

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet
Journal nr.: 14/30202
Dato: 27. maj 2015

Udarbejdet af arbejdsgruppen vedr. Nye rammer for det tværsektorielle samarbejde om personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark

Notat

En generisk model for patientforløb for udvalgte kroniske sygdomme i Region Syddanmark

Baggrunden for modellen

I det følgende beskrives den syddanske generiske model for patientforløb for udvalgte kroniske sygdomme. Arbejdet med beskrivelsen af en generisk model er igangsat som et led i Sundhedsaftalen 2015-2018. Her har Det Administrative Kontaktforum i Region Syddanmark iværksat udarbejdelse af nye rammer for det tværsektorielle samarbejde om personer med kronisk sygdom.

Den generiske model tænkes anvendt som skabelon for udarbejdelsen af målgruppespecifikke forløbsprogrammer for udvalgte målgrupper indenfor kronisk sygdom. Forløbsprogrammer er organisatoriske redskaber til at understøtte kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med kronisk sygdom. Et forløbsprogram beskriver hvordan parterne har aftalt at samarbejde og koordinere indsatsen for en specifik målgruppe af mennesker med kronisk sygdom på tværs af region, praksissektor og kommuner.

Der henvises endvidere til Sundhedsaftalen 2015-2018 og Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for nærmere detaljer og indhold i programmerne.

En stor del af indholdet i de nye forløbsprogrammer forventes at være i overensstemmelse med allerede eksisterende aftaler og praksis.

Nyt i forhold til de eksisterende forløbsprogrammer

Ved skitseringen af den nye model viser vi borgerrettet forebyggelse og tidlig opsporing som en integreret del af det samlede patientforløb – dette for at synliggøre, at indsatsen og forløbet starter før diagnosticeringen af lidelsen.

Desuden tydeliggøres via de parallelle striber/pile (se illustrationen/figuren af modellen), at indsatser vedr. behandling, rehabilitering og øvrige indsatser sker sideløbende. Modellen giver mulighed for kommunal visitation - herunder mulighed for at tilbyde patientuddannelse - såvel på tværs af diagnoser som diagnosespecifikt.

Ved stratificering, risikovurdering og visitation anerkendes det brede rehabiliteringsbegreb, der jf. Sundhedsaftalen eksempelvis også involverer stillingtagen til borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet, når det enkelte patientforløb tilrettelægges, og eventuel henvisning til kommunen overvejes.

Hvilke patienter/borgere er modellen relevant for?

Udvælgelsen og beskrivelsen af hvilke målgrupper, der i Region Syddanmark skal være forløbsprogrammer eller samarbejdsaftaler for, er beskrevet i særskilt notat. Hver af disse målgrupper vil være nærmere beskrevet (inklusionskriterier) i det pågældende forløbsprogram, typisk med udgangspunkt i en diagnose/sygdom. Fælles for de valgte målgrupper er, at de ofte ses i almen praksis eller på sygehusene. Der er tale om sygdomme, som er udbredte i befolkningen, og som er forbundet med betydelige samfundsmæssige omkostninger.

Inden for hver af disse målgrupper (eksempelvis "mennesker med diabetes" eller "mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom") vil der være meget forskellige patienter, der hver især tilsvarende vil have brug for meget forskellige ydelser. Nogle patientforløb er mere komplekse end andre, og ressourcebehovet dermed tilsvarende forskelligt: Inden for ét forløbsprogram vil der således både være enkle og komplekse forløb og adskillige varianter derimellem. Programmerne vil omfatte samtlige disse "varianter".

Forløb for velfungerende patienter med mild sygdom, som primært har brug for at blive tilset af egen læge og ikke har behov for kommunale indsatser, vil kun kort blive berørt i programmet, mens der vil være større behov for afklaring af og aftaler vedr. forløb hvor flere sektorer er inde over – eksempelvis komplekse, meget syge (eventuelt multisyge) patienter med behov for kommunal støtte og rehabiliteringsindsatser i både sygehus- og kommunalt regi.

Det enkelte forløbsprogram vil gælde for en udvalgt målgruppe – eksempelvis "mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom" - fortrinsvist defineret og afgrænset ved diagnose(kode)r. Ved udarbejdelsen af et forløbsprogram beskrives også hvilke andre somatiske og psykiske sygdomme, der hyppigst forekommer sammen med denne lidelse.

I forløbsprogrammet beskrives for hver af de i figuren viste indsatser følgende

- 1) Hvilken indsats er der tale om?
- 2) Hvem er ansvarlig for udførelsen og hvornår?
- 3) Hvordan dokumenteres der i forhold til patientforløbet?
- 4) Hvad, hvordan og hvornår kommunikeres videre til øvrige aktører i patientforløbet?
- 5) Beskrivelse af væsentligste handlemuligheder

Beskrivelse af den syddanske generiske model for patientforløb for udvalgte kroniske sygdomme

Den rehabiliterende tilgang kommer i modellen til udtryk via helhedsorienterede indsatser, der understøtter og tager udgangspunkt i patientens egne ressourcer, og hvor indsatserne i de tre sektorer sker samtidigt og indbyrdes integreret og koordineret.

Med modellen søges anskueliggjort, at kommunerne kan have tilbud, som går på tværs af diagnose-specifikke forløb, og/eller som kan være de samme i både forebyggelses- og rehabiliteringsøjemed. Dette med henblik på at afhjælpe de udfordringer, nogle kommuner har med mangel på volumen i holdaktiviteter, uden at forhindre at kommuner med tilstrækkeligt stor volumen kan tilbyde diagnose-specifikke indsatser.

Forebyggelse og tidlig opsporing

Borgerrettet forebyggelse er et vigtigt indsatsområde i forhold til at bremse udviklingen af kroniske sygdomme i befolkningen. Da ressourcerne hertil i praksis prioriteres i forhold til patientrettet forebyggelse, har arbejdsgruppen vurderet det relevant at synliggøre den borgerrettede indsats i modellen.

Tidlig opsporing har stor betydning i forhold til at opdage kronisk sygdom på et tidligt tidspunkt. Dermed er der en mulighed for at bremse udviklingen, forebygge følgesygdomme og komplikationer til den kroniske sygdom samt helt at undgå eller udskyde den rehabiliterende indsats.

Den borgerrettede forebyggelse finder sted i almen praksis og i kommunerne, mens alle sektorer har et ansvar for den tidlige opsporing samt patientrettet forebyggelse.

Modellen illustrerer ikke, at tidlig opsporing også indebærer fokus på multisygdom, eksempelvis risikofaktorer for og tidlige sygdomsstadier af andre kroniske sygdomme. Denne opmærksomhed og efter-

følgende indsats skal være en del af diagnosticeringen og indgå som en del af risikovurderingen af borgeren.

Diagnostik, risikovurdering og stratificering

Skitseringen af patientforløbet illustrerer borgerens patientforløb fra diagnosetidspunktet og resten af livet. Der skal ved tilrettelæggelsen af det enkelte forløb tages udgangspunkt i borgerens ressourcer, behov og forudsætninger, borgeren er hovedpersonen i sit eget forløb. Som det er skitseret i modellen, starter patientforløbet med **diagnosticering, risikovurdering og stratificering**.

Idet almen praksis eller sygehus stiller en diagnose, har de et ansvar for at stratificere borgeren og foretage en risikovurdering. Dette indebærer, at lægen vurderer følgende;

- 1) Vurdering og beslutning om hvem der er den **rette behandler** (almen praksis eller sygehus). Vurderingen sker primært på baggrund af sygdommens sværhedsgrad og kompleksitet (f.eks. multisygdom eller andre forhold, som for pågældende sygdom har betydning for valg af behandler). Kriterierne for, hvornår borgeren skal behandles af henholdsvis egen læge og sygehus, skal klart fremgå af patientforløbsprogrammet. På baggrund af disse vurderinger henvises til rette (lægelige) behandler, hhv. igangsættes behandling, hvis man selv er rette behandler.
- 2) Vurdering af borgerens **behov for rehabilitering**. Hvilket behov og ønske har borgeren i forhold til rehabilitering, og i hvilken sektor findes det rette rehabiliteringstilbud? Rehabiliteringstilbud skal her forstås bredt, dvs også inkluderende forebyggelsestilbud. Kriterierne for henvisning til rehabiliteringstilbud henholdsvis på sygehusene og i kommunerne skal fremgå af forløbsprogrammerne. Ligeledes skal det i forløbsprogrammerne beskrives, hvordan henvisningen skal foregå.
- 3) Vurdering af om borgeren har **behov for særlig støtte**. Er der behov for særlige hensyn i tilrettelæggelsen af forløbet? Vil borgeren have behov for støtte til gennemførelse af patientforløbet ud over hvad borgeren selv, borgerens netværk og egen læge som tovholder formår? I så fald henvises til kommunen for nærmere afklaring af behov og mulighed. Kriterierne for hvilke borgere, der har behov for støtte, skal fremgå af forløbsprogrammerne. Desuden skal af forløbsprogrammet fremgå, hvilke former for særlig støtte der som minimum skal kunne henvises til, og det skal beskrives, hvordan henvisningen skal foregå.

Det er vigtigt at have en opmærksomhed på, at ovennævnte tre-trins-vurdering i forhold til 1) rette behandler 2) behov for rehabilitering 3) behov for særlig støtte gentages, når det er relevant i patientforløb, typisk vil det være i forbindelse med at der sker en ændring i borgerens situation.

Modellen beskriver ikke i sig selv, hvordan man stratificerer, eller hvilke kriterier, der skal lægge til grund for viderehenvisning m.v. Dette vil først blive fastlagt i selve aftalerne og forløbsprogrammerne. Tydelige stratificerings-, henvisnings- og visitationskriterier vil udgøre væsentlige elementer i de nye programmer.

Behandlingen igangsættes samtidig med eller lige efter diagnosticeringen. Almen praksis og/eller sygehuset har behandlingsansvaret. Behandlingsforløbet tilrettelægges i samråd med patienten, og den valgte behandling sker med afsæt i kliniske vejledninger og standarder.

Rehabiliteringen kan igangsættes sideløbende med behandlingen og særlige indsatser. Rehabiliteringsforløbet indledes med en visitering, hvor den sundhedsprofessionelle sammen med borgeren tager beslutning om, hvilke tilbud der vil være bedst for den enkelte borger. Som beskrevet i Sund-

hedsaftalen 2015-2018 (afsnit 2.2), så er det en forudsætning for et vellykket rehabiliteringsforløb, at der er sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer og forvaltninger. Det betyder, at almen praksis, sygehus og kommuner skal arbejde med udgangspunkt i fælles mål til gavn for borgeren.

Med udgangspunkt i Hvidbogens definition af rehabilitering, så er et rehabiliteringsforløb et afgrænset tidsforløb. Det betyder, at borgeren bør afsluttes efter endt rehabilitering. Inden borgeren afsluttes, skal det sikres, at den sektor, som afslutter borgeren, sammen med borgeren har opsat klare aftaler omkring opfølgning og forankring.

Særlige støtte kan igangsættes sideløbende med behandlingen og rehabiliteringen. Særlige indsatser tilbydes til de borgere, som vurderes ikke selv at have ressourcerne til at gennemføre et patientforløb, og hvor borgerens netværk eller egen læge heller ikke vil være i stand til at byde ind med den tilstrækkelige støtte. De særlige indsatser kan f.eks. være. forløbskoordinering, udskrivningsaftaler, støtte-kontaktpersoner og lignende tilbud. Har borgeren behov for understøttende indsatser på eksempelvis social- og beskæftigelsesområdet, så skal der også være mulighed for dette. Her er kommunen primære aktør, men de øvrige sektorer er medansvarlige for identifikation og registrering af borgerens behov samt henvisning til kommunen. Der kan også i sygehusregi være behov for at støtte op om eller have særlig opmærksomhed på visse patienter i komplicerede forløb, f.eks. sårbare, multisyge m.fl.