registreret. Data i struktureret form i lægejournalen vil give lægen et hurtigt overblik over progressionen i sygdommen.

Der etableres et modelprojekt, hvor anvendelsesmulighed for patienters selvmonitorering op mod egen læge afprøves. Med udgangspunkt i forløbsprogrammerne udvælges hvilken kronikergruppe, der involveres i pilotprojektet. På den baggrund opstilles indikatorer og grænseværdier, og der vælges relevante måle-instrumenter og opsamlingsboks. Der udvikles integration mellem opsamlingsboksen og en internetside. Desuden udvikles en side til indtastning af patientens besvarelse af diverse spørgsmål. Også disse data skal overføres på struktureret form til lægesystemet. Patienten får en tilbagemelding på sin indtastning/måling i form af advarsler om problemer.

Der implementeres integration mellem internetsiden og i første omgang to lægesystemer, således at patientens data på struktureret form kan overføres til lægesystemet. I lægesystemet udvikles mulighed for at få et overblik over de patientindtastede data – og udviklingen over tid – samt de data, der er opsamlet via målinger i patientens hjem. Der er behov for at få udviklet standardiserede snitflader til integrationen til lægesystemerne.

Etablering af muligheden for at monitorere udviklingen af egen sygdom giver patienten indblik i egen sygdom. Desuden kan det give behandleren/forløbskoordinatoren et bedre og mere kontinuerligt datagrundlag for at vurdere status.

Se bilag 1H.

Projektet deles i to, et vedr. almen praksis og et vedr. patienternes egenbehandling. Den del der foregår i almen praksis, er den der søges om midler til her. Anden del søges, der om midler til fra puljen vedr. patientundervisning og egenomsorg – se side 25.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
600.000	600.000	800.000	2.000.000

o **STarT spørgeskema til brug i primærsektor ved lænderygsmærter**

På rygområdet er der behov for et brugbart redskab til at vurdere patienter med lænderygsmærter. I England er udviklet og valideret et skema til brug i primærsektoren kaldet STarT. Skemaet fortæller både noget om prognose og behandling.

Der er i Region Syddanmarks forløbsprogram for patienter med lænde-ryggene foreslået, at der er behov for at primærsektoren (praktiserende læger og kiropraktorer, som patienter har direkte adgang til) skal bruge dette skema. Inden dette indføres i fuld skala er det væsentligt, at skemaet testes i almen praksis. Desuden skal skemaet integreres i de elektroniske patientjournaler, der bruges i almen praksis og kiropraktorpraksis.

I Rygcentret i Ringe pågår et arbejde med oversættelse og validering af dette skema. Skemaet har 9 spørgsmål, som fortæller noget om, hvor svære ryggene er, og hvor svære de opleves. Rygcentret i Ringe har udarbejdet kort projektbeskrivelse, som foruden oversættelse og validering vedrører afestning og implementering i almen praksis og kiropraktorpraksis.

Skemaet vil blive vurderet på brugbarhed og brugervenlighed samt det optimale tidspunkt for udfyldelse ved 1. konsultation. Under forudsætning af den initiale afprøvning er vellykket, skal det elektroniske skema integreres i mindst 5 store lægesystemer, og der skal være planer for udbredning af skemaet. Disse planer skal ses i sammenhæng med ansøgning om støtte til at etablere en database for lænde-rygpatienter i Region Syddanmark (se nedenfor). Desuden skal udarbejdes en indberetningsskabelon (pop-up) til datafangstmodulet til indberetning til den almenmedicinske danske database.

Se bilag 1I

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
700.000	425.000	250.000	1.375.000

2. Indsatser vedr. kompetenceudvikling

Udvikling af effektive og sammenhængende patientforløb kræver et sundhedspersonale, der er opdateret med den nyeste viden til at forebygge, støtte og vejlede patienter. I Region Syddanmark har vi valgt, at samle indsatsen i ét stort projekt indeholdende flere forskellige indsatser, for at sikre sammenhæng og ensartethed. Følgende indsats har derfor til formål at:

- fremme kompetenceudvikling af sundhedspersonale på tværs af sektorer

2.1 Kompetenceudvikling af sundhedspersonale til at forstærke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Det stigende antal kronisk syge stiller nye og andre krav til personalet, bl.a. sundhedsfaglig viden, men også viden om værktøjer og støtte til egenomsorg og selvmonitorering, forebyggelse og tidlig opsporing, forløbskoordination, stratificering og identifikation af særligt sårbare patientgrupper, viden om egenomsorg, kommunikationsfærdigheder i forbindelse med bl.a. telemedicinsk behandling m.v.

Der er i såvel almen praksis, kommuner som på sygehusene behov for kompetenceudvikling og vidensopbygning inden for kronikerområdet. Målgruppen er bl.a. sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, lægesekretær, fysio- og ergoterapeuter m.fl. Kompetenceudviklingen kan med fordel ske i et tværsektorielt samarbejde – f.eks. i form af fælles kurser for basispersonale – så parterne får en fælles forståelse af opgave og løsningsmuligheder, samt mulighed for netværksdannelse.

Kurserne skal bestå af korte kurser såvel som længere forløb, der kan bygges sammen i moduler, eventuelt med mulighed for at optjene ECTS-points. Meritgivende undervisning vil ske gennem udvikling og udbud i samarbejde med UC'erne og Syddansk Universitet. Indholdsmæssigt vil alle kurser udover det fagspecifikke indhold også indeholde de generiske elementer, der er fundamentet i kommunernes og regionens indsats for personer med kronisk sygdom. Målet for projektet er, at 3.000 personer bliver undervist i løbet af projektets 3 år - fordelt med 1.000 fra almen praksis/speciallæger, 1.000 fra kommuner og 1.000 fra sygehuse.

Der forespørges i øjeblikket på interessen for deltagelse blandt personale i almen praksis, sygehuse og kommuner, der foreligger dog allerede flere positive interessetilkendegivelser.

Se bilag 2A.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
4.500.000	5.100.000	4.700.000	14.300.000

Som en del af det samlede projekt tænkes bl.a. følgende aktiviteter tilgodeset:

- **Samtalen med den kronisk syge patient**

Nye udfordringer om patientinddragelse og patientaktivering af kronisk syge fordrer som udgangspunkt ikke mere viden om de kroniske sygdomme hos sundhedspersonale, som må formodes allerede at have en medicinsk baggrund. De nye udfordringer retter sig mod en metodisk tilgang, som i højere grad tager udgangspunkt i et ændret syn på patienten - et paradigmeskifte fra den passive til den aktive patient. Den empatiske tilgang i den motiverende samtale kombineret med færdigheder i at lytte aktivt, inddrage patienten og på det grundlag styrke patientens handlekraft på et dokumenteret grundlag, praktiseres stort set ikke i det sydregionale sundhedsvæsen i dag.

Kompetenceudviklingen i motivationssamtalen kan eksempelvis foregå i blandede tværsektorielle hold a 15 personer mhp at give deltagerne et fælles metodegrundlag, som udover at optimere patientinddragelse også vil kunne fremme den tværfaglige og tværsektorielle indsats. Uddannelsen udbydes på baggrund af det internationale MINT (Motivational Interviewing Network) netværks anbefalinger for gennemførelse af grunduddannelsen i motivationssamtalen.

- ***Koordination og kvalitetsudvikling af undervisning til personer med diabetes på tværs af sektorer***

For at sikre personer med diabetes en kontinuitet i undervisning, såvel den sygdomsspecifikke som den generelle patientuddannelse, må der være en koordination af disse tilbud.

Den læring og uddannelse, som tilbydes personen med diabetes, bør derfor tage afsæt i fælles beskrevne anbefalinger, såsom menneskesyn, værdier, kompetencer hos underviseren og mål for de enkelte lektioner, så vi sikrer en kontinuitet for personen med diabetes i hele patientforløbet.

Til brug for dette er der behov for kompetenceudvikling i såvel primær, som sekundær sektor med uddannelsestilbud, samt udvikling af monitoreringsværktøjer til at kvalitetssikre tilbuddet.

På Fyn har der i 2005 – 2008 været et projekt omkring ”implementering af konfluent pædagogik som metode til at opnå empowerment hos personer med diabetes”. Projektet gav den anbefaling at arbejde videre med samt udvikle konfluent pædagogik som metode i diabeteskoleundervisningen, idet behandlerne blandt andet oplever forbedret klima i undervisningen. Endvidere blev der skabt en fælles referenceramme, og behandlerne fik udviklet deres faglige og personlige kompetencer.

Tanken er at udvikle yderligere kurser og udbygge tilbuddet til øvrige målgrupper som social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, ergoterapeuter, farmakonomer og andet hjælpepersonale i almen praksis, som er i kontakt med personer med diabetes.

3. Indsatser vedr. forløbskoordination

Det er en stor udfordring at få koordineret samarbejde og indsatser på tværs af sektorer og faggrænser. Nedenstående indsatser skal være medvirkende til bl.a. at:

- sikre koordinationen af patientforløb, til gavn for såvel velfungerede, som komplekse og / eller socialt svage patienter
- sikre velkoordinerede forløb, der kan være med til at minimere antallet af (gen)indlæggelser og sygehuskontakter

3.1 Udvikling af modeller for forløbskoordination i Region Syddanmark

Koordinering er en væsentlig forudsætning for kvaliteten i det sammenhængende patientforløb. En række kommuner og sygehuse arbejder i dag på forskellig vis med forløbskoordinerende funktioner. Samtidig er der tale om forholdsvist nye og uafprøvede funktioner i det danske sundhedspolitiske landskab, og det er endnu ikke klart hvilke konkrete opgaver forskellige slags forløbskoordinatorer udfører. Samtidig har det vist sig, at der er mange udfordringer forbundet med udvikling af sådanne funktioner. Eksempelvis hvordan der skabes gode ledelsesmæssige rammer for koordinatorene, hvordan det sikres sammenhæng imellem koordinatorens opgaver, ressourcer og kompetencer, samt hvordan det undgås, at personbårne koordinatorfunktioner fragmenterer kronikersamarbejdet på tværs af sundhedsvæsenets sektorer og niveauer.

Der ønskes på den baggrund gennemført projekter, som skal understøtte udviklingen af rammer for forløbskoordination på sygehuse og i kommuner i Region Syddanmark. Målet med projekterne er:

- At udvikle lokale koordinatorfunktioner der bidrager til at lette samarbejdet mellem sundhedsfaglige aktører og oplevelsen af sammenhæng for den enkelte patient.
- At der etableres et fælles videns- og erfaringsgrundlag for de forskellige myndigheders implementering af forløbskoordination i Region Syddanmark.

I sammenhæng med disse projekter ønskes gennemført en forskningsbaseret evaluering. Denne gennemføres i samarbejde med DSI, Dansk Sundheds Institut.

Se bilag 3A.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
2.000.000	2.500.000	3.000.000	7.500.000

Det undersøges p.t., hvilke kommuner og sygehuse der har interesse i at gå ind i projektet. Indtil videre er der følgende interessetilkendegivelser for projekter vedr. forløbskoordination:

3.1.1 Forløbskoordination mellem diabetesambulatoriet Sygehus Lillebælt, 2 kommuner samt almen praksis

Projektet skal ses som et delprojekt af ovenstående, der specifikt drejer sig om forløbsprogram for diabetes. Til projektet skal der etableres en projektgruppe bestående af diabetesambulatoriet, Fredericia og Middelfart kommuner og repræsentation fra almen praksis. Projektet har en forventet varighed på 18-20 mdr.

Se bilag 3A1

3.1.2 KOL rehabilitering: forløbskoordinator til patientuddannelse

Der er evidens for, at patienter med svær KOL kan opnå forbedret livskvalitet med nedsat åndenød og reduceret antal hospitalsindlæggelser ved et løbende struktureret tilbud om rehabilitering/træning.

Projektet har til formål at udbygge samarbejde med primær sektor for at støtte fagligt (evidensbaseret) til oprettelse og implementering af patientuddannelses programmer for at sikre kvalitativ ensartet patientuddannelse. Ligesom projektet skal udvikle rammer, der bidrager til at understøtte svært lungesyge KOL-patienters egne ressourcer og handlekompetencer.

Dette skal give en mere ensartet patientuddannelse med etableret tværsektorielt kompetenceudvikling med sigtet kvalificeret ensartet patientuddannelse.

Se bilag 3A2

3.1.3 Patientforløbskoordinator - Koordination og kvalitetssikring af hjerterehabiliteringen

Projektgruppen skal med udgangspunkt i organiseringen af det nuværende tværsektorielle rehabiliteringsforløb, den aktuelle erfaring med forløbskoordination og fokusgruppeinterview med tidligere rehabiliteringspatienter og deres pårørende udarbejde indhold og organisering for den sygehusansatte forløbskoordinatorfunktion.

Se bilag 3A3

3.2 Forløbskoordinator ved Karkirurgisk Center

Karkirurgiske patienterne er ofte ressourcetsvage, fordi åreforkalkning er en kronisk og socialt skævdelt sygdom og fordi mange års sygdom har tæret på ressourcerne. Ofte har patienterne parallelle undersøgelses- og behandlingsforløb for andre sygdomme i andre ambulatorier på andre sygehuse. At finde rundt i et tiltagende effektivt sundhedsvæsen med mange ambulante fremmøder og korte indlæggelsestider kan være meget vanskeligt for vort ressourcetsvækkede patientklientel. Karkirurgisk Center i Kolding modtager patienter med åreforkalkning fra hele den jyske del af regionen og ofte har patienten en sekundær diagnose og har således flere forløb i gang samtidig. Forløbskoordinatoren skal i dialog med patienten, søge at give den enkelte patient overblik og en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af eget sygdomsforløb.

Projektet kommer til at indeholde fire faser:

1. Klarlægning, hvor der fortsættes med nuværende praksis og data indsamles (kontrol gruppe)
2. Intervention, hvor forløbskoordinatoren intervenserer intensivt (Interventions gruppe)
3. Midtvejsevaluering, hvor af der intervenseres yderligt ift. at supplere med en forløbskoordinator i primær sektor
4. Yderlig intervention (Intervention af forløbskoordinator i kommunen/primær sektor)

Se bilag 3B.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
660.000	360.000	360.000	1.380.000

3.3 Etablering af et Koordinerende diabetesambulatorium

Ved etableringen af et koordinerende diabetesambulatorium optimerer man patientforløbet for den kroniske diabetiker.

En projektleder skal udvikle, afprøve og evaluere et koncept for et koordinerende diabetesambulatorium.

Det er vigtigt, at der drages evidens af projektet samt at det undersøges om konceptet kan bruges indenfor andre kronikergrupper.

Se bilag 3C.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
300.000	300.000	300.000	900.000

3.4 Forløbsprogrammer for patienter med nydiagnosticeret leddegigt og hvirvelsøjlegigt

Patienter der henvises til den højt specialiserede funktion på reumatologisk afdeling på Odense Universitetshospital, skal varetages tværfagligt. Der er evidens for at patienter, der undersøges og behandles tidligt i deres sygdoms forløb, har en bedre langtidsprognose. Projektets formål er med baggrund i den eksisterende evidens at skabe gode og ensartede forløbsprogrammer for nydiagnosticerede patienter med leddegigt og hvirvelsøjlegigt.

Patienter diagnosticerede med leddegigt eller hvirvelsøjlegigt modtager, som noget nyt i forløbspakken et terapitilbud indeholdende:

- 1) gennemgang af funktion af leddene / hvirvelsøjlen med henblik på at afdække funktions tab
- 2) vejledning i individuelt tilrettet øvelsesprogram og instruktion i generelt træningsprogram
- 3) information om beskyttelse af led

Til implementeringen af forløbspakken skal der derfor etableres et samarbejde omkring systematisk henvisning af patienterne fra reumatologisk afdeling til rehabiliteringsafdelingen. Der skal udarbejdes pjecer med information herunder træningsvejledning. Endeligt skal der udarbejdes information til de henvisende læger i region syd omkring behandlingstilbuddet, som er superior til det nuværende tilbud både på hospitalsniveau og hos de privat praktiserende speciallæger.

Projektet vil blive evalueret på baggrund af effektparametre i Danbio databasen (DAS28, BASDAI, BASFI, BASMI), samt antal patienter der træder tilbage fra arbejdsmarkedet i forhold landsgennemsnittet.

Se bilag 3D.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
300.000	300.000	300.000	900.000

4. Indsatser vedr. udredning og behandling, herunder speciallægerådgivning

For at sikre effektive patientforløb, er det vigtigt med et optimalt udrednings og behandlingsforløb. Nedenstående indsatser understøtter effektiviteten i patientforløbene og har bl.a. til formål at:

- nedbringe antallet af (gen)indlæggelser og sygehuskontakter
- fremme af relevant og hurtig adgang til videndeling mellem sektorerne

4.1 Ernæringscreening af patienter med kronisk sygdom

Patienternes ernæringstilstand har stor betydning både for helbredelsen og forebyggelse af f.eks. genindlæggelser. 20 – 50 % af patienter der indlægges på medicinske afdelinger er eks. underernærede ved indlæggelsen. For kronikergruppen har ernæring ligeledes stor betydning for livskvaliteten uanset om der er tale om overvægtige eller undervægtige patienter.

Ernæringsintervention giver helbredsmæssige, såvel som økonomiske fordele ved bl.a. at reducere den gennemsnitlige indlæggelsestid med 3,6 dage, ligesom sandsynligheden for genindlæggelser reduceres.

Formålet med projektet er at forbedre patientens ernæringstilstand, ved at afdelingen anvender, handler og dokumenterer efter vedtagne instrukser. Der ønskes implementering, kompetenceudvikling og fastholdelse af en målrettet formidling og opfølgning af iværksatte aktiviteter for borgeren, samt understøttelse af skriftlig korrespondance via Medimail / Samarbejdsaftale om borger/patientforløb, samt én telefonisk opfølgning til borgeren.

Der ønskes et tæt samarbejde med praktiserende læger samt hjemmeplejen blandt andet ved at videregive fund, således at der sikres en effektiv koordinering af patientforløbet.

Projektets succeskriterier, forankring og evaluering:

- At der leves op til akkrediteringsstandarderne på ernæring
- At der skabes sammenhæng om ernæringsindsatsen mellem sygehus og kommune
- At patienten oplever et sammenhængende forløb af indsatsen fra sygehus til hjemmet
- At patienterne opnår en hurtigere rehabilitering
- At nedsætte frekvensen af genindlæggelser på ovennævnte grupper

Se bilag 4A.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
340.000	330.000	330.000	1.000.000

4.2 Indførelse af KOL-pakker

KOL-patienterne udgør en stor del af patientgrundlaget i såvel sengeafsnit som ambulatorium. Derfor er der behov for at strukturere og organisere KOL-udredningen mere effektivt i såvel det akutte som ambulante forløb. Mangel på speciallæger indenfor det lungemedicinske område har været en medvirkende årsag til kompetenceudvikling og uddannelse af sygeplejersker til selvstændige sygeplejekonsultationer.

Projektet indeholder implementeringen af effektive pakkeforløb, som medfører, at KOL patienten følges systematisk fra patienten henvises fra egen læge til patienten afsluttes i lungeambulatoriet. Kvaliteten skal øges ved at bruge checklister til at få alt (relevant) gjort i hvert forløb, og der skal

effektiviseres ved at undgå dobbeltarbejde. Der skal arbejdes så smidigt som muligt ved at muliggøre opgaveglidning i højeste mulige omfang.

Det betyder bl.a. at sygeplejerskerne skal kompetenceudvikles med henblik på at overtage opgaver fra lægerne, at teamsamarbejdet skal optimeres og patientens viden om KOL årsager og metoder til symptomregulering skal opkvalificeres.

Målet med projektet er at reducere ventetiden for KOL-patienter i ambulatoriet – målet er <6 ugers ventetid, at effektivisere udredningsforløbet ved et veltilrettelagt pakkeforløb, samt opkvalificering og uddannelse af nyansat sygeplejerske til selvstændige sygeplejekonsultationer. Projektet forventes evalueret efter følgende metode:

- Dataopgørelse i forbindelse med modtagelse af henvisning til 1. besøg i ambulatoriet
- Dataopgørelse over antal dage i udredningsforløbet
- Udarbejdelse af standarder til kvalitetsvurdering af sygeplejekonsultationer, - stikprøveaudit 2 gange årligt i henhold til Nationale Guidelines.
- Audit af patientforløbene for x-antal KOL-patienter, som indlægges akut – går i sengeafsnit og efterfølgende tilses i ambulatoriet.

Se bilag 4B.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
500.000	500.000	500.000	1.500.000

4.3 Øg kvaliteten af de kroniske patientforløb og nedbring ressourceforbruget i medicinsk ambulatorium - Fast track patientforløb

Medicinsk ambulatorium, Kolding Sygehus oplever i dag, at der modtages et stigende antal Kronisk syge patienter til udredning og behandling. Samtidig findes der kroniske patienter, der følger rutinekontroller i ambulatoriet, og som uden risiko synes at kunne overgå til fortsat kontrol i almen praksis. Endvidere indlægges patienter som formentlig kunne håndteres på tilfredsstillende måde i almen praksis, under forudsætning af passende speciallægeopbakning.

Indførelse af fast-track patientforløb efterfulgt af kontrol i almen praksis, kan være med til at øge kvaliteten af de kroniske patientforløb, samt nedbringe ressourceforbruget i medicinsk ambulatorium.

Opgaveglidningen understøttes og kvalitetssikres ved følgende tiltag. Egnede patienter afsluttes fra sygehusregi, og overgår til rutinekontrol i almen praksis. Der etableres fast-track i

specialistambulatorierne, der inkluderer uddannelsessøgende læger under supervision, som praksis kan anvende, hvis der opstår problemer som de praktiserende læger ikke umiddelbart kan løse.

Derudover skal der etableres en 'hotline' fra almen praksis til speciallægerne i ambulatoriet.

Der skal oprettes et undervisningstilbud til praksispersonale til understøttelse af opgaveglidningen.

Målet er at nedbringe forbruget af sygehus ydelser (herunder speciallægekonsultationer) uden at forringe kvaliteten af indsatsen. Dette bedømmes ud fra følgende kriterier:

Patienter tilknyttet interventionspraksis: Registrere antal patienter, køn og alder Registrere antal patienter i almen praksis Antal indlagte per måned Antal speciallægekonsultationer	Patienter tilknyttet kontrolpraksis: Registrere antal patienter, køn, og alder Registrere antal patienter Antal indlagte per måned Antal speciallægekonsultationer
---	--

Antal sygeplejekonsultationer	Antal sygeplejekonsultationer
Antal invasive indgreb	Antal invasive indgreb

Se bilag 4C.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
800.000	800.000	900.000	2.500.000

5. Indsatser vedr. it-understøttelse

Nedenstående indsatser har til formål at understøtte effektive og sammenhængende patientforløb, ved hjælp af IT-initiativer.

5.1 Kronikerportal i informationsportalen VisInfoSyd til at understøtte den tværsektorielle kronikerindsats

VisInfoSyd er under opbygning som en informationsportal for det tværsektorielle samarbejde i Region Syddanmark. Målgruppen er sundhedsprofessionelle indenfor sygehusene, praksis og kommunerne. VisInfoSyd er således indgangen for de sundhedsprofessionelle i regionen, når de søger information om fælles indsatser og information om det tværsektorielle samarbejde.

VisInfoSyd udbygges yderligere til at være det fælles sted, hvor al sundhedsfaglig information målrettet kronikerindsatsen er tilgængelig for de parter, der på tværs af sektorgrænser samarbejder om indsatsen for den kronisk syge. Der skal være hurtig og let adgang til nødvendig kontaklinformation, nødvendige vejledninger, nyheder mv. indenfor området.

Fælles information kan bidrage til at sikre mere sammenhængende behandlingsforløb, idet der skabes synlighed og tilgængelighed parterne imellem.

VisInfoSyd skal udvikles teknisk, så det bliver hurtigt at finde ønsket information. Den skal udvikles, så informationen bliver geografisk inddelt og så den enkelte bruger kan opsætte sin egen VisInfoSyd-visning. Der opbygges skabeloner for den ønskede information, og aktørerne i de sammenhængende patientforløb udfylder skabeloner med information. En lægelig redaktør varetager den lægefaglige redigering af portalen. VisInfoSyds web-redaktører lægger informationen ind i VisInfoSyd. Informationen eksporteres til sundhed.dk.

Se bilag 5A.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
1.300.000	1.600.000	1.100.000	4.000.000

5.2 Database for rygområdet – fælles for både primær- og sekundærsektoren

I Region Syddanmark er der en enestående mulighed for at indsamle data for rygområdet både fra primærsektoren og fra sekundærsektoren og samle det i en fælles database til brug for alle parter til både forskning og kvalitetsudvikling. Fra primærsektoren drejer det sig om fysioterapeuter, kiropraktorer, praktiserende læger og speciallæger. I sekundærsektoren bliver der i regionen kun ét rygmedicinsk center samt en rygm kirurgisk afdeling.

De praktiserende læger har allerede en klinisk database til indsamling af data fra praktiserende læger. Fysioterapeuter og kiropraktorer har ingen klinisk database, og der skal etableres en sådan. Rygcentret har sin egen ryg database, Cobra, hvor data indsamles, og det overvejes, at denne er det fælles endepunkt for alle data, således de enkelte faggruppers databaser videresender til Cobra. Desuden er der en videnskabelig del som er mindst ligeså væsentlig. For at udvikle en sådan database skal beskrives mindst 4 spor.

- Politiksporet, hvor den fagpolitiske opbakning sikres og aftaler om ansvar og ejerskab af data mellem parterne udfærdiges.
- Det videnskabelige spor, som omfatter udvikling af relevante undersøgelses- og behandlingsprogrammer samt indikatorudvikling, i tæt samarbejde med faglige ressourcepersoner og selskaber og som skal ses i forhold til, hvad databasen skal bruges til.
- Teknologisporet, hvor det tekniske beskrives og økonomien fastlægges
- Implementeringssporet beskrives, og databasen sættes op til at fungere.

Der resterer så et udbredelsesprojekt samt aftaler mellem respektive faggrupper omkring den daglige brug og honorering heraf samt den daglige drift af databasedelen, uanset hvor den placeres.

Se bilag 5B.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
1.400.000	1.400.000	1.400.000	4.200.000

5.3 Kronikerdatabase med datafangst fra EPJ

Via implementering af datafangstmodulet i sygehusets EPJ gives mulighed for, at allerede indtastede data fra EPJ kan overføres til en database over kronisk syge. Samtidig vil anvendelsen af datafangstmodulet gøre det muligt, at der kan indbygges beslutningsstøtte for klinikerer, som kan guides igennem indtastning af data fx i forbindelse med en årskontrol. Data overføres til kronikerdatabase.

Der udvikles en kronikerdatabase, der opsamler data via datafangstmodulet, der anvendes i sygehus-EPJ. Almen praksis anvender også et datafangstmodul, der kan overføre data til kronikerdatasen. Således er det muligt, at kronikerdatabase kan rumme data udtrukket af både EPJ på sygehuset og af lægejournalen i almen praksis. Data fra kommunernes it-systemer kan integreres via en standardiseret snitflade, når systemerne identificeres.

Kronikerdatabase opbygges med mulighed for moduler for diabetes, KOL og hjertesygdomme i første omgang, men databasen skal være generisk, så andre sygdomsgrupper kan kobles på med samme funktionalitet og integrationer.

Data, der indtastes direkte i databasen, vil blive overført til eget EPJ-system (sygehus-EPJ og lægejournal) via en standard kommunikationsmeddelelse. Princippet er, at egne data vil være at finde i egen journal. Data fra andre samarbejdspartnere om det fælles patientforløb – og dermed det samlede datasæt - kan findes i kronikerdatabase.

Den kronisk syge har via sundhed.dk/internettet adgang til at se egne data og fra databasen kan udskrives Patientens plan.

Se bilag 5C.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
1.200.000	1.400.000	1.400.000	4.000.000

5.4 Elektronisk kommunikation - implementering af strukturerede MedCom-standarder

For at sikre god sammenhæng i patientbehandlingen formuleres retningslinjer for kommunikation og information i patientforløbsprogrammerne. Der er i dag udviklet MedCom-standarder for at sikre

struktureret kommunikation mellem parterne og MedCom er ved at udvikle standarder for forløbsplaner/handleplaner og opdatere de øvrige standarder, der anvendes i kommunikationen mellem sygehus og kommune. Anvendelse af strukturerede standarder for kommunikation sikrer, at det rigtige kommunikeres (aftalt indhold), at data kan genbruges på tværs af sektorer, at meddelelsen tilgår rette modtager, hurtig kommunikation idet manuel postgang erstattes, at data er valide, idet de automatisk kan valideres inden afsendelse

Projektet indeholder implementering af strukturerede standarder til brug for indlæggelses- og udskrivelsesforløb, samt organisatorisk ibrugtagning af disse. Målet er at alle relevante personaler er undervist i og anvender kommunikationsstandarderne. For at sikre målopfyldelsen skal der kvalitetsmonitoreres på foruddefinerede datafelter, samt laves audits på udvalgte afdelinger/udvalgte cpr.numre.

Se bilag 5D.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
1.000.000	500.000	500.000	2.000.000

PULJE 2: Patientundervisning og egenomsorg – i alt 24 mio. kr. i perioden

Ved udarbejdelsen af projektansøgningerne om patientuddannelse og egenomsorg er der jf. ministeriets kriterier, lagt fokus på, at projekterne kan bidrage til at fremme kvalitetssikring og koordinering af patientuddannelsesprogrammer samt fremme brugen af egenbehandling og egenomsorg. Derudover er der især lagt fokus på projekter der vedrører de kroniske sygdomsgrupper KOL, hjerte og muskel-skelet området. Det vurderes at diabetesområdet i Region Syddanmark er dækket ind af allerede eksisterende projekter, samt af de større generelle projekter i puljen vedr. forløbsprogrammer.

Der er udarbejdet projekter inden for følgende hovedområder:

Indsatser vedr. patientuddannelse og egenomsorg

- Udvikling af kommunalt patientuddannelseskoncept på tværs af hjerte-, diabetes- og KOL-området
- Patientskoler, egenomsorg og sociale teknologier, samt udvikling af indikatorsæt til vurdering af egenomsorgsevnen
- Indførelse af sundhedssamtaler på akut medicinsk modtagelse
- IT-støttet egenbehandling

KOL:

- Videokonference til rehabilitering/træning af patienter med svær KOL

Hjerte:

- Etablering af patientskole for hjertesvigt patienter
- Etablering af patientskole forløb for patienter med Claudicatio Intermittens
- Kortlægning af årsager til fravalg og frafald blandt patienter hjerteforløb
- AK projekter, herunder:
 - *Patientuddannelsesprogram - AK skole*
 - *Opstart og udvikling af selvmonitorering til patienter i AK-behandling*

Muskel-skelet:

- Patientuddannelseskoncept for patienter med inflammatoriske ryg - og ledsygdomme
- Etablering af differentieret specialiseret uddannelse af patienter med leddegigt

6. Indsatser vedr. patientuddannelse og egenomsorg

Patienter der lever med kronisk sygdom har ofte behov for støtte og viden om hvordan de kan leve med sygdommen, undgår progression, bedst tager vare på sig selv mm. Der er derfor stort behov for patientuddannelse til disse grupper. Følgende indsatser har derfor til formål bl.a.:

- at sikre Kvalitet og koordinering af patientuddannelsesprogrammer, der vedrører både regionen og (flest mulige) kommuner
- samt fremme af egenbehandling inden for særlige sygdomsområder

6.1 Udvikling af kommunalt patientuddannelseskoncept på tværs af hjerte-, diabetes- og KOL-området

En stor udfordring for sundhedsvæsenet er at mobilisere og understøtte, at personer med kronisk sygdom kan udøve egenomsorg og dermed leve bedst muligt med sin sygdom samt forebygge progression af sygdommen. Evnen til at udøve egenomsorg kan bl.a. opbygges gennem patientuddannelse, hvor patienten tilegner sig redskaber til at håndtere sygdommen i hverdagen samt bliver i stand til at gennemføre livsstilsændringer.

I Region Syddanmark har både sygehus, almen praksis og kommuner et fælles ansvar for at varetage eller understøtte gennemførelsen af sygdomsspecifik patientuddannelse og at bidrage til at borgeren/patienten oplever sammenhæng i det samlede forløb. Sygehusene varetager det sygdomsspecifikke og specialiserede patientuddannelsesforløb, mens kommunerne varetager det fortsatte forløb, der kan indeholde både sygdomsspecifikke og generelle elementer. Flere kommuner har dog ikke et tilstrækkeligt patientgrundlag og/eller ressourcer og kompetencer til at etablere sygdomsspecifikke patientuddannelsesforløb. Det gør, at flere kommuner ikke har tilbud til personer med kronisk sygdom. I dette projekt er det formålet at udvikle et koncept for patientuddannelse i kommunerne der går på tværs af diagnoserne hjerte, diabetes og KOL. Patientuddannelsesforløbet skal understøtte og være koordineret med sygehusenes sygdomsspecifikke og specialiserede patientuddannelsesforløb således forløbet indgår i et samlet patientuddannelsesprogram på tværs af sektorer. Herudover skal udviklingen af konceptet koordineres med almen praksis, der er tovholder for borgerens/patientens samlede forløb. I udviklingen af konceptet vil der være et særligt fokus på udvikling af den pædagogiske metode i patientuddannelsesforløbet. Samt pædagogisk kompetenceudvikling af undervisere, der matcher undervisningens pædagogik. Det pædagogiske fokus har til formål at understøtte effekten af patientuddannelsen samt sikre et ensartet forløb for borgerne.

For at styrke kommunernes implementering af patientuddannelsesforløbet integreres patientuddannelsesforløbet i et samlet koncept. Det betyder, at der som et led i projektet skal udvikles kompetenceudviklingsforløb for det kommunale personale samt undervisningsmaterialer til selve patientuddannelsesforløbet. Sidstnævnte omfatter både undervisningsmanual/-materiale til det kommunale personale samt undervisningsmateriale til kursusedtagerne.

Projektets succeskriterium er at udvikle et koncept for patientuddannelse på tværs af diagnoser målrettet kommunerne, der kan bidrage til at en effektiv, koordineret og samlet patientuddannelsesindsats på tværs af sektorer. Endvidere er det målet at skabe viden om patientuddannelse på tværs af diagnoser og skabe viden om betydningen af de pædagogiske metoder for patientuddannelse.

Se bilag 6A.

Der er til indtil videre tre kommuner der har tilsluttet sig projektet.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
1.900.000	2.200.000	1.800.000	5.900.000

6.2 Patientskoler, egenomsorg og sociale teknologier, samt udvikling af indikatorsæt til vurdering af egenomsorgsevnen

Egenomsorg fremhæves som et vigtigt element i udviklingen af tiltag for mennesker med kroniske sygdomme, og mange patientskoler og rehabiliterende indsatser har som et af deres formål at øge patienternes egenomsorg. Patientskoler med varierende målgrupper, metoder og institutionelle tilhørsforhold ser i disse år dagens lys. I dette projekt vil vi undersøge patientskoler på tværs af organisatoriske forankringer - med henblik på at iværksætte processer omkring kvalitetsudvikling, videndeling og netværksdannelse mellem disse.

Projektet foregår i to faser:

Fase 1: Et organisatorisk og antropologisk studie af fire udvalgte cases (hvh. hospitals-, kommunalt- og NGO baseret tilbud, samt en case i et særligt belastet område)

Fase 2: Kvalitetsudvikling, videndeling og netværksdannelse blandt patientskoler i Region Syddanmark på tværs af sektorer- og på baggrund af resultaterne fra fase 1

Problemformulering:

- For det første vil vi fokusere på patientskolernes målsætning omkring styrkelse af patienters *egenomsorg*, og undersøge hvordan egenomsorg forstås, forhandles og omsættes i praksis blandt professionelle og patienter i de fire cases. Herunder et særligt fokus på brugen af indikatorer til vurdering af patienters egenomsorgskapacitet.
- For det andet vil vi undersøge de *sociale teknologier*, patientskolerne betjener sig af i forsøget på at opnå dette overordnede mål. Herunder et særligt fokus på patientskolernes teoretiske grundlag og sundhedspædagogiske metoder, samt sammenhængen mellem disse og den konkrete praksis.

Formål med projektet er at undersøge, udvikle og kvalificere patientskoler på tværs af organisatoriske forankringer - med særligt fokus på indikatorer for egenomsorg til brug for stratificering af patienter med kroniske sygdomme samt sundhedspædagogiske teorier og metoder.

Se bilag 6B.

o **Udvikling af indikatorsæt til vurdering af egenomsorgsevnen**

Vurdering af egenomsorgsevnen indgår som et centralt element i stratificeringen af patienter med kronisk sygdom og er afgørende for, at patienter henvises til rette tilbud. Det kan konstateres, at vurderingen af patienternes egenomsorgsevne foregår ud fra mange forskellige indfaldsvinkler. Der efterlyses i alle sektorer – både kommune, almen praksis og sygehus et fælles redskab til vurderingen af egenomsorgsevnen, og der ønskes på den baggrund udviklet et relevant indikatorsæt til brug for vurdering af de kroniske patienters egenomsorgsevne. Projektet indgår som en del af ovenstående projekt om patientskoler, egenomsorg og sociale teknologier.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
800.000	900.000	800.000	2.500.000

6.3 Indførelse af sundhedssamtaler på akut medicinsk afdeling

For at opnå tidlig opsporing af symptomer/lidelser, der kan indikere en senere kronisk lidelse og dermed sikre tidlig forebyggelse gennem styrkelse af egenomsorgsevnen, ønskes der at tilbyde alle over 30 år der indlægges 1. gang i muligheden for en sundhedssamtale. Der skal derfor udvikles, implementeres og evalueres et koncept for afholdelse af sundhedssamtaler til brug for tidlig opsporing. Patienter der indlægges 1. gang er et bevidst valg, da antagelsen er, at de ikke alle er bevidste om, at deres indlæggelse kan have sammenhæng med deres livsstil.

Der udarbejdes et interviewskema og interviewet udføres af sundhedsprofessionelle. Ved samtale vil man komme ind på egenomsorg mhp. ændringer i livsstil. Samtalerne udføres efter model "den motiverende/anerkendende samtale". Fund vil blive videregivet til eksterne samarbejdspartnere herunder, patientens kommune og egen læge. Evaluering ønskes foretaget ved hjælp af telefonisk kontakt til patienterne.

Se bilag 6C.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
400.000	400.000	400.000	1.200.000

6.4 IT-støttet egenbehandling

Kronisk syge patienter er i dag afhængig af kontrolbesøg hos egen læge eller på sygehus for at monitorere udviklingen af sygdommen. Der er imidlertid begyndt at komme forskelligt apparatur og muligheder for transmission af data på markedet, som gør det muligt, at patienter kan monitorere deres egen sygdom i hjemmet. Der er dog behov for at etablere sammenhængende it-løsninger, således at patientens egen læge kan "overvåge" monitoreringen via sit journalsystem, hvor patientens øvrige data er registreret. Data i struktureret form i lægejournalen vil give lægen et hurtigt overblik over progressionen i sygdommen.

Der etableres et modelprojekt, hvor anvendelsesmulighed for patienters selvmonitorering op mod egen læge afprøves. Med udgangspunkt i forløbsprogrammerne udvælges hvilken kronikergruppe, der involveres i pilotprojektet. På den baggrund opstilles indikatorer og grænseværdier, og der vælges relevante måle-instrumenter og opsamlingsboks. Der udvikles integration mellem opsamlingsboksen og en internetside. Desuden udvikles en side til indtastning af patientens besvarelse af diverse spørgsmål. Også disse data skal overføres på struktureret form til lægesystemet. Patienten får en tilbagemelding på sin indtastning/måling i form af advarsler om problemer.

Der implementeres integration mellem internetsiden og i første omgang to lægesystemer, således at patientens data på struktureret form kan overføres til lægesystemet. I lægesystemet udvikles mulighed for at få et overblik over de patientindtastede data – og udviklingen over tid – samt de data, der er

opsamlet via målinger i patientens hjem. Der er behov for at få udviklet standardiserede snitflader til integrationen til lægesystemerne.

Etablering af muligheden for at monitorere udviklingen af egen sygdom giver patienten indblik i egen sygdom. Desuden kan det give behandleren/forløbskoordinatoren et bedre og mere kontinuerligt datagrundlag for at vurdere status.

Se bilag 6D.

Projektet deles i to, et vedr. almen praksis og et vedr. patienternes egenbehandling. Den del der vedr. patienters egenbehandling, er den der søges om midler til her. Anden del søges, der om midler til fra puljen vedr. patientforløbsprogrammer – se side 9.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
500.000	900.000	600.000	2.000.000

6.5 Indsatser vedr. KOL

6.5.1 Videokonference til rehabilitering/træning af patienter med svær KOL

Der er god evidens for, at fysisk træning til KOL-patienter vedligeholder eller forbedrer funktionsevneniveauet, så livskvaliteten højnes i form af, at de har mulighed for at klare sig i hjemmet. Patienter med svær KOL har ikke lungekapacitet og fysiske ressourcer til at lade sig transportere til genoptræning på sygehuset/kommunen. De er udtrættet, når genoptræningen starter. Projektets indhold er gruppebaseret træning via videokonference. Fra sygehuset kobler fysioterapeuten sig på fire patienters fjernsynsskærm. På en stor skærm kan fysioterapeuten se de fire patienter, patienterne kan se fysioterapeuten på fjernsynet. Fysioterapeuten instruerer patienterne i øvelser. Når genoptræningen er afsluttet, kan patienterne, som oftest ikke kommer uden for huset, tale sammen og hermed skabe et socialt netværk.

Se bilag 6E.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
600.000	700.000	700.000	2.000.000

6.6 Indsatser vedr. hjerteområdet

6.6.1 Etablering af patientskole for hjertesvigt patienter

Patienterne i dette projekt vil være at finde i kardiologisk ambulatorium, samt hos praktiserende læger og mange er de dårligste hjerte/kar patienter.

Der er evidens for, at der med en professionel sparring samt træning med fysioterapeut vil ske ændring i livskvaliteten for disse patienter.

Se bilag 6F

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
600.000	700.000	500.000	1.800.000

6.6.2 Etablering af patientskole forløb for patienter med Claudicatio Intermittens

Smerter ved gang (Claudicatio Intermittens) kan være første symptom på åreforkalkning og 1 ud af 5 med symptomet udvikler senere alvorlig hjertesygdom.

I Karkirurgisk ambulatorium Sygehus Sønderjylland, Aabenraa ses en stor variation i livsstilsændringer hos patienter med åreforkalkede ben, som et systematisk tilrettelagt patientskoleforløb vil kunne udligne.

I ambulatoriet/fysioterapien er de faglige kompetencer til stede til at gennemføre et patientskoleforløb for disse patienter.

Se bilag 6G.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
600.000	700.000	500.000	1.800.000

6.6.3 Kortlægning af årsager til fravalg og frafald blandt patienter i hjerteforløb

Stikprøveopgørelser ved etablerede rehabiliteringstilbud på sygehusene i Region Syddanmark tyder på, at 10-15 % af de indkaldte patienter ikke møder op/melder fra til første besøg, og at yderligere 10-15 % falder fra allerede i fase 2. Nogle fravælger tilbuddet om fysisk rehabilitering, andre patientundervisningsdelen, og andre dropper ud undervejs.

Nyttevirksomheden af såvel fysisk genoptræning som af undervisning i sygdomsindsigt og dermed øget evne til egenomsorg er veldokumenteret og er relateret til færre genindlæggelser og bedre funktionsevne.

Formålet med projektet er at opnå viden om årsager til, at hjertepatienter fravælger hjerte-rehabilitering, og hvorfor nogle hjertepatienter falder fra undervejs i forløbet. Projektet vil både have fokus på fravalg/fracald fra rehabilitering inden for de enkelte sektorer og mellem sektorer.

Se bilag 6H.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
250.000	375.000		625.000

6.6.4 AK-projekter:

Det er valgt at samle projekter vedr. selvmonitorering og patientuddannelse for AK-patienter i ét projekt. Nedenfor er de enkelte delprojekter beskrevet.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
650.000	950.000	900.000	2.500.000

○ **Patientuddannelsesprogram – AK Skole**

Projektets formål er at give AK patienterne en øget viden om deres medicinske behandling således denne styres bedre, herunder minimerer akutte korrektioner i såvel sygehus regi, som for de patienter der overgives til videre behandling i praksis.

Der er i dag 260 patienter i AK- behandling på Fredericia Sygehus, som over en periode bør tilbydes undervisning på AK- skolen. Der kommer gennemsnitligt 8-10 nye patienter til AK behandling om ugen, som ligeledes fremover bør tilbydes patientuddannelsen.

Uddannelsen vil komme til at indeholde 1½ times undervisning ved sygeplejerske og AK- ansvarlig lægesekretær om, hvad AK behandling er, samt hvordan kost, anden medicin og livsførelse har indvirkning på behandlingen.

Uddannelsesholdene vil være på max 15 patienter. Til afviklingen af de nuværende AK - patienter vil der skulle køre ca. 15 hold til en start, afhængigt af hvor mange der tager i mod tilbuddet. Dette vil skulle gøres over ca. 3 mdr. Herefter vil der blive afviklet 1 hold pr. måned. Projektet forventes afviklet på ca. 12 mdr.

Succeskriterierne for projektet er at kommer færre patienter ud af terapeutisk niveau med sygehuskontakter til følge og at få spottet de patienter der ikke skal i AK behandling. Dette skal evalueres ved en måling af disse parametre før og efter projektet.

Se bilag 6I.

○ **Opstart og udvikling af selvmonitorering til patienter i AK-behandling**

Sammenlignet med danske opgørelser over resultaterne med AK-behandling varetaget af praktiserende læger og hospitalslæger, klarer patienter i selvstyret AK-behandling sig bedre, med færre blødningskomplikationer (som følge af overbehandling) og færre blodpropper (som følge af underbehandling).

Der er ved undersøgelser udført på Skejby Sygehus fundet klar tilfredshed med selvstyret AK-behandling. Således kan man måle bedre livskvalitet hos patienter i selvstyret AK-behandling i forhold til konventionel AK-behandling.

Se bilag 6I.

6.7 Indsatser vedr. muskel/skelet området

6.7.1 Patientuddannelseskoncept for patienter med inflammatoriske ryg - og ledsygdomme

Formålet med projektet er, at udvikle et patientuddannelses koncept, der kan bruges på tværs af primær og sekundær sektoren, samt at minimere uhensigtsmæssige sygehuskontakter.

Der er tale om et udviklingsprojekt, der indeholder patientuddannelse mhp. selvmonitorering af egen sygdom samt coping strategier i forbindelse med egen sygdom.

I projektet vil indgå vurdering af, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at patienterne selv kan booke kontrolltid i ambulatoriet ved behov, i stedet for som nu, med faste intervaller. Denne mulighed vil også kunne benyttes af patientens egen læge og hjemmeplejen.

Der tænkes endvidere afholdt kvartalsvise temadage, kaldet "Patient café", hvor patienter med de ovenfor anførte kroniske sygdomme kan møde op og møde medpatienter og personalemedlemmer samt deltagelse fra kommunernes hjemmeplejeafdelinger.

I forløbet vil der endvidere blive arrangeret uddannelse rettet mod personalet i primærsektoren, herunder praktiserende læger og sygeplejersker ansat i hjemmeplejen.

Se bilag 6J.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
400.000	475.000	400.000	1.275.000

6.7.2 Etablering af differentieret specialiseret uddannelse af patienter med leddegigt

Det skønnes at under 20 % af alle leddegigtpatienter i Vejle og Gråstens optageområde har modtaget et struktureret undervisningstilbud selv efter afviklingen af AMBRA-undervisningen. På landsplan modtager kun ca. 8 % af nydiagnosticerede leddegigtpatienter et uddannelsesstilbud (Gigtforeningens undersøgelse 2007). Der er således et massivt udækket behov for sygdomsspecifik undervisning til såvel personer, der lige har fået diagnosen leddegigt, som personer der har haft diagnosen i en årrække.

Gigthospitalet i Gråsten og Medicinsk afd. på Vejle sygehus vil som modelhospitalet i 2010 og 2011 hver afvikle 10 årlige basiskurser med hver 12 deltagere med etableret leddegigt (AMBRA-modellen). Hvert hospital afvikler disse kurser lokalt i samarbejde med en på forhånd udvalgt kommune. Dette vil både sikre let tilgængelighed og mulighed for, at deltagerne kan etablere kontakt til andre med leddegigt i deres lokalområde.

Læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter, der underviser på kurserne, rekrutteres og frikøbes primært fra henholdsvis Gigthospitalet i Gråsten og medicinsk afd. i Vejle, men kan også rekrutteres fra kommunerne, hvorved den endelige overdragelse i 2012 smidiggøres.

Undervisningsteamene rustes til opgaven gennem 3 dages specifik undervisning i forhold til indhold og pædagogisk metode samt individuel feedback.

Fra 2010 udbydes supplerende moduler for deltagere, der har gennemført basiskurset. Modulerne udvikles på baggrund af de behov, der afdækkes som led i AMBRA-studiet og udviklingsprojektet vedr. leddepatienters uddannelsesbehov. Kataloget af kurser kan f.eks. omfatte håndtering af smerter og træthed, aflastning og beskyttelse af leddene i hverdagen, eller kurser for pårørende. Deltagerne vælger i samarbejde med fagpersoner de moduler de føler behov for. Her igennem tilpasses kursustilbuddet i projektperioden.

I 2011 og 2012 udvikles og udbydes 2 kurser på hvert af de to hospitaler for nydiagnosticerede leddegigtpatienter fra de to kommuner. Deltagerne vil herefter kunne vælge sig ind på de udbudte supplerende moduler, i lighed med personer med etableret leddegigt.

Deltagerne på alle de skitserede kurser skal rekrutteres via de praktiserende reumatologer, de reumatologiske afdelinger, men også via praktiserende læger og de tværfaglige teams i kommunerne, hvilket kræver en massiv informationsindsats og nødvendigheden i at udlevere skriftlig information om tilbuddene.

Se bilag 6K.

Økonomi:

År 1	År 2	År 3	Kr. I alt
950.000	1.300.000	500.000	2.750.000