

Implementeringsplan for overflytning af patienter med KOL- og/eller diabetes type 2

Implementeringsplan for overflytning af patienter med KOL- og/eller diabetes type 2	1
1. Indledning	2
2. Overflytning af patienter med KOL og/eller diabetes type 2.....	3
2.1 Diabetes type 2 patienter i målgruppe for overflytning til almen praksis	3
2.2 KOL patienter i målgruppe for overflytning til almen praksis	4
2.3 Praktisk gennemførelse af flytning af patienter med KOL og/eller diabetes type 2 fra sygehusregi til almen praksis	6
3. Specialistrådgivning.....	7
4. Kompetenceudvikling	8
4.1 Udarbejdelse af kompetenceudviklingsmodeller	9
5. Databaseret opfølgning	10
5.1 Databaseret overblik over målgruppen for overflytning	11

1. Indledning

I Overenskomst for almen praksis 2018 mellem praktiserende lægers organisation og Regionernes lønnings- og takstnævn fremgår det, at en del af aktiviteten på sygehusambulatorierne vedr. patienter med diagnosticeret diabetes type 2 og/eller KOL skal flyttes til almen praksis. Den overvejende del af den almene behandling og opfølgning i forhold til de to patientgrupper samles således i almen praksis¹.

Samtlige patienter tilhørende målgrupperne skal være overflyttet til almen praksis senest den 1. juli 2020.

Forud for den samlede overflytning i 2020 er der en overgangsperiode, som indebærer en gradvis indfasning af opgaven i relation til flytning af patienterne fra ambulatorierne.

Opgaven igangsættes formelt fra og med den 17. september 2018 med forventet fuld udrulning af alle implementeringsplanens enkelte dele den 1. december 2018.

Regionen har i den forbindelse en forpligtelse til at udforme en implementeringsplan, som beskriver, hvordan en systematisk flytning af patienter fra ambulatorier til almen praksis muliggøres.

Implementeringsplanen blev den 11. juni 2018 med bemærkninger principgodkendt af Praksisplanudvalget, hvorefter styregruppen for udmøntning af OK2018 efterfølgende den 11. september 2018 har godkendt planen med de ønskede rettelser og tilføjelser.

Forud for beslutning i Praksisplanudvalget er indhold i planen drøftet og udformet i regi af Temagruppen for samordning og patientforløb, implementering af overenskomst 2018 - 2020.

Implementeringsplanen indeholder følgende elementer:

- Definition af målgrupperne
- Plan for den praktiske overflytning af målgrupperne
 - Klarmelding
 - Organisering
 - Specialistrådgivning
- Kompetenceudvikling
- Databaseret opfølgning

¹ Kilde: Forhandlingsaftale om almen praksis, afsnit 6, linje 1 side 27

2. Overflytning af patienter med KOL og/eller diabetes type 2

Som udgangspunkt bør almen praksis varetage den største del af ansvaret for opfølgning og behandling af mennesker med kronisk sygdom, og kun undtagelsesvist i perioder, hvor der er særligt behov for specialiseret behandling, skal patienter modtage behandling på sygehuset².

Dette betyder, at når behandlingsansvaret ligger ved den praktiserende læge, og lægen modtager kronikerhonorar, kan lægen henvise patienten til midlertidig behandling af en afgrænset problemstilling på sygehuset.

2.1 Diabetes type 2 patienter i målgruppe for overflytning til almen praksis

I Overenskomstaftalen 2018 er målgruppen diabetes type 2 patienter defineret som følger³:

Almen praksis har behandlingsansvar for alle tilmeldte patienter med diabetes type 2 på nær nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på sygehuset:

- Indlagte patienter med diabetes type 2
- Gravide med diabetes type 2
- Patienter med behov for specialistbehandling af signifikante komplikationer: svære fodsår, nefropati og/eller svær retinopati (proliferativ og maculopati)
- Patienter med tendens til hypoglykæmi

*Kilde: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med diabetes type 2, Sundhedsstyrelsen 2016. Diagnosen er stillet ved måling af Hba1c, hvor en værdi ≥ 48 mmol/mol (6,5 %) er den diagnostiske grænse for diabetes type 2.

Ved overflytning fra sygehus til almen praksis følger et kronikerhonorar til den praktiserende læge, som er tilknyttet patienten så længe, at ansvaret for patientens diabetesbehandling ligger hos den praktiserende læge.

Hvis der opstår komplikationer med behov for tilsyn af speciallæge, kan almen praksis rette henvendelse til diabetesambulatoriet på sygehuset. Efter dialog træffes beslutning, om problemstillingen kan håndteres af alment praktiserende læge via rådgivning fra sygehus, eller der er behov for henvisning til midlertidig sygehusbehandling.

Henvisning til et midlertidigt kortvarigt sygehusforløb kan ske i særlige tilfælde, hvor den alment praktiserende læge ikke har kompetence til at varetage en isoleret og afgrænset problemstilling i patientens behandling for diabetes type 2. Der er tale om en konkret problemstilling, som udgør et element af patientens samlede diabetesbehandling. Henvisning kan ske efter forudgående telefonkorrespondance med relevant speciallæge på sygehuset. Henvisning til et midlertidigt kortvarigt sygehusforløb er en mulighed i almen praksis i overenskomstperiodens opstart. Det forventes, at antal henvisninger til midlertidige kortvarige sygehusforløb nedtrappes i takt med, at specialistrådgivning og kompetenceudvikling gør almen praksis klar til at varetage det fulde behandlingsansvar. Den alment praktiserende læge skal ikke afmelde sit kronikerhonorar ved henvisning til et midlertidigt kortvarigt sygehusforløb, idet lægen fortsat har det samlede behandlingsansvar. Det forventes, at midlertidige

² Aftale mellem RLTN og PLO, den 14. september 2017

³ Nedenstående er i overensstemmelse med de principper, som Regionsrådet godkendte den 27. juni 2017:

Patienter med diabetes type 2 behandles som udgangspunkt i almen praksis. Kun patienter med dysregulation, alvorlige sendiabetiske komplikationer eller samtidig anden sygdom af betydning for behandlingen tilbydes kontrol i diabetesambulatorium.

kortvarige sygehusforløb som hovedregel højest er af tre måneders varighed. I særlige tilfælde, hvor specialiseret sygehusbehandling ikke kan afsluttes forsvarligt indenfor tre måneder, kan et midlertidigt kortvarigt sygehusforløb dog vare op til seks måneder.

En række komplikationer kan i konkrete tilfælde betyde, at den alment praktiserende læge ikke har kompetence til at varetage flere elementer af patientens behandling for diabetes type 2. I disse situationer kan der ske henvisning til et længerevarende sygehusforløb. Herved overdrages det samlede behandlingsansvar for patientens diabetesbehandling til sygehuset, og den alment praktiserende læge afmelder sit kronikerhonorar for patienten. Henvisning til længerevarende sygehusforløb kan ske efter forudgående telefonkorrespondance med relevant speciallæge på sygehuset, og i henvisningen anfører alment praktiserende læge overskriften: 'Behandlingsansvar overgår til sygehus.

Komplikationer som kan tilsige henvisning til længerevarende sygehusbehandling (behandlingsansvaret overgår til sygehuset):

- Nefropati – nyre insufficiens (eGFR < 45) og/eller makroalbuminuri (Urin albumin/kreatinin ratio > 300 mg/g)
- Fodkomplikationer som Charcot fod, svære fejlstillinger, gangræn og aktivt fodsår samt patienter med tidligere amputation.
- Øjenkomplikationer som præproliferativ eller proliferativ retinopati, makulopati eller klinisk betydende progression i diabetisk øjenssygdom”
- Diabetisk Gastroenteropati med betydende symptomer og tilfælde der forårsager problemer med den antidiabetiske behandling, eller ernæringsrelaterede problemer
- Svær sensomotorisk neuropati (manglende følesans) eller svære neuropatiske smerter (med behov for mere end 2 forskellige smertestillende medikamenter)
- Svær insulinresistens (insulinforbrug > 2 IU / kg BW)
- Stærkt svingende blodglukoseniveau med flere uforudsigelige/uvarslede insulintilfælde, specielt diabetes patienter med manglende følingserkendelse.
- Svær hjertesygdom som hjertesvigt (NYHA klasse 3 og 4) eller svær symptomatisk iskæmisk hjertesygdom
- Behandlingsresistent hypertension (> 3 forskellige antihypertensiva)
- Komorbiditeter
 - Tilbagevendende systemisk brug af steroidbehandling, hvor den metaboliske regulation bliver påvirket
 - Aktiv cancersygdom, hvor den metaboliske regulation bliver påvirket
 - Sjældne endokrinologiske lidelser, som i forvejen kræver status i endokrinologisk ambulatorium (fx Cushing, Acromegali)
 - Anden væsentlig komorbiditet, hvor den metaboliske regulation bliver påvirket

2.2 KOL patienter i målgruppe for overflytning til almen praksis

I Overenskomstaftalen 2018 er målgruppen KOL patienter defineret som følger:

Almen praksis har behandlingsansvar for alle tilmeldte patienter med diagnosticeret KOL på nær nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på sygehuset:

- Patienter i GOLD gruppe D, som har hyppige eksacerbationer (to eller flere om året)

- Patienter hvor KOL er kompliceret som følge af svære udvidelser på bronchiegrenene (bronkiektasier) og/eller infektioner⁴
- Patienter med meget svært nedsat lungefunktion (FEV1 under 30 pct. af forventet), hvis patienten er/skal vurderes som potentielle transplantationskandidater, kandidater til volumenreducerende terapi eller ventilanlæggelse og/eller har komplicerende pulmonal hypertension
- Patienter hvor man overvejer eller har iværksat behandling med noninvasiv ventilation (NIV) i hjemmet.

Overnævnte komplikationer kan betyde at alment praktiserende læge ikke har kompetence til at varetage flere elementer af patientens behandling for KOL. Der kan derfor være behov for henvisning til et længerevarende sygehusforløb. Herved overdrages det samlede behandlingsansvar for patientens KOL behandling til sygehuset, og den alment praktiserende læge er ansvarlig for at afmelde sit kronikerhonorar for patienten. Henvisning til længerevarende sygehusforløb kan ske efter forudgående telefonkorrespondance med relevant speciallæge på sygehuset. Ved henvisning anføres overskriften: 'Behandlingsansvar overgår til sygehus' i henvisningens emnefelt.

Diagnosen er stillet på baggrund af ryge- og erhvervsanamnese, symptomer samt spirometريفund. Ved spirometri måles FEV1 og FVC (eller VC), og herefter foretages en beregning af FEV1/FVC % samt af FEV1 i % af forventet værdi. KOL diagnosen forudsætter, at der påvises FEV1/FVC <70 % efter bronkodilatation. Det forventes, at almen praksis kan foretage og fortolke spirometri.

Ved overflytning fra sygehus til almen praksis følger et kronikerhonorar til den praktiserende læge, som er tilknyttet patienten så længe, at ansvaret for patientens KOL behandling ligger hos den alment praktiserende læge.

For patienter i langtidshjemmeiltbehandling gælder det, at sygehuset er ansvarlig for iltbehandlingen, mens almen praksis er ansvarlige for den øvrige del af KOL behandlingen. Behandleransvaret ligger således fortsat ved den alment praktiserende læge.

Hvis der opstår komplikationer med behov for tilsyn af speciallæge, kan almen praksis rette henvendelse til sygehusambulatoriet. Efter dialog træffes beslutning, om problemstillingen kan håndteres af alment praktiserende læge via rådgivning fra sygehus, eller der er behov for henvisning til midlertidig sygehusbehandling.

Henvisning til et midlertidigt kortvarigt sygehusforløb kan ske i særlige tilfælde, hvor den alment praktiserende læge ikke har kompetence til at varetage en isoleret og afgrænset problemstilling i patientens behandling for KOL. Der er tale om en konkret problemstilling, som udgør et element af patientens samlede KOL behandling. Henvisning kan ske efter forudgående telefonkorrespondance med relevant speciallæge på sygehuset. Henvisning til et midlertidigt kortvarigt sygehusforløb er en mulighed i almen praksis i overenskomstperiodens opstart. Det forventes, at antal henvisninger til midlertidige kortvarige sygehusforløb nedtrappes i takt med, at specialistrådgivning og kompetenceudvikling gør almen praksis klar til at varetage det fulde behandlingsansvar. Den alment praktiserende læge skal ikke afmelde sit kronikerhonorar ved henvisning til et midlertidigt kortvarigt sygehusforløb, idet lægen fortsat har det samlede behandlingsansvar. Det forventes, at midlertidige kortvarige sygehusforløb som hovedregel højst er af tre måneders varighed. I særlige tilfælde, hvor specialiseret sygehusbehandling ikke kan afsluttes forsvarligt indenfor tre måneder, kan et midlertidigt kortvarigt sygehusforløb dog vare op til seks måneder.

⁴ Ordet "infektion" er en præcisering foretaget af Overlæge, Ph.d., Klinisk lektor, Lungemedicinsk Afdeling J, OUH, Ingrid Louise Titlestad

Det anbefales, at der foreligger nyere billeddiagnostiske undersøgelser af thorax, hvis patienten henvises til hhv. midlertidig eller længerevarende sygehusbehandling.

I overensstemmelse med implementeringsplanen udarbejder Temagruppen for samordning og patientforløb en vejledning, som beskriver arbejdsdelingen mellem sygehus og almen praksis. Vejledningen beskriver bl.a. muligheder for specialistrådgivning fra sygehus til almen praksis samt muligheder for henvisning til hhv. midlertidig og længerevarende sygehusbehandling.

2.3 Praktisk gennemførelse af flytning af patienter med KOL og/eller diabetes type 2 fra sygehusregi til almen praksis

Klarmelding

Alle alment praktiserende læger og regionsklinikker er klarmeldt per 1. august 2018.

Organisering af overflytning til almen praksis:

Patienter, der er fulgt/følges i sygehusambulatorie, og som ikke har komplikationer, der nødvendiggør sygehusbehandling, afsluttes konsekutivt, som de ses i ambulatoriet. Sygehusambulatoriet gennemgår i øvrigt patientpopulationen for eventuelle restgrupper, som ikke ses kontinuerligt i ambulatoriet.

Når patienten afsluttes, skal der sendes en epikrise eller et afsluttende ambulante notat til almen praksis med overskriften '*Behandlingsansvar overgår til almen praksis*'. Behandlingskonklusionen skrives i starten af epikrisen. Formålet hermed er at sikre, det i lægesystemet bliver synligt for den alment praktiserende læge, at vedkommende har overtaget behandlingsansvaret for en patient med hhv. KOL og/eller diabetes type 2.

Hvis der er behov for akut opfølgingsindsats i almen praksis inden for 1-2 hverdage efter sektorovergang, angives dette i indledningen af epikrisen eller i det afsluttende ambulante notat. Ligeledes angives det i indledningen af epikrise/notat, hvis der er behov for en opsøgende indsats fra almen praksis overfor særligt sårbare patienter, som har et opfølgingsbehov efter sektorovergang, men som ikke af egen drift henvender sig til almen praksis⁵

For samtlige patienter gælder, at patienternes epikrise eller ambulante notat skal konkretisere behandlingsforløb og eventuelle komplikationer. Det vil sige, at epikrisen eller notatet skal indeholde præcis og konkret beskrivelse af den fremadrettede indsats for den enkelte patient. Ved overflytning inddrages patienten, så der sikres forståelse for, hvorfor patienten flyttes til videre behandling i almen praksis.

Hvis det bliver teknisk muligt, skal det ligeledes registreres med en SKS-kode, at behandlingsansvaret for patienten overgår til almen praksis.

De endelige løsninger er betinget af bl.a. MEDCOM standarder og juridiske vurderinger.

Frist: Overflytning af patienter fra sygehusambulatorie til almen praksis påbegyndes gradvist fra 1. august 2018 og er tilendebragt den 1. juli 2020.

Efteråret 2018: Databaseret overblik som illustrerer baseline for følgende:

⁵ Der arbejdes nationalt på en teknisk løsning, som gør det muligt at angive opfølgingsbehovet med rødt flag eller gult flag i epikrisen. Indtil denne tekniske løsning er på plads må opfølgingsbehovet beskrives i indledningen af epikrisen/ambulante notat.

- Hvor mange patienter med KOL og/eller diabetes type 2 patienter, som på nuværende tidspunkt følges i sygehus regi. Fordelt på sygehusenheder.
- Estimeret andel af det samlede antal patienter med KOL og /eller diabetes type 2, der på nuværende tidspunkt følges i sygehus regi, som kan overflyttes til almen praksis. Fordelt på sygehusenheder.

3. Specialistrådgivning

Specialistrådgivningen skal omfatte følgende⁶:

1. Region Syddanmark etablerer en telefonvagt uden unødigt ventetid, som den praktiserende læge kan henvende sig til i tidsrummet 8.00-15.30, hvis der er behov for dialog og afklaring af en eventuel henvisning.
2. Temagruppen for samordning og patientforløb udarbejder vejledninger for skriftlig og telefonisk brug af specialistrådgivningen,
 - a. herunder hvordan og i hvilke tilfælde behandleransvaret overgår fra almen praksis til sygehus.
3. Regionen sikrer formidling til almen praksis om adgang til rådgivningsfunktionerne på sygehusene.

Herudover kan specialistrådgivningen omfatte følgende:

4. Den pågældende speciallæge på sygehuset bør have mulighed for at kunne slå patienten op i relevante systemer med henblik på rådgivning om eventuelle undersøgelser eller behandling, der er foretaget.
5. Sygehuset kontakter praktiserende læge, såfremt en henvisning falder uden for de aftalte visitationskriterier. Dette med henblik på dialog om den videre behandling.

Der er pr. 1. april 2018 etableret adgang til telefonisk specialistrådgivning på sygehusene, og relevante telefonnumre til akut rådgivning kan ses på følgende link:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/patientforloeb/specialistraadgivning-kol-diabetes/>

Den alment praktiserende læge kan kontakte sygehuset med henblik på dialog med speciallæge om behandling af patienter med KOL og /eller diabetes type 2. I Overenskomstaftalen 2018 fremgår det, at almen praksis skal tage kontakt til speciallæge, før en patient kan henvises til sygehuset. Alment praktiserende læge og sygehusets speciallæge træffer i fællesskab beslutning, om der skal ske henvisning til sygehus, eller behandlingen kan varetages i almen praksis vha. specialistrådgivning fra sygehuset.

Hvis den praktiserende læge og sygehusets speciallæge bliver enige om, at patienten skal ses på sygehuset i et midlertidigt eller længerevarende forløb, skal den praktiserende læge henvise patienten hertil efter de normale retningslinjer, så patienten registreres korrekt i Cosmic.

Dialog mellem almen praksis og sygehus kan foregå telefonisk, som korrespondancemeddelelser eller via videokonference. Anvendelsen af de forskellige kommunikationsformer beskrives nærmere i en særskilt vejledning, som Temagruppen for samordning og patientforløb udarbejder.

⁶ "Anbefalinger til model for specialistrådgivning til almen praksis vedrørende patienter med KOL og diabetes type 2". Danske Regioner 16. marts 2018.

Foruden ovenstående vil vejledningen bl.a. indeholde beskrivelse af:

- oplysninger, som anbefales at almen praksis overbringer til sygehuset ifm. henvendelse (hvad det forventes at almen praksis har afklaret forud for henvendelse);
- i hvilke tilfælde patienter henvises midlertidigt til sygehuset mhp. løsning af afgrænsede problemstillinger inkl. tidsmæssig afgrænsning/antal besøg;
- i hvilke tilfælde behandlingsansvaret overgår fra almen praksis til sygehus (længerevarende behandlingsforløb hvor almen praksis afmelder kronikerhonorar);
- hvornår almen praksis har adgang til rådgivningsfunktionerne på sygehusene;
- hvilke øvrige (eksisterende) rådgivningsfunktioner almen praksis kan gøre brug af.

November 2018: Temagruppen forelægger vejledningen for Styregruppen til godkendelse. I øvrigt formidles vejledningen til almen praksis og sygehuse efter en kommunikationsplan, som vil forelægges sammen med vejledningen.

Henvi sning til sygehus grundet øvrige diagnoser:

For patienter med KOL og/eller diabetes type 2 med behov for øvrig specialistbehandling på sygehus, som ikke skyldes deres KOL og/eller diabetes type 2 diagnose, gælder eksisterende henvi sningsaftaler. Ved henvi sning grundet øvrige diagnoser er almen praksis fortsat behandlingsansvarlig i forhold til behandling af patientens KOL og diabetes type 2.

Akut henvi sning til sygehus:

I særlige akutte tilfælde kan den praktiserende læge, uanset henvi sningsårsag, henvise patienten til akut sygehusbehandling uden forudgående dialog med speciallæge på sygehuset.

4. Kompetenceudvikling

Der er variation i praktiserende lægers kompetencer ift. behandling af patienter med KOL og/eller diabetes type 2. Det er derfor også forskelligt i hvilket omfang, den enkelte praktiserende læge har behov for specialistrådgivning og kompetenceudvikling for at kunne varetage diabetesbehandlingen i det aftalte omfang.

Nedenfor skitseres en række opgaver relateret til diabetesbehandling, som kan medvirke til at belyse hvilke kompetencer, der forudsættes, for at den praktiserende læge kan varetage diabetesbehandlingen.

I overenskomstperioden tilstræbes det, at almen praksis i stigende grad varetager diabetesbehandlingen og dermed, at den enkelte praktiserende læge gradvist i overenskomstperioden stiger i kompetencetrin alt efter nuværende kompetenceniveau. Kompetenceudviklingstilbud, bør derfor understøtte de praktiserende lægers muligheder for at tilegne sig nedenstående fire kompetencetrin. Forventningen er, at samtlige praktiserende læger i Region Syddanmark besidder de beskrevne kompetencer ved overenskomstperiodens udløb i 2020.

Diabetes type 2	Kompetencer	Kompetencer
Trin	Blodsukker	Blodtryk
Trin 1	Antidiabetisk behandling: <ul style="list-style-type: none"> • Metforminbehandling • DPP4- hæmmere • SU- præparater (hvis brug dog ikke generelt anbefales) 	Behandling: <ul style="list-style-type: none"> • ACE-hæmmere • ATII – antagonist • Calciumblokere • Vanddrivende medicin
Trin 2	Behandling med: <ul style="list-style-type: none"> • SGLT2- hæmmere • Injektion med GLP1- præparater 	Brug af præparater udover ovenstående
Trin 3	<ul style="list-style-type: none"> • Insulin behandling 	Behandling med mere end tre antihypertensiva
Trin 4	<ul style="list-style-type: none"> • Sofistikeret insulin behandling (fx 4 gangs terapi)⁷ 	

I forhold til KOL behandling tilstræbes det ligeledes, at almen praksis i stigende grad varetager behandlingen og dermed, at den enkelte praktiserende læge i overenskomstperioden tilegner sig de fornødne kompetencer til at kunne varetage behandlingsansvaret.

Det forventes, at den alment praktiserende læge kan foretage og fortolke spirometri med henblik på korrekt diagnosticering af KOL. Hvis den enkelte praktiserende læge ikke besidder kompetencer til at foretage og fortolke spirometri, forventes det, at lægen tilegner sig disse kompetencer inden overenskomstperiodens udløb i 2020. Kompetenceudviklingstilbud bør derfor understøtte de praktiserende lægers muligheder for at tilegne sig de fornødne kompetencer

4.1 Udarbejdelse af kompetenceudviklingsmodeller

Temagruppen for samordning og patientforløb udarbejder en generisk model for kompetenceudvikling i almen praksis. Modellen skal danne ramme for beskrivelse af de muligheder for kompetenceudvikling indenfor hhv. KOL og diabetes type 2, der er til rådighed for almen praksis. Formålet hermed er at skabe overblik over muligheder for og forventninger til kompetenceudvikling af alment praktiserende læger og praksispersonale.

Beskrivelserne af muligheder for kompetenceudvikling i almen praksis tager udgangspunkt i Danske Regioners anbefalinger til model for specialistrådgivning til almen praksis samt eksisterende og nye nationale og regionale tiltag ift. kompetenceudvikling.

Temagruppen nedsætter en arbejdsgruppe bestående af:

- Efteruddannelseskoordinator (Formand)
- Lægemedelkonsulent
- Praksiskoordinator
- En repræsentant fra hver af de fire sygehusenheder (en kombination af fagpersoner og administration). De administrative medarbejdere fra sygehusenhederne er behjælpelige med

⁷ Danske Regioner oplyser i mail af 31. juli 2018, at al diabetesbehandling er indeholdt i opgaveflytningen, men der skal altid være en henvisningsmulighed.

at lave den overordnede generiske model og rekruttering af relevante fagpersoner, som kan bidrage til beskrivelserne af kompetenceudviklingstilbud ift. hver af målgrupperne for overflytningen).

- Leder af KEU Sekretariatet
- Sekretariatsbetjening (Temagruppe for samordning og patientforløb)

Arbejdsgruppen får til opgave dels at udarbejde en generisk model for kompetenceudvikling til almen praksis, dels at beskrive muligheder for kompetenceudvikling målrettet behandling af patienter med hhv. KOL og diabetes type 2 (jf. tidligere beskrevne kompetencetrin). I dette arbejde anbefales det, at arbejdsgruppen:

- beskriver og evt. udvikler kompetenceudviklingstilbud til almen praksis, der er i overensstemmelse med Danske Regioners anbefalinger, og som tager højde for allerede eksisterende tilbud;
- inkluderer bl.a. efteruddannelse organiseret under Fonden for Almen Praksis⁸, samt allerede igangsatte kompetenceløft i regi af samarbejdsfora (SOF) tilknyttet de enkelte sygehusenheder i beskrivelserne;
- søger at indfange de behov for kompetenceudvikling, som viser sig i forbindelse med overflytning af patienter fra sygehus til almen praksis;
- sikrer formidling af hvilke tilbud, der stilles til rådighed for almen praksis med henblik på at understøtte behandling af patienter i målgrupperne for overflytning;
- gør opmærksomhed på forskellige formidlingsformer, herunder brug af videokonferencer;
- udarbejder oversigter over muligheder for kompetenceudvikling i almen praksis samt eventuelle overvejelser om udvikling af fremtidige tilbud som kan præsenteres for Styregruppen i november 2018;
- beskriver det økonomiske grundlag for at gennemføre kompetenceudviklingen;

I notatet: '*Kompetenceudvikling, nedsættelse af arbejdsgruppe*' er forslaget om nedsættelse af en arbejdsgruppe til konkretisering af kompetenceudvikling i almen praksis nærmere beskrevet.

Frist: Generisk model for kompetenceudvikling i almen praksis og beskrivelse af overordnede muligheder for kompetenceudvikling målrettet behandling af hhv. KOL og diabetes type 2 præsenteres for temagruppen på møde den 14. november og forelægges efterfølgende styregruppen den 28. november 2018.

5. Databaseret opfølgning

Der skal følges op på hvor mange patienter, der overflyttes til almen praksis. Det skal i den forbindelse afdækkes hvilke dataopgørelser, der kan danne grundlag for opfølgning. Først og fremmest er der behov for, at der sker registrering, når sygehuset overdrager behandlingsansvaret for en patient med

⁸ Bilag 5 til overenskomsten mellem RTLN og PLO: "Protokollat om tilskudsberettiget efteruddannelse".

KOL og/eller diabetes type 2 efter længerevarende sygehusbehandling. Til denne registrering arbejder Temagruppen for samordning og patientforløb på at etablere en løsning via SKS-koder.

Ligeledes har Temagruppen fastsat overskrifter i epikrise og ambulante notat ('Behandlingsansvar overgår til almen praksis'), som skal anvendes ifm. overflytning af patienter. Formålet hermed er at sikre, det i lægesystemet bliver synligt for den alment praktiserende læge, at vedkommende har overtaget behandlingsansvaret for en patient med hhv. KOL og/eller diabetes type 2.

De endelige løsninger er betinget af bl.a. MEDCOM standarder og juridiske vurderinger.

Endvidere foretages opfølgning på en række udvalgte parametre bl.a. udvikling i antal kronikerhonorar og antal ambulante sygehusbesøg.

Opfølgning på indfasning af overflytning af patienter til almen praksis samt kvalitetsopfølgning er et fast punkt på temagruppens møder.

5.1 Databaseret overblik over målgruppen for overflytning

Det er af datatekniske årsager vanskeligt at lave et dataudtræk, der entydigt viser, hvor mange KOL og/eller diabetes type 2 patienter, som sygehusene på nuværende tidspunkt varetager behandlingsansvaret for, og som er i målgruppen for overflytning til almen praksis. Et dataudtræk på henholdsvis KOL og/eller diabetes type 2 viser, hvor mange patienter, som samlet set behandles i sygehus regi. Dataudtrækket, indeholder således både patienter, som er i målgruppen for overflytning til almen praksis og patienter, som falder udenfor målgruppen for overflytning: patienter som modtager kortvarig sygehusbehandling for deres KOL og /eller diabetes type 2 og patienter, som har behov for vedvarende specialiseret sygehusbehandling (jf. tidligere beskrevne kriterier herfor).

Temagruppen for samordning og patientforløb arbejder på at tilvejebringe følgende opgørelser, som skal kan udgøre baseline for den fremadrettede opfølgning:

- Baseline for det samlede antal patienter med hhv. KOL og/eller diabetes type 2, som på nuværende tidspunkt følges i sygehus regi. Baselineopgørelsen foretages via træk af sygehusdata og fordeles på sygehusenheder.
- Baseline for det samlede antal patienter med hhv. KOL og/eller diabetes type 2, som på nuværende tidspunkt følges i sygehus regi og er i målgruppen for overflytning til almen praksis (andel ukomplicerede patienter i længerevarende sygehusforløb af ovennævnte databaserede baselineopgørelse). Metoden til denne baselineopgørelse er at udarbejde et estimat via manuel optælling foretaget på patienter født de første to uger i januar måned, hvorefter fordelingen estimeres til årsniveau.