

Sammenhængende forløb for mennesker med multisygdom

- Et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune og almen praksis

Resumé

Projektets formål er at udvikle effektive behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter med samtidig forekomst af flere kroniske sygdomme (multisygdom).

Projektet foregår i et tværsektorielt samarbejde mellem Bispebjerg Hospital, (Endokrinologisk-Gastroenterologisk Afdeling, Lungemedicinsk Afdeling, Kardiologisk Afdeling, Afdeling for Sammenhængende Patientforløb (ASP), Københavns Kommune og almen praksis.

Målet er på tværs af sygdomsspecialer og sektorer, at sikre en høj kvalitet og et koordineret sammenhængende forløb for mennesker med multisygdom. Det vil sige, at der her er tale om en udvidelse af forløbsprogrammernes diagnosespecifikke patientforløb.

Da erfaringerne med organisering af patientforløb ved multisygdom er ringe, indeholder projektet en grundig foranalyse samt en pilotintervention. Projektet er udmøntet i flere faser, hvor hver fase inddrager erfaringer fra tidligere faser. Projektet planlægges således i takt med de fremkomne delresultater.

Der søges om midler til projektets første del, der omfatter tre faser og som strækker sig over en to-årig periode.

Projektet vil gennem et samarbejde mellem patient/borger, hospitalets specialiserede personale, medarbejdere fra kommunale enheder samt læger og sygeplejersker fra almen praksis, planlægge og gennemføre veltilrettelagte sammenhængende patientforløb, og understøtte forløbskoordination for patienter med multisygdom.

Projektet er tænkt som et forsknings- og udviklingsprojekt, hvor forsknings- og udviklingsmetoder supplerer hinanden i processen. De valgte metoder vil sikre, at den viden som projektet skaber, så vidt mulig kan generaliseres til resten af regionen.

Problemstilling

I 2009 fordelte de 340.000 borgerne (16+årige) i Planlægningsområde Byen sig på følgende måde indenfor følgende tre sygdomme: 13.589 borgere med type 2 diabetes, 12.267 borgere med KOL, 12.016 borgere med hjerte-kar sygdomme.

Med implementering af forløbsprogrammer for KOL, Type 2 diabetes og hjerte-kar sygdomme, er der for disse grupper skabt de første erfaringer med effektive behandlings- og rehabiliteringsforløb, hvor de sundhedsfaglige indsatser understøttes på tværs af sektorgrænser.

Atten procent af borgerne i Region Hovedstaden har mere end én kronisk sygdom og antallet af mennesker med flere kroniske sygdomme er stigende. I modsætning til patientforløb for mennesker med en kronisk sygdom, er sygdomsforløb med forekomst af flere samtidige kroniske sygdomme komplicerede, fordi der ofte ikke er en kobling mellem

de sundhedsfaglige indsatser i forløbene. Desuden vanskeliggør og påvirker andre faktorer, som for eksempel graden af motivation hos patienten, livsstilsfaktorer, socioøkonomiske forhold og etnicitet, det optimale patientforløb. Det er også velkendt, at mange mennesker med kroniske sygdomme ikke orker eller ikke ønsker rehabilitering. Ligeså er der borgere, der aldrig møder op til rehabilitering trods læge henviste forløb og kommunal visitation. Flere patienter formår ikke at gennemføre forløbene, og andre igen har svært ved at fastholde resultaterne fra deres rehabiliteringsforløb. Vi ved desuden, at der i hjemmeplejen er borgere, med et sygdomsbillede, der har en kompleksitet, som der ikke tages højde for ved gængse standarder for behandling og rehabilitering. Endelig mangler der en tydeliggørelse af, hvordan samarbejdsrelationen bedst kan tilrettelægges til øvrige offentlige instanser, der har med målgruppen at gøre. Det drejer sig for eksempel om samarbejdet med hjemmepleje, beskæftigelsesområdet eller kræftrehabilitering.

Eksisterende forskning peger på, at de mennesker, der har flere kroniske sygdomme, har en ringere oplevelse af sammenhæng i deres forløb, dårligere livskvalitet og stor overdødelighed. Det står ikke klart hvor mange mennesker med flere kroniske sygdomme, der oplever komplicerede uhenigtsmæssige forløb indenfor de tre sygdomsgrupper diabetes, KOL og hjerte-kar sygdom. Tværsektoriel koordination og klare retningslinjer, der beskriver hvordan sundhedsfaglige ydelser tildeles på den mest effektive måde i såvel hospital, kommune og almen praksis, ses som en forudsætning for en høj patienttilfredshed.

Samtidigt er det beskrevet, at ressourceforbruget er stort i denne patientgruppe. En borger med én eller flere kroniske sygdomme (KOL, type 2 diabetes, hjerte-kar sygdom og kræft) i Københavns Kommune har i gennemsnit et kommunalt forbrug på 73.500 kr. om året, hvilket svarer til en merudgift på 26.000 kr. pr. borger. Sammenfattende afspejler ulighed i sundhed sig også ned i de konkrete udgifter, der er forbundet med de kroniske sygdomme. Eksempelvis er andelen af borgere, der modtager kommunale ydelser dobbelt så stor blandt borgere med kort uddannelse, sammenlignet med borgere med lang uddannelse (Sundhedsudgifter til personer med kroniske sygdomme i Københavns Kommune).

Der er således et åbenlyst behov for mere viden om forløb for mennesker med multisygdom. Dette gælder både patientperspektivet, men også sundhedspersonalets perspektiv. Viden om multisygdom bør indgå i en videreudvikling af diagnosespecifikke forløbsprogrammer, så der også sikres høj kvalitet og sammenhæng i disse patientforløb.

Projektets målgruppe

I projektet indgår borgere /patienter med to eller flere kroniske sygdomme (KOL, Type 2 diabetes og/eller hjerte-kar sygdom) der bor i Bispebjerg Hospitals optageområde og anvender hospitalets ydelser enten i ambulatorierne og/ eller i forbindelse med indlæggelse.

Definitioner

Multisygdom defineres i projektet som samtidig eksistens af to eller flere kroniske sygdomme det vil sige KOL, Type 2 diabetes og/eller hjerte-kar sygdom.

Formål

Projektets overordnede formål er i et tæt samarbejde mellem Bispebjerg Hospital, Københavns Kommune og almen praksis, at udvikle koordinerede og sammenhængende sundhedsfaglige indsatser for mennesker med multisygdom.

Projekt mål

- Afdække omfanget og karakteren af patientforløb hos mennesker med multisygdom i og på tværs af de tre sektorer
- Vurdere sammenhæng og koordinationsgrad af målgruppens patientforløb i og på tværs af de tre sektorer
- Afdække behovet for forløbskoordination
- Beskrive og udarbejde metoder og værktøjer der kan håndtere målgruppens behandlings - og rehabiliteringsbehov
- Udvikle og beskrive metoder og arbejdsgange på tværs af sygdomsspecifikke specialer og sektorer, der kan understøtte samarbejdet om patienter/borgere med multisygdom
- Beskrive indsatser og værktøjer, der sikrer patientinddragelse samt tværfagligt- og organisatorisk samarbejde
- Videreudvikle forløbsprogrammer så de dækker multisygdom

Metodevalg og indhold

Projektet er tænkt som et udviklings- og forskningsprojekt. Dels for at sikre, at den viden som projektet skaber, er generaliserbar og kan udbredes til resten af regionen, og dels for at udvikle og afprøve organiseringer, der sikre koordinerede og sammenhængende forløb.

Da projektets problemstillinger er komplekse, er projektet inddelt i tre faser, hvor hver fase inddrager erfaringer fra den foregående fase og tilpasses i takt med de fremkomne delresultater. Denne fremgangsmåde sikrer en præcis afdækning, afklaring og plan for en succesfuld intervention. Projektets tre faser er planlagt til at løbe over en to-årig periode, der afsluttes med et pilotprojekt, der danner basis for et efterfølgende veltilrettelagt implementerings- og interventionsstudie.

Metodevalg

Metodevalget bygger på antagelsen om, at ved et kvalificeret baggrundsmateriale, patient - og personaleinvolvering, er det muligt tværsektorielt at prioritere, planlægge, og gennemføre behandlings- og rehabiliteringstilbud i et ligeværdigt samarbejde for mennesker med multisygdom.

Under afsnittet *Tre projekt faser* listes den kombination af metodiske tilgange som projektet vil benytte sig af. Herudover anvendes datamateriale fra relevante registre til afdækning af flere af problemstillingerne, de løbende projektevalueringer og slutrapporteringen. Til evaluering af projektets effekter anvendes bl.a. Analyse og -evalueringsmodel for forløbsprogrammer, som er udviklet i Region Hovedstaden.

Perspektiver og indhold

Projektet inddrager treoverordnede perspektiver:

Patient/borger: Fokus på patienternes/borgernes oplevede behov og ønsker samt hvorledes disse kan planlægges og inddrages i et optimalt forløb.

Sundhedsfagligt: Fokus på patientgruppens størrelse, forbrug af sundhedsydelser i region og kommune samt behov for sundhedsfaglige indsatser. Planlægning af evidensbaserede sundhedsfaglige ydelser under hensynstagen til sygdomsbillede og grad af motivation prioriteres hos den enkelte patient. Derudover ønskes udvikling af metoder til håndtering af patienternes komplekse sygdomsbilleder der kan anvendes ved planlægningen af de individuelle tværsektorielle forløb.

Organisatorisk: Fokus på såvel intern som ekstern og tværsektoriel tilrettelæggelse af de sundhedsfaglige indsatser for mennesker med samtidig forekomst af flere kroniske sygdomme

Tre projekt faser

1. fase : Afdækningsfase: Her beskrives det faktiske antal patientforløb og patienter med multisygdom, der følges i hospitalets ambulatorier og eller indlægges for KOL, type 2 diabetes og hjerte/kar sygdom. Projektet anvender data fra registre og fra journal audits. En efterfølgende afdækning af disse patienters kontakt til almen praksis og kommunale serviceydelser, skal yderligere kvantificere viden om de komplekse patientforløb. Kortlægningen vil give viden om omfanget af forløb hos patienter med multisygdom samt hvilke typer af sygdomme og typer af problemstillinger der er tale om i patientforløbene.

2. fase : Patient- og personaleperspektivet: I anden fase afdækkes de problemstillinger, som henholdsvis patienter og personale oplever i forløbene. Dette gøres ved hjælp af enkeltperson interviews, fokusgruppeinterviews af patienter og personale samt journal gennemgange. I forlængelse af dette arbejde udvikles værktøjer til håndtering af de fundne problemstillinger, der er blevet afdækket. Viden herfra skal indgå sammen med resultaterne fra første fase med det formål at beskrive og udvikle veltilrettelagte patientforløb ved multisygdom.

3.fase: Forløbsbeskrivelse for patienter/borgere med multisygdom: På basis af resultaterne fra fase 1 og fase 2 udvikles en forløbsbeskrivelse for patienter med multisygdom. Heri indgår de tidligere fundne værktøjer og metoder, der kan håndtere patienter med multisygdom og deres behov for sundhedsfaglige indsatser, der fremmer sammenhæng i forløbet i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Forløbsbeskrivelsen implementeres og afprøves i et 6 måneders pilot projekt. Resultater fra pilotprojektet indgår som grundlag for beskrivelsen af den endelige forløbsbeskrivelse. Planen er efterfølgende at udarbejde projektbeskrivelse og ansøgning af midler til et fuldt implementerings- og interventionsstudie.

Organisering

Projektet organiseres som et samarbejdsprojekt mellem Afdelingen for Sammenhængende Patientforløb, Bispebjerg Hospital, Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune og almen praksis.

Styregruppe

Projektet organiseres med en styregruppe, der har ansvar for sammenhæng og fremdrift i projektet. Styregruppens formandskab varetages i fællesskab af de to direktioner. Styregruppen består af repræsentanter fra direktionerne fra Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler og Københavns Kommune og repræsentanter fra almen praksis, forskere, klinikere samt projektleder. Medlemmerne af styregruppen har det overordnede ansvar for det samlede projekt og skal samtidig være med til at skabe interesse for projektet inden for eget fag - og arbejdsområde samt bidrage til implementering af projektet.

Projektleder

Projektet har en projektleder, der sikrer projektets daglige drift i et tæt samarbejde med sundhedsfaglige personer i de tre organisationer og i projektgruppen. Projektlederen varetager den overordnede og daglige koordination og er samtidig ansvarlig for den praktiske planlægning og tilrettelæggelse af projektet på tværs af sektorerne.

Forsker

For at sikre et højt fagligt niveau, og anvendelse af valide udviklings- og forskningsmetoder indgår en forsker i projektet.

Projektgruppe

Der nedsættes en projektgruppe, som udfærdiger den endelige protokol og understøtter projektets udmøntning og evalueringsplan. Projektgruppen består af klinikere fra de tre specialer lungemedicin, endokrinologi og hjerte/ karsygdom, repræsentanter fra kommune og almen praksis. Projektgruppen refererer til styregruppen.

Referencegruppe

Der nedsættes en referencegruppe bestående af repræsentanter fra patientforeninger indenfor KOL, type 2 diabetes og hjerte/ karsygdomme.

Plan for evaluering

Hver fase afsluttes med en evaluering og udfærdigelse af en plan for det videre arbejde baseret på de opnåede resultater. Afslutningsvis evalueres den samlede indsats med udgangspunkt i projektets løbende evaluering, der inkluderer vurdering af patienternes livskvalitet og tilfredshed med forløb, evidensbaserede proces- og resultatet indikatorer, den organisatoriske kvalitet og ressourceforbruget. Projektet, anvender Evaluerings – og analysemodel for forløbsprogrammer udviklet i Region Hovedstaden, til vurdering af den samlede effekt af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.

Hvordan formidles projektet og de opnåede erfaringer til andre

For at sikre projektets succes og resultaternes bæredygtighed, vil der fra projektets start og gennem hele projektets livscyklus foregå et konstant samspil mellem projektpartnerne og potentielle brugere af projektsresultaterne.

Bl.a. planlægges der foredrag og udarbejdelse af artikler til videnskabelige tidsskrifter og lokale aviser.

For de involverede interessenter vil der blive afholdt workshop. Derudover vil resultater løbende blive formidlet gennem de etablerede tværsektorielle videndelingsmøder.

Tidsplan og milepæle

Fase 1. 2013	Aktiviteter
Januar	Ansættelse af personale til projektledelse, udvikling og forskning
Februar – marts	Etablering og afholdelse af styre- arbejds- og referencegrupper med udarbejdelse af endelig protokol, opfølgning, justering og plan
April – juni	Fase 1. Kortlægning af problemområdets omfang, dataindsamling og bearbejdning med beskrivelse det faktiske antal patientforløb og patienter med multisygdom, der følges i hospitalets ambulatorier for KOL, type 2 diabetes og hjerte/kar sygdom.
Fase 2. 2013-14	Aktiviteter
Juli - marts 2014	Patient- og personaleperspektivet afdækkes. Der gennemføres interviews med patienter og personale, bearbejdning, analyse mhp. plan og udvikling af værktøjer til forløbsbeskrivelse for multisygdom.
Fase 3. 2014	Aktiviteter
April - september	Forløbsbeskrivelse for patienter/borgere med multisygdom udarbejdes. Gennemførelse af pilotprojekt.
Oktober – december	Evaluering med henblik på gennemførelse af fuldt projekt med implementering. Udarbejdelse af projektbeskrivelse og ansøgning af midler til et fuldt implementerings- og interventionsstudie.

Finansiering af det samlede projekt

Budgetpost 2013	Beløb
Løn til projektledelse, udvikling og forskning	1.350.000
Studertermedhjælp	75.000
Indkøb af data	50.000
Sundhedsfaglig sparring / almen praksis	150.000
Sundhedspersonale til deltagelse i interview/journalgennemgang	50.000
Evaluering	200.000
Diverse aktiviteter herunder kurser og formidling	50.000
Finansieringsbehov 2013	1.925.000
Budgetpost 2014	
Løn til projektledelse, udvikling og forskning	1.350.000
Studertermedhjælp	75.000
Sundhedsfaglig sparring fra almen praksis	150.000
Pilotprojekt intervention	200.000
Evaluering	200.000
Diverse aktiviteter herunder kurser og formidling	50.000
Finansieringsbehov 2014	2.025.000
Ansøgte beløb	3.950.000

Medfinansiering fra Københavns kommune i 2014

Til gennemførelse af pilotprojektets
intervention (forløbskoordination)

230.000 kr.

Ydelsen "forløbskoordination" bevilliges" af Københavns Kommune til "komplekse borgere", og er oftest borgere med multisygdom. I øjeblikket modtager 156 borgere fra Bispebjerg Hospitals optageområde ydelsen, hvilket svarer til et samlet beløb på 789.750 kr.. Størrelsesordenen af de udgifter, der er forbundet med ydelser til "komplekse borgere", kan ikke estimeres på nuværende tidspunkt.

Referencer

1. Kroniske sygdomme - forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelse i Region Hovedstaden 2011
<http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler>.
2. Sundhedsprofiler Region Hovedstaden 2011
http://www.regionh.dk/sundhedsfremme/Menu/Generel_information
3. Frølich A, Høst D, Schnor H, Nørgaard A, Ravn-Jensen C, Borg E, Hendriksen C. Integration of healthcare rehabilitation in chronic conditions. *Int J Integr Care* 2010; 10: e033.
4. Vadstrup ES, Frølich A, Perrild H, Borg E, Røder M. Effect of a group-based rehabilitation programme on glycaemic control and cardiovascular risk factors in type 2 diabetes patients: The Copenhagen Type 2 Diabetes Rehabilitation Project. *Patient Educ Couns BMC Public Health* 2009; 9:16.
5. Vadstrup ES, Frølich A, Perrild H, Borg E, Røder M. Lifestyle intervention for type 2 diabetes patients: trial protocol of The Copenhagen Type 2 Diabetes Rehabilitation Project. *BMC Public Health* 2009; 9:166.
6. Jacobsen R, Frølich A, Godtfredsen NS. Impact of exercise capacity on dyspnoea and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2012; 32(2): 92-100.
7. Frølich A. Identifying organizational principles and management practices important to the quality of health care services for chronic conditions. PhD Thesis Review. *Dan Med J* 2012; 59 (2): B4387.
8. Jacobsen, Vadstrup ES, Røder MR, Frølich A. Predictors of effects of lifestyle intervention on diabetes mellitus type 2 patients. *The Scientific World Journal* 2012. Volume 2012, Article ID 962951.
9. Vadstrup ES, Frølich A, Perrild H, Borg E, Røder M. Health-related quality of life and self-rated health in patients with type 2 diabetes: Effects of group-based rehabilitation - versus individual counseling. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011, 9: 110.
10. Gottlieb V, Lyngsø AM, Nybo B, Frølich A, Backer V. Pulmonary rehabilitation for moderate COPD (GOLD 2). Does it have an effect? *COPD* 2011; 8: 380-6.
11. Frølich A, Bellows J, Nielsen BF, Brockhoff PB, Hefford M. Effective population management practices in diabetes care – an observational study. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 277.
12. Lyngsø AM, Backer V, Gottlieb V, Nybo B, Østergaard MS, Frølich A. Early detection of COPD in primary care - The Copenhagen COPD Screening Project. *BMC Public Health* 2010; 10: 524.
13. Vadstrup ES, Frølich A, Perrild H, Borg E, Røder M. Effect of a group-based rehabilitation programme on glycaemic control and cardiovascular risk factors in type 2 diabetes patients: The Copenhagen Type 2 Diabetes Rehabilitation Project. *BMC Public Health* 2009; 9: 16.
14. Iezzoni LI. Multiple chronic conditions and disabilities: implications for health services research and data demands. *Health Serv Res*. 2010; 45: 1523-40.
15. Tinetti ME, Studenski SA. Comparative effectiveness research and patients with multiple chronic conditions. *N Engl J Med* 2011; 364: 2478-81.
16. Lee TA, Shields AE, Vogeli C et al. Mortality rate in veterans with multiple chronic conditions. *J Gen Intern Med* 2007; 22 Suppl 3: 403-7.

17. Vogeli C, Shields AE, Lee TA et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med* 2007; 22 Suppl 3: 391-5.
18. Thiem U, Theile G, Junius-Walker U et al. Prerequisites for a new health care model for elderly people with multimorbidity: the PRISCUS research consortium
10. *Z Gerontol Geriatr* 2011; 44: 115-20.
19. Boyd CM, Darer J, Boult C et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005; 294: 716-24.
20. Lehnert T, Heider D, Leicht H et al. Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Med Care Res Rev* 2011; 68: 387-420.
21. Brown AF, Mangione CM, Saliba D et al. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: S265-S280.
22. U.S. Department of Health and Human Services. Multiple chronic conditions - A strategic framework: Optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions. 2010. Ref Type: Report.
23. Boult C, Karm L, Groves C. Improving chronic care: the "guided care" model. *Perm J* 2008; 12: 50-4.