

**INDSATSEN FOR PERSONER  
MED KRONISK SYGDOM  
I REGION SYDDANMARK**

**9. version**

**Juli 2008**

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1. INDHOLD, OPBYGNING OG RESUMÉ .....</b>	<b>3</b>
<b>2. VÆRDIER OG VISIONER I DEN SYDDANSKE INDSATS FOR KRONISK SYGDOM .....</b>	<b>5</b>
<b>3. FORMÅL OG IMPLEMENTERING .....</b>	<b>8</b>
<b>4. BESKRIVENDE DEFINITION AF PERSONER MED KRONISK SYGDOM .....</b>	<b>13</b>
<b>5. FAKTA OM KRONISK SYGDOM .....</b>	<b>14</b>
<b>6. PRINCIPPER FOR OPGAVEDELING OG SAMARBEJDE OM PERSONER MED KRONISK SYGDOM I REGION SYDDANMARK.....</b>	<b>15</b>
<b>7. ROLLE- OG OPGAVEFORDELING PÅ TVÆRS AF SEKTORER .....</b>	<b>19</b>
<b>8. OPGAVER OG ROLLER I ALMEN PRAKSIS .....</b>	<b>20</b>
<b>9. OPGAVER OG ROLLER I KOMMUNER .....</b>	<b>26</b>
<b>10. OPGAVER OG ROLLER PÅ SYGEHUSENE.....</b>	<b>31</b>
<b>11. TVÆRGÅENDE INITIATIVER.....</b>	<b>34</b>
<b>12. SUNDHEDSAFTALETEKST: SAMMENFATNING PÅ TVÆRS AF OPGAVER OG ROLLER .....</b>	<b>42</b>
<b>BILAG 1: ARBEJDSGRUPPEN VEDR. TVÆRSEKTORIELLE PATIENTFORLØB OG FORANKRING AF NATIONALE STRATEGIER FOR KRONISK SYGE.....</b>	<b>46</b>
<b>BILAG 2: OVERSIGT OVER ANTALLET AF INDLÆGGELSER SAMT AMBULANTE BESØG 2005 FORDELT PÅ KOMMUNE FOR TRE SYGDOMSGRUPPER: KOL, HJERTE-KAR SAMT DIABETES.....</b>	<b>48</b>
<b>BILAG 3: PATIENTFORLØBSBESKRIVELSER .....</b>	<b>49</b>

## 1. Indhold, opbygning og resumé

### Indhold

"Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark" er en strategi for, hvordan kommuner, sygehuse og almen praksis i fremtiden tilrettelægger indsatsen for de kroniske syge personer i den syddanske region. Strategien er lavet i et tværsektorielt samarbejde og består af 21 konkrete initiativer, som parterne hver især eller i fællesskab forpligter sig til at sætte i gang og gennemføre. 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.

### Opbygning

Strategien er opbygget, så der indledes med en drøftelse af hvilke værdier og visioner, der karakteriserer den syddanske kronikerindsats. Dernæst følger et afsnit om formålet med og implementering af indsatsen. Efterfølgende kommer en beskrivende definition af den kroniske patient og herefter et kapitel om den ressourcemæssige vurdering af indsatsen i dag.

Inden den egentlige handlingsbetonede del af strategien kommer et kapitel om principper for opgavedeling og samarbejde om patienter med kronisk sygdom i Region Syddanmark. Her skitseres de væsentligste roller og opgaver for sundhedsvæsenets parter. Kapitlet illustreres i form af fire konkrete eksempler på patientforløb. De følgende tre kapitler uddyber principperne for opgavedeling ved at sætte fokus på henholdsvis opgaver og roller i almen praksis, i kommuner og på sygehuse. Kapitlerne er opbygget efter temaer, og som indledning til hvert tema fremgår, hvilket initiativ der skal sættes i værk. Kapitlerne efterfølges af et kapitel om initiativer, der går på tværs af de tre parter. Endelig følger et kapitel om den ressourcemæssige vurdering af strategiens initiativer. Strategien afsluttes med en sammenfatning på tværs af opgaver og roller. En sammenfatning, der indgår i sundhedsaftalerne mellem region og kommuner.

### Resumé

"Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark" er en strategi for kommuner, almen praksis og sygehuse i den syddanske region om den fremtidige indsats for personer med kronisk sygdom. Det vil sige, at strategiens hovedfokus er patienter, der er i risiko for eller har fået diagnosticeret en kronisk sygdom. En samlet indsats mod forekomsten af kronisk sygdom må også omfatte primær forebyggelse, som kommunerne i disse år er ved at opbygge, men som i denne strategi kun berøres perifert.

Strategien tager udgangspunkt i en række principper for opgavedeling og samarbejde. Først og fremmest handler det om, at egen læge i form af rollen som tovholder i patientforløbene er den samlende aktør, men også at Patientens Plan - den individuelle behandlingsplan - er et centralt redskab i samarbejdet mellem egen læge og kommune. Som noget nyt anbefales det, at kommunen skal tilbyde en række standardtilbud i form af bl.a. patientuddannelse og forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter. Såvel kommuner som sygehuse kan vælge at ansætte forløbskoordinatorer, der koordinerer forløbet for de kronisk syge patienter både internt i kommune eller sygehus, men også i forhold til øvrige parter involveret i forløbet. På baggrund af principperne for opgavedeling opstilles der fire cases, der belyser forskellige patientforløb/patientgrupper.

Nøglen til at skabe sammenhængende patientforløb hedder samarbejde, koordinering og kommunikation. Udfordringen er stor, men indsatsen skal nytænkes, hvis vi skal imødekomme det stigende antal patienter med kronisk sygdom, som vil sætte både det regionale og kommunale sundhedsvæsen under pres. Samtidig er det vigtigt, at livskvaliteten for de kronisk syge forbedres.

"Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark" indeholder 21 konkrete initiativer, som kommuner, sygehuse og almen praksis sætter i værk. Nogle af initiativerne kan umiddelbart sættes i gang – andre kræver en længere tidshorisont. Nogle initiativer kan igangsættes ved mindre tilpasninger – andre

kræver større omorganiseringer. Nogle initiativer kræver forholdsvis få ressourcer at sætte i gang – andre er omkostningstunge. Til sammen er de et stort og vigtigt skridt i retning af en forbedret indsats for kronisk syge personer i Region Syddanmark.

## 2. Værdier og visioner i den syddanske indsats for kronisk sygdom

Flere og flere danskere lever en dagligdag med kronisk sygdom. Hver tredje dansker er i dag kronisk syg. Og tallet er stigende. Det skyldes i høj grad en kombination af usund livsstil og en større andel af ældre i befolkningen.

Nogle kronisk syge patienter lever et godt og aktivt liv trods sygdom. De har arbejde og fritidssysler som alle andre. Og livskvaliteten er høj. Andre kronisk syge patienter har en dagligdag præget af dårlig livskvalitet og ringe mulighed for at klare sig selv. De er afhængige af hjælp fra andre og tilbringer en stor del af deres tid hos læger og på sygehuse.

Fælles for kronisk syge patienter er, at de har brug for et livslangt behandlingsforløb.

I Region Syddanmark vil vi tilrettelægge behandlingen af de kroniske patienter anderledes i fremtiden. Målet er at give patienterne bedre livskvalitet, samtidig med at vi udnytter ressourcerne i sundhedsvæsenet på bedst mulige måde. Det kræver, at vi i et vist omfang ser på sundhedsvæsenet med nye øjne. Vi har i dag et sundhedsvæsen, der på mange måder fungerer godt og effektivt, men samtidig et sundhedsvæsen som i høj grad er indrettet på akut episodisk behandling snarere end den langstrakte og kontinuerlige indsats, som er nødvendig i indsatsen for personer med kronisk sygdom.

Vi ved, at ressourcepresset på både det regionale og kommunale sundhedsvæsen vil fortsætte med at stige de kommende år, fordi antallet af personer med kronisk sygdom stiger, fordi behandlingsmulighederne er blevet bedre, og fordi der i befolkningen er stigende forventninger til adgangen til behandling. Derfor handler det i høj grad om at få mere sundhed for pengene, og her spiller LEON-princippet en central rolle for en effektiv ressourceudnyttelse. LEON-princippet indebærer, at behandlingen altid skal tilbydes på det laveste effektive omkostningsniveau. Det betyder i praksis, at behandlingen varetages på det fagligt rigtige og fuldt forsvarlige niveau, men ikke bør foregå på et højere specialiseringsniveau end, hvad der er behandlingsmæssigt og omkostningsmæssigt nødvendigt.

Med nærværende strategi – ”Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark” – sætter region og kommuner fokus på indsatsen for de kronisk syge patienter. Strukturreformen er en naturlig anledning til at ryste posen og nytænke indsatsen – både på sygehusene, i almen praksis og i kommunerne. Og det er der alt mulig grund til, hvis sundhedsvæsenet fortsat skal fungere effektivt. Vi ved, at patienter med kroniske sygdomme lægger beslag på 70 – 80% af de ressourcer, der anvendes til sundhedsvæsenet<sup>1</sup>. Vi ved også, at mere end hver anden voksne patient, som konsulterer almen praksis, henvender sig med et problem relateret til en af de otte folkesygdomme<sup>2</sup>. Og vi ved, at kommunerne i form af sygedagpenge, genoptræning, førtidspensionering og sygepleje også har betydelige udgifter til personer med kroniske sygdomme. Sammenlagt betyder dette, at der er væsentlige ressourcer i spil og dermed også væsentlige ressourcer at omlægge, når strategien skal implementeres.

### Ét sammenhængende forløb

Et centralt element i indsatsen for personer med kronisk sygdom er at skabe sammenhæng i patientforløbene. Det stiller store krav om kommunikation, fleksibilitet, koordinering og samarbejde på tværs af sektorer. Som patient skal man ikke bekymre sig om, hvordan og hvor behandlingsopgaven løses. Ansvar for at løse opgaven og koordinere patientforløb er en opgave der skal løses af sygehusene, almen praksis og kommunerne. Samarbejdet mellem de tre parter er ikke noget nyt, men med strukturreformen er der flyttet opgaver fra de tidligere amter over til kommunerne; kommunerne skal medfinansiere det regionale sundhedsvæsen og dermed er sammenhængen i sundhedsindsatsen blevet mere synlig og er

---

<sup>1</sup> ”Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund”, side 32. Sundhedsstyrelsen, 2005.

<sup>2</sup> ”Folkesygdomme i almen praksis”, side 5. Statens Institut for Folkesundhed, 2004.

medvirkende årsag til, at der bliver gjort en ekstra indsats for at få overgangene mellem de tre aktører til at hænge bedre sammen.

Som et vigtigt redskab til at imødekomme udfordringerne, skabe sammenhænge, sikre ensartet kvalitet i sundhedsydelse m.v. skal kommuner og region indgå forpligtende sundhedsaftaler. Første generation af sundhedsaftaler blev indgået den 1. april 2007, og 1. oktober 2008 skal der indsendes reviderede sundhedsaftaler til godkendelse hos Sundhedsstyrelsen. I første generation af sundhedsaftalerne er der i høj grad lagt vægt på at videreføre eksisterende aftaler, men der er også indgået aftale om samarbejde om bl.a. udviklingsprojekter inden for telemedicin og forebyggelsesområdet. De kommende sundhedsaftaler adskiller sig på væsentlige punkter sig fra første generation ved bl.a. at indeholde en ny fælles regional samarbejdsaftale for indlæggelses- og udskrivningsforløb, uddrag af nærværende strategi for indsatsen for personer med kronisk sygdom og ny samarbejdsaftale på psykiatriområdet.

Dialogen om udmøntningen af og samarbejdet om indholdet i sundhedsaftalerne mellem region og kommuner sker i de lokale samordningsfora, som er etableret omkring regionens fire sygehusenheder og tre psykiatricentre. Et lokalt samordningsforum har til opgave ved varetagelsen af lokal planlægning, driftstilpasning og kvalitetsovervågning at medvirke til gennemførelse af sundhedsaftalerne på de enkelte indsatsområder samt at leve op til aftalernes grundlæggende formål og værdier. I de lokale samordningsfora har sygehusene, kommunerne samt almen praksis mulighed for både at drøfte spørgsmål af praktisk og mere principiel karakter.

### **Patienten som medansvarlig**

Heldigvis starter arbejdet med kronisk sygdom ikke på bar bund. Langt fra. En række rapporter fra Sundhedsstyrelsen og faglige selskaber, kliniske retningslinjer, guidelines m.v. udgør en solid ramme og et godt udgangspunkt for arbejdet. Samtidig er der i den syddanske region – gennem bl.a. pilot- og udviklingsprojekter – gjort en række erfaringer, som vi med fordel kan bygge videre på. Men samtidig må vi forstå og acceptere, at det tager tid at omtænke og omstille systemet. Det er ikke kun systemer og ”kasser”, der skal omorganiseres – det gælder også rutiner, vaner, arbejdsgange m.v. – både formelle og uformelle.

Vi må også forstå og acceptere, at alle kronisk syge patienter ikke er ens. De kan og vil heller ikke det samme. To patienter med ens diagnose kan have behov for forskellige tilbud. Med den rette undervisning, det rigtige udstyr og den fornødne lægelige backup tager mange patienter med glæde del i egen behandling. Både for patient og samfund er der store fremtidige gevinster at hente, hvis egenbehandling i større grad bliver et tilbud til kroniske patienter. Egenbehandling er nødvendig, hvis vi fortsat skal imødekomme den stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser. Samtidig er andre patienter mere eller mindre afhængige af lægelig bistand eller anden støtte. Eksempelvis vil en del ældre patienter, patienter med flere sygdomme og patienter med få ressourcer kræve ekstra støtte og omsorg. Det er derfor vigtigt med en differentieret patienttilgang. I nærværende strategi arbejdes med en tilgang til patientforløb, der både vægter sygdomsbilledet og patientens evne til egenomsorg.

Egenomsorg handler om flere ting. Det handler både om, at hver enkelt tager bedst mulig vare på sig selv og deltager aktivt i egen behandling ved bl.a. at indgå i et konstruktivt samarbejde med sundhedsprofessionelle. Men egenomsorg handler også om, at sundhedsprofessionelle inddrager patienten i behandlingen ved eksempelvis at tilføre og udstyre patienten med relevante kompetencer og viden. Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle er opmærksomme på social ulighed i sundhed og det forhold, at ikke alle har lige gode forudsætninger for at udøve egenomsorg. Levevilkår kan spænde ben for, at nogle patienter er i stand til at varetage egenomsorg på en ordentlig måde<sup>3</sup>.

### **Det handler både om livskvalitet og ressourcer**

Selvmonitorering og egenbehandling skal spille en langt større rolle i sundhedsvæsenets fremtidige håndtering af kronisk syge patienter. Det fremgår bl.a. af regeringens kvalitetsreform – ”Bedre velfærd og

---

<sup>3</sup> ”Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme”, side 18. Sundhedsstyrelsen, 2006.

større arbejdsglæde<sup>4</sup>. Det skal det bl.a. fordi, at evidensen viser, at en stor gruppe patienter kan varetage egenbehandling, at livskvaliteten påvirkes i gunstig retning, og at egenbehandling medfører mindre sygeliggørelse, fordi patienterne opnår uafhængighed, når de kan foretage kontrol af deres sygdom hjemme i stedet for at skulle på sygehuset eller til lægen<sup>5</sup>.

Ressourcemæssigt findes der ikke egentlige sundhedsøkonomiske analyser af effekten af selvmonitorering og egenbehandling. På kort sigt kræver det indkøb af udstyr, uddannelse af personale og patienter, organisatoriske tilpasninger m.v., men på det længere sigt tyder meget på, at effekten viser sig ved bedre livskvalitet, nedsat komplikationsfrekvens og forsinkelse eller forebyggelse af senkomplikationer. Resultater fra egenbehandling i forbindelse med antikoagulationsbehandling (blodfortyndende behandling) viser, at indsatsen er omkostningseffektiv, fordi behovet for sygehusindlæggelser nedsættes markant. En tilsvarende effekt må forventes ved andre sygdomme<sup>6</sup>.

Vi skal med andre ord have både bedre behandling og større livskvalitet for de samme ressourcer. Kun hvis det lykkes, kan vi imødekomme kravene fra det stigende antal kroniske patienter, som vi ved, vil have behov for behandling i fremtiden.

### **Forebyggelse og tidlig opsporing nødvendigt**

En indsats mod kronisk sygdom handler ikke kun om at tilbyde rette behandling til mennesker, som allerede er ramt af kronisk sygdom. Det handler i høj grad også om at forebygge, at flere personer rammes af kroniske sygdomme. Den borgerrettede forebyggende indsats varetages af kommunerne, som stiller sundhedsfremmetilbud til rådighed for borgerne for at understøtte en sund livsstil. Ved bl.a. at sikre sund kost i daginstitutioner, muligheder for fysisk aktivitet i skoler, rygestoptilbud og tilbud om alkoholbehandling kan kommunerne være med til at forebygge en stigning i antallet af personer med kronisk sygdom.

Kommunerne har med sundhedsloven overtaget bl.a. den borgerrettede forebyggelsesopgave. Derfor er der i strategien opmærksomhed på den tidlige opsporing og indsats overfor personer, der er i risiko for at udvikle en kronisk sygdom. Tilsvarende fokus på tidlig opsporing gælder for almen praksis.

En række grupper i samfundet er i særlig grad udsatte – i risiko – for at blive ramt. Det er bl.a. mennesker, som ryger dagligt, har et stort alkoholforbrug, ikke er fysisk aktive og som spiser en usund kost. Såvel praktiserende læger som ansatte i kommunerne er dagligt i kontakt med disse mennesker i forskellige sammenhænge fx i folkeskolen, i tandplejen, i kommunens sundhedstjeneste, på sygedagpengeområdet, ved ambulansetræning og rehabilitering, ved forebyggende besøg hos ældre, i den kommunale ældrepleje, og i forbindelse med øvrige kommunale sundhedsfremmende tilbud. Denne kontakt kan bruges som en lejlighed til at få personer i risiko i tale om deres sundhed. Før det er for sent. Men det kræver, at der eksisterer tilbud, som lægen eller socialrådgiveren kan henvise til, fx motions- og kosttilbud samt rygeafvænning. Der kan spares betydelige ressourcer og vindes masser af leveår og livskvalitet, hvis der systematisk sættes ind, før den kroniske sygdom rammer. Men det kræver, at læger og kommunalt ansatte hele tiden er bevidste om at lede efter – at opspore – mennesker i risiko for at udvikle kronisk sygdom. Også selv om den primære anledning til kontakten til disse mennesker måske i første omgang handler om noget helt andet. Kommuner, almen praksis og region har derfor et fælles ansvar for tidlig opsporing.

---

<sup>4</sup> "Bedre velfærd og større arbejdsglæde. I. Brugere i centrum", side 66. Regeringen, 2007.

<sup>5</sup> "Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse", side 27-28. Sundhedsstyrelsen 2006.

<sup>6</sup> "Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse", side 27-30. Sundhedsstyrelsen, 2006.

### 3. Formål og implementering

"Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark" er lavet i et tværsektorielt samarbejde. Arbejdet er sket i regi af "Arbejdsgruppen vedr. tværsektorielle patientforløb og forankring af nationale strategier for kronisk syge". Kommissorium for og medlemmer af gruppen fremgår af bilag 1. Gruppen påbegyndte sit arbejde i april 2007 og har holdt seks møder struktureret efter forskellige temaer, som alle gennemgås i strategien.

Som led i processen blev der den 5. oktober 2007 holdt et orienteringsmøde for interesserede parter. Målet var at inddrage de ressourcepersoner, der ikke direkte har været involveret i arbejdet, at høste input og sikre ejerskab og opbakning lokalt. Derudover har strategien været sendt i høring i kommuner, på sygehuse og praksisområdet i slutningen af 2007. Hovedtræk af strategien indgår i sundhedsaftalerne under tværgående temaer.

#### Formålet med planen

"Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark" skal være kommuner, region og almen praksis' fælles omdrejningspunkt for indsatsen for de kronisk syge patienter i den syddanske region.

Formålet er at:

- bidrage til, at kronisk syge borgere gennem bedre behandling, rehabilitering, pleje m.v. opnår større livskvalitet
- sikre at indsatsen koordineres, så patientforløb opleves som sammenhængende
- komme med forpligtende anbefalinger til sygehuse, almen praksis og kommuner for indsatsen for kronisk syge borgere
- imødekomme det fortsat stigende pres, som sundhedsvæsenet oplever ved i højere grad at bidrage til, at der sker en tidlig opsporing, at der tilbydes forebyggende tiltag, at patienterne udøver egenomsorg m.v.
- beskrive organiseringen af samarbejdet om patientforløbsprogrammer på udvalgte områder
- nytænke den måde, det regionale og kommunale sundhedsvæsen er organiseret på
- omsætte Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kronisk syge til regionale og kommunale tiltag
- imødekomme de krav, som der fra centralt hold er fremlagt i forbindelse med kvalitetsreformen "Bedre velfærd og større arbejdsglæde – I. Brugeren i centrum".

#### Implementering af strategien

"Indsatsen for personer med kronisk sygdom" er den overordnede ramme, som indsatsen i den syddanske region sker under. Strategien er generisk og fastlægger overordnet på tværs af sygdomsområder ansvars- og opgavefordeling, samarbejdsrelationer, redskaber i kommunikation og samarbejde, kvalitetsmonitorering, kompetenceudvikling, strukturelle forhold og incitamenter m.v. Strategien fastlægger med andre ord de fælles forudsætninger for den regionale udmøntning af patientforløbsprogrammer.

Initiativerne vil kræve en høj grad af koordinering og må forventes at strække sig over en årrække. En fuldstændig gennemførelse vil kræve omfattende organisering af såvel praksisområdet, sygehusområdet som dele af de kommunale sundhedstilbud. Gennemførelsen må ske i den takt, der skabes konsensus om og ressourcer til. De lokale samordningsfora koordinerer den lokale udmøntning, herunder hvilke tiltag henholdsvis sygehuse, kommuner og almen praksis tager i opbygningsfasen. Eksempelvis vil det være i de lokale samordningsfora, at man finder ud af, hvornår parterne er klar til at indføre den individuelle behandlingsplan – Patientens Plan.

Til at understøtte en koordineret implementering skal der tilvejebringes ensartede regionale retningslinjer for strategiens initiativer. Der nedsættes en koordineringsgruppe for hvert af de prioriterede sygdomsområder. Disse fora skal udarbejde regionalt gældende retningslinjer og standarder for sundhedsfaglige ydelser,





For så vidt angår det økonomiske aspekt af implementeringen af kronikerindsatsen, må der i såvel kommuner, sygehuse og almen praksis forventes betydelige ressourceomlægninger og evt. tilførsel af yderligere ressourcer. Ressourceomlægningerne og udgifterne forbundet hermed må imidlertid ses i forhold til de betydelige ressourcer, der bruges på området i dag. Implementeringen af den tværsektorielle kronikerstrategi, herunder de 21 indsatser, vil medføre udgifter til omstilling for såvel kommunerne, sygehusene som praksissektoren, men det er i denne sammenhæng væsentligt at bemærke, at omkostningerne ved ikke at igangsætte forebyggelsesinitiativer (alternativomkostningen) også er betydelige.<sup>7</sup>

#### *Forløbsprogrammer på nationalt plan*

De nationale forløbsprogrammer vil blive bygget op på grundlag af den skabelon, der er angivet i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom<sup>8</sup>.

Et program for en kronisk sygdom vil på nationalt niveau fastlægge:

- patientgruppe, dvs. hvilke diagnoser er omfattet i de forskellige involverede sektorer,
- den sundhedsfaglige indsats, omfattende henvisninger til danske og evt. udenlandske kliniske retningslinier for diagnostik, behandling, rehabilitering, forebyggelse, egenomsorg mv. i den udstrækning sådanne retningslinier findes,
- organisering, herunder kriterier for stratificering, kompetenceniveauer for forskellige opgaver, retningslinier for specialiseret behandling, forslag til koordinering og samarbejde samt it,
- kvalitetsmonitorering, herunder anvisning af databaser samt forslag vedr. indhold og fremgangsmåder.

Udover den generiske model har Sundhedsstyrelsen udarbejdet et eksempel i form af et nationalt patientforløbsprogram for diabetes. Sundhedsstyrelsen forventes at påtage sig det overordnede ansvar for at koordinere udviklingen af nationale forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.

#### *Den lokale udmøntning af forløbsprogrammer*

Sundhedsstyrelsen understreger i det generiske forløbsprogram, at det vil være nødvendigt med en lokal detaljering og konkretisering af de dele af de nationale forløbsprogrammer, der vedrører den konkrete organisering og opgavefordeling af den sundhedsfaglige indsats samt med hensyn til de konkrete planer for implementering af forløbsprogrammet.

Et nationalt forløbsprogram vil overlade en række forhold til den lokale udmøntning, såsom:

- den konkrete placering af ansvaret for de enkelte faglige ydelser,
- nærmere angivelse af kompetencer på de forskellige stratificeringsniveauer,
- retningslinier for tovholder- og koordinatoropgaver,
- retningslinier for henvisning til særlige ydelser, f.eks. undervisning eller forebyggelsestilbud,
- retningslinier for information af patienten,
- krav til informationsudveksling mellem de sundhedsfaglige parter,
- retningslinier for dataopsamling og -anvendelse,
- ansvar for kvalitetsmonitorering.

I fastlæggelsen af disse og tilsvarende forhold i den lokale implementering af et forløbsprogram skal der udover det nationale program tages udgangspunkt i de overordnede principper, der er fastlagt i nærværende strategi "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark".

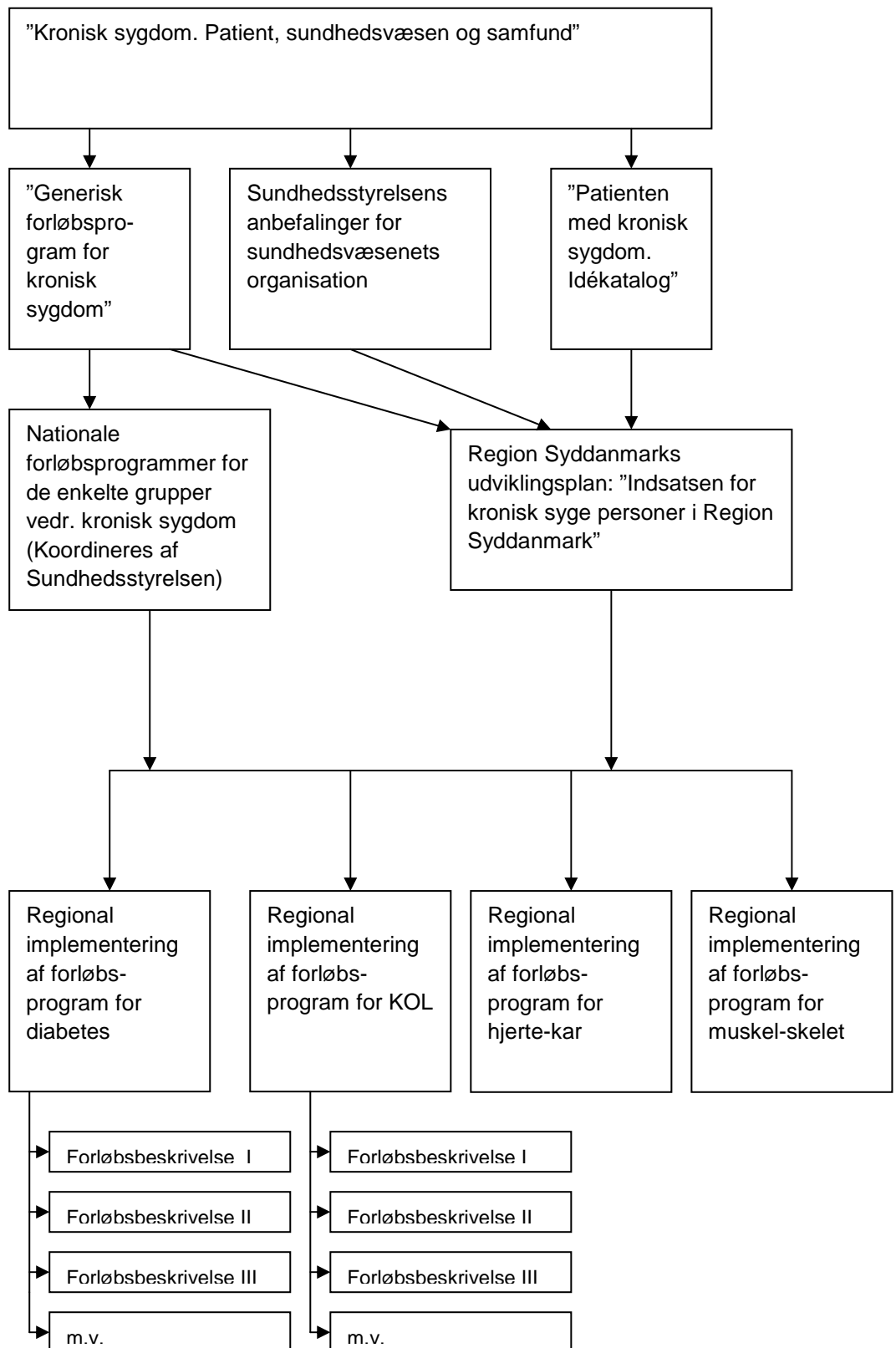
På næste side vises det grafisk, hvordan forløbet i arbejdet har været og forventes fremadrettet.

---

<sup>7</sup> KL-konference den 15. januar 2008 – sessionen "Er der mulighed for økonomisk gevinst ved en målrettet kronikerindsats".

<sup>8</sup> "Forløbsprogram for kronisk sygdom. Generisk model". Sundhedsstyrelsen, april, 2008.

## Trin i arbejdet med udviklingen af kronikerindsatsen



### *Forslag til organisation*

Udmøntningen af strategien koordineres på overordnet politisk niveau af Sundhedskoordinationsudvalget.

Region Syddanmark nedsætter en administrativ tværgående styregruppe, der skal:

- varetage overordnede koordineringsspørgsmål i forbindelse med det regionale fælles grundlag, herunder iværksættelse af fælles initiativer på tværs,
- overvåge implementeringsprocessen på tværs af sygdomsområder og geografier,
- følge op og justere på den fælles strategi.

"Arbejdsgruppen vedr. tværsektorielle patientforløb og forankring af nationale strategier for kronisk syge" finder, at det vil være nødvendigt at etablere regionale faglige retningslinier for hver af de prioriterede kroniske sygdomsgrupper. Målet er at sikre, at de nationale retningslinier og de overordnede regionale principper udmøntes ensartet i hele regionen, så regionens borgere oplever det samme serviceniveau. De faglige retningslinier for udmøntningen omfatter bl.a. de forhold, som er oplyst i det foregående afsnit. Det fælles regionale grundlag udgøres af nærværende strategi.

Det foreslås derfor, at der nedsættes regionale koordineringsgrupper for fire kroniske sygdomme for en periode af indtil videre tre år. De fire diagnosegrupper hjertesygdom, diabetes, muskel-skelet og KOL er valgt, fordi sygdommene er udbredte i den danske befolkning og patienter med disse sygdomme ofte optræder på såvel sygehuse som i almen praksis. Samtidig er sygdommene forbundet med betydelige sociale omkostninger. Der er derfor en fælles interesse i at sikre en effektiv og sammenhængende indsats for disse patientgrupper.

Hver regional koordineringsgruppe skal i løbet af det første år fastlægge det nærmere grundlag for den sundhedsfaglige indsats mv. for den pågældende kronikergruppe. Det skal ske i et samspil med de lokale samordningsfora. Endvidere forventes hver koordineringsgruppe at fastlægge retningslinier for opfølgning på implementeringen og for justering af grundlaget.

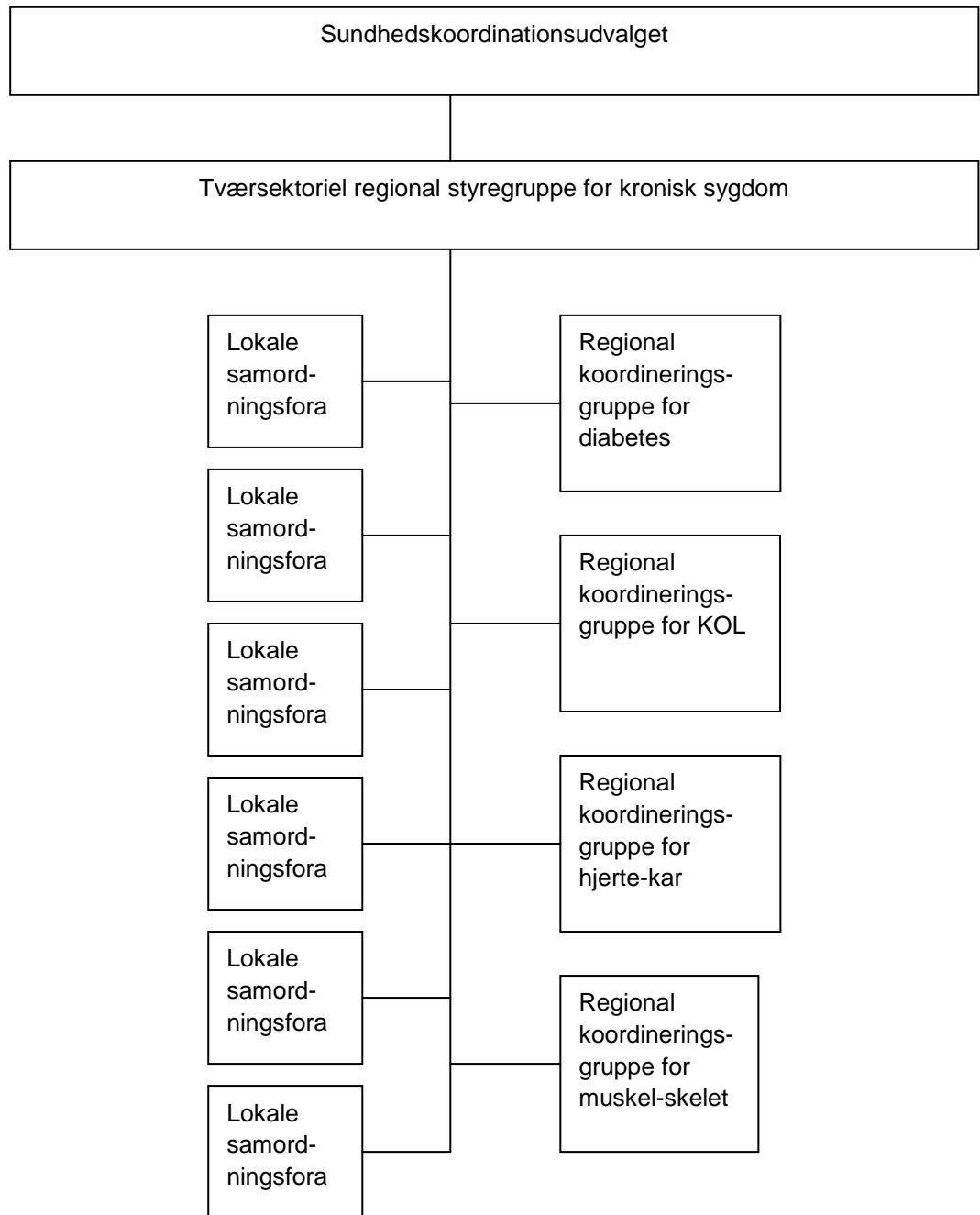
Formandskabet for hver koordineringsgruppe placeres hos et af regionens sygehusledelsesmedlemmer. Sundhedsstaben i Region Syddanmark sørger i samarbejde med vedkommende sygehusledelse for sekretariatsbetjening af koordineringsgrupperne.

Den lokale udmøntning af strategien sker i samarbejdet mellem det enkelte sygehus, kommunerne og praksis og koordineres af de lokale samordningsfora, idet det forudsættes, at alle sygehusorganisationer som udgangspunkt skal varetage behandling for de større kronikergrupper.

Den regionale implementering af forløbsprogrammer kan udarbejdes på relativt kort tid for KOL og diabetes, hvor der i forvejen findes fyldestgørende grundlag. Efterfølgende kan hjertesygdom og muskel-skeletområdet tages op. Programmerne kan foreslås lanceret ét for ét i form af massive halvårlige "kampagner" rettet mod sygehuse, praksis og kommuner.

På næste side skitseres organiseringen af implementeringen af kronikerstrategien.

## Organiseringen af implementeringen af kronikerstrategien



## 4. Beskrivende definition af personer med kronisk sygdom

Kronisk sygdom inkluderer både somatiske og psykiske sygdomme og såvel børn som voksne kan rammes af kronisk sygdom.

Kronisk sygdom har én eller flere af følgende karakteristika:

- Tilstanden er vedvarende og fører ubehandlet til dårligere livskvalitet og/eller tidligere død
- Sygdommen har blivende følger eller forandringer som ikke kan bedres
- Sygdommen medfører behov for langvarig behandling eller pleje samt rehabilitering<sup>9</sup>.

Kronisk sygdom er meget udbredt i befolkningen, og over 40% angav i 2000 (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, SUSY) at have en langvarig sygdom, forstået som en varighed på over 6 måneder. Kun 26% angiver dog sygdommen som meget hæmmende .

De kroniske sygdomme har en stærk aldersgradient med en forekomst der stiger fra 30% blandt de 16-24 årige til 60% blandt de 67-årige og derover. For hjerte-kar-sygdom, åndedrætssygdom, rygsygdom og diabetes er der tillige en klar uddannelsesgradient, dvs. jo højere uddannelsesniveau, jo mindre andel er sygdomsramte<sup>10</sup>.

Blandt kroniske sygdomme er der en betydelig co-morbiditet: Halvdelen af alle kronisk syge har to eller flere lidelser, og når vi ser på andelen af ældre, lever to ud af tre med to eller flere kroniske lidelser<sup>11</sup>.

Blandt de kroniske sygdomme er der mange, der har en gradvis udvikling, inden de fører til symptomer, der kræver behandling. Det er for disse sygdomme karakteristisk, at mange patienter har en ikke erkendt og diagnosticeret sygdom.

Sundhedsvæsenet møder de kronisk syge i alle regier:

- Hos alment praktiserende læger som modtager patienter med symptomer og evt. henviser til videre udredning og i øvrigt følger op med livslang behandling og kontrol.
- I sygehusregi mødes patienterne til udredning eller behandling efter henvisning eller i forbindelse med akutte indlæggelser ved forværringer mv.
- I den kommunale ældrepleje, hvor en stor del af de ældre med kronisk sygdom har behov for hjemmepleje, hjælpemidler, sygepleje og/eller træning.

Det sociale og arbejdsmarkedsmæssige område er betydelig berørt af kronikerproblematikken: Langt størstedelen af for tidlig afgang fra arbejdsmarkedet skyldes kronisk sygdom, og en betydelig del af midlertidigt sygefravær skyldes også kronisk sygdom<sup>12</sup>.

En betydelig del af de kroniske sygdomme skyldes risiko på grund af livsstil, som kan forebygges. Disse forebyggende indsatser kan tilbydes til personer med og uden diagnose på en kronisk sygdom. Det er de samme risikofaktorer, der er fokus på, uanset om der er tale om at forebygge udviklingen af kronisk sygdom, eller der er tale om at begrænse progressionen af den kroniske sygdom hos den enkelte patient.

---

<sup>9</sup> "Forløbsprogram for kronisk sygdom. Generisk model". Udkast. Sundhedsstyrelsen 2007

<sup>10</sup> "Sundhed og sygelighed i Danmark 2000". Statens Institut for Folkesundhed 2002

<sup>11</sup> Læge Peter Vedsted på Sundhedsstyrelsens kronikerkonference 15. marts 2007.

<sup>12</sup> Sundhedsprofil for Sønderjyllands Amt 1995

## 5. Fakta om kronisk sygdom

Ifølge Sundhedsstyrelsen lægger patienter med kroniske sygdomme beslag på 70 - 80% af de ressourcer, der anvendes til sundhedsvæsenet. Samtidig er der dokumentation for, at kun en del af de borgere, der lider af kronisk sygdom, får en optimal behandling<sup>13</sup>.

Udfordringerne i indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark adskiller sig ikke fra resten af Danmark. Vi bliver flere og flere ældre, og flere og flere lever med en kronisk sygdom.

Vi ved, at der i den syddanske region i 2005 var 186.000 borgere over 65 år – et tal, der forventes at stige til 255.000 i 2020<sup>14</sup> - svarende til cirka 38% af Region Syddanmarks befolkning.

Vi ved også, at cirka 45.000 personer i regionen lider af KOL – en sygdom, der er i hurtig vækst. Mellem 50.000 og 60.000 borgere lever med hjertekarsygdom, og mellem 20.000 – 30.000 skønnes at have diabetes, heraf halvdelen uden at vide det.

Personer med de store kroniske sygdomme som diabetes, hjerte-karsygdomme og KOL står for mere end 40.000 indlæggelser og 85.000 ambulante besøg pr. år i regionen.

Bilag 2 indeholder en oversigt over antallet af indlæggelser samt ambulante besøg fordelt på kommune for tre sygdomsgrupper: diabetes, hjerte-karlidelser samt KOL.

Hertil kommer, at 25% af indbyggerne i Region Syddanmark har muskel- og skeletlidelser, og 10% er generet af smerter i ryg og lænd. Derudover ved man på nationalt niveau, at 43% af alle langtidssygemeldinger skyldes problemer i bevægeapparatet.

### Fakta om kroniske sygdomme – nationalt niveau:

*Vidste du, at...*

- diabetespatienter i gennemsnit lever med sygdommen i 6 - 10 år, før diagnosen stilles
- cirka 80 % af diabetespatienterne er overvægtige
- 14% af alle hjertedødsfald skyldes tobak
- 80-90% af al KOL skyldes tobaksrygning
- muskel- og skeletsygdomme er den hyppigste årsag til aktivitetsbegrænsninger i hverdagen og er årsag til 20% af de helbredsbedingede førtidspensioneringer
- hver fjerde lungepatient og visse hjertepatienter, der udskrives, genindlægges inden for 30 dage
- cirka 200.000 personer i den erhvervsaktive alder er ramt af depression.

<sup>13</sup> "Patienten med kronisk sygdom", side 32. Sundhedsstyrelsen, 2005.

<sup>14</sup> "Regional sundhedsprofil". Region Syddanmark, 2007.

## 6. Principper for opgavedeling og samarbejde om personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark

Indsatsen for kronisk sygdom kræver nytænkning i arbejdsdeling og organisering – både internt i kommuner, hos almen praksis og på sygehusene og i samarbejdet mellem parterne. Indsatsen betyder, som noget meget væsentligt, nye opgaver og nye roller.

Omdrejningspunktet for de kronisk syge patienter er egen læge, der fungerer som tovholder i en udvidet og proaktiv rolle. Patientens individuelle behandlingsplan er et nyt centralt redskab i samarbejdet mellem praktiserende læge, kommune og sygehus. Både kommuner og sygehuse koordinerer hver især deres opgaver i forhold til kronisk syge personer, ikke mindst i forhold til patienter med ringe egenomsorgsevne.

Nedenfor oplystes centrale opgaver – opgaverne udbygges i følgende kapitler:

- **Egen læge bevarer rollen som tovholder**

- men lægens opgaver skifter noget i omfang afhængig af problemstillingen.

Lægen forestår:

- Primær udredning og information af patienten
- Udarbejdelse af Patientens Plan – en individuel behandlingsplan - og vejledning
- Henvvisning til specialiseret udredning ved kompleks sygdom
- Henvvisning til kommunal koordinator ved behov for udvidet kommunal indsats
- Kontrollerer samt opfølgning af egenbehandling, undtagen for de mest komplekse tilfælde
- Tidlig opsporing
- Revision af behandlingsplan.

Lægen kan trække på specialistrådgivning i forbindelse med egen udredning og kan henvise til specialiseret udredning ved sygehusambulatorier eller praktiserende speciallæge. Derudover vil lægen i øget omfang kunne trække på og uddelegere opgaver til praksispersonale.

- **Sygehuset koordinerer sin indsats i forhold til patienter med kompleks sygdom**

Sygehuset varetager følgende opgaver i forhold til patienter, der henvises af egen læge på grund af særlige krav til udredning, f.eks. patienter med flere sygdomme, patienter med fremskredne sygdomsstadie samt patienter der indlægges akut med nyopdaget sygdom:

- Fastlægger på egen læges henvvisning en samlet plan for det specialiserede udredningsforløb,
- Varetager formidling af epikrise til egen læge med anbefalinger til videre behandlings- og rehabiliteringsindsats, for de mest komplekse tilfælde en samlet plan for efterbehandling.
- Tilknytter en kontaktperson med koordinerende funktioner
- Koordinerer patientens deltagelse i sygehusets specifikke og specialiserede patientuddannelse
- Instruerer og følger op på selvmonitorering og egenbehandling i komplekse forløb
- Koordinerer ambulante kontrolforløb i sygehusregi
- Udfærdiger reviderede anbefalinger eller planer
- Tilbyder specialiseret rådgivning til praktiserende læger og praksispersonale med kronikeransvar
- Etablerer subakutte tilbud om ambulante planlagte udredningsforløb.

- **Kommunen råder over en række tilbud til kronisk syge**

Alle kronisk syge patienter skal, afhængig af behandlingsplanens indhold, tilbydes:

- Generel patientuddannelse
- Sygdomsspecifik patientuddannelse i forhold til enkle sygdomsbilleder
- Basale forebyggende og sundhedsfremmende tilbud inden for kostvejledning, rygestop, alkoholbehandling, fysisk aktivitet m.v.
- Rehabiliteringstilbud

- De kommunale tilbud skal, for at læge kan henvise til dem, opfylde anbefalede standarder og være beskrevet i tilgængelig form.
- **Kommunen koordinerer sin indsats i forhold til patienter med ringe egenomsorgsevne**  
Kommunen varetager følgende opgaver, bl.a. gennem tilknytning af en koordinator til patienter, når lægen vurderer, at der er behov:
  - Medvirker i udarbejdelsen af behandlingsplan for patienter med behov for udvidet indsats
  - Giver grundlæggende information til patient og evt. pårørende om de kommunale ydelser
  - Koordinerer patientens deltagelse i generel patientuddannelse
  - Koordinerer ydelser fra en eller flere kommunale støtte- og omsorgspersoner
  - Sikrer støtte til selvmonitorering og evt. egenbehandling på lægens henvisning
  - Planlægger patientens deltagelse i forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud
  - Justerer den kommunale indsats i forhold til reviderede behandlingsplaner.
- **Kommune, sygehus og egen læge koordinerer indsatsen, specielt i forhold til særligt sårbare grupper**  
Kommunens og sygehusets koordinering, der evt. kan ske ved oprettelse af et antal stillinger som forløbskoordinatører eller udvidelse af eksisterende funktioner, skal:
  - Understøtte samarbejdet og kommunikationen med egen læge, der bevarer rollen som tovholder.
  - Bidrage til at den tværfaglige og tværsektorielle indsats på tværs af sygdomme er koordineret. Heri indgår både indsats i akutte og stabile faser af sygdomsforløbet.
  - Understøtte patientens gennemførelse og fastholdelse af behandling og rehabilitering
  - Understøtte patientens muligheder for egenomsorg
  - Sikre opfølgning, justering af initiativer samt kontinuitet
  - Aktivt formidle kontakt til relevante dele af sundhedsvæsenet, når patienten skal eller har skiftet mellem sektorer eller forskellige behandlere.

### **Stratificering – et dynamisk redskab**

De tre aktører – kommuner, almen praksis og sygehuse – involveres i patientforløbet i den udstrækning, der er behov for det, og hvor deres indsats hver især er mest påkrævet. Patienterne kan overordnet stratificeres efter to dimensioner, henholdsvis sygdomskompleksitet – forstået som en sammenvejning af comorbiditet og den enkelte lidelses stadium – og egenomsorgsevne bl.a. forstået som evnen til at tage vare på sig selv og medansvar for egen sundhed. Eksemplerne i det følgende er opstillet efter disse to dimensioner.

Det skal understreges, at stratificeringen ikke anfægter Sundhedsstyrelsens kronikerpyramide, der udelukkende vedrører sygdomsintensitet og behandlingsprincippet.

Stratificering er et dynamisk redskab. Som patient er det ikke givet, at man altid vil befinde sig i samme kategori, idet såvel sygdommens kompleksitet som evnen til egenomsorg kan ændre sig over tid. Hertil kommer, at det for de sundhedsprofessionelle i nogle situationer kan være vanskeligt at vurdere, hvor en patient hører hjemme. Af og til vil dette først vise sig, efter at behandlingsforløbet er gået i gang. Et nærmere grundlag for stratificeringen vil blive udarbejdet i de diagnosespecifikke koordineringsgrupper, som er foreslået i kapitel 3.

Nedenstående model er et forsimplet billede af virkeligheden og tjener derfor alene som illustration af, hvornår hvilke aktører skal på banen.



## Stratificering og tilrettelæggelse af behandling

I. Patienter med <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enkel sygdom</li> <li>- God egenomsorgsevne</li> <li>→ egen læge + patient</li> </ul>	II. Patienter med <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kompleks sygdom</li> <li>- God egenomsorgsevne</li> <li>→ egen læge + patient + sygehuskoordinator</li> </ul>
III. Patienter med <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enkel sygdom</li> <li>- Ringe egenomsorgsevne</li> <li>→ egen læge + patient + kommunal koordinator</li> </ul>	IV. Særligt sårbare patienter med <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kompleks sygdom</li> <li>- Ringe egenomsorgsevne</li> <li>→ egen læge + patient kommunal og sygehus koordinator, afhængig af forløbet</li> </ul>

Nedenfor følger fire cases, som er en beskrivelse af fire ovenstående stratificeringsmuligheder. Det skal understreges, at casene er af principiel karakter og ene og alene har til hensigt at illustrere opgavedeling og koordineringspunkter. Virkelighedens patientforløb vil ikke altid forløbe som beskrevet nedenfor, men vil som oftest være mere kompliceret og indeholde elementer fra flere forløb/cases. De fire cases er grafisk illustreret i bilag 3.

### Principiel case I: Patient med enkel sygdom og god egenomsorgsevne

Den første case illustrerer et patientforløb, hvor sygdommen er enkel og egenomsorgsevnen god. Sygdommen opdages antageligt ved egen læge, der enten konstaterer sygdommen, fordi patienten specifikt henvender sig med symptomer, der er relateret til sygdommen. Men lægen kan ligeså vel – ved proaktiv adfærd - opdage sygdommen i en hel anden forbindelse. Behandlingsindsatsen omfatter medicinsk behandling samt forebyggelse. Det videre patientforløb sker primært i kommunalt regi, efter at den indledende diagnose og udredning er sket hos egen læge. Sygehusekspertise inddrages ikke – eller kun i beskedent omfang. Patienten er i høj grad i stand til at tage vare på sig selv – bl.a. gennem tilbud om patientuddannelse og forebyggelsesaktiviteter i kommunen – og egen læge konsulteres kun til faste kontroller, henholdsvis opfølgning på selvmonitorering og egenbehandling.

### Principiel case II: Patient med kompleks sygdom og god egenomsorgsevne

Den anden case illustrerer et forløb, hvor patienten har en kompleks kronisk sygdom, evt. flere samtidige sygdomme, men god egenomsorgsevne. Ligesom i case I opdages sygdommen antageligt hos egen læge, hvor udredning også sker. Egen læge koordinerer forløbet og foretager også evt. henvisning til speciallæger på sygehuset. I sygehusregi følger et udredningsforløb efterfulgt af tilbud om specifik patientuddannelse og kontroller. Indsatsen i sygehusregi med bl.a. udredning og specifik patientuddannelse koordineres evt. af en forløbskoordinator. På baggrund af sygehusets udredning og anbefalinger, laver egen læge en behandlingsplan. Det videre patientforløb varetages herefter både i kommunalt regi og i sygehusregi. I kommunalt regi sker den generelle patientuddannelse suppleret med tilbud om forebyggelsesaktiviteter,

mens en specifik patientuddannelse sker i sygehusregi. Kontroller, henholdsvis opfølgning på selvmonitorering og egenbehandling sker hos egen læge eller sygehuslæge efter nærmere aftale.

### **Principiel case III: Patient med enkel sygdom og ringe egenomsorgsevne**

Den tredje case illustrerer et forløb, hvor sygdommen ofte opdages som led i den kommunale indsats, evt. som led i tidlig opsporing. Der henvises herefter til egen læge, der foretager udredning – evt. under inddragelse af sygehusekspertise og udarbejdelse af Patientens Plan i samarbejde med kommunal koordinator. Det videre forløb foregår herefter primært i kommunalt regi, styret af den kommunale koordinator, i form af generel og specifik patientuddannelse, støtte og omsorg i forbindelse med egen-/hjemmebehandling, forebyggelses- og sundhedsfremmeinitiativer m.v. Egen læge er fortsat tovholder i forløbet og foretager (årlige) kontroller og reviderer efter behov behandlingsplanen.

### **Principiel case IV: Særlig sårbar patient med kompleks sygdom og ringe egenomsorgsevne**

I lighed med case III opdages sygdommen antageligt i kommunalt regi. Det kan være som led i tidlig opsporing, men også i helt andre sammenhænge, eksempelvis i forbindelse med en indsats på det sociale eller beskæftigelsesmæssige område. Der sker herefter henvisning til egen læge, der foretager udredning og henvisning til specialudredning i sygehusregi. I sygehusregi følger et udredningsforløb efterfulgt af tilbud om specifik patientuddannelse og kontroller med jævne mellemrum. Indsatsen i sygehusregi med bl.a. udredning og specifik patientuddannelse koordineres evt. af en forløbskoordinator og kører parallelt med et kommunalt forløb bestående af bl.a. generel patientuddannelse, støtte og pleje, forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud m.v. Det kommunale forløb koordineres af en kommunal forløbskoordinator. Egen læge er tovholder i hele forløbet.

## 7. Rolle- og opgavefordeling på tværs af sektorer

Det bliver en udfordring at få skabt en sammenhængende indsats på kronikerområdet, så tilbudene til den enkelte patient hænger sammen. Et sammenhængende patientforløb kræver høj grad af koordination og kommunikation mellem almen praksis, kommuner og sygehuse. Målet er, at overgangene skal opleves sammenhængende af patienterne, uanset hvor i systemet de befinder sig.

Nedenfor beskrives opgaver og roller for henholdsvis almen praksis, kommuner og sygehuse. Nogle opgaver varetages suverænt ét sted, mens andre går på tværs. Sidstnævnte beskrives i kapitel 9 om tværgående opgaver og initiativer.

De 21 initiativer, som foreslås i strategien, fordeler sig således:

Almen praksis	Kommuner	Sygehuse
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiseringen, herunder praksispersonale</li> <li>- Patientens plan - individuel behandlingsplan</li> <li>- Tidlig opsporing</li> <li>- ICPC-kodning (diagnosekodning)</li> <li>- Nye honoreringsformer via § 2-aftaler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Koordinatorfunktioner</li> <li>- Generel patientuddannelse</li> <li>- Henviingstilbud</li> <li>- Tidlig opsporing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontaktpersonordning / koordinatorfunktion</li> <li>- Kontakt til speciallæger</li> <li>- Subakut udredning og rådgivning</li> <li>- Sygdomsspecifik patientuddannelse</li> </ul>
<b>Tværgående initiativer</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stratificering – graderet sundhedsfaglig indsats</li> <li>- Forløbsprogrammer og –beskrivelser</li> <li>- Kompetenceudvikling</li> <li>- Monitorering af kvalitet</li> <li>- Sikker medicinering</li> <li>- Telemedicin og selvmonitorering</li> <li>- Digital kommunikation mellem behandlere</li> <li>- Sundhedsinformationssystemet VisInfoSyd</li> </ul>		

## 8. Opgaver og roller i almen praksis

En reorganisering af arbejdet i almen praksis vil være nødvendigt, hvis man skal overkomme det stigende antal kroniske patienter og de opgaver, der følger heraf. Ligeledes er det velkendt, at der også er begyndende mangel på praktiserende læger – og denne tendens forstærkes i årene fremover, hvilket også øger behovet for en ændring af organiseringen i praksis.

I den fremtidige håndtering af personer med kronisk sygdom er der behov for, at almen praksis påtager sig en langt mere proaktiv rolle, end det er kendetegnet i dag. Almen praksis er i dag kendetegnet ved mange og korte konsultationer på baggrund af henvendelser fra den enkelte patient. Det har den fordel, at vi i Danmark har en meget effektiv almen praksis. Det er en udvikling, der er sket over tid, og som også er understøttet af overenskomsten (incitamenterne).

### Organiseringen, herunder praksispersonale

Kronikerstrategien og herunder stratificeringen af patienterne vil betyde, at der skal varetages flere opgaver i almen praksis i fremtiden, samtidigt med at der i en årrække må forventes at være problemer med at skaffe tilstrækkeligt med læger til almen praksis.

Der er forskellige muligheder for at reorganisere arbejdet i almen praksis, sådan at man på trods af flere opgaver kombineret med færre læger vil kunne løfte opgaverne med personer med kronisk sygdom fremover.

En mulighed er i højere grad at anvende praksispersonale. Både i form af at ansætte flere og anvende dem mere specifikt i indsatsen for personer med kronisk sygdom, og herunder etablere kroniker-behandlerteams i den enkelte praksis. Det vil kræve, at der sker en uddannelse af praksispersonale (f.eks. sygeplejersker) til specifik indsats på udvalgte kronikerområder som eksempelvis KOL, diabetes m.v. – og herunder også med fokus på indsats i forhold til patientens egenomsorg.

Det vil være nødvendigt at samle lægerne i større praksis, som vil være i stand til at rekruttere nye læger og praksispersonale, og som vil kunne leve op til kravene om en mere målrettet og systematiseret kronikeromsorg. Dette vil skabe et behov for, at ledelse og organisering af arbejdet i almen praksis kommer til at spille en større rolle.

Indsatsen for et stigende antal personer med kronisk sygdom i praksis vil forudsætte en opkvalificering af læger og praksispersonale. Denne undervisning skal bl.a. varetages af speciallæger fra sygehusene.

*Praksisplanlægningen på almenlægeområdet har som overordnet mål at sikre bæredygtige praksis i regionen, bl.a. ved at samle lægerne i praksisfællesskaber med flere læger. Dette skal være med til at imødekomme den fremtidige lægedækning og varetagelse af kronikeromsorg.*

*Region Syddanmark understøtter på den baggrund etablering af uddannelses tilbud til praksispersonale i kronikeromsorg, forsøg med organisationsændringer samt kurser for praktiserende læger.*

En højere grad af proaktiv handling blandt de praktiserende læger skal understøttes – både over for mennesker, der allerede er kronisk syge, men også over for mennesker der er i risiko for at udvikle kronisk sygdom. Et eksempel er diabetesbehandlingen, hvor årskontrollen traditionelt har været anvendt til at kigge tilbage på året, der er gået. Med diabetesforløbsydelsen<sup>15</sup> er der lagt op til at se på den kroniske sygdom

<sup>15</sup> Forsøgsprojekt der p.t. kører nationalt i almen praksis.

som et kontinuert forløb. Årskontrollen anvendes til at se fremad – lægge en handleplan for mål for behandlingen, egenomsorg m.v. for det kommende år.

Der vil være behov for, at man i praksis i højere grad end det er tilfældet i dag, er opsøgende overfor mennesker med kronisk sygdom. Herunder at f.eks. praksispersonalet systematisk og jævnlige har kontakt til kronikerne via e-mail og telefon – således at patienterne løbende følges.

Et yderligere element, der kan medføre nye opgaver til almen praksis, vil være indførelsen af flere metoder til selvmonitorering og egenbehandling for større grupper af patienter. Det må tilstræbes at denne udvikling forankres i almen praksis for de fleste patientforløb, undtagen for de mest komplekse og sårbare patienter.

Større uddelegering af opgaver og ansvar til praksispersonalet og mere fokus på systematik og overblik vil stille krav om øget fokus på ledelse og organisering i praksis, hvilket der traditionelt er gjort få erfaringer med. De biomedicinske kompetencer hos de praktiserende læger må således suppleres med ledelsesmæssige kompetencer.

Uddannelse af praksispersonale og forsøg med ændringer i organiseringen i praksis samt øget fokus på ledelse skal tilrettelægges og udmøntes i et samarbejde mellem regionen og de praktiserende læger bl.a. i regi af Samarbejdsudvalget samt Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis<sup>16</sup>.

Uddannelse af praksispersonale, ændringer i organisationen m.v. vil kræve, at der investeres en del tid i den enkelte praksis. Ligeledes vil der regionalt skulle afsættes midler til uddannelsesprogrammer for praksispersonale, kurser i ledelse, forsøg med organisationsudvikling m.v.

Flere praksis har allerede taget hul på processen omkring ændringer i organiseringen med henblik på ændret tilrettelæggelse af kronikerbehandlingen i form af sammenlægninger med andre praksis, ansættelse af mere personale samt intern uddannelse og uddelegering af opgaver til personalet. Det vil være en proces, der vil løbe over flere år, og der bør i 2009 og frem være en massiv regional understøtning af forskellige tiltag, der kan fremme processen.

### **Den praktiserende læge som tovholder – Patientens Plan**

*Den praktiserende læge udarbejder Patientens Plan, hvor der bl.a. kan henvises til kommunale forebyggelsestilbud. Region Syddanmark tager initiativ til udvikling og implementering af Patientens Plan.*

Patienter med kronisk sygdom har typisk behov for en bred vifte af forebyggende og rehabiliterende tilbud som undervisning i sund kost, deltagelse i fysisk aktivitet, tilbud om rygestop, psykosocial rådgivning m.v.

På den baggrund er det relevant med en behandlingsplan – Patientens Plan - for hver enkelt patient med kronisk sygdom. Det vil primært være en opgave for den praktiserende læge at udarbejde Patientens Plan og i den forbindelse henvise til forebyggende tilbud. Hvis sygehuset koordinerer patientforløbet, er det lægen på sygehuset, der laver planen under hensyntagen til, at en patient kan opleves svagere i forbindelse med en indlæggelse, end når patienten er udskrevet.

Patientens Plan er det centrale kommunikationsredskab mellem egen læge, kommune og evt. sygehus, hvilket forudsætter samtykke til at kommunikere planen til de øvrige sektorer. Patientens Plan udgør endvidere lægens informationsplatform i forhold til sin patient.

<sup>16</sup> Kommunerne er repræsenteret i både samarbejdsudvalget og Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget.

Patientens Plan kan bl.a. beskrive status for egenomsorgsevne, sygdomskompleksitet, netværk og indeholde følgende fremadrettede punkter:

- Målsætninger for indsatsen, evt. i form af en personlig handleplan med målepunkter, opstillet i fællesskab mellem patient og læge
- Hovedpunkter i behandlinger, herunder egenbehandling, og kontroller med tidspunkter
- Henvisning til kommunale ydelser (generiske, dvs. forstået som typer af ydelser)
- Henvisning til kommunal koordinator ved behov.

Ved behov for udvidet kommunal indsats udarbejdes Patientens Plan i samarbejde mellem egen læge og den kommunale koordinator.

Udarbejdelse af Patientens Plan vil få konsekvenser for trækket på det kommunale udbud af og tilbud om forebyggelse. Egen læge eller sygehuset skal kunne henvise direkte til generiske kommunale forebyggelsestilbud, hvis det er aftalt mellem parterne som en del af et patientforløbsprogram. Deltagelse i forebyggende aktiviteter er på den måde ikke længere noget, der anbefales patienten som en god idé, men i stedet som en egentlig henvisning på linje med henvisning til røntgen, blodprøvetagning osv.

### *Principper for henvisning*

Henvisningsprocedure:

1. Alment praktiserende læger kan henvise patienter til forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud, som patientens hjemkommune stiller til rådighed for borgerne. Sygehusets henvisning til kommunale forebyggelsestilbud vil typisk ske i forbindelse med udskrivningen, hvorfor den praktiserende læge bør oplyses om henvisningen i epikrisen.
2. Henvisning sker på baggrund af en lægefaglig vurdering – eller en vurdering på lægeligt ansvar – af patientens behov for forebyggelse og sundhedsfremme, foretaget på basis af relevant faglig evidens, tilgængelig viden og bedste praksis.
3. Henvisning forudsætter, at tilbuddet er bekendtgjort og beskrevet i VisInfoSyd, samt ved kommunens orientering af praksis og sygehuse.
4. Henviseren er forpligtet til at orientere sig om indholdet i kommunens aktuelle tilbud med henblik på at sikre sammenhæng i forløbet og at optimere patientinformationen.
5. Henvisningsmetoden er generisk, dvs. at henviser beskriver patientens problemstilling og behov. Det er herefter op til vedkommende kommune at visitere borgeren til et konkret tilbud, evt. en visitationssamtale.
6. Henvisningen udløser altså en handlepligt for kommunen, men foregriber ikke kommunens visitationsmyndighed og selvstændige fastlæggelse af omfang og service i sine tilbud.
7. Henvisning foretages elektronisk med en beskrivelse af henvisningsårsag/problemstilling, hvilken type tilbud der henvises til, øvrige relevante forhold vedr. patientens samlede forløb samt patientens motivation og egenomsorgskapacitet.  
For personer med kronisk sygdom indgår henvisningen i en samlet individuel behandlingsplan – Patientens Plan.
8. Henvisningen udleveres til patienten og kan med dennes samtykke tillige sendes til kommunen.
9. Når patienten har gennemført et kommunalt tilbud, skal den praktiserende læge med patientens samtykke orienteres om forløbet og opnået effekt.

Den praktiserende læges rolle som ansvarlig for udarbejdelse af Patientens Plan vil ikke være noget, der kan indføres fra den ene dag til den anden – der vil være tale om en proces, hvor der skal gøres erfaringer med forskellige elementer, og hvor der også skal være muligheder for fleksibilitet for den enkelte patient, lægen og kommunen.

Region Syddanmark og kommunerne nedsætter en arbejdsgruppe med repræsentanter fra almen praksis, kommuner og sygehuse til at give et konkret bud på, hvorledes Patientens Plan kan implementeres. Nogle af de elementer, der skal overvejes i forbindelse med implementering af den praktiserende læge som ansvarlig for den kroniske patients behandlingsplan er:

- Udvikling af skriftligt redskab i form af kontrakt/mål, der skal anerkendes af kommunen i lighed med genoptræningsplanerne. En generisk model/plan for patienter med kronisk sygdom.
- Skal arbejdet med behandlingsplanen være en del af forebyggelseskonsultationen, eller skal der etableres en særskilt §2 aftale?
- Etablering af elektronisk kommunikation i relation til behandlingsplanen (almen praksis, sygehus, kommune). Evt. på sigt etablering af database.
- Uddannelse af de praktiserende læger til varetagelse af arbejde med behandlingsplanerne.

Almen praksis' rolle som ansvarlig for behandlingsplanen skal ses som en del af tovholderrollen. Tovholderbegrebet er komplekst – der har været mange varianter og definitioner i spil i de senere år. Ud over at få defineret tovholderrollen i relation til arbejdet med behandlingsplaner vil det være relevant at få set på lægens rolle som koordinator i de komplekse tværsektorielle patientforløb. Det kunne udvikles via konkrete kvalitetsudviklingsprojekter og med understøttende §2-aftaler som redskab til at skabe sammenhængende patientforløb. Det er essentielt at holde i fokus, at tovholderrollen ikke kun er en rolle – men at der også skal tilknyttes kompetence.

### Tidlig opsporing

*Region Syddanmark understøtter den praktiserende læges fokus på tidlig opsporing gennem forløbsbeskrivelser, vejledning samt evt. incitament.*

En proaktiv indsats fra sundhedsvæsenets side for at stille diagnosen tidligst muligt vil kunne ændre det forhold, at flere kroniske sygdomme først diagnosticeres, når sygdommen er fremskreden.

Almen praksis er i kontakt med 90% af befolkningen hvert år. Henvendelserne til almen praksis sker med årsag i såvel specifikke som uspecifikke symptomer og tilstande. Mere end halvdelen af alle konsultationer omhandler en patient med potentielt sundhedsskadelig livsstil og dermed potentielt behov for forebyggelsesrådgivning og livsstilsændringer.

Blandt de kroniske sygdomme er der mange, der har en gradvis udvikling, inden de fører til symptomer, der kræver behandling. Det er for disse sygdomme karakteristisk, at mange patienter har en ikke erkendt og diagnosticeret sygdom.

Det er vigtigt, at lægen ved enhver henvendelse er opmærksom på eventuelle tegn på risikobetonet sundhedsadfærd hos patienten og på eventuelle begyndende symptomer på kronisk sygdom.

I de kommende forløbsprogrammer for kroniske sygdomme afgrænses programmernes patientgrupper blandt andet med det mål, at personer med kronisk sygdom får diagnosen stillet så tidligt som muligt, og at retningslinjer vedr. tidligt opsporing af personer med kronisk sygdom bør integreres i de relevante forløbsbeskrivelser.

Egen læges fokus på tidlig opsporing og screening af kronisk syge, så patienter fanges tidligt i forløbet, kan bl.a. understøttes gennem særlige honoreringsaftaler.

### **ICPC-kodning (diagnosekodning) og it-understøttelse**

En optimal behandling af mennesker med kronisk sygdom kræver systematik og overblik. Der skal i den forbindelse rettes fokus på den it-mæssige understøttelse af patientarbejdet. En forudsætning for et bedre overblik er bl.a., at de praktiserende læger anvender ICPC-koder (diagnosekoder) ved alle henvendelser.

*Region Syddanmark understøtter øget anvendelse af ICPC-kodning i almen praksis via konkrete kvalitetsudviklingsprojekter samt deltagelse i Den Almenmedicinske Kvalitetsenheds (DAK-E's) nationale ICPC baggrundsgruppe.*

Status i dag er, at stort set 100% af de praktiserende læger har og anvender elektronisk patientjournal. Udnyttelsen af den elektroniske patientjournal har dog indtil nu ikke været optimal, da det i mange af systemerne er svært at få et overblik over data – men ICPC-kodning af alle henvendelser i praksis vil kunne anvendes til:

- Bedre overblik over patientforløbene
- Analyse af data med henblik på intern kvalitetsudvikling i praksis
- Udveksling af data mellem systemer på tværs af sektorer (kvalitetsmonitorering af sygdomsområder).

Med udviklingen af Sentinel / datafangst, der bl.a. er taget i anvendelse i forbindelse med diabetesforløbsydelsen, er der endnu en grund til at komme i gang med ICPC. Med tilmeldingen til diabetesforløbsydelsen inkl. ICPC-kodning bliver det nu muligt at få systematisk feedback og overblik over egne diabetesdata på patientniveau, praksisniveau og mulighed for sammenligninger på aggregeret niveau. Sentinel / datafangst kan udvides til alle diagnoser og sygdomsområder, så man med tiden kan få tidstro data-feedback på egne patienter med kronisk sygdom, hvis man ICPC-koder.

Målrettet understøttelse af brugen af ICPC i almen praksis - bl.a. via konkrete kvalitetsudviklingsprojekter med praksisrelevans – skal foregå nu og i de kommende par år. Det skal ske i et samarbejde mellem almen praksis (ICPC-ildsjælene), datakonsulenter og DAK-E's ICPC-enhed.

### **Overenskomstmæssige vilkår**

Overenskomstens nuværende ydelseshonorering understøtter mange korte konsultationer, hvilket er medvirkende til, at almen praksis er meget produktiv og effektiv. Den nuværende incitamentsstruktur (overenskomsten) for almen praksis er imidlertid næppe særlig velegnet som honoreringsform i lægens kontinuerlige behandling af og forløb med patienter med kronisk sygdom.

Der bør udvikles og afprøves nye honoreringsformer målrettet indsatsen i forbindelse med kronikeromsorgen via §2-aftaler som supplement til ydelses- og basis-honoreringen.

Det kan være aftaler, der:

- understøtter en øget anvendelse af praksispersonale i arbejdet med kronisk sygdom
- sætter fokus på tidlig opsporing og screening af kronisk syge, så patienterne fanges tidligt i forløbet
- understøtter patientarbejde uden patienter – eksempelvis i form af arbejde med feedback-data, overblik m.v.

Kronikerstrategien indebærer, at patientforløb, arbejdsdeling, samarbejde m.v. aftales mellem sygehuse, kommuner og almen praksis. Med henblik på at knytte dette an til lægernes overenskomst med regionen vil





Region Syddanmark

der blive indgået § 2-aftaler (lokalaftaler), der beskriver forventninger til og vilkår for de praktiserende lægers varetagelse af opgaver vedr. kronisk sygdom.

*Region Syddanmark og de praktiserende læger vil indgå aftaler, der understøtter arbejdet med patienter med kronisk sygdom i almen praksis, og herunder udvikle og afprøve nye honoreringsformer (§2-aftaler).*

Det er i høj grad i regi af Samarbejdsudvalget for almen praksis, at regionen og de praktiserende læger skal indgå aftaler, der understøtter omlægning af arbejdet med personer med kronisk sygdom. Dette arbejde skal sættes i værk straks og løbe over de kommende år.

## 9. Opgaver og roller i kommuner

Kommunerne har med kommunalreformen fået et større medansvar på sundhedsområdet. Kommunerne medfinansierer de ydelser, kommunens borgere modtager i det regionale sundhedsvæsen og har overtaget en række opgaver, der tidligere blev løst af amterne.

De nye opgaver er:

- forebyggelse og sundhedsfremme
- genoptræning efter indlæggelse
- misbrugsområdet
- specialtandplejen.

Forebyggelse og sundhedsfremme er opdelt i to, den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. Den borgerrettede forebyggelse er kommunernes ansvar, mens den patientrettede forebyggelse er en delt opgave mellem region og kommuner.

”Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark” retter primært fokus på den patientrettede forebyggelsesindsats, men det er vigtigt at understrege, at kommunerne har en unik mulighed for og betydelig interesse i også at være opmærksomme og reagere på signaler og forhold omkring borgerens helbredstilstand. Målet er at forebygge en u hensigtsmæssig sundhedsudvikling.

Personalet har i kontakten med den enkelte borger mulighed for at gøre en forskel. Det drejer sig om borgere, der i kortere eller længere tid er i kontakt med f.eks. socialrådgivere på grund af sygefravær, er tilknyttet socialpsykiatriske tilbud eller borgere, der har behov for ekstra hjælp i hjemmet med eksempelvis rengøring eller personlig pleje. Men det er i høj grad også i kontakten via skolesundhedstjenesten og folkeskolens lærere, at der er en mulighed for at være opmærksom på tidlige tegn på behov for en aktiv indsats. Dette uddybes i afsnittet om tidlig opsporing.

Kommunens forebyggende initiativer overfor mennesker med kronisk sygdom kategoriserer sig som *patientrettet* forebyggelse, mens tidlig opsporing af u hensigtsmæssige forhold omkring borgerens sundhed og forebyggelse af livsstilssygdomme er *borgerrettet* forebyggelse. Det vigtigste er dog ikke, hvilken kategori af forebyggende indsatser, der er tale om, men at den enkelte borger oplever at blive understøttet i at tage ansvar for egen sundhed og sygdom, uden det offentlige træder ind over det enkelte menneskes integritetsgrænse.

Nedenfor beskrives de centrale funktioner og indsatser, kommunerne skal varetage for at sikre kvalitet i en sammenhængende indsats overfor personer med kronisk sygdom. Afsnittene er anbefalinger til den enkelte kommune om, hvilke fokusområder der bør indgå i en sammenhængende strategi overfor personer med kronisk sygdom. Hvorvidt det er den ”skræbete” model eller luksusudgaven, der vælges, er op til den enkelte kommune at afgøre, men det vil være et stort skridt at arbejde i samme retning indenfor de samme overordnede rammer.

### Koordinatorfunktion

*Kommunen skal i en passende form og omfang implementere koordinatorfunktionen.*

Det er en vigtig kommunal opgave at koordinere borgerens kontakter med og i det kommunale system samt koordinere samarbejdet med almen praksis og sygehus.

Koordinationen skal fungere som en hjælp og støtte til personer med ringe egenomsorgsevne og særligt

sårbare patienter<sup>17</sup>. Det er personer, der af forskellige årsager ikke har overskud til at finde rundt i og få skabt en nødvendig sammenhæng mellem de offentlige social- og sundhedstilbud. Manglende ressourcer kan bl.a. skyldes svær sygdom, manglende sygdomsforståelse og en begrænset egenomsorgsevne eller personlige forhold som f.eks. sociale og kulturelle barrierer. Borgeren skal opleve, at samarbejde og koordinering fungerer, uden det kræver en særlig indsats.

Kommunen skal især varetage følgende opgaver:

- koordinere ydelser fra flere kommunale social- og sundhedspersoner
- sikre støtte til selvmonitorering og egenbehandling i hjemmet
- afdække patientens behov og formidle viden om muligheder for at deltage i kommunale tilbud som f.eks. generel patientuddannelse
- koordinere indsats og kommunikation med den praktiserende læge, patientens tovholder
- visitere borgere til forebyggelsestilbud på baggrund af den praktiserende læges henvisning
- medvirke i udarbejdelsen af behandlingsplanen for patienter med behov for en udvidet indsats
- følge op på patientens arbejde med behandlingsplanen
- koordinere indsats og informationer med sygehuset, når kontakten ikke naturligt er koordineret via patientens tovholder
- inddrage pårørende og netværk.

Koordinationen skal binde tilbud og informationer sammen, til gavn for patienten, pårørende og det social- og sundhedsfaglige personale, som er i kontakt med patienten. Fordi den kommunale indsats ofte er en del af patientens hverdagsliv, er det vigtig, at den kommunale koordinerende støtte varetages med respekt for det enkelte individs personlige frihed og ret til at bestemme over eget liv.

Koordinering er en meget væsentlig forudsætning for kvaliteten i det sammenhængende patientforløb og kan f.eks. varetages af en forløbskoordinator. En række kommuner anvender allerede på psykiatri- og demensområdet særligt uddannede koordinatore eller case managers, svarende til en forløbskoordinator. Det er dog op til den enkelte kommune at vurdere, hvorvidt koordineringen kræver oprettelse af en særlig forløbskoordinatorfunktion eller skal integreres i eksisterende personalefunktioner.

Opgaven er ny og vil, uanset om den placeres under eksisterende personalefunktioner eller organiseres som en ny forløbskoordinatorfunktion, kræve betydelige ekstra ressourcer. Det koster tid at samarbejde, vidensdele, kompetenceudvikle og koordinere sammenhænge internt i det kommunale system og i relation til almen praksis og sygehus. Fungerer opgaven efter hensigten, vil der være gevinster at hente ved bedre sammenhænge mellem sektorernes indsatser overfor den enkelte borger. Derfor er det en vigtig forudsætning for, at koordinatorrollen skal kunne fungere, at opgaven prioriteres og dermed ikke får lov at forsvinde i daglige drifts- og sagsbehandlingsopgaver.

Koordinatorrollen forventes at kunne sættes i gang indenfor relativ kort tid, afhængig af valg af organisering og omfanget af uddannelsesbehov og -krav. For at rollen skal fungere optimalt, betinger dette dog et etableret samarbejde med de praktiserende læger.

### **Generel patientuddannelse**

*Generel patientuddannelse er en formidling af erfaringer og viden om det at leve med en kronisk sygdom, der går på tværs af diagnoser. Formidlingen kan varetages af sundhedsprofessionelle eller af undervisere, som selv er patienter. Kommunerne tilbyder patienter med kronisk sygdom mulighed for at deltage i et patientuddannelsesprogram.*

<sup>17</sup> Definition af sårbar patient: Patient som på grund af personlige, sociale eller etniske forhold ikke skønnes i stand til at gennemføre og fastholde behandling og relevant adfærdsændring. Eller patient, som har konkurrerende kroniske sygdomme.

Patientuddannelse er formaliseret vejledning, som retter sig til en enkelt patient eller til grupper af patienter. De generelle patientuddannelser målrettes dels til patienter med en kronisk sygdom, men også pårørende inviteres til at deltage; på den måde er også børn og unge med en kronisk sygdom omfattet. Kommunen skal kunne henvise til andre aktørers udbud af patientuddannelser f.eks. patientforeninger.

Formålet med patientuddannelse er at give patienterne og de pårørende forståelse for og viden om egen sygdom og for, hvad man selv kan gøre for at modvirke sygdommens indflydelse. Det kan give patienten øget livskvalitet og styrke mulighederne for at reagere på symptomer i rette tid.

Der er varierende udbud af patientuddannelsesprogrammer blandt kommunerne i regionen. Flere kommuner arbejder med initiativer og tilbud i regi af sundhedscentre. Patientuddannelsesprogrammet "Lær at leve med kronisk sygdom", som er et standardiseret uddannelsesprogram, vinder langsomt udbredelse.

Derudover vil det være hensigtsmæssigt af hensyn til sammenhængen i indsatsen for den enkelte patient at kommunerne kan tilbyde sygdomsspecifik patientundervisning på basalt niveau, jfr. kapitel 10.

I det omfang tilbuddene ikke allerede er oprettet, vil det være forbundet med ekstraudgifter at gennemføre patientuddannelsen. Derudover kan tænkes udgifter forbundet med efteruddannelse og kompetenceudvikling af primært kommunalt personale. Endelig kan man forestille sig en stigende efterspørgsel efter patientuddannelse – både fra patienterne selv, der ønsker at tage aktiv del i egen behandling, men også fra almen praksis, sygehuse og kommuner. Det er forventningen, at en større aktivitet på området kan bidrage til færre udgifter til indlæggelser og ambulatoriebesøg, færre udgifter til kommunale sundhedsydelser og i et vist omfang færre kontakter til egen læge.

Tilbuddene vurderes at kunne oprettes i løbet af nogle måneder – afhængig af kommunale budgetter, sundhedsplaner m.v.. I en række tilfælde er der tale om, at kommunerne skal overtage tilbud fra sygehuse – i andre tilfælde skal der oprettes nye tilbud.

Patientuddannelsesprogrammer vil afhængig af indhold og omfang kunne sættes i gang inden for en relativ kort tidshorisont.

### **Henvi sningstilbud**

*Kommunerne opretter i passende omfang forebyggende og sundhedsfremmende tilbud på de områder, som er relevante for de kroniske patientgrupper.*

*Der igangsættes et arbejde, hvor målet er at komme med anbefalinger til standarder for forebyggende indsatser for de kroniske sygdomsgrupper.*

*Almen praksis informeres om tilbuddene.*

Kommunen skal oprette forebyggelsestilbud målrettet (de største) kroniske sygdomsgrupper. Det drejer sig bl.a. om rehabiliteringstilbud, (generel) patientuddannelse, men også livsstilsinterventioner som f.eks. rygestoptilbud, alkoholbehandling, madkurser og motionstilbud. Kvaliteten i tilbuddene bør så vidt muligt være baseret på evidens. Tilbuddene skal også tage højde for, at ikke alle borgere har en kronisk sygdom, men af lægen eller det kommunale personale (der er i kontakt med den pågældende borger) er vurderet til at være i risikogruppen for at udvikle en kronisk sygdom; denne forebyggende indsats er beskrevet i næste afsnit om tidlig opsporing.

Der skal i et tværsektorielt samarbejde beskrives anbefalinger til standarder, som bl.a. omfatter typen og i et vist omfang indholdet af tilbuddet. Derudover indeholder standarden referencer til evidens, anbefalinger

vedr. intensitet, omfang, organisering m.v. Dermed har hver enkelt kommune handlefrihed indenfor en nærmere defineret ramme.

De kommunale tilbud samles i sundhedsinformationssystemet VisInfoSyd, så de er tilgængelige for sundhedsprofessionelle i såvel kommuner, almen praksis samt sygehuse. Se kapitel 11 for nærmere beskrivelse.

Formålet med etablering af kommunale henvisningstilbud er bl.a. at give handlemuligheder for og imødekomme efterspørgslen hos den praktiserende læge. Det gøres bedst ved at sikre evidensbaserede og til en vis grad ensartede forebyggelsestilbud i kommunerne.

Flertallet af praktiserende læger har i dag et begrænset kendskab til de kommunale tilbud på området, ligesom tilbuddene varierer betydeligt i omfang og indhold. De praktiserende læger efterspørger også flere og evidensbaserede kommunale forebyggelsestilbud målrettet patienter med kronisk sygdom. Henvisningsmuligheden og synligheden vil imødekomme lægernes behov og vil være med til at styrke de tværsektorielle indsatser.

En beslutning om, at kommunerne skal etablere en række kommunale tilbud, vil betyde, at nogle kommuner skal oprette og finansiere nye forebyggelsestilbud, som ikke udbydes af kommunen i dag. Der vil i disse tilfælde være tale om en varig ressourcetilførsel. Mange kommuner vil dog formodentlig allerede udbyde en række tilbud til patienter med kronisk sygdom eller borgere i risiko for at udvikle en kronisk sygdom og vil således få synliggjort indsatsen også overfor de praktiserende læger. Nogle kommuner vil pga. af deres størrelse ikke have mulighed for selv at udbyde de nødvendige tilbud pga. utilstrækkeligt borgergrundlag, men kan være nødsaget til at købe ydelser hos omkringliggende kommuner og hos frivillige foreninger. Det er forventningen, at patienterne gennem deltagelse i forebyggelsestilbuddene vil få bedre forståelse for egen sygdom og dermed på sigt en mindre afhængighed af såvel det kommunale som regionale sundhedsvæsen.

Det anbefales, at der igangsættes et arbejde med udpegning af diagnosespecificerede anbefalinger til evidensbaserede kommunale forebyggelsestilbud for de største kroniske sygdomsgrupper. Arbejdet med at udpege hvilke forebyggelsestilbud kommunerne anbefales at oprette kan sættes i gang i 2008, og forebyggelsestilbuddene forventes at blive iværksat i løbet af 2008 og 2009.

### Tidlig opsporing

*Til støtte for bedre og tidlig opsporing af symptomer på kronisk sygdom tilbydes ansatte i kommuner kompetenceudvikling, og der udvikles en guide i form af en tjekliste, som personalet kan anvende som vejledning.*

Kommunernes ansatte har, som det også er nævnt i kapitlets indledning, hver dag kontakt med mange borgere. Der sker bl.a. i skolesundhedstjenesten, på sygedagpengeområdet, i de socialpsykiatriske tilbud, i hjemmeplejen, sygeplejen og i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg, i forbindelse med aktivitets- og træningstilbud, i borgerservicecentrene m.v. Personalet skal i kontakten med borgerne være opmærksomme på f.eks. fysiske indikatorer og adfærd, der kan pege i retningen af en u hensigtsmæssig udvikling af borgerens sundheds-/sygdomstilstand og på den måde være med til at gribe ind, inden sygdommen udvikler sig yderligere – bl.a. med forebyggende tilbud. Personalet har i kontakten med den enkelte borger mulighed for at gøre en forskel og at spille en væsentlig rolle overfor personer med kronisk sygdom. Kommunens mulighed for at gøre en forskel handler både om at opspore, forebygge, støtte og rehabilitere.

Som hjælp til personalet kan der udvikles en guideline med tjekpoints, som skal hjælpe med at sikre en

mere systematisk opsporing af symptomer på udvalgte kroniske sygdomme. Guiden skal fungere som en simpel og brugervenlig støtte til, at frontpersonalet opfanger de signaler, der kan være tegn på, at der er behov for en særlig opmærksomhed i kontakten med borgeren.

Der arbejdes i dag i et vist omfang med tidlig opsporing, men der er et behov for mere systematisk opsporing<sup>18</sup> - uden der er tale om et decideret screeningsværktøj. Det vurderes i den forbindelse, at der er et (varierende) behov for kompetenceudvikling af personalet, tilpasset det niveau den enkelte faggruppe/personalegruppe befinder sig på. Derudover skal der arbejdes på at opnå en bedre informationsdeling på tværs af de kommunale områder om sundhedsfremmende og forebyggende tilbud.

Indsatsen vil kræve udgifter til efteruddannelse og kompetenceudvikling samt udarbejdelse af en evt. guideline. Der vurderes samtidig at være en række potentielle besparelser, eftersom tidlig opsporing skal forebygge en u hensigtsmæssig udvikling af borgerens sundheds-/ sygdomstilstand, hvilket på sigt vil hindre eller forsinke borgerens behov for (komplekse) ydelser fra det kommunale og regionale sundhedsvæsen.

Tidlig opsporing er i denne sammenhæng både patientrettet men i høj grad også en borgerrettet indsats. Kommunen har en særlig mulighed for at være opmærksom på en systematisk og tidlig opsporing af faresignaler, og det er derfor en vigtig kommunal opgave. Kommunen skal være opmærksom og forpligtet til at reagere aktivt på tidlige signaler og med respekt for den enkelte borger understøtte, at en potentiel sygdom ikke udvikler sig.

Initiativet vurderes at kunne iværksættes i 2009 og frem.

---

<sup>18</sup> En ny bekendtgørelse vedr. hjemmebesøg gør det muligt for kommunerne at udvide og målrette besøgene. F.eks. kan der udvælges fokusområder med henblik på tidlig opsporing af symptomer på udvikling af kronisk sygdom.

## 10. Opgaver og roller på sygehusene

Indsatsen for patienter med kronisk sygdom skal for størstedelen tilrettelægges og finde sted hos de praktiserende læger og det kommunale sundhedsvæsen. I komplekse tilfælde vil der være behov for at inddrage den specialiserede ekspertise fra sygehusene. Det kan ske på flere måder; gennem kontrol og behandling på sygehusenes ambulatorier, via indlæggelser, gennem sygdomsspecifik patientuddannelse, gennem subakut udredning, kontakt til speciallæger m.v.

Patienter med kronisk sygdom skal fremover kun henvises til sygehusene, når egen læge har fundet behov for at inddrage sygehusenes specialister i udredning og behandling. Dette princip betyder, at en del af de kronisk syge patienter, som i dag ses i sygehusenes ambulatorier, fremover skal varetages i almen praksis.

### Koordinering i sygehusregi

*Det enkelte sygehus koordinerer arbejdet med patienter med kronisk sygdom gennem kontaktpersonordninger og evt. gennem etablering af et antal stillinger som forløbskoordinatorer eller tilsvarende.*

Kontaktpersonordningen skal sikre, at patienten har egen speciallæge eller specialsygeplejerske som fast kontaktperson i sygdomsforløbet. Etablering af en forløbskoordinatorfunktion kan ske såvel gennem oprettelse af en ny funktion som gennem udvidelse af eksisterende ordninger.

Formålet med kontaktpersonordningen og en koordinatorfunktion er at:

- understøtte koordineringen af indlæggelse og udskrivning af kronisk syge og svage patienter
- fungere som patientens kontaktperson i ambulante forløb
- medvirke til at understøtte disse patienters egenomsorgsevne
- støtte op om det gode patientforløb og sikre kontinuitet i indsatsen
- fungere som sygehuskontaktperson til almen praksis og kommunerne
- understøtte sygehusledelsen i at koordinere og effektivisere sygehusenes ydelser i indlæggelses- og behandlingsforløb.

En forløbskoordinator i sygehusregi skal primært beskæftige sig med patienterne, mens de opholder sig på sygehuset. Før og efter behandling i sygehusregi er det patienternes egen læge (tovholder), der koordinerer forløbet, evt. i samarbejde med en kommunal koordinator.

Det er op til sygehusledelserne at beslutte, hvordan man organiserer sig bedst muligt på det enkelte sygehus – enten gennem oprettelse af nye funktioner eller gennem udvidelse af eksisterende ordninger. Økonomien afhænger af den valgte løsning, men vil uanset valget kræve ekstra ressourcer.

Koordinatorfunktionen er for stor og omfattende til blot at kunne indlemmes i eksisterende funktioner uden at afsætte ekstra midler til opgaven.

På sigt er det forventningen, at kontaktpersonordningen og en koordinatorfunktion vil føre til, at de kroniske patienter er indlagt kortere tid på sygehuset, fordi behandlingsforløbet optimeres og egenomsorgsevnen styrkes, og fordi patienten sluses ud til et relevant tilbud eller pleje i kommunalt regi. Det er også forventningen, at genindlæggeshyppigheden for den enkelte patient reduceres. Dette er en fordel set fra patientens side og økonomisk betragtet også en fordel for både sygehuse og kommuner. Samtidig ved vi imidlertid, at antallet af kronisk syge patienter stiger, så samlet set vil der ikke ske et fald i antallet af patienter, der har behov for behandling – men behandlingsbehovet, fx sengebehovet, vil være anderledes, end tilfældet er i dag.

En forløbskoordinatorfunktion vurderes at kunne oprettes inden for ½-1 år – afhængig af hvilken løsning de enkelte sygehuse vælger.

### **Kontakt til speciallæger**

*Mulighederne for, at praktiserende læger hurtigt kan komme i kontakt med såvel speciallægerne på sygehusene som de praktiserende speciallæger – bl.a. i form af hotline eller anden elektronisk kommunikation (elektronisk korrespondance, mulighed for at bestille opringning m.v.) – udbygges..*

For nye patienter vil speciallægestøtten kunne resultere i hurtigere udredning og et bedre behandlingsforløb. Muligheden for speciallægerådgivning til almen praksis vil støtte op om egen læges tovholderfunktion i forhold til den kroniske patient og medvirke til at fastholde patienten i primærregi længst muligt. Endvidere kan konferencen medvirke til at præcisere indikationerne for henvisning til sygehus.

For speciallæger i sygehusregi vil der skulle sættes tid af til funktionen, som må indpasses på den mest fleksible måde i speciallægens hverdag. Funktionen skal beskrives nærmere af det enkelte sygehus som led i implementeringen af nærværende plan. For speciallæger i praksis må der indgås en særlige aftale (§3-aftale) om honorering af ydelserne. Ordningerne burde kunne forebygge og forhindre (uhensigtsmæssige) indlæggelser.

Der er behov for at analysere og gøre erfaringer med ovennævnte. Det vurderes, at der med en projektperiode på to år kan gøres tilstrækkeligt med erfaringer til at kunne implementere ordningerne i drift.

### **Subakut udredning og rådgivning**

*Sygehusene skal tilbyde ambulant udredning og rådgivning på subakut basis. Dette vil give henvisende læge mulighed for hurtig afklaring af patienten uden at måtte gribe til akut indlæggelse. Tilbuddet kombineres med udredningspakker.*

Subakut udredning og rådgivning skal bl.a. tilbydes i forbindelse med diagnosticering af nye patienter og i tilfælde af forværring af sygdom. Tilbuddet om subakut udredning og rådgivning bør kombineres med planlagte effektive udredningsforløb (pakker) med speciallægekonsultationer og –samtaler samt laboratorieundersøgelser mv. uden nævneværdig ventetid, således at diagnosen så vidt muligt foreligger (evt. tentativt), inden patienten går hjem. Sådanne udredningspakker findes allerede i dag på flere sygehuse for en række sygdomsgrupper.

Etablering af subakutte udredningstilbud og rådgivning kræver fleksibilitet i de medvirkende ambulatorier og afdelinger, eftersom patientmixet kun kendes på éndags-sigt. Større volumen og dermed et mere stabilt patientunderlag kan opnås ved strukturomlægning mellem de enkelte sygehusematrikler og er under gennemførelse ved flere sygehuse.

Det subakutte tilbud og rådgivningsfunktionen skal beskrives nærmere af det enkelte sygehus som led i implementeringen af nærværende plan. Etableringen vil forventeligt medføre en gradvis reduktion af de akutte indlæggelser og vil forudsætte en varig omlægning af ressourcer fra det stationære til det ambulante regi i forlængelse af de senere års udvikling.

Flere sygehuse i Region Syddanmark tilbyder allerede i dag ambulante udredningsforløb og har dagligt åbne tider, hvor der subakut kan vurderes patienter, som de praktiserende læger gerne vil have bedømt hurtigt.



Tidshorisonten for etablering af ordningerne forventes at være omkring to år.

### **Sygdomsspecifik patientuddannelse**

*Der skal oprettes tilbud om patientuddannelse til kronisk syge, så der eksisterer relevante (henvisnings)tilbud på baggrund af stratificeringen. Sygehusene etablerer tilbud om sygdomsspecifik patientuddannelse for patienter med kompleks kronisk sygdom.*

Målet med patientuddannelse er at give redskaber til at leve med kronisk sygdom.

Ifølge Sundhedsstyrelsens definition omfatter patientuddannelse strukturerede uddannelsesforløb, der forudsætter:

- organisatoriske rammer
- anvendelse af effektive og egnede pædagogiske metoder samt
- løbende evaluering.

I et samlet uddannelsesprogram for en patient vil der indgå elementer af både generel og sygdomsspecifik uddannelse. *Generel* patientuddannelse er for kroniske patienter på tværs af sygdomsområder og handler bl.a. om redskaber til at mestre livet som kronisk syg. *Sygdomsspecifik patientuddannelse* er – som ordet indikerer – for patienter med en specifik kronisk sygdom og handler om tilegnelse af viden om og redskaber til at leve med pågældende sygdom, herunder metoder til egenbehandling.

I efteråret 2006 er der gennemført en kortlægning af eksisterende gruppebaserede patientuddannelsesstilbud på sygehusene i Region Syddanmark. Kortlægningen angav, at de mest gennemgående gruppebaserede patientuddannelsesstilbud er etableret inden for hjerte, diabetes og KOL-området, samt at området er et potentielt udviklingsområde, idet såvel omfang som indhold i de enkelte tilbud varierer betydeligt mellem regionens sygehuse. Som følge af kommunalreformen skal kommunerne overtage en række af de tilbud, der tidligere blev drevet i sygehusregi, så udfordringen bliver at få skabt ensartethed på tværs af både sygehuse og kommuner i såvel omfang som indhold.

Arbejdet med præcisering og afgrænsning af snitfladerne for varetagelse af opgaven med at drive patientskoler er foretaget i "Arbejdsgruppen vedr. patientrettet forebyggelse". Udgangspunktet for snitfladeafgrænsningen har været, at fremtidige gruppebaserede patientuddannelsesaktiviteter i sygehusregi skal foregå som en integreret del af den sygdomsspecifikke behandling, herunder indeholde aktiviteter, der kræver medvirken på speciallægeniveau, af specialiseret tværfaglighed eller som af sikkerhedsmæssige hensyn kræver tilstedeværelse af sygehusudstyr eller kliniske støttefunktioner. Kommunernes opgaveansvar vedrører primært opfølgende patientuddannelsesaktiviteter, der kan indeholde både sygdomsspecifikke og generelle elementer.

## 11. Tværgående initiativer

En række tiltag lader sig ikke entydigt placere hverken hos almen praksis, kommuner eller sygehuse. De tværgående initiativer går – som navnet tilsiger – på tværs af alle tre sektorer. Det drejer sig bl.a. om den elektroniske kommunikation om patientforløbene, monitorering af kvalitet, telemedicinske løsninger m.v..

### Gradueret sundhedsfaglig indsats – stratificering

*Almen praksis, kommuner og region igangsætter projekter med fokus på stratificering med henblik på erfaringskabelse og evt. implementering i driften på sigt.*

Patienter med kroniske sygdomme har brug for forskellige sundhedsfaglige tilbud (gradueret indsats). Stratificering er et redskab til at allokere grupper af patienter til rette behandling, rehabilitering og opfølgning.

#### *Patientgrupper og behandlingsregier ifølge Sundhedsstyrelsen:*

Ifølge Sundhedsstyrelsen skal der ved valg af stratificeringskriterier tages hensyn til risiko for komplikationer samt kompleksiteten af det samlede sygdomsbillede hos patienten, herunder bl.a.:

- sygdommens intensitet og kompleksitet
- eventuel samtidig optræden af flere sygdomme
- egenomsorgskapacitet

Derudover skal kriterierne være evidensbaseret, og eksisterende nationale kriterier skal inkluderes. Som udgangspunkt fordeles patienterne i tre grupper, jf. kronikerpyramiden.

1. Patienter med velreguleret eller nydiagnosticeret kronisk sygdom uden betydelige komplikationer => almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen
2. Patienter med kronisk sygdom, der er dårligt reguleret og/eller med svære komplikationer => samarbejde mellem almen praksis, sygehuset og kommunen
3. Patienter med kompleks kronisk sygdom => sygehuset eller speciallægepraksis.

#### *Stratificeringsprincip i Region Syddanmark*

For Region Syddanmark foreslås i kapitel 6, at der som udgangspunkt arbejdes med fire patientkategorier, hvor patientens egenomsorgsevne er medbestemmende for indplacering på linie med sygdommens karakter.

Ansvar for stratificeringen af patienter ligger som udgangspunkt hos den læge, der har hovedkontakten til patienten og kan foregå såvel på sygehuset som i almen praksis. Det er vigtigt, at der blandt alle parter i sundhedsvæsenet er enighed om kriterierne. Endvidere vil nogle patienter på ét tidspunkt i deres sygdomsforløb være på et stratificeringsniveau og senere i sygdomsforløbet på et andet niveau. Stratificering er således ikke endelig, men et dynamisk værktøj. Stratificeringen beror altid på en subjektiv bedømmelse og bør finde sted mindst én gang årligt. Tovholderen har ansvaret for opdatering af stratificeringen.

For de enkelte sygdomsgrupper udmeldes stratificeringskriterier i de evt. kommende nationale forløbsprogrammer som nationale standarder. Der vil efterfølgende være behov for at omsætte dele af de nationale forløbsprogrammer, så de passer til de principper og den måde, vi har organiseret efter i Region Syddanmark.

Der er i dag sparsomme danske og europæiske erfaringer med stratificering. Resultaterne fra et dansk projekt med stratificering af diabetespatienter tyder dog på, at "stratificeringspyramiden" næppe er

pyramideformet, men at en større gruppe end først antaget tilhører niveau/gruppe to, som er gruppen af patienter med kronisk sygdom, der er dårlig reguleret og/eller har komplikationer.

Målet med stratificering er bl.a. at allokere patienterne til den behandling m.v., der giver det optimale udbytte for patienterne, sundhedsvæsenet og ressourceanvendelsen, jf. LEON-princippet. Dvs. at der skal være en ekstra gevinst ved en højintensiv indsats. En systematisk stratificering forventes at resultere i rette/optimale behandlingsniveau. Ressourcemæssigt kan det vise sig nødvendigt med flere midler, hvis det – som resultaterne fra diabetesprojektet indikerer – viser sig, at en større gruppe af kronisk syge har behov for en anden indsats, end de får i dag. På længere sigt må det imidlertid forventes, at den optimale indplacering i sundhedsvæsenet vil betyde mere velregulerede kronikere med besparelser til følge for både det kommunale og regionale niveau.

De sparsomme erfaringer gør, at der her og nu er behov for at sætte flere undersøgelser i værk inden for de kronisk syge. Efterhånden som disse projekter evalueres, kan erfaringerne omsættes i dagligdagen hos almen praksis, i kommuner og på sygehuse. Der vil i den forbindelse være behov for uddannelse og oplæring samt en fælles forståelse på tværs af sektorgrænser af, hvordan man forstår og anvender stratificeringsredskaberne.

### **Forløbsprogrammer og forløbsbeskrivelser**

Et *forløbsprogram* beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.

En *forløbsbeskrivelse* er en beskrivelse af patientforløb for udvalgte patientgrupper, hvor de sundhedsfaglige beslutninger og handlinger og de organisatoriske elementer er koordineret. I beskrivelser af tværsektorielle patientforløb lægges vægt på beskrivelse af den del af indsatsen, der skal sikre sammenhængen mellem de fagspecifikke ydelser, der leveres i forløbet.

*Almen praksis, kommuner og region udarbejder forløbsprogrammer og –beskrivelser, der indeholder evidensbaserede anbefalede standarder for den sundhedsfaglige indsats. Forløbsbeskrivelserne gøres tilgængelige for det sundhedsfaglige personale på VisInfoSyd.*

Som en del af det regionale arbejde med forløbsprogrammer udarbejdes patientforløbsbeskrivelser for de relevante kronikerdiagnoser. Patientforløbsbeskrivelserne skal have karakter af fælles minimumsstandarder, bortset fra afsnit der omhandler lokal visitation og arbejdstilrettelæggelse. Arbejdet vil bygge på det i forvejen eksisterende materiale fra praksiskonsulentordningen, der imidlertid skal oparbejdes og tilpasses den udmeldte skabelon. Især skal den kommunale dimension tilgodeses (udskrivning, genoptræning, forebyggelse). Retningslinjer og instrukser for arbejdstilrettelæggelse og evt. aftaler i relation hertil udarbejdes lokalt ved det enkelte sygehus, således at der lokalt er rum for "oversættelse", udvikling og profilering af områder, hvor de enkelte sygehuse har særlig ekspertise og viden. Det er vigtigt, at de gode erfaringer gives videre til regionens øvrige sygehuse, så alle kan lære af hinanden.

Forløbsprogrammer har hovedsagelig været anvendt i sygehusregi og i forhold til samarbejdet med de praktiserende læger. Kommunerne tilrettelægger selvstændige social- og sundhedstilbud, indgår lokale samarbejdsaftaler med de lokale praktiserende læger i området og med det lokale sygehus. Forløbsprogrammer, hvor nu også kommunerne kobles på, vil kunne sikre et minimum af ensretning og systematik i måden at arbejde og samarbejde på. Forløbsprogrammer samt forløbsbeskrivelser er nogle af midlerne til at skabe sammenhæng.

Der er rundt omkring i den syddanske region gjort erfaringer med såvel forløbsprogrammer som forløbsbeskrivelser. Der vil fremadrettet være behov for, at eksisterende forløbsprogrammer og forløbsbeskrivelser gøres dækkende for hele regionen for både almen praksis, kommuner og sygehusene. På den måde får alle parter et indblik i, hvad der sker i de øvrige sektorer. Den netop færdiggjorte manuskriptvejledning for udarbejdelse af forløbsbeskrivelser i Region Syddanmark skal fungere som ramme for arbejdet.

Som der fremgår af kapitel 3, er det de kommende koordineringsgruppers opgave at omsætte de nationale forløbsprogrammer til handlingsplaner for Region Syddanmark inden for rammerne af denne rapport "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark". Der lægges op til nedsættelse af koordineringsgrupper for fire sygdomsområder – diabetes, KOL, hjertekar samt muskel-skeletområdet. Udover forløbsprogrammer og forløbsbeskrivelser for de enkelte sygdomme skal koordineringsgrupperne samarbejde om at lave forløbsbeskrivelser for personer, der har to eller flere kroniske sygdomme. Som eksempel kan nævnes forløbsbeskrivelser for personer med såvel diabetes som hjertekarsygdom.

### Kompetenceudvikling

*Almen praksis, kommuner og region udbygger og udbreder tilbud om kompetenceudvikling med henblik på at styrke personalets viden om og brug af værktøjer i arbejdet med kronisk sygdom.*

Det stigende antal kronisk syge stiller nye og andre krav til personalet, fx viden om værktøjer og støtte til egenomsorg og selvmonitorering, tidlig opsporing, 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, fysio- og ergoterapeuter m.fl. Kompetenceudviklingen kan med fordel ske i et tværsektorielt samarbejde – fx i form af fælles kurser for basispersonale – så parterne får en fælles forståelse af opgave og løsningsmuligheder. Der er eksempelvis gode erfaringer med modulopbygget undervisning, hvor der startes med introduktionskurser efterfulgt af mere avancerede kurser.

Temaerne for kurserne kan eksempelvis være:

- sygdomslære, diagnostik og behandling
- livet som kronisk patient
- stratificering, herunder den særligt sårbare patient
- støtte til og opbygning af egenomsorg
- forløbsprogrammets indhold og funktion
- rehabilitering
- tidlig opsporing – som hovedsageligt er relevant for ansatte i almen praksis og kommunerne. Jo flere, der opspores her ved en effektiv og tidlig forebyggende indsats, jo færre vil kræve indlæggelse på sygehus
- samarbejde om medicinering med særlig fokus på sektorovergange.

Kompetenceudviklingen vil betyde fravær og behov for vikartimer især i en start og vil dermed på det korte sigt betyde øgede udgifter for sygehusene, almen praksis og kommuner.

Kompetenceudviklingen er allerede i gang, men skal udbredes og udbygges, og samarbejdet med personale i almen praksis og kommuner skal etableres. Nogle tilbud eksisterer allerede, mens andre først skal udbygges. Tidshorizonten for etablering af tilbud vil derfor variere fra nogle måneder til op mod et år.

## Monitorering af kvalitet

Tilrettelæggelsen af monitoreringen af kronikerområdet på tværs af sektorerne i den syddanske region må tage udgangspunkt i de anbefalinger og rammer, der nationalt sættes op for monitorering af kronisk sygdom bl.a. i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogram for kronisk sygdom samt tage afsæt i udarbejdelse af forløbsprogrammer og forløbsbeskrivelser som beskrevet i kapitel 11. Disse forløbsprogrammer og forløbsbeskrivelser baseres på evidensbaserede anbefalede standarder og tilhørende indikatorer.

For løbende at kunne vurdere om der på kronikerområdet leves op til det aftalte på de enkelte områder, skal kvaliteten i ydelserne monitoreres ud fra relevante standarder og indikatorer.

Som beskrevet i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogram skal monitoreringen af kronikerområdet omfatte tre overordnede aspekter:

- Kliniske resultater.
- Organisatoriske faktorer.
- Patienternes oplevelse af forløbet.

Inden for de udvalgte sygdomsområder vil man kunne gøre sig vigtige erfaringer i forhold til monitorering af kvaliteten både i de enkelte sektorer, men også specielt i forhold til overgangene i patientforløbene. Indsatsen vil kunne monitoreres via eksisterende kvalitetsdatabaser, der udbygges med relevante indikatorer fra det kommunale område eller via de journalaudit m.v., som der lægges op til i Den Danske Kvalitetsmodel.

### *Den Danske Kvalitetsmodel*

Der tages udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for at anvende de standarder og indikatorer m.v., der udvikles på kronikerområdet – og specifikt vedr. overgange og det primære sundhedsområde.

Følgende standarder er bl.a. relevante for kronikerområdet:

- samarbejdsaftaler for kronisk syge,
- standardforløb for de hyppigste kroniske tilstande,
- patientens rehabiliteringsbehov og planlægning af rehabiliteringsindsatsen,
- arbejdsfordeling mellem sygehus og kommune om rehabilitering,
- screening af risikofaktorer, eksempelvis rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, tryksår osv.,
- intervention vedr. tobak, alkohol, kost, fysisk inaktivitet og psykosociale forhold,
- tilbud af undervisning til patienter.

I relation til kommunernes deltagelse i DDKM er der i skrivende stund udarbejdet standarder inden for fem temaer (rehabilitering, diabetes, medicinering, koordinering samt kvalitet og risikostyring), som var i høring i efteråret 2007. Ligeledes er der yderligere fem nye kommunale temaer under udarbejdelse.

### *Anvendelse af kliniske databaser*

Det anbefales, at der sker en integration af det kommunale område i de eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser, der findes på sundhedsområdet. Der findes p.t. ca. 200 kliniske kvalitetsdatabaser (heraf er nogle på nationalt niveau, andre udelukkende på regionalt niveau). På udvalgte sygdomsområder vil det være relevant at udarbejde nye indikatorer for den kommunale indsats og praksissektorens indsats på kronikerområdet, som kan integreres i de eksisterende kliniske databaser. Den løbende monitorering af disse udvalgte databaser vil give et overblik over, hvilke ydelser, der i det samlede sundhedsvæsen (sygehuse, kommuner og almen praksis) gør en forskel for de kroniske patienter.

Derudover er der nedsat en regional ekspertgruppe, som har til formål at udarbejde en model for monitorering af kvaliteten af patientforløbene på tværs af praksissektoren, sygehussektoren og den kommunale sektor. Personer med kronisk sygdom indgår i arbejdet som en stor og vigtig gruppe af patienter med forløb, der går på tværs af sektorerne.

I den model, som ekspertgruppen udarbejder, vil monitoreringen af kvaliteten af patientforløbene ske med udgangspunktet i de mange oplysninger, som i forvejen registreres om patienterne. Denne tilgang er valgt ud fra hensynet til en minimering af registreringsarbejdet på behandlingsstederne.

*I forbindelse med udarbejdelse af forløbsprogrammer og forløbsbeskrivelser udarbejdes et sæt relevante indikatorer, og monitoreringen af kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser på kronikerområdet tager afsæt i Den Danske Kvalitetsmodel, og i de anbefalinger om metodevalg, der kommer fra den regionale ekspertgruppe, samt at der kommer en integration med relevante eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser.*

Et sted, hvor det kan anbefales helt at nytænke, er i forhold til de kroniske patienters oplevelse af forløbet. Det skal overvejes, hvorledes der kan udarbejdes patienttilfredshedsundersøgelser specifikt rettet mod det kroniske område, der fokuserer på det samlede patientforløb og som kan anvendes i den løbende monitorering af kvaliteten på kronikerområdet.

### **Sikker medicinering**

Der er mange aktører involveret i medicinering: De tre primære aktører er patienten, den alment praktiserende læge og apoteket. Herudover er sygehusafdeling(er) og/eller kommunen inddraget ved de mere komplekse sygdomsforløb. Mange personer med kronisk sygdom oplever en hverdag med behandling med flere forskellige lægemidler. Det giver anledning til en række problemer, der oftest vil kræve samarbejde på tværs af sektorer og professioner for at forebygge, afdække eller løse problemerne.

*Region Syddanmark understøtter initiativer til sikker medicinering af personer med kronisk sygdom i forbindelse med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel, initiativer i samarbejde med apoteker samt tværsektoriel medicingennemgang.*

#### *Patientsikkerhed*

I Sundhedsstyrelsens rapport "Patienten med Kronisk Sygdom" gøres opmærksom på, at medicineringsproblemer både talmæssigt og med hensyn til konsekvenser udgør et af de største sikkerhedsproblemer i sundhedsvæsenet. I Den Danske Kvalitetsmodel er medicinering et af de temaer, der arbejdes med både på sygehusene, kommunerne og apotekerne i primærsektoren. Erfaringer fra Sundhedsstyrelsens og embedslægerens tilsyn samt fra Dansk Patient Sikkerheds Database<sup>19</sup> indgår i grundlaget for en ajourført vejledning om ordination og håndtering af lægemidler fra juni 2006 målrettet læger, plejepersonale på sygehuse, i plejeboliger og i hjemmeplejen samt andet personale, der medvirker ved medicin håndtering.

#### *Medicinoversigt - medicingennemgang*

Flere undersøgelser har dokumenteret manglende overensstemmelse mellem sektorernes oversigter over patientens aktuelle medicinering. Selv om der på sigt arbejdes på adgang til en fælles medicinoversigt, vil der stadig være behov for med jævne mellemrum at lave en medicingennemgang. Arbejdsgruppen bag Sundhedsstyrelsens rapport "Patienten med Kronisk Sygdom" foreslår medicingennemgang ved alle sygehusindlæggelser og umiddelbart efter udskrivelse fra sygehus – i et samarbejde mellem patient, praktiserende læge, eventuel hjemmesygeplejerske og om muligt klinisk farmakolog, farmaceut eller anden person med indsigt i området fra den udskrivende afdeling.

#### *Apotekerne som samarbejdspart for sygehuse, kommuner og almen praksis*

<sup>19</sup> Temarapport 2005: Medicinering.

Apotekernes bidrag til sikker medicinering og patientrettet forebyggelse bør indtænkes i indsatsen for personer med kronisk sygdom. Apotekerne i primærsektoren har en lovgivningsmæssig pligt til at informere om lægemidler. Sektoren har udviklet en række sundhedsydelse. Der er på nuværende tidspunkt aftaler mellem Danmarks Apotekerforening og Indenrigs- og Sundhedsministeriet om to af sundhedsydelse: Rygestop samt rådgivning om korrekt brug af inhalationsmidler (astma-/KOL). Flere kommuner har desuden indgået aftaler med lokale apoteker om såvel rygestop som kvalitetssikring af medicin håndtering og medicingennemgang i hjemmeplejen. Klinisk farmaci udbredes i disse år også på flere sygehuse.

### **Telemedicinske løsninger og udstyr til selvmonitorering**

*Sygehusene, kommuner og almen praksis udvikler, igangsætter og udbreder telemedicinske tiltag. For hver diagnosegruppe laves en plan for introduktion og udbredelse som led i implementering af forløbsprogrammer.*

For nogle sygdomsgruppers vedkommende kan telemedicinsk teknologi bevirke, at borgere i højere grad kan blive behandlet i eget hjem og selv foretage fx målinger af forskellig slags. På den måde fastfoldes patienten i behandling, men slipper for at skulle bruge tid på transport frem og tilbage til sygehuset, ligesom kommuner og region sparer udgifter til transport.

Overvågning og opfølgning af ambulante patientforløb ved telemedicinske metoder skal understøtte patientvaretagelsen i primærsektoren i den udstrækning det er muligt under hensyn til behovet for specialistmedvirken. Dvs. egen læge skal fastholdes som patientens behandler.

Status i regionen, for så vidt angår anvendelsen af telemedicin, er karakteriseret ved pilotprojekter og enkeltstående tiltag for afgrænsede sygdomsområder og målgrupper. Derudover er der som led i den fælles it-strategi for den tværsektorielle kommunikation indenfor sundhedssektoren i Region Syddanmark igangsat projekter, der via telemedicinske teknologier skal understøtte den kroniske patients behandling i eget hjem. Det drejer sig – udover telemedicinsk behandling af KOL-patienter – om sårbehandling og anvendelse af videokonferencer til fx udskrivningskonference eller konference mellem terapeuter i kommunen og på sygehusene.

En systematisk udbredelse af telemedicinske løsninger til hele regionen samt igangsættelse af nye ordninger vil for det første kræve, at der sker en klar målgruppedefinition. Denne vil være forskellig fra sygdomsgruppe til sygdomsgruppe og må fastlægges i den nærmere udmøntning af denne strategi. Set i forhold til de principper for stratificering, der blev introduceret i afsnit 6, er egenbehandling mest oplagt for patienter med enkel sygdom og god egenomsorg, men til gengæld næppe mulig for de mest komplekse og sårbare patienter.

For det andet vil det kræve massiv investering i behandlingsudstyr på sygehusene, og for det tredje stiller det store krav om undervisning/vejledning, kontrol af og opfølgning på de patienter, der sættes i gang med selvmonitorering og egenbehandling, herunder evt. træk på hjemmepleje og hjemmesygeplejersker.

Ressourcemæssigt vil indførelsen af telemedicin på kort sigt være forbundet med betydelige udgifter – specielt for sygehusene i form af indkøb af udstyr – men også for kommunerne i form af ekstra træk på hjemmeplejen til at assistere med hjemmebehandlingen m.v. samt i et vist omfang et øget træk på almen praksis i form af kontrol og opfølgning. Der vil dog også umiddelbart være økonomiske gevinster, bl.a. fordi antallet af patienter i ambulatorierne reduceres, fordi patienterne kan behandle og kontrollere sig selv i hjemmet. På længere sigt forventes investeringerne at resultere i kompenserende besparelser i form af kortere og færre indlæggelser samt reducerede transportudgifter.

Tidshorisonten for telemedicinske tiltag afhænger af, om der er tale om igangsættelse af flere projekter eller om tiltagene skal implementeres i den daglige drift. Førstnævnte vurderes at kunne igangsættes i løbet af ½-1 år, mens sidstnævnte formentlig kræver en årrække afhængig af omfang, integration til anvendte patientjournalssystemer m.v.

### **Digital kommunikation mellem behandlere**

*Almen praksis, kommuner og region udvikler deres it-systemer til at kunne håndtere fælles faglig kommunikation om den individuelle patient mellem sygehuse, almen praksis og kommunerne. Dette skal ske i overensstemmelse med it-strategien for tværsektoriel sundhedskommunikation og i overensstemmelse med fælles nationale standarder.*

For at understøtte ambitionen om det sammenhængende patientforløb er it og elektronisk kommunikation helt nødvendige redskaber for de parter, der skal samarbejde om indsatsen overfor patienten/borgeren. En indsats, der til stadighed bliver mere og mere specialiseret med den konsekvens, at patienten i et behandlingsforløb vil komme til at møde mange sundhedsprofessionelle personer, der skal bidrage til undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering. Fordelene ved it-støtte er mange. Bl.a. kan data genbruges, så hver part ikke skal lave egne undersøgelser eller behandlinger, men i stedet deles om data, informationen er hurtigt tilgængelig for den rette person mv..

De 22 kommuner, de praktiserende læger i regionen og regionens seks sygehusenheder har tiltrådt en fælles it-strategi, som skal sikre en koordinering af it-understøttelse af samarbejdet om patientforløbene i Region Syddanmark. Den digitale kommunikation i regionen vil omfatte henvisninger, rekvisitioner og epikriser samt indlæggelses- og udskrivningsadviser, varslinger og plejerapporter og genoptræningsplaner. Alt i nationale standarder.

Anvendelse af it kan være med til at gøre behandlersystemet mere gennemsigtigt for den enkelte borger og give mulighed for mere effektiv information og dermed understøtte denne inddragelse. Det vil bidrage til, at patienten i højere grad selv aktivt kan tage del i behandlingen og selv kan være med til at træffe beslutninger forløbet igennem.

I Sundhedsstyrelsens rapport "Patienten med kronisk sygdom – et idékatalog" skriver styrelsen, at det forventes, at udviklingen af den elektroniske patientjournal åbner mulighed for at blive et fælles arbejdsredskab for patient og behandlere og dermed platform for vidensdeling mellem de relevante parter involveret i patientforløb på tværs af myndigheder.

Herunder forventer Sundhedsstyrelsen, at patientens personlige sundhedsside på sundhed.dk ("Min sundhed.dk") kan udfolde patientens mulighed for deltagelse i eget digitalt patientforløb bl.a. i form af online adgang til egne data<sup>20</sup>.

### **Dialog og kontakt via sundhedsinformationssystemet VisInfoSyd**

Dialogen og kontakten på tværs af sektorerne og særligt mellem de tre centrale aktører – sygehus, almen praksis og kommuner – er en vigtig forudsætning for at få samarbejdet med og om personer med kronisk sygdom til at fungere.

For at skabe kontakt og skabe dialog er det væsentligt, at hver aktør synliggør, hvor man kan henvende sig. Kommuner og sygehuse er store komplekse organisationer, hvor der er behov for, at det bliver tydeligt, hvor

---

<sup>20</sup> "Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse", side 43-47. Sundhedsstyrelsen, 2006.





man skal henvende sig, såfremt der er behov for kontakt – enten her og nu, dvs. akut, eller i et planlagt forløb. Der skal med andre ord være nem og synlig adgang på tværs af sektorerne.

*Almen praksis, kommuner og region sikrer dialog og kontakt gennem sundhedsinformationssystemet VisInfoSyd, der gik i luften i foråret 2008, og som er en visitations- og informationsplatform for social- og sundhedsfaglige aktører på tværs af sygehuse, kommuner og praksissektor.*

VisInfoSyd skal understøtte det sammenhængende patientforløb og indeholder bl.a.:

- kontaktinformation, hvor relevante kontaktinformationer forefindes, dvs. fra sygehuse (på afdelingsniveau), kommuner (på områdeniveau) og fra praksissektoren
- forløbsbeskrivelser, hvor oplysninger, der vedrører, hvordan patientforløbet håndteres på tværs af sektorgrænser, samles.
- forebyggelse og sundhedsfremme, herunder information om tilbud inden for den borger- og patientrettede forebyggelse, information om sundhedscentre m.v. Kategoriseringen af informationerne vil være inddelt i de otte folkesygdomme, KRAM-faktorerne, stress, rådgivning (kontaktperson) og andet. De konkrete forebyggelsesindsatser beskrives i forhold til indhold, målgruppe, henvisningskriterier, deltageromkostninger, tid og sted samt kontaktoplysninger.
- genoptræningstilbud i kommunerne samt genoptræningsforløbsbeskrivelser.

## 12. Sundhedsaftaletekst: Sammenfatning på tværs af opgaver og roller

### 1. Mål

”Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark” er en strategi for, hvordan vi i fremtiden tilrettelægger indsatsen for de kroniske syge personer i den syddanske region. Strategien er lavet i et tværsektorielt samarbejde og udgør det fælles grundlag for kommunernes og regionens arbejde med udviklingen af indsatsen for kroniske patienter. Strategiens grundlæggende principper er beskrevet i denne aftale.

Indsatsen for personer med kronisk sygdom kræver nytænkning i arbejdsdeling og organisering – både internt i kommuner, hos almen praksis og på sygehusene og i samarbejdet mellem parterne, herunder også borgerne. Indsatsen betyder, som noget meget væsentligt, nye opgaver og nye roller.

Målet med indsatsen:

- Indsatsen skal bidrage til, at kronisk syge borgere gennem bedre forebyggelse, behandling, rehabilitering, pleje m.v. opnår større livskvalitet.
- Indsatsen i almen praksis, kommuner og sygehuse koordineres, så patientforløb opleves som sammenhængende.
- Indsatsen skal imødekomme det fortsat stigende pres, som sundhedsvæsenet og socialsektoren oplever ved i højere grad at bidrage til, at der sker en tidlig opsporing, at der tilbydes forebyggende tiltag, at patienterne udøver egenomsorg m.v.
- Tilrettelæggelsen skal imødekomme de krav, der fra centralt hold er fremlagt i forbindelse med regeringens kvalitetsreform - ”Bedre velfærd og større arbejdsglæde – I. Brugeren i centrum”.

### 2. Implementering

Strategien anviser 21 initiativer. Initiativerne vil kræve en høj grad af koordinering og må forventes at strække sig over en årrække. En fuldstændig gennemførelse vil kræve omfattende organisering af såvel praksisområdet, sygehusområder som dele af de kommunale sundhedstilbud. Gennemførelsen må ske i den takt, der skabes konsensus om og ressourcer til. De lokale samordningsfora koordinerer den lokale udmøntning, herunder hvilke tiltag henholdsvis sygehuse, kommuner og almen praksis tager i opbygningsfasen. Eksempelvis vil det være i de lokale samordningsfora, at man finder ud af, hvornår parterne er klar til at indføre den individuelle behandlingsplan – Patientens Plan.

Til at understøtte en koordineret implementering skal der tilvejebringes ensartede regionale retningslinjer for strategiens initiativer. Det anbefales at nedsætte en koordineringsgruppe for hvert af de prioriterede sygdomsområder. Disse fora skal udarbejde regionalt gældende retningslinjer og standarder for sundhedsfaglige ydelser, koordination og kommunikation, stratificering, kompetenceudvikling, kvalitet og opfølgning samt implementering.

For så vidt angår det økonomiske aspekt af implementeringen af kronikerindsatsen, må der i såvel kommuner, sygehuse og almen praksis forventes betydelige ressourceomlægninger og evt. tilførsel af yderligere ressourcer. Ressourceomlægningerne og udgifterne forbundet hermed må imidlertid ses i forhold til de betydelige ressourcer, der bruges på området i dag. Implementeringen af den tværsektorielle kronikerstrategi, herunder de 21 indsatser, vil medføre udgifter til omstilling for såvel kommunerne, sygehusene som praksissektoren, men det er i denne sammenhæng væsentligt at bemærke, at omkostningerne ved ikke at igangsætte forebyggelsesinitiativer (alternativomkostningen) også er betydelige.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> KL-konference den 15. januar 2008 – sessionen ”Er der mulighed for økonomisk gevinst ved en målrettet kronikerindsats”.

### 3. Arbejdsdeling

Omdrejningspunktet for de kronisk syge patienter er egen læge, der fungerer som tovholder i behandlingsforløbet i en udvidet og proaktiv rolle. Patientens individuelle behandlingsplan – Patientens Plan – er et nyt centralt redskab i samarbejdet mellem praktiserende læge, kommune og sygehus. Både kommuner og sygehuse koordinerer hver især deres opgaver i forhold til kronisk syge personer, ikke mindst i forhold til patienter med ringe egenomsorgsevne.

Kommuner og region har aftalt følgende principper som udgangspunkt for arbejdsdelingen:

- *Egen læge* varetager rollen som tovholder i behandlingsforløbet for personer med kronisk sygdom, hvilket bl.a. betyder, at egen læge foretager udredning af og information til patienten, henviser til specialiseret udredning på sygehus eller i praksis, udarbejder Patientens Plan, henviser til etablerede kommunale tilbud samt foretager opfølgende kontroller. Lægen kan trække på specialistrådgivning i forbindelse med egen udredning og kan henvise til specialiseret udredning ved sygehusambulatorier eller praktiserende speciallæge. Derudover vil lægen i øget omfang kunne trække på og uddelegere opgaver til praksispersonale.
- *Kommunen* råder over støtte-, pleje- og omsorgstilbud, tilbud om patientuddannelse, rehabiliteringstilbud samt forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud. Kommunen opsporer borgere i risiko for kronisk sygdom. Dette sker som led i de øvrige kommunale opgaver på bl.a. ældre-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. Efter opsporing henvises til egen læge. For patienter med ringe egenomsorgsevne yder kommunen en særlig indsats, bl.a. gennem medvirken i udarbejdelse af behandlingsplan og gennem koordinering af kommunale ydelser.
- *Sygehusene* tilbyder specialiseret udredning, behandling og opfølgning og yder vejledning til almen praksis. Sygehusene tilbyder specialiseret sygdomsspecifik patientundervisning samt opfølgning i forhold til patienter med komplekse sygdomsbilleder. Sygehusene er i samarbejde med kommuner og almen praksis initiativtagende i udbredelsen af metoder til selvmonitorering og egenbehandling, bl.a. ved hjælp af telemedicin. Derudover tilbyder sygehusene specialiseret rådgivning til praktiserende læger og praksispersonale med kronikeransvar, ligesom sygehusene etablerer tilbud om ambulante planlagte udredningsforløb med kort varsel.

Herudover ligger der et medansvar hos den enkelte patient til at udøve egenomsorg og aktivt tage del igen behandling. Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle er opmærksomme på social ulighed i sundhed og det forhold, at ikke alle har lige gode forudsætninger for at udøve egenomsorg. Levevilkår kan spænde ben for, at nogle patienter er i stand til at varetage egenomsorg på en ordentlig måde<sup>22</sup>.

### 4. Koordinering

Den individuelle behandlingsplan – Patientens Plan – er det centrale samarbejdsredskab for indsatsen. Egen læge udarbejder Patientens Plan – der indeholder målsætninger for indsatsen, hovedpunkter i behandlinger, henvisning til kommunale ydelser m.v. For personer med ringe egenomsorgsevne udarbejdes planen i et samarbejde med hjemkommunen.

Kommunen koordinerer sin indsats for patienter med ringe egenomsorgsevne. Denne opgave omfatter dels at koordinere ydelser fra kommunens forskellige sektorer, dels at planlægge og koordinere borgerens deltagelse i kommunale forebyggelsestilbud. Det er op til den enkelte kommune at vurdere, om

---

<sup>22</sup> "Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme", side 18. Sundhedsstyrelsen, 2006.

koordineringsopgaverne kræver oprettelse af en særlig forløbskoordinatorfunktion, eller om opgaverne skal integreres i eksisterende personalefunktioner.

Sygehuset koordinerer sin indsats for patienter med kompleks sygdom. Denne opgave omfatter dels at koordinere det specialiserede udredningsforløb efter henvisning fra almen praksis, dels at koordinere i forhold til interne aktiviteter på sygehuset, herunder ambulante kontrolforløb. Det er op til det enkelte sygehus at vurdere, om opgaverne skal varetages gennem eksisterende personkontaktordninger, eller om opgaverne kræver oprettelse af en ny funktion som forløbskoordinator eller tilsvarende.

I forbindelse med udrednings- og behandlingsforløb i sygehuse koordineres indsatsen mellem sektorer og fagpersoner herudover i overensstemmelse med de regionale samarbejdsaftaler for henholdsvis det somatiske og psykiatriske område.

## 5. Stratificering

De tre aktører – kommuner, almen praksis og sygehuse – involveres i patientforløbet i den udstrækning, der er behov for det, og hvor deres indsats hver især er mest påkrævet. Stratificering bruges som et dynamisk redskab til at allokere grupper af patienter til rette behandling, rehabilitering, opfølgning m.v., herunder ikke mindst den særligt sårbare gruppe af patienter. Hensigten med stratificeringen er at anvise, hvornår kommunen inddrages i patientforløbet. Stratificeringen anfægter ikke Sundhedsstyrelsens kronikerpyramide, der udelukkende vedrører sygdomsintensitet og behandlingsprincippet.

Når det gælder patientforløbets tilrettelæggelse og koordinering arbejdes som udgangspunkt med fire patientkategorier, hvor patientens egenomsorgsevne samt sygdommens kompleksitet er medbestemmende for indplacering.

<p>I. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enkel sygdom</li> <li>- God egenomsorgsevne</li> </ul> <p>→ patient + egen læge</p>	<p>II. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kompleks sygdom</li> <li>- God egenomsorgsevne</li> </ul> <p>→ patient + egen læge + sygehuskoordinator</p>
<p>III. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enkel sygdom</li> <li>- Ringe egenomsorgsevne</li> </ul> <p>→ patient + egen læge + kommunal koordinator</p>	<p>IV. Særligt sårbare patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kompleks sygdom</li> <li>- Ringe egenomsorgsevne</li> </ul> <p>→ patient + egen læge + kommunal- og sygehuskoordinator, afhængig af forløbet</p>

*Figuren illustrer de fire stratificeringskategorier, som der arbejdes med.*

Ansvar for stratificering ligger som hovedregel hos den læge, der har den primære kontakt til patienten og kan undtagelsesvis foregå på sygehuset. Kommunen vil kunne blive inddraget i opgaven.

Et nærmere grundlag for stratificeringen vil blive udarbejdet i de diagnosespecifikke koordineringsgrupper, som er foreslået under pkt. 2.

Stratificering er ikke endelig, idet såvel sygdommens kompleksitet som patientens evne til egenomsorg kan ændre sig over tid. Hertil kommer, at det for de sundhedsprofessionelle i nogle situationer kan være

vanskeligt at vurdere, hvor en patient hører hjemme. Af og til vil dette først vise sig, efter at behandlingsforløbet er gået i gang. Stratificeringen bør på den baggrund finde sted mindst én gang årligt, og tovholderen for behandlingen har ansvaret for opdateringen af stratificeringen.

## 6. Information og kommunikation

Patientens Plan udarbejdes som hovedregel af egen læge i samarbejde med patienten og er tillige det centrale kommunikationsredskab mellem egen læge, kommune og evt. sygehus, hvilket forudsætter samtykke til at kommunikere planen til de øvrige sektorer. Patientens Plan udgør endvidere lægens informationsplatform i forhold til sin patient.

Kommunen er som led i koordineringen af kommunens samlede indsats ansvarlig for information af patient og pårørende om såvel behandlingsplanen som forløb og ydelser i det kommunale regi. Kommunen sikrer endvidere, at den nødvendige information i forbindelse med de enkelte ydelser gives af vedkommende kontaktpersoner i hjemmepleje, på træningscenter mv.

Sygehuset informerer patient og pårørende om forløb og ydelser i sygehusregi i forbindelse med patientens kontakt med sygehuset. Sygehuset skal også sørge for, at relevant information bliver videreformidlet – internt og eksternt.

I forbindelse med udredning og behandling på sygehus foregår kommunikation mellem fagpersonerne samt information til og dialog med patienten herudover i overensstemmelse med de regionale samarbejdsaftaler om henholdsvis det somatiske og det psykiatriske område.

## 7. Kvalitet

Det foreslås, at kvalitetsmonitoreringen påbegyndes umiddelbart i takt med udrulning og implementering af "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark".

Behandlingskvaliteten for patienter med kronisk sygdom vil blive overvåget gennem indberetninger til bl.a. Det Nationale Indikatorprojekt og andre kliniske databaser i overensstemmelse med krav i Den Danske Kvalitetsmodel. Udfordringen bliver i forbindelse med sidstnævnte, at såvel kommunernes som almen praksis' deltagelse i arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel endnu ikke er afklaret. Det får først og fremmest betydning i forhold til kvalitetsmonitorering af tværsektorielle patientforløb.

For så vidt angår kvaliteten i samarbejdsprocesserne og i patientforløbene henvises til de regionale samarbejdsaftaler for henholdsvis det somatiske og det psykiatriske område, hvor aftalerne fastlægger indikatorer for kvalitetsmåling gennem journalaudit mv..

Derudover vil der i regi af Den Danske Kvalitetsmodel blive foretaget (kvalitets)opfølgning i form af audits, patienttilfredshedsundersøgelser m.v. for en række områder, som vedrører patienter med kronisk sygdom. Det drejer sig bl.a. om aftaler om samarbejde med primærsektoren, information til almen praksis og kommuner ved udskrivelse, udarbejdelse af genoptræningsplan samt forebyggelse og sundhedsfremme.

## Bilag 1: Arbejdsgruppen vedr. tværsektorielle patientforløb og forankring af nationale strategier for kronisk syge

### Kommissorium

I henhold til kommissorium for *styregruppe vedr. grundaftaler under det midlertidige sundhedskordinationsudvalg* nedsætter styregruppen i overensstemmelse med *grundaftale for tværgående temaer* en arbejdsgruppe vedr. tværsektorielle patientforløb og forankring af nationale strategier for kronisk syge.

Arbejdsgruppen skal med udgangspunkt i det hidtidige arbejde i regionen på overordnet niveau:

- Kvalificere nærværende kommissorium i form af forslag til en tids- og procesplan med prioritering af nedenstående opgaver og indeholdende forslag til plan for implementering af anbefalinger fra arbejdsgruppen. Forslag til tids- og procesplan godkendes af formandskabet for styregruppen vedr. grundaftaler.
- Udforme en fælles udviklingsplan for indsatsen for kronisk syge, herunder stille forslag til struktur, koordinering, incitamenter, IT-støtte mv.
- Beskrive organiseringen af samarbejdet om patientforløbsprogrammer, herunder udvikling af nye samarbejdsrelationer, samt anvise modeller og skabeloner
- Udpege relevante prioriterede sygdoms- og symptomområder
- Påpege mulig koordinering på nationalt plan mv., herunder indførelsen af nationale behandlingsstandarder
- Overveje eventuel inddragelse af eksterne parter, eksempelvis Syddansk Universitet.

Arbejdsgruppen skal bestå af fem kommunale repræsentanter, fem regionale repræsentanter og en repræsentant for praksissektoren. Det skal sikres, at de nødvendige kompetencer er til stede i arbejdsgruppen.

Formandskab udpeges af *styregruppen vedr. grundaftaler*.

Arbejdsgruppen får sekretariatsbistand af en kommunal og en regional repræsentant.

Arbejdsgruppens arbejde påbegyndes januar 2007 og afsluttes oktober 2007.

### Medlemmer

#### Repræsentanter for Region Syddanmark:

- Peter Simonsen, Afdelingen for Kommunesamarbejde, (delt formand),
- Ninna Vendel Friis, Vejle-Give Sygehuse
- Jens Møller Rasmussen, Odense Universitetshospital
- Frank Ingemann Jensen, Praksisafdelingen
- Lisbeth Rasmussen, Kvalitetsafdelingen
- Niels-Erik Aaes, Afdelingen for Kommunesamarbejde (sekretær)
- Helle Lindkvist, Kvalitetsafdelingen, (sekretær)

#### Kommunale repræsentanter:

- Charlotte Scheppan, Odense Kommune (delt formand)
- Joan Slaikjær, Esbjerg Kommune
- Sten Dokkedahl, Faaborg-Midtfyn Kommune
- Marit Nielsen-Man, Vejle Kommune
- Gunhild Edemann, Aabenraa Kommune
- Mette Bork Hansen, Odense Kommune (sekretær)

#### Repræsentant for praksissektoren:



## Bilag 2: Oversigt over antallet af indlæggelser samt ambulante besøg 2005 fordelt på kommune for tre sygdomsgrupper: KOL, hjerte-kr. samt diabetes

OUH Kommune	KOL		Hjerte-kr.		Diabetes	
	Indlæggelser	Ambulante	Indlæggelser	Ambulante	Indlæggelser	Ambulante
Assens	475	788	1010	1255	319	1261
Kerteminde	226	436	526	798	158	654
Middelfart	352	566	893	966	213	1015
Nordfyn	317	474	621	1060	197	906
Odense	1909	3420	3651	5926	1032	5653

Sygehus Fyn Kommune	KOL		Hjerte-kr.		Diabetes	
	Indlæggelser	Ambulante	Indlæggelser	Ambulante	Indlæggelser	Ambulante
Assens	475	788	1010	1255	319	1261
Faaborg-Midtfyn	515	988	1261	1489	327	1534
Kerteminde	226	436	526	798	158	654
Langeland	157	277	483	521	150	499
Nyborg	399	575	820	1143	225	774
Svendborg	568	1281	1409	1819	398	1878
Ærø	52	65	273	282	48	200

Sydvestjysk Sygehus Kommune	KOL		Hjerte-kr.		Diabetes	
	Indlæggelser	Ambulante	Indlæggelser	Ambulante	Indlæggelser	Ambulante
Billund	235	515	501	360	142	630
Esbjerg	1501	2409	2621	1553	607	3527
Fanø	33	35	65	56	18	182
Varde	468	835	1052	603	196	1250
Vejen	461	1267	834	807	197	818

Sygehus Sønderjylland Kommune	KOL		Hjerte-kr.		Diabetes	
	Indlæggelser	Ambulante	Indlæggelser	Ambulante	Indlæggelser	Ambulante
Aabenraa	552	337	1345	2312	367	701
Haderslev	570	324	1296	2023	355	869
Sønderborg	824	672	1911	3042	487	870
Tønder	489	239	994	1010	321	339

Fredericia Kolding Sghs. Kommune	KOL		Hjerte-kr.		Diabetes	
	Indlæggelser	Ambulante	Indlæggelser	Ambulante	Indlæggelser	Ambulante
Fredericia	614	1883	1059	2187	237	2917
Kolding	712	1849	1494	3023	288	1882
Middelfart	352	566	893	966	213	1015
Vejen	461	1267	834	807	197	818

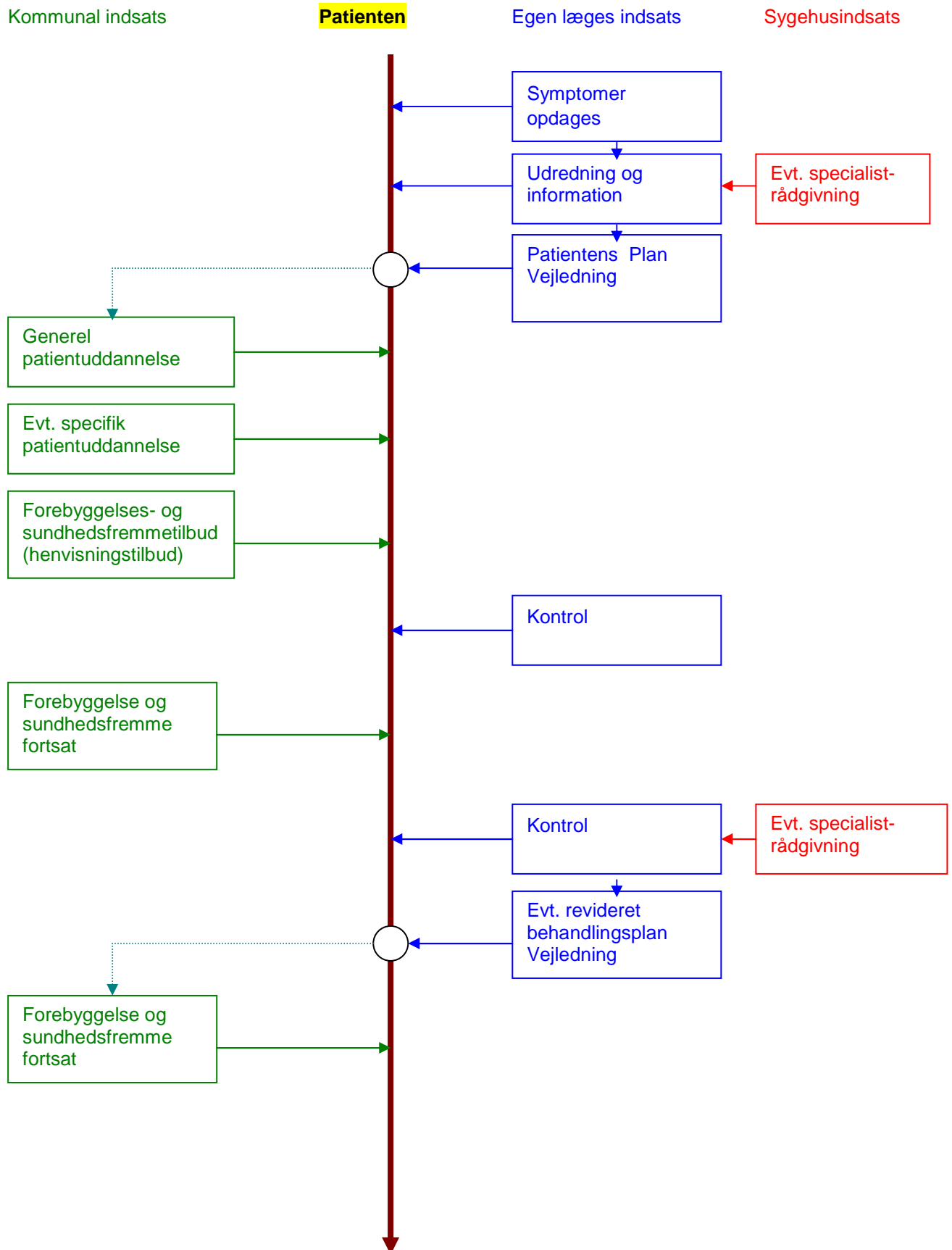
Vejle Give Sygehus Kommune	KOL		Hjerte-kr.		Diabetes	
	Indlæggelser	Ambulante	Indlæggelser	Ambulante	Indlæggelser	Ambulante
Vejle	1076	2437	2017	3198	445	2684

<b>Region Syddanmark total</b>	<b>12522</b>	<b>21672</b>	<b>26136</b>	<b>35443</b>	<b>6727</b>	<b>31043</b>
--------------------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	-------------	--------------



### Bilag 3: Patientforløbsbeskrivelser

#### Case I: Principielt patientforløb for den kroniske patient med enkel sygdom og god egenomsorgsevne



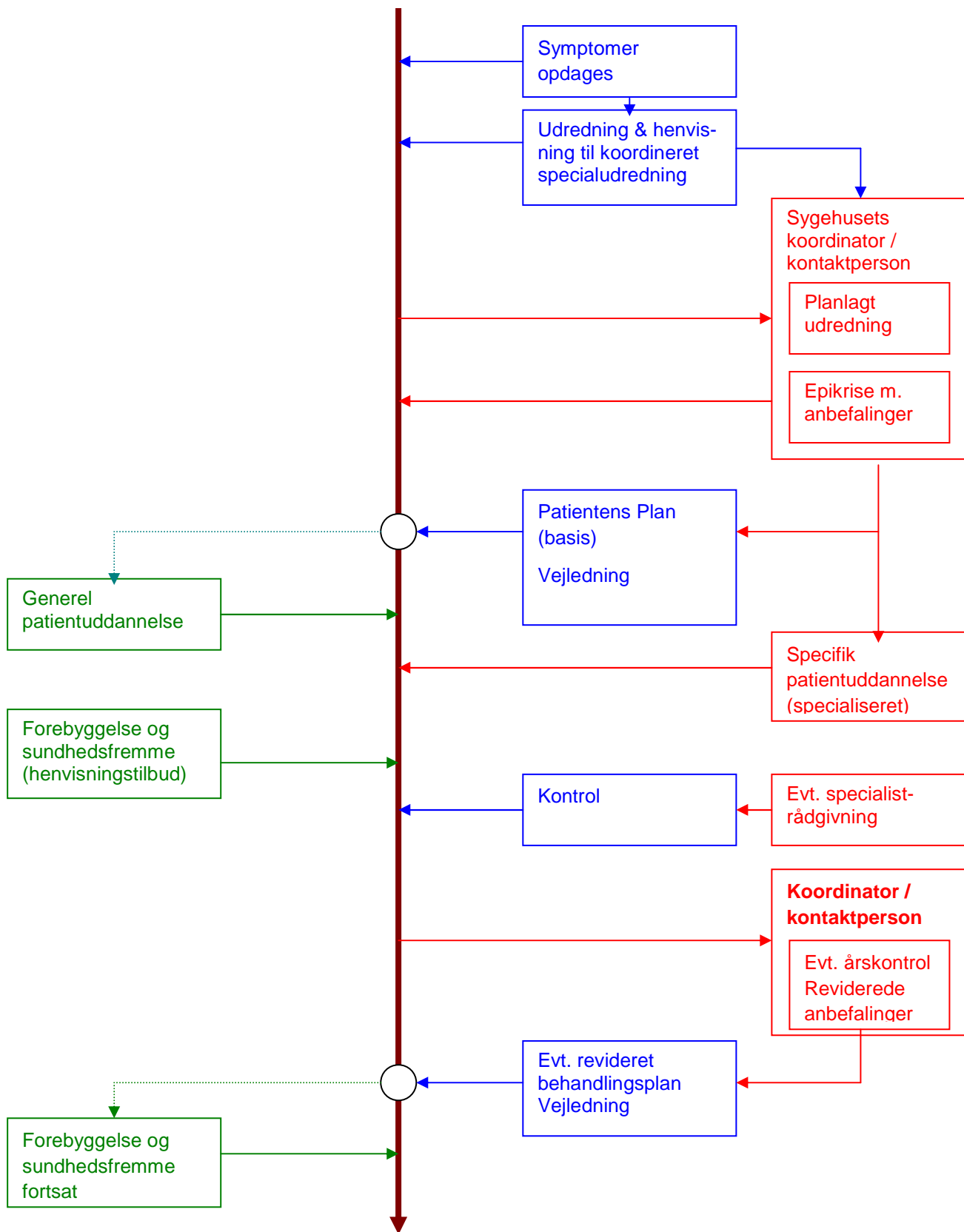
## Case II: Principielt patientforløb for den kroniske patient med kompleks sygdom og god egenomsorgsevne

Kommunal indsats

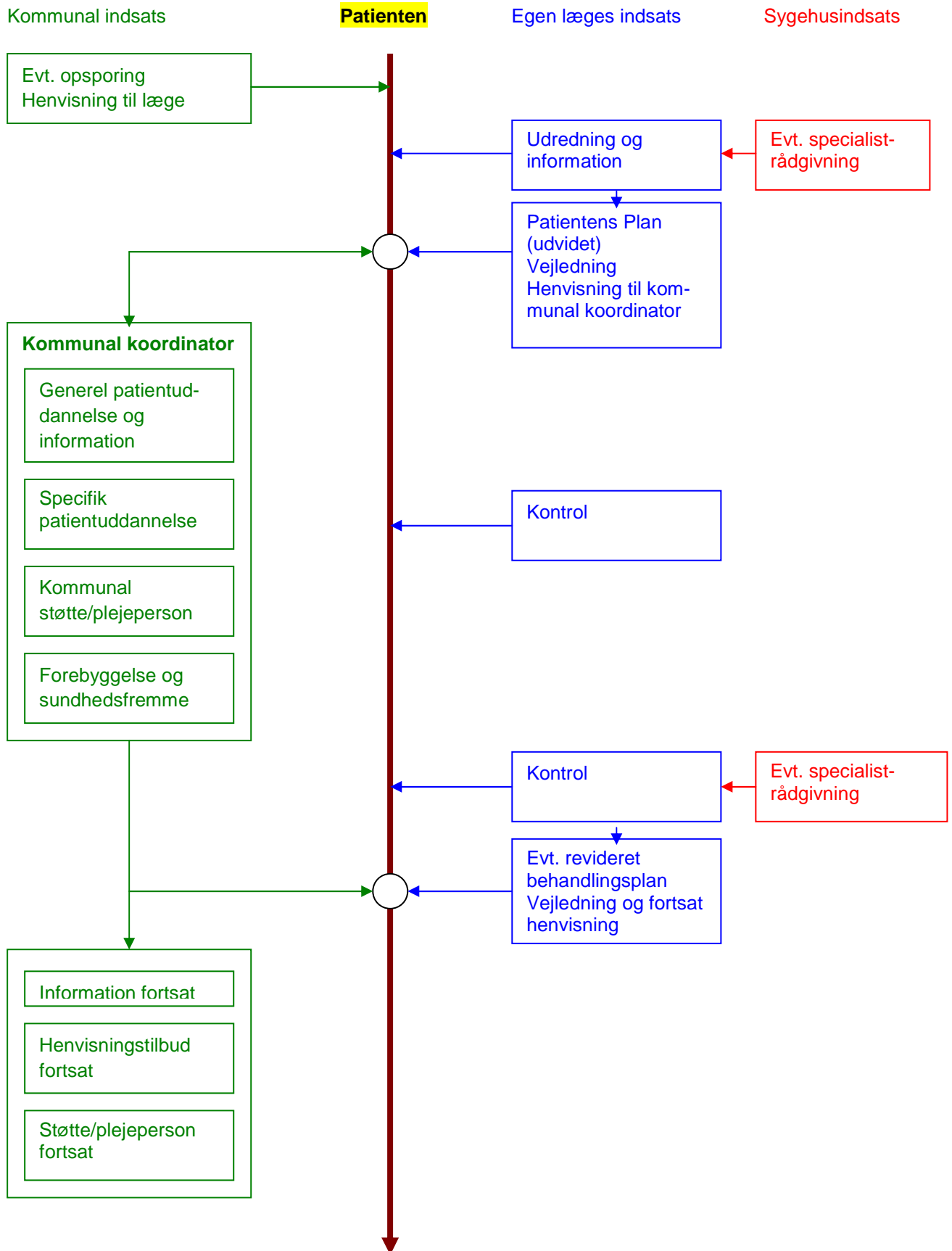
**Patienten**

Egen læges indsats

Sygehusindsats



### Case III: Principielt patientforløb for den kroniske patient med enkel sygdom og ringe egenomsorgsevne



## Case IV: Principielt patientforløb for den kroniske patient med kompleks sygdom og ringe egenomsorgsevne

Kommunal indsats

**Patienten**

Egen læges indsats

Sygehusindsats

