

BILAG 2. MODELPROJEKTER - NY FORSKNINGSBASERET VIDEN

BORGERE MED SAMTIDIG PSYKIATRISK OG SOMATISK SYGDOM

Multisyge borgere med både somatisk og psykiatrisk sygdom er en særlig udsat gruppe i samfundet, hvor sundhedsvæsenet må træde i karakter med en ny borger- og behandlerkultur. Borgeren og de pårørende skal i førersædet og være centrale ved både planlægningen og gennemførelsen af behandlingen. Præcis for denne gruppe borgere kan vi i sundhedsvæsenet blive meget klarere på vores møde og samarbejde med borgeren. I den sammenhæng skal også ses på, hvilke grupper, der især er sårbare, så der kan udvikles redskaber, der retter sig i mod de, der har særlige behov - og ikke mod alle.

Mål for indsatsen: Det langsigtede mål for projektet er en reduktion af dødeligheden blandt borgere med samtidig psykiatrisk og psykisk sygdom.

Indsatsen: Der igangsættes et 3-årigt samarbejdsprojekt med borgeren i centrum og med fokus på sammenhængende patientforløb. Kommuner, almen praksis og hospitaler deltager i projektet. Projektet udvikler de sociale og kliniske indsatser, der allerede anvendes i de 3 organisationer. Desuden udvikles nye indsatser, hvor der er behov for dette, i relation til at sikre borgerinddragelse, sammenhæng i forløbene og udveksling af relevante informationer.

Vurdering af effekten: Effekten vurderes på baggrund af graden af sammenhæng i patientforløb, PROMS (patient rapporterede resultat mål), mortalitetsrater samt kliniske sygdomsmål.

BESLUTNINGSSTØTTE I ALMEN PRAKSIS OG POPULATION MANAGEMENT

Registerdata og andre relevante data anvendes til udvikling af beslutningsstøtte algoritmer for borgere i risiko for udvikling eller forværring af multisygdomme til brug i almen praksis.

Population management dvs. anvendelse af de sundhedsindsatser, der er behov for baseret på viden om sygdommenes forekomst, sværhedsgrad og risiko for forværring og udvikling af komplikationer.

Mål for indsatsen: Udvikling af et IT-beslutningsstøtte værktøj til praktiserende læger, der kan understøtte identifikation af de patienter, der har størst risiko for forværring af sygdommene. Beslutningsstøtte værktøjet indeholder desuden vejledning til effektive kliniske indsatser.

Indsatsen: IT- beslutningsstøtte redskabet udvikles ved hjælp af data fra de nationale registre, sygesikringsregisteret, data fra kommuner samt fra Fælles Medicin Kort databasen (FMK). Beslutningsstøtteredskabet afprøves og implementeres i 10-15 almen praksis klynger, geografisk fordelt i landet. De kommuner og hospitaler der "hører" sammen med praksis klyngerne indgår i et fælles projektsamarbejde.

Vurdering af effekten: Effekten evalueres i forhold til anvendelighed i en almen praksis hverdag, PROMS samt forbruget af sundhedsydelse dvs. den sundhedsøkonomiske effekt ved anvendelsen af beslutningsstøtte værktøjet samt medicinforbruget.

POLYFARMACI

Multisygdom og polyfarmaci er tæt forbundne. Polyfarmaci er stærkt associeret til øget risiko for død, lægemiddelrelaterede indlæggelser, og øget økonomisk byrde for samfundet. Viden om polyfarmaci hos mennesker med multisygdom er meget sparsom og der er behov for at opruste såvel læge- som patientperspektivet. Der er således behov for uafhængige, offentligt finansierede lodtrækningsforsøg, hvor man fjerner unødvendig eller u hensigtsmæssig medicin hos multisyge polyfarmaci patienter.

Mål for indsatsen: Reduktion af medicin-baserede fejl og skader i det nære sundhedsvæsen.

Indsatsen: Med udgangspunkt i den kommunale hjemmepleje igangsættes flere projekter med fokus på at styrke mediciningskæden, ordination, dispensering, ophør af medicinering. Det vil sige at samarbejdet omkring medicinering, mellem kommuner, hospitalernes klinisk farmakologiske

afdelinger, kliniske afdelinger og ambulatorier samt de praktiserende læger skal styrkes. Der skal etableres klare retningslinjer for, hvem der har det endelige ansvar for ordination og seponering af medicin. Implementering af retningslinjerne skal sikres ved anvendelse af "Forbedringsmetoden" i et solidt samarbejde mellem de 3 sektorer.

Vurdering af effekten: Løbende evaluering af forekomsten af medicineringsfejl baseres på løbende registerdata dataindsamlinger, sundhedsøkonomisk evaluering, proces evaluering ved kvalitative forskningsmetoder, hvor både patient og sundhedsprofessionelles perspektiver indgår.

DIGITALISERING, VELFÆRDSTEKNOLOGIER OG MULTISYGDOM

Digitalisering og udvikling af velværdsteknologier skal fremover have fokus på borgerens samlede sygdomsbillede og skal i høj grad være rettet mod, at fremtidens sundhedsvæsen i videst muligt omfang skal udspille sig i den enkelte borgers hjem og på tværs mellem involverede professionelle i primærsektoren. Der skal udvikles nye samarbejdsformer mellem borgeren og de sundhedsprofessionelle. Det vil sige simple teknologiske løsninger frem for komplekse løsninger til borgere med komplekse problemstillinger. Udvikling af løsninger skal ske i samskabelse med borgere/patienter.

Mål for indsatsen: Forbedring af komplekse patientforløb med hensyn til sammenhæng, patienten i centrum og en samlet højere kvalitet af den kliniske indsats.

Indsatsen: Lovende velfærdsteknologiske løsninger identificeres baseret på patientvurderinger, sundhedsprofessionelles vurderinger samt økonomisk forventet høj cost-effectiveness. De identificerede teknologier afprøves med hensyn til sikkerhed og brugervenlighed i mindre grupper af patienter, der lider af de hyppigst forekommende multisygdomme. Efterfølgende afprøves de nye teknologer i regelrette kliniske afprøvnings-designs, hvor både kvantitative og kvalitative data registreres.

Vurdering af effekten: Effekten af de velfærdsteknologiske løsninger vurderes bredt baseret på MAST modellen (Model for Assessment of Telemedicine) i sundhedsvæsenet. Mast modellen er en national vedtaget evalueringsmodel for nye teknologier, der giver et samlet overblik over både patient-, sundhedsprofessionelle og organisations perspektiver samt økonomiske forhold ved implementering af nye teknologier.