



Forløbsprogram for diabetes

EPJ-observatoriet 11. oktober 2007

Lisbeth Høeg-Jensen

Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen

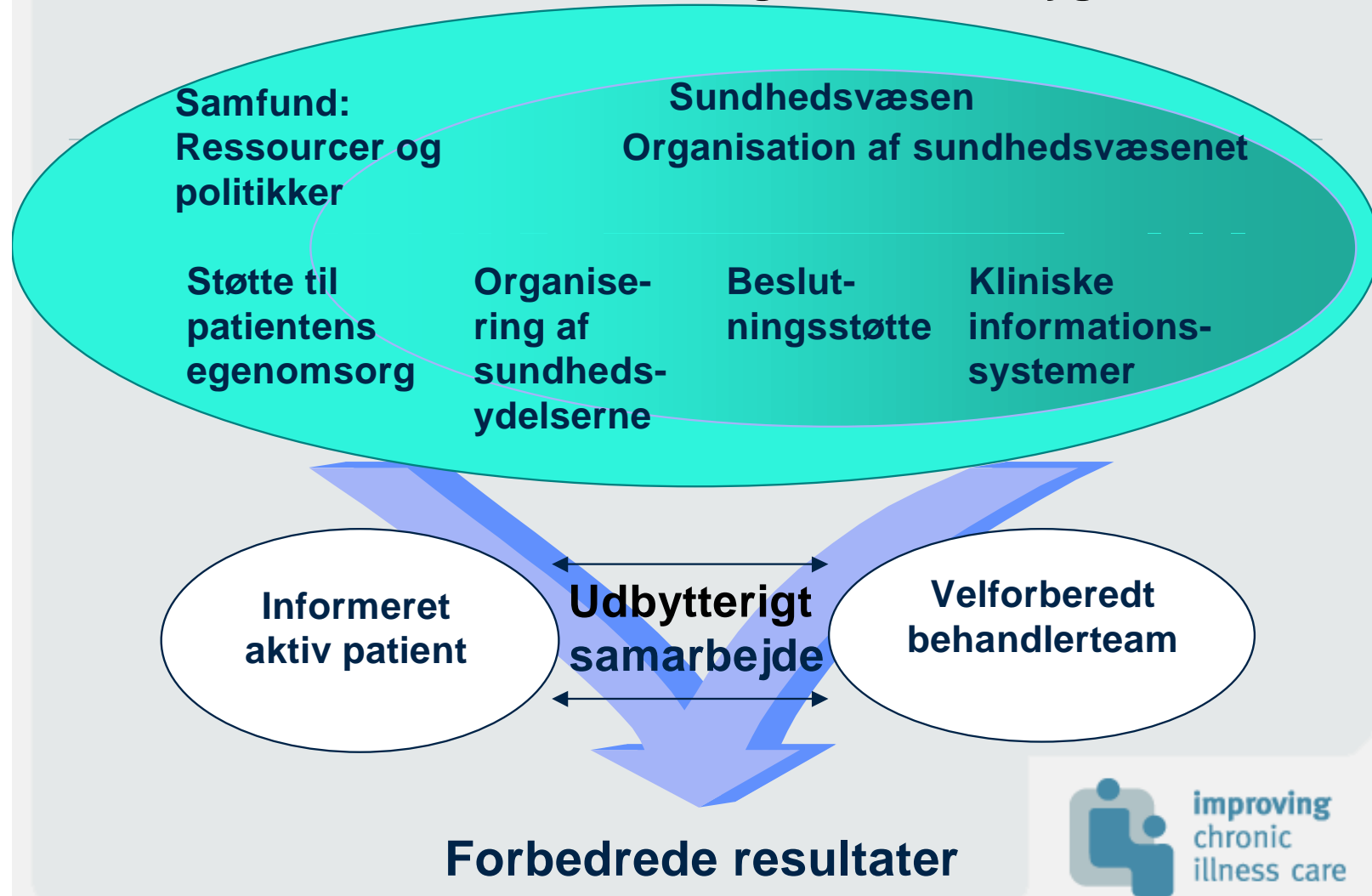
Projekt sundhedsvæsenet og kronisk sygdom

Det overordnede projekts formål:

At medvirke til at skabe grundlaget for implementering af anbefalinger fra rapporten: "Kronisk sygdom – Patient, sundhedsvæsen og samfund", Sundhedsstyrelsen 2005

The Chronic Care Model

Model for behandling af kronisk syge



Indhold af projektet

Samtidig udvikling af:

- "Forløbsprogram for kronisk sygdom – generisk model"

og

- "Forløbsprogram for diabetes" – med udgangspunkt i eksisterende nationale/landsdækkende initiativer

Definition af forløbsprogram (I)

Et forløbsprogram er en plan for den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given sygdom, der sikrer en præcis beskrivelse af opgavefordeling, anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats og koordinering mellem de involverede parter

Definition af forløbsprogram (II)

Et forløbsprogrammet sigter på at opnå en høj kvalitet af indsatsen og en hensigtsmæssig resurseudnyttelse.

Der lægges vægt på en planlagt indsats, der forebygger akutte episoder og komplikationer.

Der foregår en løbende monitorering af indsatsen via kvalitetsindikatorer.

Komponenter i et forløbsprogram

Et forløbsprogram består af 6 komponenter:

- I Definition af patientgruppe
- II Den sundhedsfaglige indsats
- III Den overordnede organisering
- IV Monitorering
- V Implementering
- VI Evaluering og opdatering

Forløbsprogram for diabetes

Indhold - komponent I

- I: Forløbsprogrammets patientgruppe er fastlagt, bliver identificeret og registreret
 - Alle personer med diabetes
 - Sygehuse: ICD-10 diagnosekoder
 - Almen praksis: Udvidet dansk ICPC-kodesystem
 - Kommunerne: EOJ?

Indhold – komponent II

II: Den sundhedsfaglige indsats, der er relevant for den pågældende sygdom, er beskrevet med henvisning til relevante evidensbaserede kliniske retningslinier

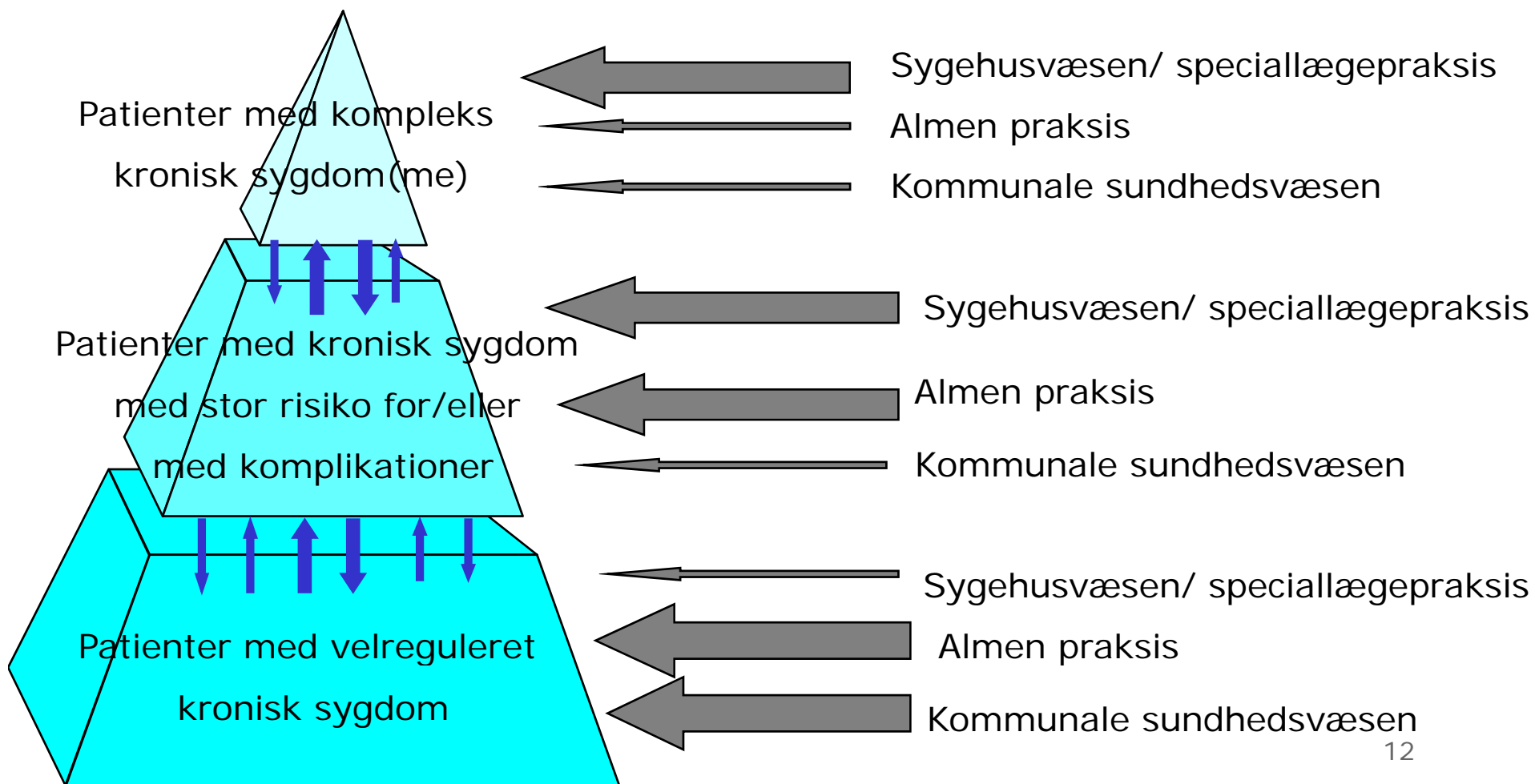
- Krav vedr. den nydiagnosticerede patient
- Krav til den regelmæssige opfølgning
- Krav til årskonsultation
- Individuelle handleplaner
- Støtte til egenomsorg
- Intensiveret patientuddannelse
- Den sårbare patient

Indhold – komponent III

- III: Den overordnede organisering af den sundhedsfaglige indsats er fastlagt
- Gradueret sundhedsfaglig indsats, herunder kriterier for stratificering af patientgrupper
 - Principper for fastlæggelse af den lokale/regionale indsats
 - Nationale krav til organisering
 - Samarbejdsaftaler/sundhedsaftaler

Stratificeringspyramide

Leverandør af sundhedsfaglig indsats



Indhold – komponent IV

IV: Standarder med tilhørende indikatorer til monitorering af indsatsens kvalitet og effekt er fastlagt

- Nationalt Diabetesregister
- Det Nationale Indikatorprojekt
- Dansk DiabetesDatabase
- Dansk Almenmedicinsk Database
- Den Danske Kvalitetsmodel
- Forslag til yderligere monitoreringsinitiativer

Indhold – komponent V og VI

V: Plan for implementering af forløbsprogrammet foreligger

Regional/lokal uddybning og implementering

VI: Plan for evaluering og opfølgning på forløbsprogrammets indhold foreligger

Del af fremtidig national koordinering?

Koordinerende funktioner

- Tovholder
- Forløbskoordinator
- Regional koordinator

Tovholder

Det anbefales, at alle patienter med kronisk sygdom har en *tovholder*, der har ansvar for:

- at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- at vurdere patientens helbred løbende
- at følge systematisk op, herunder sikre en proaktiv indsats
- at bidrage til fastholdelse af behandlingsmål

Som udgangspunkt den praktiserende læge

Forløbskoordinator

- Det anbefales, at særligt sårbare patienter, tilbydes udvidet støtte til gennemførelse af behandling og rehabilitering
- Tilbuddet om udvidet støtte kan udformes forskelligt, ligesom ansvaret for opgaven kan ligge flere steder.
- Det væsentlige er, at patienter med dette behov identificeres, og at der tilrettelægges en målrettet, personlig tilrettet indsats.

Forløbskoordinator - opgaver

- Koordinering af tværfaglig og tværsektoriel indsats på tværs af sygdomme(n)
- Understøtte patienten muligheder for egenomsorg
- Sikre opfølgning, koordinering og justering af initiativer
- Kontakt til relevante dele af sundhedsvæsenet, når patienten skal eller har skiftet mellem sektorer eller forskellige behandlere.

Kriterier for henvisning til forløbskoordinator

- Sygdommens kompleksitet og/eller flere samtidigt behandlingskrævende kroniske sygdomme gør det vanskeligt at gennemføre og fastholde behandlingen
- Patienten er identificeret som særligt sårbar og har brug for understøttelse af sine muligheder for egenomsorg.

Regional koordinator

- Funktion og tilknytning beskrives i sundhedsaftaler
- Bistår med grundlag for beslutninger, når der skal indføres forløbsprogrammer for kroniske sygdomme
- Følger implementering, udvikling og opfølgning i forhold til de specifikke forløbsprogrammer i region og kommuner.

IT-understøttelse

- Videndeling mellem alle de parter, der er involveret i forløbet
- Videndeling med patienten
- Epidemiologisk monitorering
- Stratificering af sygdomsgrupper

Udvikling af forløbsprogrammet – hvad virkede?

- Bred enighed om behovet for at se på organiseringen af den samlede indsats overfor personer med kroniske sygdomme
- Interesse fra alle faggrupper og sektorer i at deltage i udvikling af generisk model og forløbsprogram for diabetes
- Fokusområde – nationalt og regionalt/lokalt

Udvikling af forløbsprogrammet – udfordringer

- Krav til opgavefordelingen mellem almen praksis, sygehuse/speciallægepraksis og kommuner
- Krav til kompetencer hos forskellige aktører
- Stratificeringskriterier
- Koordinerende funktioner
- IT-understøttelse