

Projekt tidlig Opsporing og forebyggelse – aftale om lægernes vilkår for deltagelse i pilot2. Allonge til "Aftale vedr. projekt Tidlig Opsporing og Forebyggelse" samt "Tillæg til aftale vedr. projekt Tidlig Opsporing og Forebyggelse"

Projekt Tidlig opsporing og forebyggelse (TOF) er et forsknings- og samarbejdsprojekt mellem Forskningsenheden for almen praksis (FEA) v. Syddansk Universitet (SDU), PLO Syddanmark, Afdelingen for tværsektorielt samarbejde og Praksisafdelingen v. Region Syddanmark og syv syddanske kommuner samt de praktiserende læger i de syv kommuner. Formålet med projektet er at udvikle, afprøve og evaluere en model for tidlig opsporing og forebyggelse af tre udvalgte kroniske sygdomme samt understøtte sammenhængende forebyggelsesforløb på tværs af almen praksis og kommune i det nære sammenhængende sundhedsvæsen.

Modellen for tidlig opsporing og forebyggelse indeholder et spørgeskema om livsstil, udvalgte oplysninger fra lægens patientjournal (diagnose- og medicinkoder) samt en risiko-stratificering på baggrund af validerede algoritmer for KOL, diabetes og hjertekarsygdom. Interventionen målrettes dermed, så kun borgere med risiko for udvikling af kronisk sygdom tilbydes et forløb i almen praksis bestående af en helbredsundersøgelse og opfølgning på denne hos enten læge eller praksispersonale.

Borgerne modtager indledningsvis en invitation til deltagelse i projektet i deres digitale postkasse. De borgere der samtykker til deltagelse i projektet besvarer et spørgeskema om deres livsstil og modtager umiddelbart herefter en tilbagemelding i form af en digital sundhedsprofil, der også indeholder anbefalinger til, hvad borgeren kan foretage sig, hvis borgeren ønsker at arbejde med sin livsstil.

- Borgere med risikoadfærd ("gule borgere") anbefales at lade sig kontakte af en kommunal medarbejder til en snak om et evt. kommunalt forebyggelsesforløb
- Borgere med risiko for udvikling af kronisk sygdom ("røde borgere") anbefales at tage kontakt til/lade sig kontakte af egen læge for et forløb i almen praksis.
- Borgere der allerede er kendt med en kronisk sygdom ("lilla borgere") tilbydes ikke yderligere i projektet
- Borgere med sund livsstil ("grønne borgere") tilbydes ikke yderligere i projektet

Hele forløbet for både borgere, læger/praksispersonale og kommunale medarbejdere foregår på og understøttes af en digital brugerflade, som hedder www.sundhedsmappe.dk. Samlet set skal projektet

- Målrette forebyggelses- og opsporingsindsatsen, så dem med størst risiko/behov bliver tilbudt et forløb i almen praksis eller kommune (de "røde" og "gule" borgere i projektet)
- Styrke den forebyggende indsats hos læge og kommuner
- Bidrage til at samarbejdet mellem læge og kommune styrkes, herunder optimere henvisnings-procedurer fra almen praksis til kommunale tilbud

Projekt Tidlig Opsporing og forebyggelse har været afprøvet i pilot1 i 4. kvartal 2016. På baggrund af resultaterne fra den forskningsmæssige evaluering, har styregruppen besluttet at gennemføre endnu en pilotafprøvning med fokus på

- En bredere rekruttering af borgere til deltagelse i projektet
- Et mere fleksibelt forløb i almen praksis for de "røde borgere"
- Telefonisk kontakt til de borgere, der er i risiko for udvikling af en kronisk sygdom, og som angiver, at de gerne vil kontaktes af lægehuset for at aftale tid til en helbredsundersøgelse

Pilot2projektet afvikles i Middelfart og Haderslev kommune med en driftsperiode på fire måneder fra ultimo 2018 – primo 2019, det er frivilligt for det enkelte lægehus i de to kommuner, om de vil deltage.

For at opnå et optimalt sammenligningsgrundlag med pilot1 inkluderes i alt 9000 borgere i pilot2projektet, svarende til 15 læger med fuld patientpopulation i aldersgruppen 30-59 år. For yderligere beskrivelse af interventionen se pilot2projektbeskrivelsen, godkendt af styregruppen 13. december 2017.

Deltagelseshonorar:

For deltagelse i TOF-pilotprojekt 2 ydes et ekstraordinært deltagelseshonorar på 700 kr. begrundet i det arbejde, der er forbundet med administration og kontakt til de borgere, der er i risiko for udvikling af kronisk sygdom.

Lægernes/praksispersonalets handlinger i pilot2projektet

1. Telefonisk kontakt til de borgere der er i risiko for udvikling af kronisk sygdom og som har angivet, at de gerne vil kontaktes af lægehuset for at aftale tid til en helbredsundersøgelse
2. Forberedelse forud for fokuseret helbredsundersøgelse
3. Gennemførelse af fokuseret helbredsundersøgelse (HU)
4. Telefonisk opfølgning på helbredsundersøgelse, og aftale om det videre forløb
 - a. Ved normale værdier kan borgeren afsluttes v. praksispersonale og evt. henvises til et kommunalt forebyggelsestilbud
 - b. Ved unormale værdier aftales tidspunkt for opfølgning i form af en helbredssamtale (HS) hos lægen
5. Gennemførelse af helbredssamtale

Ad 1.

Praksispersonale kontakter de "røde" borgere, der i forbindelse med deres sundhedsprofil har angivet, at de gerne vil kontaktes mhp. at få en tid til HU.

- a. Praksispersonale kigger på patientoverblikket på praksis.sundhedsmappen
- b. Praksispersonale ringer på det tlf. nummer, som borgeren har angivet
- c. Praksispersonale aftaler tid til helbredsundersøgelse med borgeren
- d. Praksispersonale registrerer handlingen på praksis.sundhedsmappen

Ad 2.

Praksispersonale/lægen forbereder den fokuserede helbredsundersøgelse med udgangspunkt i de oplysninger, der er på praksis.sundhedsmappen og i lægens patientjournal.

- a. Data kigges igennem
- b. Forslag til HU udarbejdes
- c. Kort journalnotat udarbejdes
- d. Handlingen registreres på praksis.sundhedsmappen

Der anvendes TOF ydelseskode 4411 til forberedelsen

Pr. 1.10.2017 =153,67kr

Ad 3.

Praksispersonale/lægen gennemfører en fokuseret HU med udgangspunkt i forberedelsen

- a. Standardtests gennemføres på alle "røde" borgere: blodprøver (lipid og HbA1C), højde og vægt samt blodtryk
- b. Specifikke tests/prøver, hvis det vurderes relevant: EKG (v. risiko for hjerte og/eller diabetes- sygdom), lungefunktionstest (v. risiko for KOL)
- c. Borgeren informeres om, at opfølgningen på HU vil ske enten hos praksispersonale (eks. sygeplejerske) eller læge
- d. Praksispersonale/læge registrerer plan for opfølgning på praksis.sundhedsmappen

- e. Praksispersonale/læge registrerer handlingen på praksis.sundhedsmappen
- f. Praksispersonale/læge udfylder kort spørgeskema (audit)

Der anvendes TOF ydelseskode 4412 til den fokuserede helbredsundersøgelse

Pr. 1.10.2017 = 307,36kr.

Ad 4.

Praksispersonale og læge konfererer om resultater af HU og foretager en af følgende to handlinger

- a. Ved normale værdier: Praksispersonale kontakter borgeren med resultater af HU og aftaler det videre forløb (evt. henvisning til kommunalt forebyggelsestilbud)
- b. Ved unormale værdier: Praksispersonale kontakter borgeren med forslag til tid til helbredssamtale hos lægen

Efterfølgende

- c. Praksispersonale registrerer handlingen i praksis.sundhedsmappen

Der anvendes TOF ydelseskode 4434 til praksispersonalets telefoniske kontakt til borgeren for at aftale det videre forløb

Pr. 1. 10. 2017 = 153,09kr.

Ad 5.

Lægen gennemfører en helbredssamtale (HS) med henblik på at formidle resultater fra HU samt afdække, om borgeren er motiveret for at arbejde med livsstilsændring.

- a. Lægen skimmer resultater fra HU (laboratorieresultater og journalnotat ad 2c i "Forberedelsen")
- b. På praksis.sundhedsmappen tjekker lægen, om borgeren har udfyldt forberedelseskemaet hjemmefra (refleksions-skema)
- c. Lægen og borgeren gennemfører helbredssamtalen, der omfatter: Forventningsafstemning, risikoforudling, præsentation af resultater fra HU, samtale om motivation for livsstilsændring
- d. HS afsluttes og evt. henvises borgeren til et kommunalt tilbud
- e. Lægen registrerer den aftalte plan for opfølgning på praksis.sundhedsmappen
- f. Lægen registrerer handlingen på praksis.sundhedsmappen
- g. Praksispersonale/lægen udfylder kort spørgeskema (audit)

Der anvendes TOF ydelseskode 4413 til helbredssamtalen

Pr. 1.10.2017 = 461,02/761,02kr.*

* Prisreguleret takst fra lokalaftale til pilot1/ samlet takst inkl. tillæg på 300 kr. for merarbejde grundet manglende anvendelse af datafangst som beskrevet i tillægget til lokalaftalen til pilot1.

Projektafledt aktivitet

Eventuelle borgere, som ikke stratificeres til at være i forøget risiko for udvikling af kronisk sygdom ("røde" borgere) men som alligevel henvender sig til almen praksis, kan registreres med TOF ydelseskode 4414. Der kan registreres én TOF ydelseskode pr borger.

Pr. 1.10.2017 139,93kr.

Evaluering og opfølgning

Projektet evalueres via kvantitative undersøgelser (spørgeskemaer, patientjournaloplysninger, registeroplysninger) og kvalitative undersøgelser (interview, observationsstudier).

De deltagende læger og praksispersonale vil i forbindelse med pilot2projektet blive bedt om at udfylde et indledende og et afsluttende spørgeskema, ligesom de skal deltage i de kvalitative undersøgelser.

Hvert deltagende lægehus er forpligtet til at deltage i evalueringen

Honorering for deltagelse i den forskningsmæssige evaluering sker separat og er beskrevet i den projektaftale som lægen indgår med FEA.

Godkendt

Vejle, den

22/3 -
2018



Formand PLO Syddanmark
Jørgen Skadborg

Vejle, den

21/3-2018



Afdelingschef i Region Syddanmark
Frank Ingemann Jensen