

## Status på forløbsprogrammer 2014

### Introduktion

I dette notat beskrives den aktuelle status på udarbejdelsen og implementeringen af forløbsprogrammer<sup>1</sup> i Danmark medio 2014. Notatet er baseret på bidrag fra sekretariaterne for de fem sundhedskoordinationsudvalg, der har givet Sundhedsstyrelsen en kort status på arbejdet med forløbsprogrammer i den enkelte region. Derudover har notatet være drøftet i Sundhedsstyrelsens Styregruppe for kronisk sygdom.

Formålet med notatet er at følge op på den forstærkede indsats 2010-2012 med et opdateret overblik over forløbsprogrammer i Danmark. Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2012 en tilsvarende status.<sup>2</sup>

### Status

#### *I. Udbredelse af forløbsprogrammer*

Det fremgår af nedenstående tabel 1, hvilke forløbsprogrammer de enkelte regioner/kommuner i regionen har udarbejdet og implementeret/er i gang med at implementere, og/eller indgået aftale om<sup>3</sup>. Nye initiativer siden sidste status i 2012 er markeret med fed skrift.

Tabel 1. Oversigt over udbredelse af forløbsprogrammer i regionerne

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Diabetes type 2	X	X	X	X	X
KOL	X	X	X	X	X
Hjerte-karsygdom	X	X	X	X	X
Lænde/ryg	X	X	X	X	X
Demens	X		X		X

<sup>1</sup> Forløbsprogrammer er en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem aktører med udgangspunkt i en given patientgruppe.

<sup>2</sup> Status på forløbsprogrammer i Danmark medio 2012, Sundhedsstyrelsen 2012 (<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/0830CD9D116C406AA8B41F13E2F5B031.ashx>)

<sup>3</sup> Er skrevet i parentes i tabellen.

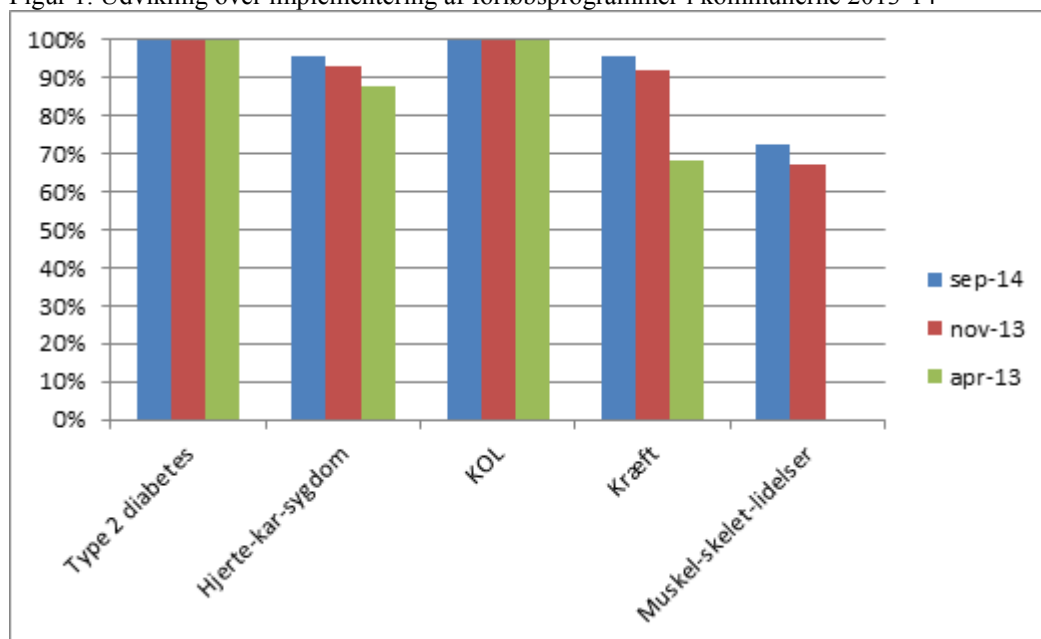
	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Skizofreni			X	X	
Depression		X			
Osteoporose			(X)		
Rehabilitering og palliation af patienter med kræft	X		X	X	(X)
Rehabilitering af hhv. børn og voksne med erhvervet hjerne-skade	(X)		X		(X)

Det fremgår af tabellen, at der siden 2012 primært er implementeret eller indgået aftale om implementering af de nationale forløbsprogrammer for hhv. rehabilitering og palliation af patienter med kræft samt for rehabilitering af hhv. børn og voksne med erhvervet hjerne-skade.

Det gælder således generelt for de øvrige forløbsprogrammer, at de er udarbejdet og påbegyndt implementeret i perioden 2009-2012.

Figur 1 nedenfor viser udviklingen over kommunalt implementerede forløbsprogrammer for hhv. type 2 diabetes, hjerte-karsygdomme, KOL, kræft og muskel-skeletlidelser.

Figur 1. Udvikling over implementering af forløbsprogrammer i kommunerne 2013-14



Der er ikke på nationalt niveau data på, hvor mange patienter, der har fået et tilbud som en del af et forløbsprogram. En opgørelse fra 2011 viste imidlertid, at ca. 12.500 borgere fordelt på 81 kommuner fik et patientrettet forebyggelsestilbud.<sup>4</sup>

I Region Hovedstaden fik i alt ca. 18.600 borgere<sup>5</sup> i 2013 et tilbud om rehabilitering på enten hospitaler eller i kommuner, heraf ca. 8.600 i en kommune.<sup>6</sup> I Region Nordjylland fik i alt ca. 2.400 borgere<sup>7</sup> i 2013 et tilbud om rehabilitering i en kommune. Data indikerer dermed en generel stigning fra 2011-2013 i antallet af borgere med kronisk sygdom, der har fået et patientrettet forebyggelsestilbud.

## *II. Øvrige aftaler*

Supplerende til de egentlige forløbsprogrammer har flere regioner og kommuner indgået samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalerne om specifikke patientgrupper. Disse samarbejdsaftaler kan betragtes som omfattende en væsentlig del af et helt forløbsprogram med et særligt fokus på arbejdsdeling og organisering på tværs af sektorer.

Der er store regionale forskelle på, hvilke målgrupper og indsatser, det drejer sig om. Samlet set er følgende angivet:

- Mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidig somatisk og psykisk sygdom, skizofreni og oligofreni-psykiatri
- Demens
- Mennesker med misbrug
- Palliation
- Kræftrehabilitering
- Familieambulatorium
- Cerebral parese

## *III. Indhold i forløbsprogrammerne*

Forløbsprogrammernes indhold (særligt de sundhedsfaglige indsatser) formodes generelt at være ensartet i og med, at der er taget udgangspunkt i gældende nationale kliniske retningslinjer, nationale anbefalinger og lovgivning mv., og for nogle forløbsprogrammernes vedkommende er de udarbejdet med inspiration fra andre regioners tilsvarende forløbsprogrammer. Typisk har forløbsprogrammerne også været genstand for en fælles behandling i regi af sundhedsaftalerne mellem den pågældende region og kommunerne i regionen.

---

<sup>4</sup> Kasper Norman & Astrid Blom, Patientrettet forebyggelse i kommunerne 2011 - En opfølgende kortlægning af kommunale, patientrettede forebyggelsestilbud i samtlige danske kommuner, Center for Interventionsforskning 2011.

<sup>5</sup> Heraf ca. 4.500 borgere med KOL (2.550 i kommuner), ca. 7.400 borgere med type 2-diabetes (4.550 i kommuner) og 6.700 borgere med hjerte-kar sygdomme (5.400 i kommuner). Hertil kommer, at regionens seks tværspeciale demensenheder udredte ca. 2.300 borgere.

<sup>6</sup> Der er følgende forhold i forbindelse med disse data. Sygehusene har svært ved at opgøre det præcise tal, da der ikke kodes for et rehabiliteringsforløb. Derudover er der patienter, som får et lignende tilbud, men som evt. ikke foregår på hold eller indeholder alle elementerne i et rehabiliteringsforløb. Endelig er det forskelligt fra hospital til hospital, om de har talt disse patienter med i opgørelsen.

<sup>7</sup> Heraf ca. 700 borgere med KOL, ca. 1000 borgere med type 2 diabetes og 700 borgere med hjerte-karsygdomme.

Der pågår en løbende erfaringsudveksling mellem regionerne om forløbsprogrammer og kronisk sygdom generelt, men der har ikke været foretaget en systematisk og organiseret koordinering.

Samlet set er der således i regionerne/kommunerne en formodning og til dels viden om, at forløbsprogrammernes overordnede indhold generelt er ensartet landet over, om end der er forskelle i fx patientgruppernes afgrænsning, organisering og monitorering.

#### *IV. Det fortsatte arbejde med forløbsprogrammer*

Udover de forløbsprogrammer, der allerede er indgået aftale om at udvikle i nogle regioner (jf. tabel 1), er der i Region Midtjylland, Region Nordjylland og i Region Hovedstaden ikke på nuværende tidspunkt planer om at udarbejde og implementere yderligere forløbsprogrammer.

Fokus vil fremadrettet blandt andet være på implementering og kvalitetssikring af de eksisterende forløbsprogrammer, herunder kvalitetssikring af tilbuddene i dette regi. Således indgår arbejdet med forløbsprogrammer i de kommende sundhedsaftaler for 2015–2018 i flere regioner.

I Region Syddanmark er det i forbindelse med den kommende sundhedsaftale planlagt, at der skal ske en nyudvikling af de eksisterende forløbsprogrammer i form af forpligtende samarbejdsaftaler om forløb på tværs af sektorgrænser samt større og tidligere patientinddragelse.

Region Sjælland deltager i et projekt under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses pulje til styrket indsats for unge med hjerneskade. Efter projektets afslutning i 2016 vil det blive vurderet, om der skal udarbejdes et egentligt forløbsprogram for unge med erhvervet hjerneskade. Regionen vil endvidere undersøge, om der er basis for at lave et forløbsprogram for patienter med skulderproblemer.

#### *V. Udfordringer*

Der nævnes en række udfordringer forbundet med udarbejdelsen og implementeringen af forløbsprogrammerne. Disse omhandler primært følgende områder:

*Kvalitet.* Der er fortsat variationer i kvaliteten af de rehabiliteringstilbud, der er etableret i forbindelse med forløbsprogrammerne. Der efterspørges især muligheder for et mere standardiseret indhold af tilbuddene.

*Patientgruppen.* Det er en udfordring, at sygehusene arbejder med afsæt i lægelige specialer, mens kommunerne i en vis udstrækning arbejder på tværs af/uafhængigt af diagnoser. Desuden tager forløbsprogrammerne udgangspunkt i specifikke sygdomsgrupper og tager dermed ikke højde for, at mange patienter med kroniske sygdomme har flere samtidige (og ligestillede) sygdomme. Derudover vurderes det, at der er en stor gruppe borgere, som har mere komplekse behov og/eller er særligt sårbare, og at der generelt ikke er udviklet tilbud til disse borgere i dag.

*Implementering.* Det er generelt en udfordring at fastholde implementeringsindsatsen, og programmerne er p.t. implementeret i varierende grad.

*Monitorering.* Det er vanskeligt at foretage en monitorering af forløbsprogrammerne for så vidt angår faglig og patientoplevet kvalitet og dermed at få viden om den samlede tværsektorielle indsats.

Udfordringerne er primært angivet håndteret, fx ved at udarbejde en vejledning til kommende revisioner af forløbsprogrammerne med afsæt i Sundhedsstyrelsens generiske model (Region Hovedstaden), ændret organisering mv. (Region Nordjylland og Region Sjælland). Derudover indgår

det fortsatte arbejde med implementering og kvalitetssikring af forløbsprogrammer som nævnt i de kommende sundhedsaftaler i flere regioner.

### **Perspektivering**

Der er bred enighed om, at der fortsat skal gøres mere for at tilpasse sundhedsvæsnets net i alle dele af landet til mennesker med kroniske sygdomme og deres behov for behandlings- og rehabiliteringsforløb af høj kvalitet. Arbejdet har pågået målrettet gennem flere år i regioner, kommuner og praksissektoren understøttet fra national side. Blandt andet har forløbsprogrammer bidraget til et øget samarbejde mellem myndigheder/aktører og sundhedsprofessionelle indenfor og mellem sektorer.

Den påvirkning, som forløbsprogrammerne har haft på sundhedsvæsnets strukturer, processer og på den opfattelse af, hvilke hensyn der skal tages for at imødekomme mennesker med kroniske sygdomme, har således været meget gavnlig. Imidlertid er det klart, at sådanne ændringer tager tid – ikke mindst i forhold til at kunne dokumentere de mange indsatser fra forskellige involverede aktører, og fordi det kræver oprettelse af nye systemer og arbejdsgange. Derfor er det vigtigt at give tid til dette og at fastholde og kvalitetssikre det, der er i gang. Samtidig må der være en åbenhed for andre typer af supplerende tiltag, der kan fremme udviklingen.

Fremover er der behov for viden om aktivitet og effekt af forløbene med henblik på den fortsatte implementering og udvikling af forløbsprogrammerne. Det forudsætter blandt andet en større grad af standardisering af det faglige grundlag for behandlings- og forebyggelsestilbuddene. Dette vil endvidere styrke kvaliteten af tilbuddene og sikre, at der er ensartede tilbud på tværs af landet. Samtidig er der behov for differentierede indsatser samt systematisk inddragelse af patienter og pårørende i forløbene.

Der er også andre typer af initiativer på landsplan, der kommer mennesker med kronisk sygdom til gavn, fx udmøntningsplanen for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, herunder de værktøjer, der er udviklet til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat funktionsevne og undervægt/vægttab samt ”Det Fælles Medicinkort” og beslutningsstøtte i forbindelse hermed, nationale kliniske retningslinjer og opfølgningen på evalueringen af kommunalreformen, hvor der er fokus på styrkelse af sundhedsaftalerne og en øget faglighed i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen.<sup>8</sup>

Derudover er der med finanslovsaftalen for 2015 lagt op til yderligere tiltag som fx forløbsplaner for mennesker med kroniske sygdomme, der kan betragtes som en konkretisering af forløbsprogrammer.

---

<sup>8</sup> Se endvidere <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/puljer-og-projekter/projekter/forstaerket-indsats-for-kronisk-syge/~media/87515BF772AC406A8AB767C425B63366.ashx?m=.pdf>.