

PARTNERSKAB FOR BÆREDYGTIG SUNDHED
LØSNINGSKATALOG



abbvie

Ønsker du mere information om Partnerskab for Bæredygtig Sundhed, baggrundsmateriale, eller er du interesseret i at høre mere om de enkelte projekter, er du meget velkommen til at kontakte partnerskabets sekretariat eller AbbVie

Kontakt til sekretariatet:
Chefkonsulent, Jacob Holst Andersen, LEAD Agency,
e-mail jacob@leadagency.dk, tlf. 6065 4690.

Kontakt til AbbVie:
Government Affairs Manager, Andreas Stefansen,
e-mail andreas.stefansen@abbvie.com, tlf. 4214 2700

Pressekontakt:
Communication Manager, Danek Olsen
e-mail danek.olsen@abbvie.com, tlf. 4214 2834

UDGIVET AF: ABBVIE, JUNI 2014

REDAKTION: LEAD AGENCY

FOTOS: ABBVIE, 123RF.COM

PRODUKTION: LEAD AGENCY

TRYK: DIGITALHUSET, VEJLE

OPLAG: 250 STYK

All rights reserved©

Biopharmavirksomheden AbbVie er initiativtager til Partnerskab for Bæredygtig Sundhed og har afholdt alle omkostninger forbundet med partnerskabets arbejde. Konsulentfirmaet LEAD Agency har fungeret som sekretariat og facilitator af arbejdet i partnerskabet.

PARTNERSKAB FOR BÆREDYGTIG SUNDHED

Løsningskataloget er udarbejdet med input fra Partnerskab for Bæredygtig Sundhed. Partnerskabsdeltagerne har på fire møder i perioden december 2013 til maj 2014 drøftet bæredygtige løsninger for kronisk syge patienter.

I maj 2014 mødtes deltagere fra partnerskabet i en workshop, hvor de konkrete projektforslag i løsningskataloget blev udviklet. Partnerskabet er ikke efterfølgende blevet bedt om samlet at støtte forslagene, og medlemmerne kan dermed ikke tages til indtægt for de enkelte forslag.

FØLGENDE ORGANISATIONER HAR DELTAGET I PARTNERSKAB FOR BÆREDYGTIG SUNDHED:

- Venstre, Folketinget
- Dansk Folkeparti, Folketinget
- Danske Regioner
- Parkinsonforeningen
- Colitis-Crohn Foreningen
- Morbus Bechterew Foreningen
- ForeningeN Unge med Gigt
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Sygeplejeråd
- FOA
- Astma-Allergi Danmark
- Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse
- Region Hovedstaden
- Region Sjælland
- Region Midtjylland
- Københavns Kommune
- Aarhus Kommune
- Odense Kommune
- Køge Kommune
- Slagelse Kommune
- Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
- Falck Healthcare
- Health Navigator

KRONISKE SYGDOMME SKABER PRES PÅ SUNDHEDSVÆSENET

Kroniske sygdomme tegner sig for over 85 pct. af alle dødsfald i EU. 70-80 pct. af de europæiske sundhedsudgifter er rettet mod kronisk behandling og pleje. Samlet beløber det sig til € 700 milliarder i EU. Det viser tal fra Eurostat og OECD.

Tilsvarende er situationen i Danmark alvorlig. Ifølge Sundhedsstyrelsen har cirka 35 pct. af den voksne befolkning en kronisk sygdom. I 2010 viste tal fra Danske Regioner, at over 10 milliarder kroner om året går til behandling af de fire største kroniske patientgrupper med diabetes, KOL, gigt og hjerteproblemer.

Derudover er det kostbart, når patienter er langtidssygemeldte i længerevarende udredningsforløb, eller når de helt mister arbejdsevnen og kommer på førtidspension. En analyse fra PensionDanmark viser, at forskellige typer af udredningsforløb på 6-12 måneder koster samfundet 150-300.000 kr. pr. patient i tabt arbejdsproduktion og offentlige udgifter til sygedagpenge.

Skriften på væggen bliver stadig tydeligere. Der er behov for nye løsninger, der kan sikre en bæredygtig udvikling i sundhedsvæsenet.

Der er momentum for at skabe nye løsninger. Reformerne af sygedagpenge og førtidspension sætter streg under behovet for at fastholde kroniske patienter på arbejdsmarkedet. Evalueringen af kommunalreformen peger på ændrede incitamentsmodeller i sundhedsvæsenet og et behov for bedre samarbejde på tværs af sektorerne. Helt i tråd med det har Regeringen, Danske Regioner og KL udsendt sundhedspolitiske udspil, hvor samarbejde på tværs af fag og sektorer er centrale elementer.

Initiativer er allerede igangsat. Blandt andet har Sundhedsstyrelsen etableret forløbsprogrammer for kronisk sygdom, udsendt forebyggelsespakker og udarbejdet en national sundhedsprofil om danskernes sundhed. Rammevilkårene er altså til stede for at skabe løsninger. Ikke mindst i form af de nye sundhedsaftaler for regioner og kommuner, hvor der er afsat henholdsvis 250 mio. og 300 mio. til blandt andet at styrke et sammenhængende sundhedsvæsen.

NU SKAL DER HANDLES

De mange udspil og gode intentioner skal nu stå deres prøve. Nye løsninger skal udvikles.

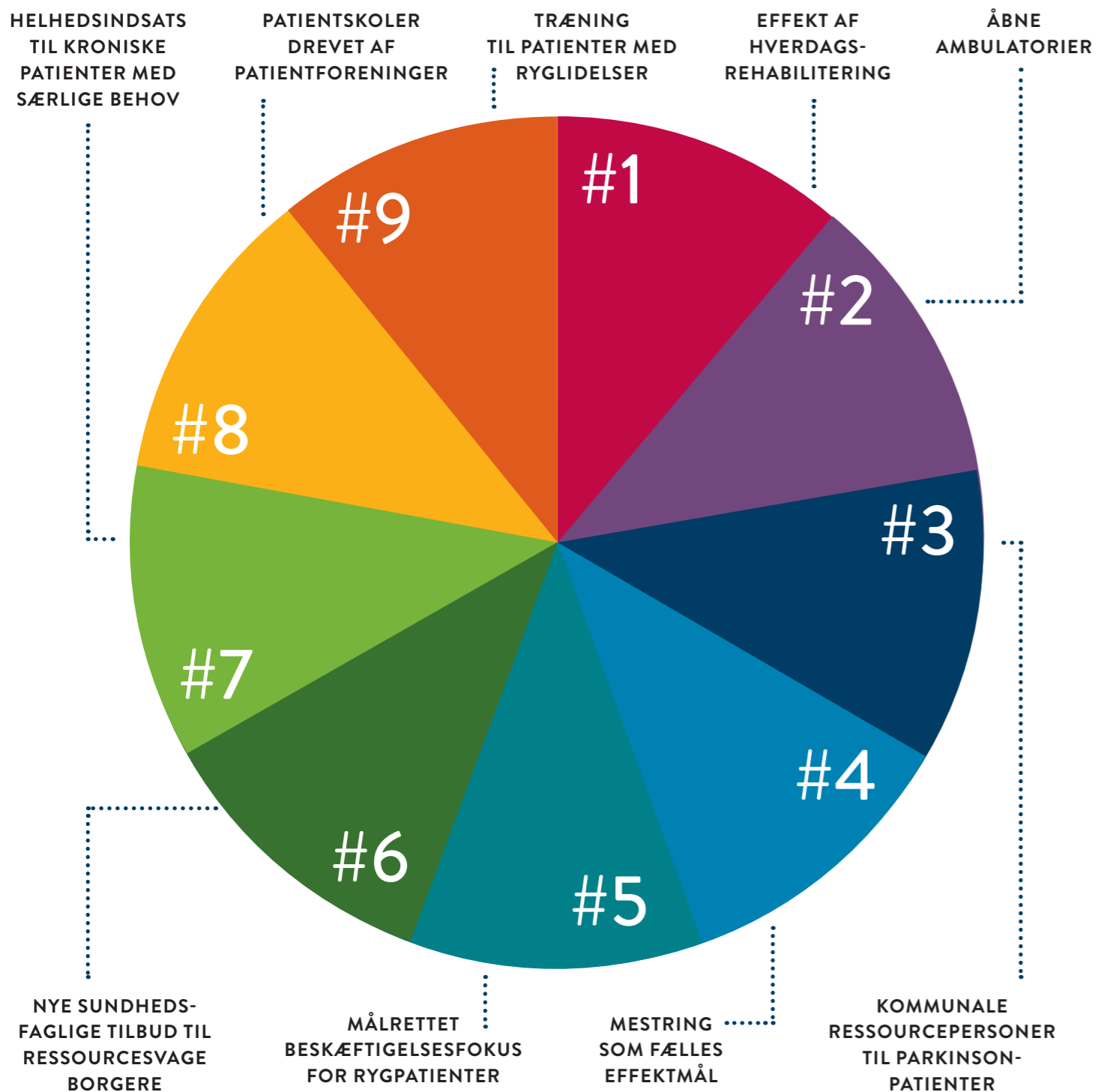
Det er baggrunden for, at AbbVie har taget initiativ til etableringen af Partnerskab for Bæredygtig Sundhed. Partnerskabet blev til i december 2013 med deltagere fra Folketinget, regioner, kommuner, patientforeninger, forskningsinstitutioner, fagbevægelsen, faglige selskaber og private virksomheder.

Målet var fra starten klart: Partnerskabet skulle på baggrund af input fra danske og internationale forskere diskutere og udvikle idéer til bæredygtige sundhedsløsninger. Forløbet har været fokuseret omkring, hvordan udredning, intervention og samlet behandlingsforløb påvirker patienternes livskvalitet, sociale liv, arbejdsevne, mulighed for at fastholde en tilknytning til arbejdsmarkedet – og endelig; den totaløkonomiske effekt af behandlingen.

De tre første møder har derfor været struktureret efter henholdsvis **TIDLIG OPSPORING, PATIENT-KOORDINERING** og **TOTALØKONOMISK EFFEKT**. Det fjerde møde i maj havde form af en workshop, hvor partnerskabsdeltagerne blev bedt om at udvikle konkrete projektforslag til løsninger for kroniske patienter.

Resultatet er dette løsningskatalog. Det har været et inspirerende forløb, som har bevist værdien af at samle aktører på tværs af sektorer og fag. Partnerskabet har åbnet nye perspektiver og kan forhåbentlig også åbne for nye initiativer. Løsningskataloget er tænkt som en grobund for sådanne nye initiativer. Det er håbet, at løsningerne vinder udbredelse og bliver omsat til konkrete projekter. Til gavn for kroniske patienter og for samfundsøkonomien.

” 35 pct. af den voksne befolkning har en kronisk sygdom. Over 10 milliarder kroner om året går til behandling af de fire største kroniske patientgrupper ”



INDHOLD

TEMA #1:	EFFEKT AF HVERDAGSREHABILITERING Hjælper hverdagsrehabilitering patienten til at blive selvhjulpnen? En analyse skal kortlægge de længerevarende effekter	Side 8
TEMA #2:	ÅBNE AMBULATORIER Åbne ambulatorier sikrer, at patientens møde med sundhedspersonalet finder sted, når det er relevant, og patienten har brug for det	Side 10
TEMA #3:	KOMMUNALE RESSOURCEPERSONER TIL PARKINSONPATIENTER Kommunale ressourcepersoner kan bygge bro mellem specialiserede indsatser på sygehusene og de kommunale tilbud	Side 12
TEMA #4:	MESTRING SOM FÆLLES EFFEKTMÅL Generiske mål for borgerens evne til at mestre egen situation baner vejen for en sammenhængende vurdering af indsatsen på tværs af sektorerne i pleje- og omsorgssektorerne	Side 14
TEMA #5:	MÅLRETTET BESKÆFTIGELSESFOKUS FOR RYGPATIENTER Den sygemeldte borger oplever et mere sammenhængende kommunalt tilbud gennem en styrkelse af samarbejdet mellem den sundheds- og den beskæftigelsesmæssige indsats	Side 16
TEMA #6:	NYE SUNDHEDSFAGLIGE TILBUD TIL RESSOURCESVAGE BORGERE Gennem individualiseret støtte får resourcesvage borgere øget adgang til kommunale og regionale tilbud, som kan understøtte evnen til at være selvhjulpnen	Side 18
TEMA #7:	HELHEDSINDSATS TIL KRONISKE PATIENTER MED SÆRLIGE BEHOV Sundhedsydelser gives til udsatte grupper baseret på en helhedsorienteret metode, der involverer borgerens egne mål, ressourcer og livsomstændigheder	Side 20
TEMA #8:	PATIENTSKOLER DREVET AF PATIENTFORENINGER På baggrund af en generisk model driver patientforeninger en diagnosespecifik patientskole som en del af den kommunale opgavevaretagelse	Side 22
TEMA #9:	TRÆNING TIL PATIENTER MED RYGLIDELSER Tilbud om træning gør rygpatienter i stand til at bibeholde bedre bevægelighed og blive på arbejdsmarkedet	Side 24

EFFEKT AF HVERDAGSREHABILITERING

#1

Hjælper hverdagsrehabilitering patienten til at blive selvhjulpen? En analyse skal kortlægge de længerevarende effekter

BAGGRUND

Hverdagsrehabilitering bruges i stigende omfang og mere systematisk i den kommunale indsats over for kronisk syge borgere. Det handler om at støtte, træne og vejlede den kronisk syge borger til at blive så selvhjulpen som muligt og samtidig forbedre sin livskvalitet. Der findes kun enkelte studier af effekten ved hverdagsrehabilitering, og effekten måles ofte med udgangspunkt i økonomiske besparelser evt. suppleret med mål for borgerens fysiske formåen efter en kort periode. Disse analyser finder ofte, at det er muligt at opnå en besparelse, men det er uklart om det reelt alene er opnået via en bedre rehabilitering, et organisatorisk fokus

på kortere forløb, eller om der fra et brugerperspektiv er tale om et reduceret serviceniveau. Derfor er det relevant at sætte fokus på de længerevarende effekter af hverdagsrehabilitering, herunder om mestrings- og funktionsevne reelt er blevet forbedret, om behovet for sundhedsydelse påvirkes, og i hvilket omfang personalets motivation kan fastholdes i forhold til tankerne bag den rehabiliterende indsats.

FORMÅL

Formålet med analysen er at evaluere den vedvarende effekt af hverdagsrehabilitering for borgere der modtager denne ydelse.

KONKRETE INITIATIVER

Kortlægning af borgere der i dag bliver visiteret til en rehabiliterende indsats i kommunen samt analyse og vurdering af den samlede vedvarende effekt via adfærdsændringer hos såvel borgere som kommunale medarbejdere.

EVALUERING AF PROJEKTET

Projektet kan evalueres med udgangspunkt i principperne for en medicinsk teknologivurdering, hvor følgende fire elementer vurderes: 1) teknologi, 2) økonomi, 3) borgerperspektiv, 4) organisation.

De langsigtede konsekvenser, herunder økonomiske, kan følges for den kortlagte gruppe. Derudover kan registerdata baseret på de tidligere studier af hverdagsrehabilitering identificeres og inddrages. Brugerperspektivet ved hverdagsrehabilitering er aldrig tidligere blevet systematisk evalueret, ligesom medarbejdernes motivation for at levere rehabiliterende ydelser kun sporadisk er blevet belyst. Der bør derfor være særligt fokus på de elementer i analysen, hvor borgernes og medarbejdernes perspektiver og erfaringer kan belyses.

INVOLVEREDE PARTER:

Patient. Kommuner (flere fagområder). Lokalsamfund.



ÅBNE AMBULATORIER

#2

Åbne ambulatorier sikrer, at patientens møde med sundhedspersonalet finder sted, når det er relevant, og patienten har brug for det

BAGGRUND

Mange borgere med kroniske gigtsygdomme er ofte i kontakt med sundhedsvæsenet, både almen praksis, speciallæger og hospitalerne. Der er et væld af fagfolk involveret, og man skal som patient gå til kontrol hos forskellige personer, der er placeret forskellige steder. Nogle patienter oplever at have meget lidt indflydelse på egen behandling, og at de forskellige sektorer kan være svære at overskue. Som udgangspunkt er det egen læge eller et sygehusambulatorium, der er tovholder på borgerens behandling, men i den forbindelse overses ofte borgerens egen evne til at varetage egen sygdom. Det er en overset ressource, og borgerne fratages kontrol og væsentlig indflydelse på egen sygdom.

FORMÅL

Inspireret af erfaringer fra bl.a. Bristol i England indrettes gigtambulatorier efter patienternes behov og ikke efter faste indkaldelser. Derved sikres det, at patientens møde med sundhedspersonalet finder sted, når det er relevant, og patienten har brug for det – fx pga. smerter. Patienterne kan ringe fra dag til dag og konkret aftale, om de kan komme til direkte eller med en meget kort tidsbestilling. Dette giver tryghed for, at patienten let kan få en konsultation, når problemerne opstår. Samtidig opnår patienten mere kontrol over egen sygdom og bliver ikke indkaldt til unødvendige kontroller.

KONKRETE INITIATIVER

Der kan startes et forsøgsprojekt med åbent ambulatorium på et af landets sygehuse. Der skal i den forbindelse identificeres kroniske sygdomsgrupper, der egner sig til at blive visiteret til og behandlet i åbne ambulatorier. Det vil sige patienter, der er diagnosticerede, som er i behandling samt har overskud og det fornødne kendskab til egen sygdom til at kunne mærke og reagere på forværring. Derfor er der behov for en forudgående screening således, at de patienter, der vil have gavn af forsøget, henvises til forsøg med et åbent ambulatorium. Det er vigtigt, at forsøget sker i tæt samarbejde mellem almen praksis, hospitalsafdelingen, de relevante borgere.

EVALUERING AF PROJEKTET

Der kan opstilles en før-måling af de konkrete borgeres kontakt til almen praksis og hospitalsafdelingen. Derefter igangsættes interventionen, og der evalueres på, om deres kontaktmønster har ændret sig. Der kan etableres en kontrolgruppe på et tilsvarende hospital i en anden region. Relevante målepunkter er selvoplevet kontrol over egen sygdom, antallet af sygemeldinger og sengedage, tilfredsheden med behandling samt ændret livskvalitet. Endelig evalueres på hospitalsafdelingens opfattelse af de nye arbejdsgange, samt om der ses en ændring i omkostningerne for gruppen af borgere.

INVOLVEREDE PARTER:
Patient. Almen praksis. Sygehuse.



KOMMUNALE RESSOURCE- PERSONER TIL PARKINSONPATIENTER

#3

Kommunale ressourcepersoner kan bygge bro mellem specialiserede indsatser på sygehusene og de kommunale tilbud

BAGGRUND

I takt med en stigende decentral specialisering af det danske sundhedsvæsen stilles der større krav til den kommunale sundhedsindsats for kronisk syge borgere. Behandlingen til parkinsonpatienter kan optimeres ved at skabe større sammenhæng mellem indsatser i kommunerne og på sygehusene. Her er sygeplejersker og SOSU-hjælpere med særlige kompetencer vigtige nøglepersoner, der har mulighed for at bygge bro mellem specialiserede indsatser på sygehusene og de kommunale tilbud. Der er i dag gode erfaringer fra demens-området med en sådan model.

FORMÅL

Der skal i kommunalt regi ansættes eller efteruddannes sygeplejersker eller SOSU-hjælpere med speciale i Parkinsons sygdom. Disse fungerer som ressourcepersoner for de kommunale plejehjem og hjemmeplejen. De kommunale ressourcepersoner kan således rapportere til de regionale parkinsonsygeplejersker på den regionale specialafdeling om deres patienter. Samtidig kan de kommunale ressourcepersoner trække på de regionale parkinsonsygeplejersker.

Der bør ligeledes udvikles et fagligt fællesskab for de kommunale ressourcepersoner således, at der skabes en horisontal integration imellem de enkelte kommuner eller områder i samme kommune.

Projektet omfatter alle former for parkinsonpatienter og vil skabe en større ensartethed i behandlingen for patienter i bestemte progressionsfaser. Her vil det i projektets design være oplagt at dele gruppen af parkinsonpatienter op i patienter med svær, moderat og mild Parkinson for derigennem at kortlægge, hvilke grupper af patienter, der især profiterer af en særlig indsats. Derudover forventes det at kunne opnå tidligere behandling, en øget monitorering af sygdommens progression og bedre behandling af følgesygdomme.

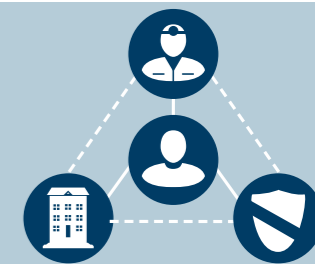
KONKRETE INITIATIVER

Der skal iværksættes uddannelse og kompetenceløft med henblik på at etablere kommunale ressourcepersoner inden for Parkinson. Derudover skal en integration af sektorerne etableres – fx gennem et netværk bestående af kommunale parkinsonsygeplejersker og/eller SOSU-hjælpere og regionale parkinsonsygeplejersker. Det vil i den sammenhæng også være oplagt at etablere faste samarbejdsfora mellem parterne.

EVALUERING AF PROJEKTET

Evaluering på to niveauer: 1) En gruppe med indsatser og en gruppe uden ekstraordinære indsatser fra sygeplejersker – hvori ligger forskellene og på hvilke parametre; selvoplevet tilfredshed, behandling, tidligere indsats. 2) Subgruppering af parkinsonpatienter i forhold til sygdomssværhedsgrad mhp. at identificere, hvilke patienter, der har mest gavn af tiltaget.

INVOLVEREDE PARTER:
Patient. Kommunale plejesektor.
Regionale Parkinsonsygeplejersker. Almen praksis.



MESTRING SOM FÆLLES EFFEKT MÅL

#4

Generiske mål for borgerens evne til at mestre egen situation baner vejen for en sammenhængende vurdering af indsatsen på tværs af sektorerne i pleje- og omsorgssektorerne

BAGGRUND

Effekter af sundhedsvæsenets ydelser måles ofte i forhold til sygelighed og død. Arbejdsmarkedsindsatsen ses i forhold til evnen til at sikre lønnet beskæftigelse, og uddannelsesindsatsen i forhold til nationale test, gennemførelsesprocenter, arbejdsmarkedsdeltagelse osv. En sammenhængende vurdering af indsatsen på tværs af sektorerne i pleje- og omsorgssektorerne mangler i dag, og ofte fravælges måling af effekten af mange kommunale indsats, da der ikke findes et generisk effektmål. Derfor måles der ofte primært på tilfredsheden med indsatsen, evt. kombineret med udvalgte specifikke funktionsmål mv. Disse mål kan dog sjældent sammenlignes på

tværs af indsatser og målgrupper. Derfor er det relevant at udvikle mere generiske mål for den kommunale indsats samt for i hvilket omfang borgerne kan mestre egen situation.

FORMÅL

At udvikle en fælles forståelse for og definition af begrebet ”mestring” samt efterfølgende at udvikle dækkende og målbare indikatorer på baggrund af den fælles forståelse/definition. Herunder skal det overvejes, hvordan der kan udvikles øvrige relevante indikatorer for borgerens mestring, som kan anvendes til vurdering af den samlede kommunale indsats på tværs af områder og enheder.

KONKRETE INITIATIVER

Relevante grupper skal identificeres til deltagelse i forsøgsfase. Det kan være kronisk syge patienter (fx diabetes, KOL, kræft og hjerte-kar), handicappede, modtagere af personlig og praktisk bistand eller andre grupper, der er funktionelt påvirkede af deres sygdom i en sådan grad, at det påvirker deres evne til at fungere i eget liv. Med udgangspunkt i de deltagende borgers egne mål og livsomstændigheder, skal det vurderes, om det er muligt at udvikle mere generiske mål for borgerens ”mestring” inden for de enkelte serviceområder, der herefter kan implementeres og udbredes over flere kommunale områder og enheder.

EVALUERING AF PROJEKTET

Definitionen af ”mestring” skal operationaliseres i samarbejde med forskere og efterfølgende anvendes og udvikles i samspil mellem styrelser, regioner og den kommunale sektor. Evalueringsindsatsen skal være forskningsbaseret og indeholde en vurdering af indsatsens effekt på arbejdsmarkedstilknytning, behov for praktisk hjælp, tilfredshed og oplevelse af sammenhæng hos de berørte borgere.

INVOLVEREDE PARTER:
Patient. Stat. Regioner. Kommuner.
Borgere. Lokalsamfund.



MÅLRETTET BESKÆFTIGELSESFOKUS FOR RYGPATIENTER

#5

Den sygemeldte borger oplever et mere sammenhængende kommunalt tilbud gennem en styrkelse af samarbejdet mellem den sundheds- og den beskæftigelsesmæssige indsats

BAGGRUND

Målsætningerne på kommunernes beskæftigelses- og sundhedsområde har en række fælles interesseområder i forhold til borgerne. Der er en række tværgående kerneopgaver, som kan styrkes gennem gensidigt kendskab mellem områderne. Et styrket samarbejde mellem jobcentrene og de kommunale sundhedstilbud rummer potentiale for at opspore udsatte borgere hurtigere, ligesom samarbejdet rummer potentiale for, at syge borgere kan vende (hurtigere) tilbage til arbejdsmarkedet.

FORMÅL

Formålet med projektet er at styrke samarbejdet mellem den sundheds- og den beskæftigelsesmæssige indsats, så den sygemeldte borger oplever et mere sammenhængende tilbud. Ved at sammentænke muligheder fra både job- og sundhedsområdet er formålet ligeledes at få afkortet sygedagpengeforløbet ved hurtigere raskmelding gennem styrkelse af sundheden for den sygemeldte.

KONKRETE INITIATIVER

Der skal foretages en præcis afgrænsning af, hvilken gruppe af patienter med rygproblemer, som inkluderes i projektet. Patienten skal tilbydes en afklarende samtale med sagsbehandler fra jobcenter, sundhedsområdet og evt. arbejdsgiver. Derudover tilbydes coachsamtaler med fokus på tilbagevenden til arbejde. 1-8 individuelle samtaler en gang ugentligt og to individuelle opfølgende samtaler efter, at borgeren er tilbage i arbejde. Der vil i perioden være løbende kontakt til arbejdsgiver i samarbejde med borgeren og jobcenteret. Dette suppleres af funktionsvurdering med ergoterapeut og evt. arbejdsgiver. 1-2 samtaler/besøg enten på arbejdspladsen eller i eget hjem. Endelig tilbydes træning/hjemmetræning, ergoterapi og fysioterapi i kommunalt træningscenter.

EVALUERING AF PROJEKTET

En kontrolgruppe etableres. Projektets resultater skal evalueres ud fra følgende parametre, i det omfang det er muligt: 1) Deltagerne oplever et sammenhængende sagsforløb, som har understøttet dem i at vende tilbage til arbejde og blive selvforsørgende, 2) Stigning i antallet af delvise raskmeldinger, 3) Kortere gennemsnitlig varighed af sygedagpengeforløb, 4) Deltagerne får øget tro på egen formåen, 5) Deltagerne oplever bedre selvvurderet helbred.

INVOLVEREDE PARTER:
Patient. Sundhed og beskæftigelse i den kommunale sektor.
Almen praksis. Arbejdsgiver.



NYE SUNDHEDSFAGLIGE TILBUD TIL RESSOURCESVAGE BORGERE

#6

Gennem individualiseret støtte får resourcesvage borgere øget adgang til kommunale og regionale tilbud, som kan understøtte evnen til at være selvhjulpne

BAGGRUND

Det er velkendt, at den enkelte borgers handlemuligheder begrænses af de ressourcer, som han eller hun råder over. Eksempler på ressourcer er penge, ejendom, uddannelse og viden, sociale relationer og netværk. Jo flere ressourcer man råder over jo, større muligheder har man for at realisere sine individuelle mål i tilværelsen. Der er en tæt sammenhæng mellem borgere med få ressourcer og forekomsten af kroniske sygdomme. Det formodes, at der i dag er et stort antal borgere med få ressourcer og kroniske sygdomme, som ikke får tilstrækkelig del i de kommunale og regionale tilbud, som kan understøtte evnen til at være selvhjulpne. Det formodes

ligeledes, at det er muligt at fremme adgangen til disse tilbud gennem individualiseret støtte til resourcesvage borgere.

FORMÅL

1) At kortlægge de mest resourcesvage borgeres forbrug af sundhedsfaglige og socialfaglige ydelser kommunalt og regionalt, 2) At kortlægge oplevelsen af kvaliteten af de leverede ydelser hos henholdsvis resourcesvage borgere og personale, 3) At udvikle redskaber til at identificere resourcesvage borgere ved givne kommunale og regionale kontaktpunkter, 4) At afprøve tværfaglige og tværsektorielle interventioner, der kan forbedre funktionsevne og livskvalitet for gruppen målt på individuelle og organisatoriske faktorer og økonomi.

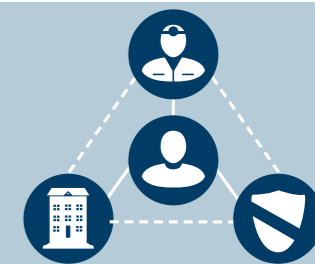
KONKRETE INITIATIVER

1) Samkøring af relevante registre, 2) Kvalitativ undersøgelse baseret på interviews med resourcesvage borgere, 3) Udvikling af stratificeringsredskaber og interventioner (ICF-baserede).

EVALUERING AF PROJEKTET

Der indhentes data fra registre, befolkningsundersøgelser og interviews. Derudover involveres forskningsmiljøer med kompetencer inden for social ulighed med inddragelse af borgere, patientforeninger og professionelle med praksiserfaring.

INVOLVEREDE PARTER:
Patient. Kommune (sundhed, social, beskæftigelse). Region.



HELHEDSINDSATS TIL KRONISKE PATIENTER MED SÆRLIGE BEHOV

#7

Sundhedsydelse gives til udsatte grupper baseret på en helhedsorienteret metode, der involverer borgerens egne mål, ressourcer og livsomstændigheder

BAGGRUND

Social ulighed forstærkes meget ofte ved overgang mellem sektorer. Det skyldes, at der i forbindelse med overgange typisk skiftes fagperson, overleveres viden og sættes nye indsatser i gang. Det er ressourcestærke patienter generelt bedre gearet til at tage medansvar for. Det er en nødvendig erkendelse, at nogle brugere i sundhedsvæsenet kræver en anden og større indsats end andre for at profitere af de samme behandlingstilbud. Sundhedspersonalet mangler generelt præcis viden om, hvilke grupper af kroniske patienter, der i særlig grad kan profitere af en mere helhedsorienteret indsats.

FORMÅL

Sundhedsydelse gives til udsatte grupper baseret på en helhedsorienteret metode, der involverer borgerens egne mål, ressourcer og livsomstændigheder. Intentionen er, at borgerne opnår mest mulig uafhængighed af hjælpesystemerne. Et centralt element er at udvikle metoder til forudsigelse af behov hos kroniske patientgrupper, der særligt profiterer af en helhedsorienteret indsats. De data, der indsamles, skal gøre det muligt at afgøre, om de differentierede interventioner er virkningsfulde samt at isolere faktorer, der gør det muligt at målrette indsatser til relevante grupper. Resultaterne af projektet kan derfor medvirke til at beskrive de nødvendige elementer i en 'værktøjskasse' til sundhedspersonale, indeholdende konkrete redskaber til at differentiere de kroniske patienter og målrette indsatsen.

KONKRETE INITIATIVER

Kroniske patientgrupper med særlige behov skal identificeres. Det kan fx være ufaglærte, enlige, misbrugere, storforbrugere af ydelser, multisyge, borgere med betydelig nedsat funktionsevne, med dårligt selvvurderet helbred, borgere der ikke møder til kontrol i sundhedsvæsenet mv. Projektet skal beskrive de 3-4 faktorer, der især antages at være afgørende for patienters 'ressourcesvaghed'. Indsatsen kan udvikles med inspiration fra rehabiliteringsdefinitionen og ICF-modellen, der er en helhedsmodel med vægt på borgerens egne mål, samlede ressourcer, livsomstændigheder og netværk. Borgeren skal selv kunne træffe relevante valg og skal derfor have overblik over de eksisterende valgmuligheder.

EVALUERING AF PROJEKTET

Der er brug for at evaluere effekten af den komplekse indsats, redskaberne til vurdering af behov for differentierede indsatser, samarbejdet mellem de forskellige aktører, borgernes oplevelse, og om indsatsen er økonomisk rentabel. Det er oplagt at operere med forskellige indsats- og kontrolgrupper – fx. kontrolgruppe i forhold til tilsvarende grupper, der ikke får samme indsats – eller i forhold til mere ressourcestærke grupper, der får samme helhedsorienterede indsats.

INVOLVEREDE PARTER:

Patient. Region (sundhed). Kommune (mange fagområder). Lokalsamfund/netværk. Almen praksis.



PATIENTSKOLER DREVET AF PATIENTFORENINGER

#8

På baggrund af en generisk model driver patientforeninger en diagnosespecifik patientskole som en del af den kommunale opgavevaretagelse

BAGGRUND

Personer med kronisk sygdom bliver i stigende grad involveret i deres egen sygdomsbehandling. For at gøre patienterne i stand til at tage del i deres egen behandling, er der i de seneste år blevet arbejdet med patientuddannelse. Ifølge sundhedsloven er ansvaret for patientrettet uddannelse delt mellem regioner og kommuner. Patientuddannelse kan foregå både generelt og diagnosespecifikt. Jævnfør sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse fra 2009 er der en bred erkendelse af, at patientuddannelserne ikke er tilstrækkelige og ydermere ikke er tilgængelige for patienter med det største behov. Dette kan skyldes flere ting, herunder det delte

ansvar mellem sektorer og mangel på kvalificeret personale til at varetage opgaven. Det formodes at være hensigtsmæssigt at lade den diagnosespecifikke patientuddannelse være drevet af patientforeningerne, som besidder kompetencer og stor indsigt inden for området. Allerede i dag er det i kommunalt regi udbredt at lade patientforeninger varetage driften af specifikke kommunale tilbud på vegne af kommunen.

FORMÅL

At udvikle en generisk model for patientforeningers varetagelse af en diagnosespecifik patientskole på vegne af kommunerne som en del af den kommunale opgavevaretagelse. Patientforeningerne skal på vegne af kommunerne drive en kvalificeret patientuddannelse af nydiagnosticerede patienter eller patienter, der endnu mangler hjælp og står uden netværk omkring deres sygdom.

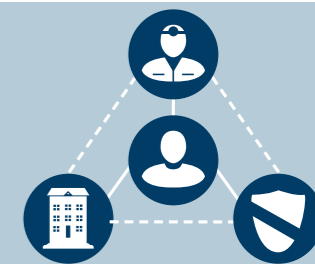
KONKRETE INITIATIVER

De pågældende patientforeninger skal kontakte en eller flere kommuner, hvor der i dag ikke leveres den diagnosespecifikke patientuddannelse, som patienterne er berettiget til. Patientforeningen skal tilbyde at drive patientuddannelserne på vegne af kommunerne. Dette kræver, at patientforeningerne udvikler en forretningsmodel for de kommunale tilbud, som de ønsker at drive på vegne af kommunerne. Patientforeningen skal kunne dokumentere, at de er en relevant udbyder af den pågældende uddannelse. Den uddannelse, der skal udbydes af patientforeningerne på vegne af kommunerne skal være en systematisering af de tilbud og den viden, der allerede i dag ligger i patientforeningerne. På den baggrund skal patientforeningerne tilbyde en systematisk, gennemtænkt og kvalificeret undervisning, hvis udførelse løbende kan evalueres af den pågældende kommune.

EVALUERING AF PROJEKTET

Kvaliteten af patientuddannelsen sikres gennem kommunal supervision. Ligeledes gennemføres løbende spørgeskemaundersøgelser blandt de deltagende patienter for at sikre den fornødne kvalitet i uddannelsen. I et længere perspektiv kan man som kommune eller patientforening forsøge sig med en mere dybdegående evaluering, som skal afdække, om den pågældende undervisning har effekt i et samfundsøkonomisk perspektiv.

INVOLVEREDE PARTER:
Patient. Patientforeninger. Kommuner. Regioner.



TRÆNING TIL PATIENTER MED RYGLIDELSER

#9

Tilbud om træning gør rygpatienter i stand til at bibeholde bedre bevægelighed og blive på arbejdsmarkedet

BAGGRUND

Der er fortsat behov for mere evidens på tværs af en række kroniske sygdomme, som kan belyse hvorvidt træning, fysioterapi og andre rehabiliterende initiativer påvirker den kronisk syge positivt. Eksempelvis er det velkendt, at træning er et centralt element i behandlingen af en række kroniske ryglidelser – fx rygsøjlegigt. Patienter med rygsøjlegigt kan med træning bibeholde bedre bevægelighed, bedre kondition og derved evne til at klare et aktivt liv – herunder at blive på arbejdsmarkedet. Derved har de i større omfang mulighed for at bidrage til det samfund, de er en del af på trods af deres kroniske sygdom. Der findes imidlertid en række ryglidelser

i samme familie som rygsøjlegigt, hvor der endnu ikke er tilstrækkelig evidens for, at træning har en målbar positiv effekt i forhold til arbejdsmarked mv. Disse lidelser kaldes spondylarthritis (SpA). Patienter diagnosticeret med SpA har samme lave selvrapporterede funktionsniveau og samme grad af smerter som patienter med rygsøjlegigt. Det formodes, at patienter med SpA vil have samme generelle effekt af træning som patienter med den anden form for rygsøjlegigt.

FORMÅL

At vurdere effekten af træning for patienter med SpA samt vurdere, om patienterne kan motiveres til at træne regelmæssigt, hvis der etableres tilbud om sygdomsspecifik træningsvejledning og tilbud om tilknytning til træner, der løbende følger den enkelte ud fra aftalt målsætning om træningsform og intensitet.

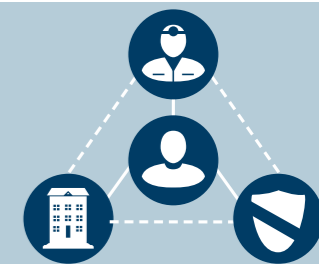
KONKRETE INITIATIVER

Som udgangspunkt for projektet randomiseres patienter til testklinik/træningscenter afhængig af, hvilken kommune de bor i. Rekrutteringen af patienterne sker fra reumatologisk afdeling i relevant område. Alle patienter testes som led i normal klinisk kontrol ved opstart og efter 6 og 12 måneder. Derudover etableres kursus for fysioterapeuter i testklinikker og personlige trænere i træningscentrene omkring sygdomslære, træningsbehov og målsætning.

EVALUERING AF PROJEKTET

Alle patienter testes som led i vanlig klinisk kontrol, og der føres træningsdagbog for alle via SMS-track. Effekten vurderes ved resultat af kliniske test, brugen af betændelsesdæmpende lægemidler (NSAIDs) og andre gigtlægemidler, herunder biologiske. Der laves økonomisk analyse af behandlingsbehov (træningsvejledning, medicin og sygedage).

INVOLVEREDE PARTER:
Patient. Regionale reumatologiske afdelinger. Kommuner.
Almen praksis. Praktiserende fysioterapeuter og personlige trænere.



UDVIKLINGEN AF BÆREDYGTIGE SUNDHEDSLØSNINGER FORTSÆTTER

Formålet med løsningskataloget er at inspirere en bred skare af sundhedsaktører på tværs af fag og sektorer til at implementere bæredygtige løsninger for kroniske patienter. Løsningskataloget er en kulmination på forløbet omkring Partnerskab for Bæredygtig Sundhed. Men arbejdet stopper ikke her. AbbVie, som er initiativtager til Partnerskab for Bæredygtig Sundhed, vil fortsat stille ressourcer til rådighed for partnerskabet, understøtte den fremtidige videndeling samt bistå i implementeringen af konkrete projekter. Forslagene i løsningskataloget er ikke udtømmende for de idéer, som er blevet præsenteret på partnerskabets møder. Nedenfor fremgår en række af de idéer og refleksioner, som blev drøftet under temaerne: Tidlig opsporing, Patientkoordinering og Totaløkonomisk effekt.

TIDLIG OPSPORING

PATIENTPLANER Læge og patient udarbejder i fællesskab individuelle patientplaner for patientens samlede liv med kronisk sygdom.

SCREENING Opsporing og screening på arbejdspladser for risikogrupper med udgangspunkt i den enkeltes livssituation.

TVÆRFAGLIG DIALOG Jobcentermedarbejder deltager ved udskrivningssamtale i en tværfaglig dialog med sundhedspersonale.

TIDLIG MULTIDICPLINÆR INTERVENTION Der sættes ind over for borgere med bevægeapparatsproblemer allerede inden sygemelding under inddragelse af aktører fra region, kommune og arbejdsplads.

TVÆRSEKTORIELLE ENHEDER Der etableres fælles tværfaglige og tværsektorielle enheder for kroniske patientgrupper, finansieret i fællesskab - i stil med løsninger man ser i Sverige, Norge og Skotland og på visse områder i Danmark.

PATIENTKOORDINERING

SAMARBEJDSFORA Der etableres veldefinerede samarbejdsfora mellem sygehuse, praksissektor og kommuner, som koordinerer indsamling og anvendelse af data i forbindelse med patienters behandlingsforløb.

STRATIFICERING Målrettede initiativer i forhold til patienter, som forbruger store sundhedsressourcer. Der udarbejdes modeller for differentiering og skræddersyede løsninger til forskellige grupper af patienter med fokus på tilbagevenden til eget liv, herunder arbejdsliv.

PATIENTFORENINGERS ROLLE Patientforeninger kan bidrage til beskrivelser af optimale patientforløb for sjældne sygdomme, som ellers ikke vil være genstand for forløbsprogrammer.

TEKNOLOGI Der implementeres nye rådgivningsløsninger med specifik fokus på koordineringsopgaven, f.eks. telefonrådgivning, Skype-møder mv. i privat praksis, som det bl.a. anvendes i case management-projekter.

DATA Systematisk datafangst og monitorering af effekter og resultater – ikke blot af behandlingen – men også af de samlede patientforløb.

TOTALØKONOMISK EFFEKT

SUNDHED I ET SAMFUNDSØKONOMISK PERSPEKTIV Alle større tiltag på sundhedsområdet bør evalueres under inddragelse af en samfundsøkonomisk analyse.

DEN KOMMUNALE DIMENSION Når omkostningseffektivitet for sundhedsløsninger beregnes, bør den kommunale dimension medtages for at få et dækkende billede af en række store samfundsøkonomiske omkostninger.

TVÆRGÅENDE INCITAMENTER Kassetænkningen i sundhedsvæsenet er en hindring for det totaløkonomiske perspektiv – der mangler tværgående incitament til at anlægge dette perspektiv.

ÅRSAGS-VIRKNINGS-UNDERSØGELSER Der mangler i dag årsags-virknings-undersøgelser af sammenhængen mellem arbejdsmarkedstilknytning og sygdomshistorie.

PARTNERSKAB FOR BÆREDYGTIG SUNDHED

LØSNINGSKATALOG

Partnerskab for Bæredygtig Sundhed blev etableret i december 2013 på initiativ af AbbVie Danmark. Partnerskabets deltagere er repræsentanter fra Folketinget, regioner, kommuner, patientforeninger, forskningsinstitutioner, fagbevægelsen, faglige selskaber og private virksomheder.

Formålet med Partnerskabet har været at bidrage med bæredygtige løsninger for kroniske patienter.

Der er foreløbig blevet afholdt fire møder i partnerskabet med udgangspunkt i de tre temaer: Tidlig opsporing, Patientkoordinering og Totaløkonomisk effekt. Ekspertter fra ind- og udland har bidraget med den nyeste forskning, og en faggruppe har gennem hele forløbet været tilknyttet partnerskabet og har sat forskningen i relation til gældende danske forhold.

Det konkrete mål har været at udarbejde et katalog med eksempler på bæredygtige løsninger for kroniske patienter. Dette katalog foreligger nu som en foreløbig kulmination på partnerskabets arbejde.

AbbVie har gennem flere år arbejdet intensivt med en række vigtige sundhedspolitiske dagsordener i Danmark og Europa, f.eks. arbejdsfastholdelse for mennesker med muskel- og skeletsygdomme gennem projektet Fit for Work, der drives af den engelske non-profit tænketank Work Foundation. Sidste år satte AbbVie fokus på sund aldring med en Europæisk rapport fra The Economist Intelligence Unit, der særligt afdækkede hvordan de europæiske sundhedssystemer kan skabe flere sunde leveår for millioner af kroniske patienter i Europa.

AbbVie ønsker at bidrage konstruktivt med et særligt fokus på nye løsninger for kroniske patienter, så kvaliteten i behandlingen og sammenhængen i patienternes forløb på tværs af sektorer kan styrkes. Det er vejen til bedre behandlingsresultater, større livskvalitet, fastholdelse af funktions- og arbejdsevne – og dermed også til bedre samfundsøkonomi.



abbvie