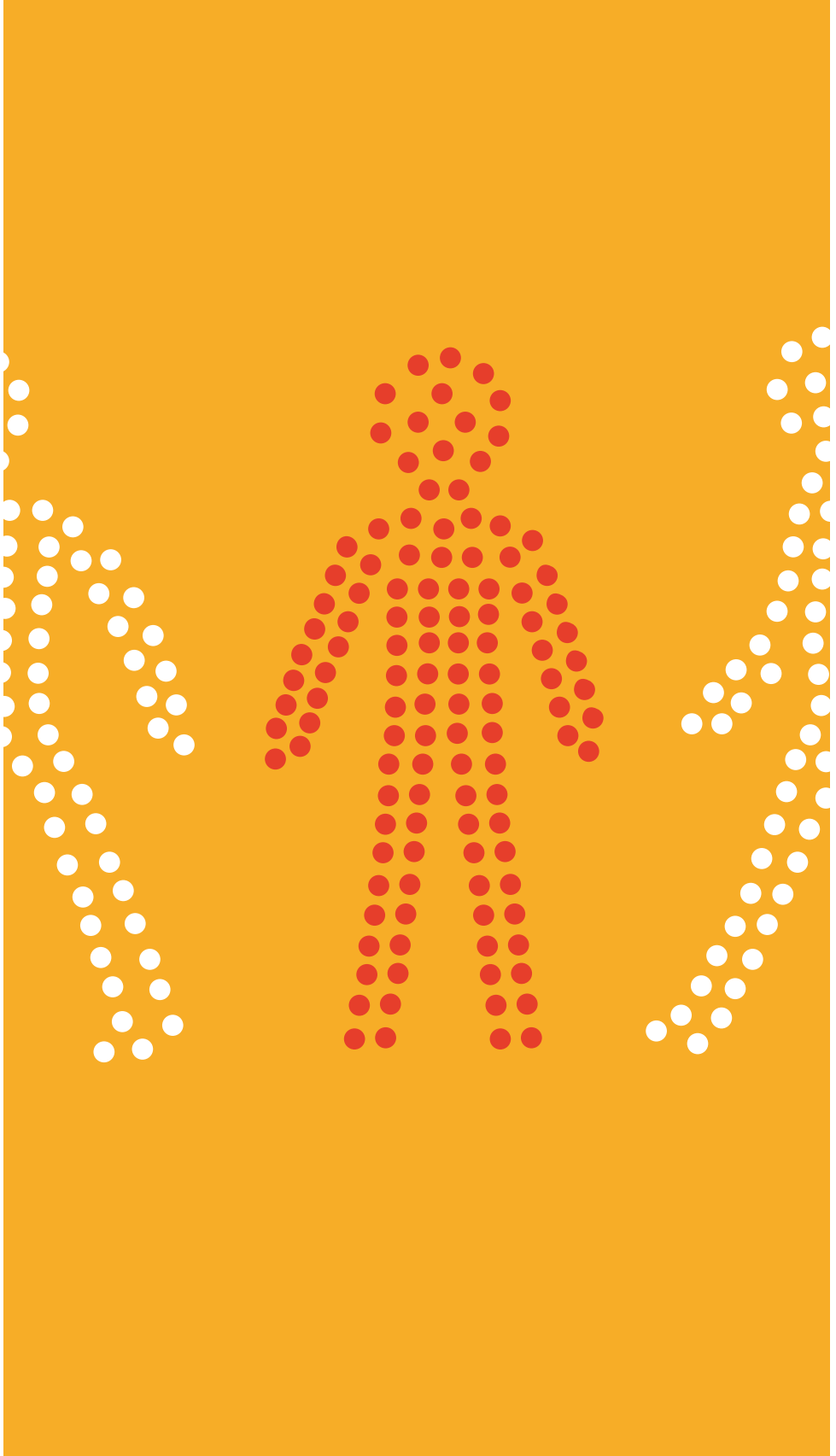


# Implementering af forløbs- programmer for kronisk sygdom

Hospitalerne, kommunerne og de praktiserende  
læger i Region Hovedstaden, april 2011



## Indledning

Udviklingsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse er nedsat under sundhedsaftalen vedrørende indsatsområdet "Patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme." Udviklingsgruppen består af repræsentanter for kommuner, almen praksis, hospitaler og regionsadministrationen. Udviklingsgruppen har overordnet til opgave at udvikle den praktiske arbejdsdeling på alle relevante områder af den patientrettede forebyggelse. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom er en hovedopgave.

Sundhedskoordinationsudvalget er et lovpligtigt samarbejdsorgan mellem kommuner, almen praksis og region. Udvalget består af fem politikere fra Regionsrådet, fem politikere fra kommunalbestyrelserne samt to repræsentanter for de praktiserende læger i regionen. Udvalget har til opgave at understøtte sammenhængende behandlingsforløb mellem sektorerne. Udvalget udarbejder grundaftalen til sundhedsaftalerne, og følger op på implementeringen af de initiativer, som er indeholdt i sundhedsaftalerne. Udvalget godkender de forløbsprogrammer, som Udviklingsgruppen udarbejder.

Udviklingsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse har udarbejdet denne pjece til støtte for implementeringen af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom i kommuner og almen praksis og på hospitaler.

Kommuner og almen praksis og hospitaler i Region Hovedstaden har udarbejdet forløbsprogrammer for KOL, type 2 diabetes og demens. Sundhedskoordinationsudvalget anbefaler, at forløbsprogrammerne implementeres. Et forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme er ved at blive færdiggjort. Et forløbsprogram for lænderyglidelser er under udarbejdelse.

I sundhedsaftalerne for hver enkelt kommune er det aftalt, hvornår kommunen er klar til at implementere det enkelte forløbsprogram.

Pjecen beskriver kort, hvad forløbsprogrammer er, samt rammer for implementering af forløbsprogrammerne.

Forløbsprogrammerne kan ses på

[www.regionh.dk/forlobsprogrammer](http://www.regionh.dk/forlobsprogrammer)

## Hvad er et forløbsprogram?

## Gradueret indsats

### Hvad er et forløbsprogram?

Et forløbsprogram er en beskrivelse af den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats af høj kvalitet for en given kronisk sygdom. Forløbsprogrammet skal sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordelingen mellem sundhedsvæsenets aktører samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter.

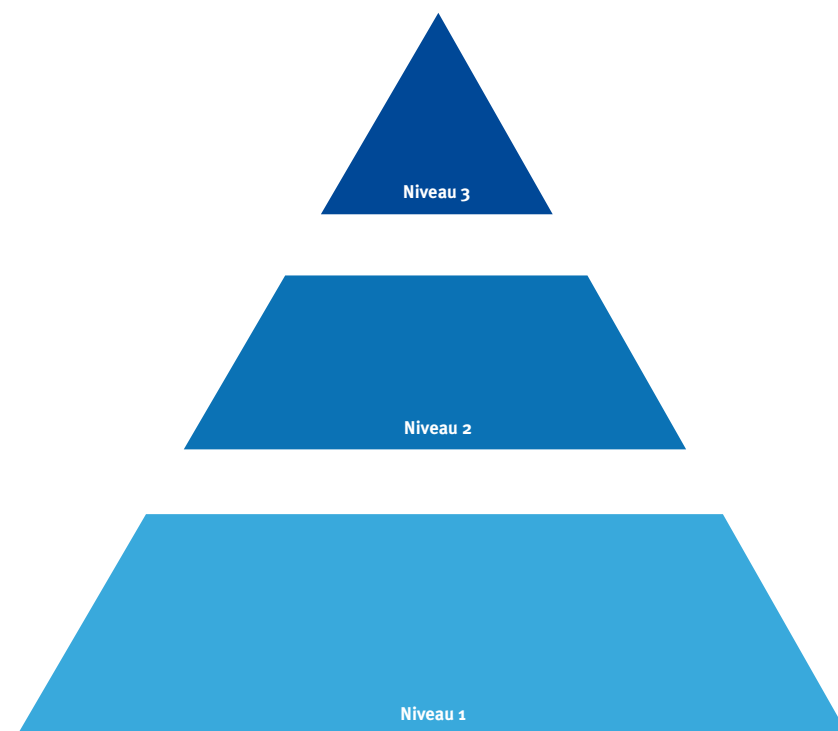
### Gradueret indsats

Forløbsprogrammer tager udgangspunkt i en gradueret indsats, der er baseret på en stratificering. Stratificeringens overordnede mål er at sikre en rationel anvendelse af alle kræfter for at sikre en høj behandlingskvalitet, optimal ressourceudnyttelse samt høj patienttilfredshed. Der er brug for alle "hænder" til løsning af denne opgave. Når en patient diagnosticeres med en kronisk sygdom, stratificeres patienten til ét af tre niveauer afhængigt af sygdomsgrad samt risiko for progression af sygdommen, med deraf følgende behov for sundhedsfaglige indsatser. Når patientens tilstand ændrer sig, stratificeres patienten til et andet niveau, der afspejler patientens nye risikosituation.

**Målet er at tilbyde alle patienter med kroniske sygdomme den bedst mulige behandling. Dette sker ved at sikre:**

- **At den enkelte patient oplever, at der er sammenhæng mellem indsatserne fra alle sektorer.**
- **Sammenhæng mellem de forskellige sundhedsfaglige indsatser imellem sektorerne.**
- **At de involverede sundhedsprofessionelle og patienten har en ensartet og fælles målsætning med forløbet.**
- **At personalet har eller tilegner sig de nødvendige kompetencer.**
- **At de enkelte komponenter i et forløb giver de bedst opnåelige kliniske resultater.**
- **En effektiv anvendelse af de samlede økonomiske og personalemæssige ressourcer.**

## Stratificering



**Niveau 1:** Patienten har den laveste risiko for yderligere udvikling af sygdom. Hovedvægt for indsatsen ligger på egenkontrol med eksempelvis 1-2 årlige kontroller i almen praksis. Sygdommen er velkontrolleret og patienten er velinformeret. Det er væsentligt, at patienten får tilbud om undervisning i egen sygdom.

**Niveau 2:** Hertil fordeles patienter med risiko for forværring og behov for mere intensiv kontrol i almen praksis evt. hospital. Patienterne har behov for præcis behandlingskontrol og rehabilitering med opfølgning.

**Niveau 3:** Patienter med højrisiko for forværring fordeles hertil og følges på specialistniveau i hospital. Patienterne har behov for løbende kontrol og rehabilitering i specialafdelingsregi. Det er vigtigt, at kommunikation med praksissektoren opretholdes, da egen læge fortsat har behandlingsansvar for patientens øvrige helbredsforhold.

Erfaringer med stratificering viser, at der ikke for alle kroniske sygdomme er fuld overensstemmelse mellem risikostratificering og et stigende behov for en specialiseret hospitalsbehandling (behandlingsstratificering). Der er i de enkelte forløbsprogrammer en beskrivelse af, hvilke principper den graduerede indsats skal baseres på.

## Antallet af kronikere stiger

## Det samarbejdende sundhedsvæsen

### Antallet af kronikere stiger

Mere end hver tredje voksne dansker lever med en eller flere kroniske sygdomme. Størstedelen af ressourcerne i sundhedsvæsenet går til denne gruppe patienter. Antallet af mennesker med kroniske sygdomme forventes fortsat at stige i de kommende år.

Kronisk sygdom udgør således både ud fra et menneskeligt, fagligt og sundhedsøkonomisk synspunkt et centralt område for det samlede sundhedsvæsen i Region Hovedstaden. På et samfundsøkonomisk plan medfører kroniske sygdomme ud over udgifterne til det regionale og kommunale sundhedsvæsen store udgifter til hjemmehjælp, overførselsindkomster, boligstøtte og boligydelse, herunder plejehjemsydelse. En undersøgelse i Københavns Kommune opgør de samlede sundheds- og omsorgsudgifter blandt borgere med KOL, diabetes, hjerte-kar sygdom eller kræft. Undersøgelsen tydeliggør de kommunale og samfundsmæssige merudgifter ved de fire kroniske sygdomme. Undersøgelsens resultater er gengivet i bilag 2.

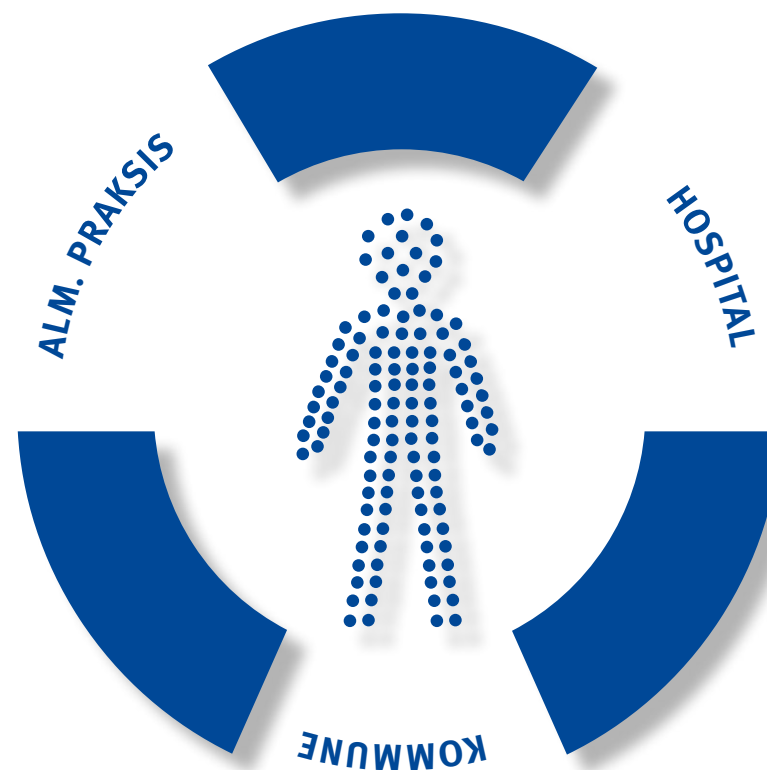
Det stigende antal kronisk syge gør det nødvendigt at tænke indsatsen på en ny måde. Sundhedsvæsenet må forholde sig proaktivt til hele populationen af patienter med en given sygdom for dels at sikre den rette indsats på det rette tidspunkt, dels at understøtte den enkeltes mulighed for at leve med og håndtere sin sygdom gennem patientuddannelse og rehabiliteringstilbud. Forløbsprogrammer definerer en sådan ramme for en systematisk og proaktiv indsats, der forebygger progression af sygdom, akutte episoder og komplikationer, og som har indbygget en løbende monitorering af kvaliteten af forløbet.

### Det samarbejdende sundhedsvæsen

Det er en forudsætning for en succesfuld implementering af forløbsprogrammerne, at sundhedsvæsenet ser sig selv som en samlet og samarbejdende organisation, der arbejder for at understøtte sammenhængende patientforløb af høj faglig kvalitet. Det sker bedst, hvis den enkelte aktør ser, at de bedste resultater opstår, når der er sammenhæng mellem de forskellige aktørers indsats. Patienter med langvarige kroniske sygdomme har ofte behov for flere typer indsatser i kommune, almen praksis og hospital. Derfor er det centralt for både den patientoplevede og faglige kvalitet, at patientforløbene er integrerede.

Forløbsprogrammerne anviser en sådan integreret tværfaglig og tværsektoriel indsats. Det tværsektorielle samarbejde om implementering af forløbsprogrammer er et fælles ansvar for ledere i de tre sektorer (kommuner, almen praksis og hospital). Det fordrer, at ledere på alle niveauer aktivt og synligt involverer sig i det tværsektorielle samarbejde. Lederne skal tænke på tværs af sektorer i opgaveløsningen og sikre samordningen af den praktiske implementering af forløbsprogrammerne. Den tværsektorielle ledelse er baseret på kendskab til hinanden og dialog mellem sektorerne. Tværsektoriel ledelse praktiseres bl.a. i regionens samordningsudvalg, der på de enkelte hospitaler koordinerer samarbejdet i nærområdet. Det er her, udmøntningen af forløbsprogrammerne i praksis finder sted, og hvor der sker lokale tilpasninger.

## Patienten i centrum



### Patienten i centrum

Et forløbsprogram skal understøtte patienten med kronisk sygdom i mobilisering og udnyttelse af egne ressourcer. Bedre forløb kan kun opnås, når den informerede aktive patient møder det velforberejede proaktive behandlerteam. Patienten skal inddrages i et ligeværdigt, tæt samarbejde med de sundhedsprofessionelle for at kunne indgå aktivt i beslutninger om sundhedsfaglige indsatser, fastsættelse af mål for indsatsen og deling af information om sygdommen.

Et forløbsprogram skal sikre, at sundhedsvæsenet med patienten i centrum og på tværs af sektorer, tilgodeser relevante sundhedsfaglige behov i forløbet af en kronisk sygdom, hvor almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen og hospitaler indgår i et tværfagligt, tværsektorielt og integreret samarbejde.

## Implementering

### Implementering af forløbsprogrammerne

Implementeringen af forløbsprogrammerne sker ikke automatisk. At arbejde med forløbsprogrammerne kræver aktive, systematiske og understøttende tiltag. Tiltag der sikrer, at personalet i de tre sektorer kan tale sammen elektronisk, kender til hinandens vilkår og muligheder og ikke mindst opbygger tillid til hinanden.

Region Hovedstaden har i perioden 2010 til 2012 af statslige puljemidler fået bevilliget 120 mio. kr. til implementeringen af forløbsprogrammerne. Regionens midler fordeler sig på 18 projekter, der samlet kaldes Kronikerprogrammet. Kommunerne i regionen har fået bevilget 60 mio. kr. til projekter med samme formål.

Kernen i Kronikerprogrammet er Implementerings- og samarbejdsprojektet, der med projektledere på alle regionens hospitaler skal stå for den lokale implementering i regi af samordningsudvalget. Kronikerprogrammet har også en række tværgående projekter, der omhandler bedre udnyttelse af it-understøttelse, så fx meddelelser mellem sektorerne ensrettes. Tværsektoriel kompetenceudvikling, kaldet Fælles Skolebænk, er også en del af programmet, sammen med en standardisering af sektorernes sygdomsspecifikke patientuddannelser. Enkelte projekter er specifikt rettet mod almen praksis, bl.a. facilitatorkorpset der hjælper de enkelte klinikker med implementering af forløbsprogrammer. Endelig er der projekter, der omhandler evaluering og monitorering af arbejdet med forløbsprogrammerne.

Kronikerprogrammet har sin egen hjemmeside:  
[www.regionh.dk/kronikerprogram](http://www.regionh.dk/kronikerprogram)



**Aftale om minimumsstandarder**

I forløbsprogrammet er der defineret, hvilke sundhedsfaglige indsatser, der som minimum skal ydes for at et hospital, almen praksis og kommune opfylder forløbsprogrammets krav, (jf. bilag 3). Der er endvidere en beskrivelse af sundhedsfaglige indsatser, som er frivillige at yde.

Når en kommune tilmelder sig programmet, forpligter den sig til, at borgeren modtager forløbsprogrammets minimumsstandarder. Det er ikke et krav, at kommunen selv leverer indsatserne. Kommunen har mulighed for at indgå aftaler med eksterne leverandører.

Mellem parterne (kommuner, de lokale praktiserende læger og hospitaler) indgås der lokale aftaler om implementering af de specifikke forløbsprogrammer, herunder at aftalerne præciserer hvem, der har ansvar for at varetage de enkelte indsatser i det specifikke forløbsprogram. I de konkrete implementeringsaftaler mellem kommune, praktiserende læger og det lokale hospital fastsættes rammerne for, hvorledes det konkrete forløbsprogram skal udmøntes.

**Kompetence- og uddannelsesbehov**

Opfyldelse af de sundhedsfaglige anbefalinger i forløbsprogrammerne stiller på en række områder krav om nye og specialiserede kompetencer hos de involverede aktører. Det er afgørende for implementering af forløbsprogrammerne, at de involverede aktører har kompetencerne til at varetage de i programmet beskrevne opgaver på en fagligt kompetent måde.

Region Hovedstaden har oprettet en fælles skolebænk, der udbyder et tværsektorielt og tværfagligt undervisnings-tilbud, som er medvirkende til at opbygge en fælles kultur baseret på et fælles videngrundlag på tværs af sektorer og faggrænser. Fælles Skolebænk tilbydes til personale i kommuner, almen praksis og på hospitaler, og indholdet retter sig specifikt mod udvalgte kroniske sygdomme. Kursusforløbet er bygget op med et fælles grundmodul om forløbsprogrammer for kronisk sygdom med fokus på kommunikation og en fælles sammenhængende indsats til borgeren på tværs af faggrupper og sektorer. Dernæst bygges der oven på med sygdomsspecifikke moduler, hvor fokus er på konkrete sygdomsspecifikke kompetencer og viden i forhold til forløbsprogrammer samt styrket kendskab til indsatsen på tværs af sektorer.

I sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og regionens 29 kommuner er regionen og kommunerne forpligtet til systematisk at evaluere og kvalitetssikre indsatsen og sørge for, at resultaterne udveksles mellem parterne.

**Evaluering**

Der iværksættes samtidig en systematisk evaluering af det enkelte forløbsprogram med henblik på at undersøge, om forløbsprogrammet fungerer efter hensigten og opfylder de opstillede mål i forhold til en tværsektoriel koordination af patientforløb med patienten i centrum og med de klinisk bedst opnåelige resultater. Evalueringen skal endvidere indeholde en vurdering af, hvorvidt indholdet af forløbsprogrammet er implementeret.

Evalueringen foretages på baggrund af resultater fra den rutinemæssige kvalitetsmonitorering i de enkelte afdelinger, ambulatorier, kommuner, sundhedscentre og hos de praktiserende læger. Her tænkes på resultater fra dataregistreringer til de patientadministrative systemer, NIP data, data registreret ved datafangst modulet, patienttilfredshedsundersøgelser etc. Særlige områder kan belyses nærmere ved eksempelvis spørgeskemaundersøgelser og fokusgruppeinterviews med de involverede parter.

**Revision**

Programmerne revideres gennemgribende og opdateres hvert 4. år på baggrund af evalueringen og anbefalinger fra de Sundhedsfaglige Råd.

Revisionen har til formål at sikre, at ny faglig viden og organisatoriske erfaringer med programmerne indgår i den videre udvikling af forløbsprogrammerne. Endvidere skal det sikres, at programmerne fortsat lever op til nationale retningslinjer. De reviderede programmer sendes i høring i relevante sundhedsfaglige råd.

Pjecen er udgivet af Udviklingsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse, april 2011.

## Bilag 1

Fakta om kronisk obstruktiv lungesygdom

Fakta om type 2 diabetes

Fakta om demens

### Fakta om kronisk obstruktiv lungesygdom

Kronisk obstruktiv lungesygdom – KOL – er en kronisk uhelbredelig sygdom i luftvejene og lungerne, hvor lungevævet langsomt nedbrydes. De vigtigste symptomer er åndenød ved anstrengelse, hoste og opspyt af slim fra lungerne. Sygdommen er karakteriseret ved en tiltagende nedsættelse af lungefunktionen og større og større vejrtrækningsbesvær.

Det skønnes, at der i Hovedstadsregionen er ca. 100.000 personer med KOL. På regionens hospitaler er der ca. 20.000 ambulante KOL konsultationer årligt. En stor andel af disse patienter har på grund af hyppige akutte forværinger i tilstanden mange ikke-planlagte henvendelser til sundhedsvæsenet. Det drejer sig om akutte indlæggelser (ca. 6.000 i regionen), vagtlægebesøg og subakutte henvendelser til egen læge og lungeambulatorier.

### Fakta om type 2 diabetes

Type 2 diabetes er en kronisk sygdom. Type 2 diabetes er kendetegnet ved en kombination af utilstrækkelig insulinproduktion fra bugspytkirtlen og nedsat insulinfølsomhed i cellerne, hvorved evnen til at omsætte glukose forringes. På langt sigt kan især nerve-, kar- og nyrevæv lide skade. Senkomplikationerne er skade på nyre-, nerve- og karvæv med øget risiko for hjerte-kar sygdomme. Senkomplikationerne kan forebygges ved relevant medicinsk behandling og rehabilitering. Rehabilitering styrker patientens evne til egenomsorg og til ændring af livsstilsfaktorer.

Der er i Danmark ca. 230.000 borgere med diagnosticeret type 2 diabetes. Hvert år diagnosticeres 23.000 nye tilfælde af diabetes. 200.000 danskere har type 2 diabetes uden at vide det, og ca. 500.000 har prædiabetes<sup>2</sup>. I Region Hovedstaden har 58.000 diabetes<sup>3</sup>.

### Fakta om demens

Demens betragtes som en kronisk fremadskridende sygdom og er karakteriseret ved svækkelse af hjernens funktioner, som fører til nedsat funktionsevne i dagligdagen, hukommelsesproblemer, sproglige problemer og påvirket tænkning, overblik og dømmekraft. I mange tilfælde er patientens adfærd og personlighed forandret, og demens kan være ledsaget af psykiske symptomer som angst, depression, vrangforestillinger og hallucinationer.

Hvert år får mindst 4.000 borgere over 65 år i Region Hovedstaden en demenssygdom. Det skønnes, at der i Region Hovedstaden er 24.000 personer med demens. Forekomsten af demens vil i de kommende år stige i takt med den øgede middellevetid og den stigende andel af ældre i befolkningen. I 2030 forventes ca. en fordobling af personer med demens, således at der alene i Region Hovedstaden vil være ca. 46.000 mennesker med demens.

<sup>2</sup> Sådan bremses diabetesepidemien i Danmark – Diabetestestet 2008.

<sup>3</sup> Sundhedsprofil for region og kommuner 2010.

## Bilag 2

### Ressourceforbrug i kommunerne til borgere med kronisk sygdom

#### Ressourceforbrug i kommunerne til borgere med kronisk sygdom

En undersøgelse udgifter forbundet med borgere med kroniske sygdomme i Københavns Kommune har afdækket betydelige kommunale merudgifter til disse borgere.

Der er foretaget en sammenligning af sundheds- og omsorgsudgifterne blandt borgere med KOL, diabetes, hjerte-kar sygdom eller kræft og borgere uden de fire kroniske sygdomme, hvor der er taget hensyn til køns- og alderssammensætningen i sygdomsgruppen.

Merudgifter til kronisk syge – tal fra undersøgelse i Københavns Kommune				
	Antal	Samfunds- mæssig merudgift pr. person	Kommunal merudgift pr. person	Gennemsn. kommunale udgifter pr. person
<b>KOL</b>	15.446	53.549	28.257	70.005
<b>diabetes</b>	13.818	52.741	30.416	73.519
<b>hjerte-kar</b>	15.844	61.249	33.828	96.389
<b>kræft</b>	7.354	59.202	19.371	64.724
<b>Alle kronisk syge</b>	44.014	50.154	25.992	73.518

#### Det kommunale merforbrug fordeler sig således:

Standardiseret kommunal merudgift pr. person pr. år		
<b>Gns. kommunal merudgift pr. person pr. år</b>	<b>25.993</b>	
Fordelt på	kroner	andel
<b>Kommunale ydelser</b>	15.023	58%
<b>Medfinansiering af regionale ydelser</b>	2.557	10%
<b>Overførselsindkomster</b>	8.413	32%

Standardiseret kommunal merudgift pr. person pr. år			
<b>Gns. kommunal merudgift pr. person pr. år</b>	<b>25.993</b>		
Fordelt på		kroner	andel
<b>Kommunale ydelser</b>	15.023		
Hjemmehjælp		5.010	19,3%
Plejehjem og dag/botilbud		6.766	26,0%
Boligstøtte		1.962	7,5%
Tillæg		232	0,9%
Hjælpe midler		963	3,7%
Genoptræning		90	0,3%
<b>Medfinansiering af regionale ydelser</b>	2.557		
Sygehusaktivitet		2.149	8,3%
Sygesikring		113	0,4%
Medicin		295	1,1%
<b>Overførselsindkomster</b>	8.413		32%



## Bilag 3

### Sundhedsfaglige indsatser for KOL og type 2 diabetes

Sundhedsfaglige indsatser for KOL og type 2 diabetes	Kommune	Hospital	Almen praksis
Diagnosticering og stratificering		A	A
Medicinsk behandling		A	A
<b>Standardiseret sammenhængende rehabiliteringsprogram</b> Indeholder som udgangspunkt alle elementer i det enkeltstående tilbud	A	A	
<b>Enkeltstående tilbud:</b>			
• Rygeafvænnning	A	A	B
• Sygdomsspecifik patientuddannelse	A	A	
• Generel patientuddannelse	B		
• Fysisk træning – standardiseret træningsprogram	A	A	
• Fysisk træning – ikke standardiseret program	B		
• Vejledning i forhold til daglige aktiviteter (kun KOL)	B	B	B
• Diætbehandling (kun diabetes type 2)	A	A	A
• Ernæringsvejledning (kun KOL)	B	B	B
• Psykosocial støtte	B	B	B
Opfølgning på patienter		A	A

I skemaerne angiver bogstavet A de sundhedsfaglige tilbud, der skal leveres inden for minimumsstandarden. Ydelser markeret med bogstavet B omfatter tilbud udover minimumsstandarden, som regionen og den enkelte kommune kan vælge at forpligte sig på.

## Bilag 3

### Minimumsstandarder for demens

Forløbsprogram for demens Sundhedsfaglige og sociale indsatser	Kommune	Hospital	Almen praksis
Indledende diagnosticering og stratificering			A
Opfølgende diagnosticering og stratificering		A	
Udpegning af tovholder		A	A
Udpegning af forløbskoordinator	A	A	A
Information og rådgivning om diagnose og tilbud til nydiagnosticeret patient med pårørende		A	
Standardiseret sundhedsfaglig behandling og opfølgning af patienter med demensdiagnose		A	A
Kontakt ved kommunal demenskoordinator/visitor til alle nydiagnosticerede med henblik på vejledning om sociale tilbud	A		
Regelmæssig kontakt med henblik på vurdering af behov for social indsats ved kommunal demenskoordinator	B		
Regelmæssigt udbudte undervisnings-tilbud til patienter og pårørende	B	B	
Information om tilbud til pårørende	A	A	A
Indsatser rettet mod de pårørende efter den dementes død	B		
Indsatser rettet mod yngre demente, udviklingshæmmede med demens og demente fra etniske minoriteter	B	B	B
Indsatser rettet mod urolige eller adfærdsforstyrrede patienter med demens	B	A	A



Redaktion  
Region Hovedstaden,  
april 2011

Grafisk design  
FinnNygaard.com

Tryk  
Nofoprint  
1.500 stk

Pjecen er udgivet i et samarbejde mellem hospitalerne, kommunerne og de praktiserende læger i Region Hovedstaden.

[www.regionh.dk/forlobsprogrammer](http://www.regionh.dk/forlobsprogrammer)