

# Referat fra møde i Tværsektorielt Forum for KOL

## Mødet blev afholdt d. 12. april 2011

Tid: Klokken 14.00 – 16.00  
Sted: Regionshuset, Niels Bohrs Vej, Aalborg Ø, mødelokale 6

### Mødedeltagere:

- Overlæge Carl Nielsen, Aalborg Sygehus
- Leder af Kronikerenheden, Alice Morsbøl, Kronikerenheden
- Leder af Borgersundhed Charlotte Færch Nielsen, Hjørring Kommune
- Sygeplejerske Maj-Brit Gulstad, Jammerbugt Kommune
- Sygeplejerske Tove Jespersen, Aalborg Kommune
- Sygeplejerske Birgitte Nannerup, Morsø Kommune
- Koordinator Marianne Finderup Nielsen, Rebild Kommune
- Leder af Sundhedscenter Bente Lund Pedersen, Brønderslev Kommune
- Overlæge Bente Grønlund, Sygehus Vendsyssel
- Overlæge Ingolf Nissen, Sygehus Thy/Mors
- Lungesygeplejerske Tina Pedersen, Sygehus Thy/Mors
- Specialkonsulent Hanne Jensen, Planlægning, Kvalitet og Analyser
- Praksiskonsulent Ove Grann, Aalborg
- Konsulent Edith Kristensen, Kronikerenheden (sekretariatsfunktion)
- Konsulent Karin Bang Andersen, Kronikerenheden (sekretariatsfunktion)

### Afbud til mødet:

- Nuka Mortensen, Hjørring Kommune
- Afdelingsleder i Sundhedsfremme og Forebyggelse Birgitte Kvist, Frederikshavn Kommune – afbud
- Fysioterapeut Karen Margrethe Overgaard, Thisted Kommune
- Sundhedsfremmekonsulent Vivian Grauting, Region Nordjylland
- Sygeplejerske Gudrun Kristiansen, Sygehus Vendsyssel
- Praksiskonsulent Ole Junge, Aalborg, Nord KAP
- Sygeplejerske Ruth Maarup, repræsentant for Danmarks Lungeforening
- Jan Simonsen, Repræsentant for patientforeningen Boserupminde
- Sygeplejerske Else Gothe, Thisted Kommune

### Dagsorden

1. Velkommen.
2. Status fra møde i Administrativ Styregruppe den 8. december 2010 vedrørende udfyldningsaftalen for KOL v. Alice Morsbøl.
3. Status for den videre proces for aftalegrundlaget v. Alice Morsbøl

4. Orientering om generel implementeringsplan – vejledning i forhold til revidering af aftaler.
5. Drøftelse og aftale vedrørende udviklingsplan for KOL området.
6. Drøftelse og aftale for guideline for KOL.
7. Eventuelt.
8. Næstkommende møde:
9. Forslag til mødeplan for 2011

#### **Ad. 1. Velkommen.**

Alice Morsbøl bød velkommen til mødet. Ove Grann bydes velkommen som nyt medlem i KOL Forum.

#### **Ad. 2. Status fra møde i Administrativ Styregruppe den 8. december 2010 vedrørende udfyldningsaftalen for KOL v. Alice Morsbøl.**

Det har ikke været muligt at opnå enighed i KOL-forum vedr. revision af den sygdomsspecifikke sundhedsaftale for KOL.

Derfor er der udarbejdet en rapport, hvori forslag, status, proces og handleplan for området er beskrevet. Rapporten har været i skriftlig høring i det tværsektorielle forum for KOL. I december blev rapporten fremlagt Den Administrative Styregruppe, og de forskellige betragtninger vedr. revidering af aftalen blev skitseret.

Tilbage melding fra Den Administrative Styregruppe: Der skal arbejdes med økonomien i aftalen og de uafklarede områder vedrørende opgavefordelingen. Og så skal arbejdet med en revideret aftale gøres færdigt.

#### **Ad. 3. Status for den videre proces for aftalegrundlaget v. Alice Morsbøl**

I perioden siden sidste møde har Kronikerenheden holdt møde med sygehusenes repræsentanter i forum for at afklare det faglige. Sygehusene skal herefter være behjælpelige med at beskrive og definere de grupper, KOL-patienter kan inddeles i, som skal være udgangspunkt for at aftale indsatsen og arbejdsdelingen for.

Endvidere har Kronikerenheden drøftet med regionen omkring at udrede den kommunale medfinansiering af rehabilitering på sygehusene. Kronikerenheden er nu ved at få adgang til data, og vil udarbejde et materiale på baggrund af reelle dataudtræk.

Når disse materialer er klar, bliver de præsenteret i det tværsektorielle forum for KOL til behandling. – Herefter kan det fortsatte arbejde med at revidere KOL-aftalen fastlægges.

Der er på et tidligere tidspunkt i forum efterspurgt at arbejde med det faglige indhold i aftalen. Dette arbejde vil der blive taget hul på.

Målsætning for dagen: Drøftelse og aftale om, hvordan KOL forum fremadrettet vil arbejde med at løfte området, samt fastlæggelse af proces i denne forbindelse.

#### **Ad. 4. Orientering om generel implementeringsplan – vejledning i forhold til revidering af aftaler.**

Punkt 4 og 5 drøftes under ét.

KBA gennemgik materialet (PowerPoint vedlægges referatet).

Den generiske implementeringsplan er tænkt som inspiration til fremtidige temadage etc. Forum kan vælge imellem de skitserede tilbud og modificere som det ønskes.

Ove Grann påpegede, at det kan være svært at få de praktiserende læger involveret ifht. temadage etc., med mindre emnet er sygdomsspecifikt. Det kunne være relevant at invitere praksispersonalet til en form for informationsarrangementer.

I udkast til Udviklingsplan er forskellige initiativer fremlagt. Formålet med Udviklingsplanen er at skitsere mulige indsatsområder med henblik på at ruste KOL området generelt.

Udviklingsplanen indeholder:

- 1) Planlægning og projektledelse
- 2) "Åbent Hus" arrangementer/temadage
- 3) Udvikling samt procesplan for uddannelsesaktiviteter
- 4) Kvalitetsudvikling og dokumentation

#### Ad. 1 Planlægning og projektledelse

Forslaget om at etablere lokale tværsektorielle styregrupper for samarbejdet blev drøftet. Her kunne kommune-kontakttråd også indtænkes, hvis man inviterer sygehusfolk med.

I det omfang man skal til at etablere implementeringsgrupper/lokale styregrupper i kommunerne bør det overvejes, hvad der allerede pågår i den forbindelse.

I Vesthimmerland / Mariager Fjord kommuner er man interesseret i at etablere et fællesskab med de lokale sygehuse. I flere andre kommuner arbejder man allerede på denne måde.

#### Ad. 2 Åbent hus arrangementer

Charlotte Færch påpegede, at det kunne være interessant at rette fokus på mennesker med flere samtidige sygdomme, - hvad vil det sige at være kronisk syg? Det efterspørges at se bredere på begrebet. Der kunne planlægges med en fælles temadag for alle fora.

Der var enighed om, at KOL forum retter henvendelse til de øvrige fora om at arrangere en temadag omkring eksempelvis selvoplevet kronisk sygdom (eks. projekt PaRis, med oplæg herom ifht. hvordan er oplevelsen ud fra et patientperspektiv) eller arbejdet med pårørende – herunder eks. 1) hvordan arbejdes med pårørende? 2) Hvordan er det at være kronisk syg?

Et forslag til erfaringsudveksling er, at KOL møder kan planlægges afholdt i kommunerne. Det besluttes, at flere fremtidige møder i KOL forum eventuelt kan afholdes i de kommunale sundhedscentre og på sygehuse. Møderne kunne planlægges med, at der en time før eller efter mødet, vil være mulighed for rundvisning og introduktion til det lokale tilbud, i det omfang dette har interesse. Denne mødeform vurderes at kunne understøtte vidensdelingen indenfor forum, eksempelvis kunne et besøg på Aalborg Kommunes Sundhedscenter illustrere, hvordan man her håndterer alle niveauer af KOL patienter.

Forslag til mødelokaliteter kunne i første omgang være: Lungeambulatoriet i Aalborg, Aalborg Sundhedscenter, Hjørring, Jammerbugt og Brønderslev (Dronninglund).

#### Ad. 3) Udvikling samt procesplan for uddannelsesaktiviteter

I forhold til kompetenceudvikling pegede Bente Lund på behovet for brush-up indenfor sygdomsområdet. Dette eksempelvis i form af et fyraftensmøde, hvor den nyeste viden og de nyeste tiltag præsenteres. En anden mulighed kunne være etablering af supervision.

Maj-Britt Gulstad efterspurgte initiativer med fokus på, hvordan der arbejdes med tidlig opsporing i kommunerne? Det aftales, at Maj-Britt på næstkommende orientere om erfaringer og hvilken fælles viden der er på området: "Projekt tidlig opsporing".

#### Ad. 4) Kvalitetsudvikling og dokumentation

I forhold til kvalitetssikring og dokumentation er det vurderingen pt., at der er behov for at indhente input til området, blandt andet ifht., hvordan dette skal håndteres på KOL-området. Der skal dog ikke for nuværende nedsættes en arbejdsgruppe på området.

Der er på den baggrund enighed om at invitere Kirsten Hald fra Evaluerings og Videnscenter Himmerland til næste møde i KOL forum. Dette med henblik på at få viden om, hvordan projekter, der pågår i regi af Evalueringscenteret, gribes an og hvor langt man er i processen.

Der var endvidere forslag om at få en præsentation af Koala-projektet. Det aftales derfor, at undersøge mulighederne for at projektet bliver præsenteret på næste møde (se punkt 7).

På baggrund af diverse input kan forum for KOL herefter diskutere, hvad strategien fremadrettet er for området.

Det skal bemærkes, at der i drøftelsen af dokumentationsområdet er en konneks til kvalitetsarbejdet generelt herunder snitflader til NIP-området, som skal tages højde for i det videre arbejde. Dette aftales drøftet på næstkommende møde.

#### **Konklusion**

Det kan konstateres, at der er forskellige behov i kommunerne, og der foreslås udviklet en form for idékatalog med henblik på at skitsere de ønsker, der er og forsøge at imødekomme forskellighederne.

Det blev forslået at arbejdet skal bestå i at tilbyde koncepter.

Disse kunne omhandle modelkoncepter:

1. Nedsættelse af lokale styregruppe. Et arrangement i den forbindelse kunne være iværksættelse af temamøder med sygehusmatriklerne – eks. Sygehus Himmerland, som består af Hobro og Farsø Sygehuse – idéen hermed er at styrke det lokale samarbejde mellem sygehuse og kommuner. Kontaktudvalgene kunne tænkes ind.
2. Erfaringsudvekslingsmøder – Åbent Hus arrangementer.
3. Fælles temamøder ml. fora omkring den kroniske patient generelt.
4. Case-baseret temadage
5. Evt. fyraftensmøder med fokus på præsentation af nyeste viden indenfor området: "brush-up".
6. Møder i KOL forum afholdes i kommunerne.

Det understreges, at kommunerne ikke behøver at afholde den samme type arrangementer alle steder idet kommunerne, deres tilbud og deres samarbejde med de øvrige sektorer er forskellige.

#### **Ad. 5. Drøftelse og aftale vedrørende udviklingsplan for KOL området.**

Se punkt 4.

#### **Ad. 6. Drøftelse og aftale for guideline for KOL.**

Tanken med guideline er at få udarbejdet fælles retningslinjer i forhold til, hvordan et KOL rehabiliteringsforløb bør være.

De kommentarer, der måtte være, bedes fremsendt til KBA, der tilretter materialet. Den endelige guide-line vil medtages på næstkommende møde. Når materialet er færdigbehandlet vil sagen

fremlægges Den Administrative Styregruppe, i form af en anbefaling fra Tværsektorielt Forum for KOL om, hvordan rehabilitering fremadrettet skal foregå i kommunerne i Nordjylland.

**Ad. 7. Eventuelt.**

KOALA databasen hostes fremover af Lungeforeningen. Problemet med dette system er, at man ikke kan eksportere data fra eks. care-systemerne til KOALA.

**Ad. 8. Næstkommende møde:**

**Næste møde i KOL forum afholdes tirsdag den 21. juni 2011.**

**Ad. 9. Forslag til mødeplan for 2011**

Kommende møder er:

Tirsdag den 20. september 2011

Tirsdag den 13. december 2011

***Rapport vedr. sygdomsspecifik  
sundhedsaftale for KOL***

*Forslag, status, proces og handleplan*

## Indholdsfortegnelse

1. Indledning .....	3
2. Baggrund .....	3
3. Forslag til ny sygdomsspecifik sundhedsaftale for KOL.....	3
4. Økonomi, herunder Kommunal medfinansiering af KOL-rehabilitering på sygehus	11
5. Det tværsektorielle forum for KOL´s vurdering .....	12
6. Status, proces og handleplan .....	12

## 1. Indledning

Det tværsektorielle forum for KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom) har arbejdet med at revidere den sygdomsspecifikke sundhedsaftale for KOL. På baggrund heraf præsenteres i denne rapport en status for arbejdet, et forslag til revideret sygdomsspecifik sundhedsaftale, det tværsektorielle forums synspunkter og indstilling samt proces og handleplan for det videre arbejde med at få udviklet og implementeret et revideret forløbsprogram for KOL.

Det tværsektorielle forum for KOL har behov for, at den administrative styregruppe træffer en række beslutninger, der kan afstikke rammerne for det videre arbejde med en revideret aftale. Der er behov for at den:

- Administrativ styregruppe drøfter nærværende rapport og træffer beslutning om at godkende aftalen.
- Administrativ Styregruppe løfter de afledte økonomiske implikationer over i andet regi, og fastlægger en proces for at opnå enighed om det.
- Administrativ styregruppe godkender, at det tværsektorielle forum for KOL igangsætter en proces, der skal udvikle samarbejdsrelationerne på området, og ruste de kommunale rehabiliteringsenheder til opgaven, som den defineres i den reviderede aftale.

## 2. Baggrund

Den Administrative Styregruppe blev på mødet den 18. november 2009 præsenteret for anbefalinger om organisering af rehabiliteringsindsatsen for KOL-patienter, hvoraf det fremgår, at den kan foregå i kommunalt regi. Spørgsmålet var rejst på baggrund af anbefalinger fra Lungemedicinsk Afdeling på Aalborg Sygehus, regionens specialiserede funktion, der i samarbejde med bl.a Aalborg Kommune har udviklet en praksis for denne patientgruppe på baggrund af den nyeste viden på området. Denne viden er fra 2006, men var ikke afprøvet i nordjysk kontekst, da den gældende aftale om KOL blev indgået.

Der var enighed om, at det tværsektorielle forum for KOL, i overensstemmelse med rammeaftalens principper for udvikling af aftalerne, skulle behandle spørgsmålet i løbet af 2010 og give fagligt funderet rådgivning om en revideret sygdomsspecifik sundhedsaftale for KOL.

Den seneste viden vedrørende rehabiliteringsindsatsen på KOL området bygger på rapport fra de lungemedicinske selskaber i America og Europa<sup>1</sup>. Rapporten bygger på en gennemgang af 379 studier om rehabilitering af KOL-patienter. Der anbefales rehabiliteringsforløb som svarer til de forløb, der tilbydes i Region Nord. Vedrørende lokalitet for rehabilitering skelnes der i studierne med:

- Under indlæggelse
- Efter udskrivelse. Kan foregå i sygehusregi eller kommunalt regi i hjemmet.

Der gives i rapporten ingen anbefalinger af den ideelle placering af lokalitet for rehabilitering af KOL-patienter. Dette indebærer, at der ikke er evidens for, at rehabilitering af selv de sværeste KOL-patienter skal foregå på et sygehus. Der er i enkelte undersøgelser ikke fundet forskel på effekten af rehabilitering af de dårligste KOL-patienter (MRC 5) uanset om rehabiliteringen foregik på sygehus eller i hjemmet<sup>2</sup>. Indsatsen kan håndteres i kommunerne i en tæt samarbejdsstruktur med sygehusets lungemedicinske funktioner.

## 3. Forslag til ny sygdomsspecifik sundhedsaftale for KOL

---

<sup>1</sup> American Thoracic Society/European Respiratory Society. Statement on Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir 2006;173:1390.

<sup>2</sup> Wedzicha et al. Randomized controlled trial of pulmonary rehabilitation in severe chronic obstructive pulmonary disease patients, stratified with the MRC dyspnoea scale. Eur Respir J 1998;12:363.

## Sygdomsspecifik sundhedsaftale

En revideret sygdomsspecifik sundhedsaftale for KOL efter denne viden indebærer i hovedtræk, at rehabiliteringen af langt de fleste KOL patienter tilbydes i kommunerne. Der vil dog stadig være en mindre gruppe blandt de med meget svær KOL, der også fremadrettet skal have sygehusets særlige indsats og opmærksomhed. På næste side fremgår aftalen, når den revideres efter den nyeste viden på området.

## Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom - KOL

### Afgrænsning af patientgruppen

Kronisk Obstruktiv Lungesygdom – KOL - er en kronisk lungesygdom, som fører til åndenød på grund af en irreversibel nedsat lungefunktion. Det vil sige, at KOL-patienter har fået diagnosticeret en Kronisk Inflammatorisk Lungesygdom med en systemisk komponent. Sygdommen medfører vedvarende tab af lungefunktion og i fremskredne tilfælde vægttab og følgesygdomme, - eksempelvis hjertesvigt.

Sygdommen inddeles i sværhedsgrad på baggrund af spirometri samt bedømt ved dyspnøgrad.

Som udgangspunkt vil patienter med mild og moderat KOL være knyttet til den Alment Praktiserende læge, som er tovholder og typisk vil se patienten til kontrol 1 gang om året. Patienter med svær KOL vil ligeledes tilses af den Alment Praktiserende Læge, som er tovholder, men deres behandling følges ofte periodevis i sygehusambulatoriet af speciallæge og/eller specialsygeplejerske. Behandling af patienter med meget svær KOL patienter følges i sygehusregi af speciallæge og/eller special-sygeplejerske.

Sværhedsgraden af KOL bedømmes blandt andet ved dyspnøgrad. KOL-patienter skal årligt have vurderet graden af dyspnø relateret til aktivitet ved Medical Councils skala (MRC-skala).

### **MRC-skala:**

1. Ingen åndenød undtagen ved kraftig anstrengelse.
2. Åndenød ved hastværk og gang op ad bakke.
3. Går langsommere end andre i samme alder pga. åndenød, eller må stoppe for at få luft ved almindelig gang i faldt terræn.
4. Stopper for at få luft efter ca. 100 m eller nogle få minutter ved gang i fladt terræn.
5. Kan ikke forlade huset pga. åndenød eller får åndenød ved af- og påklædning.

### **Formål med MRC-skalaen:**

Scoringen på MRC-skalaen er et godt udtryk for patientens prognose og har betydning for medicinering og rehabilitering. Scoringen skal understøtte/medvirke til at fastholde opnåede adfærdsændringer og dermed forebygge sygdommens progression. Ved MRC  $\geq$  3 er der indikation for pulmonal rehabilitering.

Pulmonal rehabilitering er et sæt værktøjer og discipliner, som anvendes til at bremse og i bedste fald revertere de patofysiologiske mekanismer, som hos patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) fører til lav fysisk kapacitet og nedsat livskvalitet. Vigtige elementer i pulmonal rehabilitering (PR) er rygeafvænning, optimal medicinsk behandling, fokusering på psykosociale mekanismer, selvkontrol, ergoterapi og fysisk træning. De to førstnævnte komponenter har i mange år været hjørnестenen i behandlingen af KOL, hvorimod de sidstnævnte er nye terapiområder, hvor erfaring fortsat er begrænset.

### Stratificeringskriterier

Stratificeringskriterierne bindes op om såvel FEV1% og MRC som vejledende parametre. I henvisningskriterierne til rehabilitering skal følgende endvidere indgå:

- 1) Patienten/borgeren skal være optimal behandlet i forhold til lungefunktion
- 2) Patienten/borgeren skal være egnet til selvbehandlingsplan.

**Tabel 1. Stratificeringskriterier for behandlingsansvar**

Kriterium	Vejledende stratificering		
	Mild og moderat KOL Almen Praksis	Svær KOL Alternerende	Meget svær KOL Sygehus
FEV1%	50<FEV1<80	30<FEV1<50	<30
MRC (Dyspnøgrad)	1-2	3	4-5

Det skal påpeges, at stratificeringskriterierne udelukkende omhandler, hvem som er den behandlingsansvarlige, og at de er hentet fra Klinisk Vejledning: "KOL i almen Praksis" af Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM).

### **Kvantificering af KOL-patienterne**

I oversigten nedenfor er antal af borgere med KOL opgjort. Tallene bygger på de oprindelige data fra Østerbro-undersøgelsen, men er opdateret ift. den oprindelige udfyldningsaftale. De oprindelige tal var overestimeret, idet estimationsmetoden ikke tog hensyn til test-tidspunktet for undersøgelsens resultater.

Nedenstående talmaterialer vurderes således at være mere retvisende.

**Tabel 1 Estimation af antal borgere med KOL, fordelt på sygdommens sværhedsgrad**

	Indbyggere*	Mild og moderat KOL	Svær KOL	Meget svær KOL
Brønderslev	35.762	2.603	217	40
Frederikshavn	62.525	4.552	380	70
Hjørring	67.102	4.885	408	85
Jammerbugt	38.990	2.838	237	49
Læsø	1.993	145	12	3
Mariagerfjord	42.762	3.113	260	54
Morsø	22.098	1.609	134	28
Rebild	28.900	2.104	176	36
Thisted	45.596	3.319	277	57
Vesthimmerland	38.495	2.802	234	49
Aalborg	196.292	14.290	1.193	247
I alt	580.515	42.261	3.530	718

\*Indbyggertal pr. kommune er oplyst af Region Nordjylland pr. april 2010.

Beregning af antal personer med mild og moderat, svær og meget svær KOL er foretaget i forbindelse med Østerbro-undersøgelsen<sup>3</sup>. I Østerbro-undersøgelsen blev total antal KOL-patienter i Danmark estimeret til 430.000, hvorimod Hansen et al<sup>4</sup> ud fra undersøgelse af personer på 45-84 år har skønnet, at mellem 220.000 og 300.000 danskere har KOL. Tallene i skemaet er beregnet ud fra Hansens maksimale skøn, og kan således være lavere. Der foreligger ikke data for fordeling af MRC-score for KOL-patienter efter stadietinddeling.

### **Arbejdsdeling i rehabiliteringsindsatsen**

Den seneste viden indebærer, at rehabiliteringen af hovedparten af alle KOL patienter tilbydes i kommunerne. Rehabiliteringen af KOL-patienter er ikke forbundet med en særlig risiko for patienten og skal

<sup>3</sup> Løkke et al. Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom i København, Resultat af Østerbroundersøgelsen. Ugeskr. Læger 2007;169(46):3956-60.

<sup>4</sup> Hansen et al. Prævalens af kronisk obstruktiv lungesygdom – sekundærpublikation. Ugeskr. Læger 2009;171(41):2986.

## Sygdomsspecifik sundhedsaftale

således ikke, grundet patientmæssige risici, foregå i sygehusregi. Det er vigtigt i den forbindelse at understrege, at patienterne skal være veludredte før start på et rehabiliteringsforløb, dette i forhold til co-morbiditet samt hjerteinsufficiens.

Der vil imidlertid være et mindre antal af patienter med meget svær KOL, som kan have behov for, at en rehabiliteringsindsats, hvor sygehuset har ansvaret. Disse findes blandt patienter med FEV1 under 30 % og en MRC på 5, suppleret med en individuel vurdering af patientens samlede situation. Da MRC 5 er karakteriseret ved så svær åndenød, at patienterne ikke kan forlade hjemmet eller foretage af- eller påklædning, vil disse patienter oftest have bedst effekt af træning i hjemmet af kommunal fysioterapeut.

Denne gruppe kan håndteres i et tæt samarbejde mellem sygehus og kommune, hvor enkelte patienter skal have det samlede rehabiliteringstilbud i sygehusregi. Et flertal tilbydes rehabilitering i sygehusregi, hvor træningsdelen tilbydes i eget hjem. Det forventes på sigt, at patienter med meget svær KOL, kan understøttes ved hjælp af en tele-home-care-løsning, som på nuværende tidspunkt er ved at blive afprøvet i daglig drift.

Den lille gruppe med meget svær KOL og hvor en individuel vurdering viser behov for sygehusets indsats og opmærksomhed, kan rehabiliteringsindsatsen således håndteres efter en af tre modeller:

- Af sygehuset
- Af sygehuset og i kommunen i tæt samarbejde
- Eller i kommunen også i en tæt samarbejdsrelation med sygehuset.

Dette afklares i bilaterale forhandlinger mellem den enkelte kommune og regionen. Som nævnt, forventes det, at denne patientgruppe på sigt vil understøttes af telemedicinske løsninger.

Rehabilitering i kommunerne kan ydes med samme kvalitet som på sygehuset. KOL-rehabiliteringen kan udføres i kommunale sundhedscentre, under forudsætning af, at der samarbejdes mellem sygehusregi, almen praksis og sundhedscentre om rehabiliteringsforløbets gennemførelse i lighed med den samarbejdsrelation, der er udviklet imellem Lungemedicinsk afdeling, Aalborg Sygehus og bl.a. Aalborg Kommune (se afsnit nedenfor vedr. elementer i en hensigtsmæssig samarbejdsrelation om KOL-rehabilitering). Denne samarbejdsrelation med bl.a. Aalborg og også Jammerbugt kommuner ses som modeller for at udvikle tilsvarende samarbejdsrelationer mellem de øvrige kommuner og sygehuse.

Det vurderes endvidere, at disse kommuner og også Brønderslev Kommune har organiseret indsatsen for mennesker med KOL, så de umiddelbart vil kunne følge anbefalingerne fra den seneste viden og udføre rehabilitering af samtlige KOL-patienter.

Nedenfor fremgår aktiviteter i en rehabiliteringsindsats for mennesker med KOL, de nødvendige kompetencer for at udføre aktiviteterne, samt den ansvarlige aktør i indsatsen for KOL-patienter ud fra, at rehabiliteringsindsatsen i videst udstrækning ligger i kommunen.

### Arbejds- og ansvarsfordeling i rehabiliteringsindsatsen i indsatsen for patienter med KOL

KOL-patienter		
Aktiviteter	Nødvendige kompetencer	Ansvarlig for at udføre
Rygestop	Rygestopinstruktør med KOL-viden	Kommune/Praktiserende Læge
Kostvejledning	Diætist med KOL-viden	Kommune
Motion / træning	Uddannet instruktør  Fysioterapeuter eller ergoterapeuter med KOL-viden	Kommunen kan aftale: 1. Almen motion i foreningsregi, aftenskole el.lign. 2. Superviseret træning hos fysioterapeut/ergoterapeut i kommunen.
Medicinsk behandling / vejledning evt. som alternativ til rygestopkurser	Læge eller sygeplejerske med specialviden om KOL	Praktiserende læge
Patientundervisning	Sundhedsfagligt personale med specialviden om KOL	Kommunen
Psykosocial støtte	Sundhedsfagligt personale med	Praktiserende læge udreder

## Sygdomsspecifik sundhedsaftale

KOL-patienter		
Aktiviteter	Nødvendige kompetencer	Ansvarlig for at udføre
	specialviden om KOL	Kommunen etablerer netværksgrupper

Det tværsektorielle forum for KOL har udarbejdet en guide-line for rehabilitering (vedlagt som bilag). Dette med henblik på at sikrer borgerne med KOL i Nordjylland en så ensartet rehabilitering som muligt. Guide-lines indeholder fælles retningslinjer for et optimalt rehabiliteringsforløb, således at man som borger kan forvente det samme høje niveau ift. rehabiliteringstilbud uanset bopælskommune.

Det tværsektorielle forum anbefaler derfor, at kommunerne tilrettelægger rehabiliteringsindsatsen jf. den udarbejdede guide-line.

### Andre opgaver i indsatsen

Sygehuset skal supervisere kommunerne kraftigt i rehabiliteringsindsatsen i lighed med den samarbejdsrelation, enkelte kommuner har udviklet med lungemedicinsk afdeling, Aalborg Sygehus..

Sygehuset skal tilse KOL-patienter med meget svær KOL en gang på årsbasis. Hvis patienterne er i ilt behandling, skal de tilses 2 gange pr. år, eventuelt ved en iltsygeplejerske.

Sygehuset og Almen Praksis skal vurdere patientens medicinske behandling samt evt. behandling af co-morbiditet forud for henvisning til rehabiliteringstilbud i kommunen.

Arbejdsdelingen og sammenhængen i patientforløbet sikres yderligere gennem den ansvarsfordeling og henvisningsstruktur, der beskrives nedenfor.

**Tabel 3, Fordeling af andre opgaver, der skal sikre et sammenhængende patientforløb**

KOL-patienter			
	Praktiserende læge	Sygehus	Kommune
Ansvarlig for:	- Udredning og diagnostik - Opfølgning og kontrol i henhold til SST anbefaling 1 gang årligt - Tovholder - Back up i kommunens rehabiliteringstilbud, hvis patienten får behov for justeringer. - Behandling ved akut forværring i hjemmet	- Evt. udredning / diagnostik af patienter*	- Informere om egne rehabiliteringstilbud. - Etablerer rehabiliteringstilbud, efter SST's anbefalinger - Rehabilitering af patienter med: <ul style="list-style-type: none"> <li>o moderat KOL</li> <li>o svær KOL i stabile faser efter den vedtagne stratificering.</li> </ul>
Kan henvise til:	- Udredning på sygehus. - Kommunale rehabiliteringstilbud	- Kommunale rehabiliteringstilbud. - Praktiserende læge.	- Henvise og visitere til egne tilbud.
<i>* Evt. arbejdsmedicinsk speciallægeundersøgelse, når der er tale om eksponering af støv, røg o. lign.</i>			

### Forudsætninger for en revideret arbejdsdeling og ny samarbejdsrelation

Forudsætninger for, at kommunerne fremadrettet kan tilbyde rehabiliteringen til alle KOL-patienter, også den lille gruppe blandt de med meget svær KOL, der skal have sygehusets særlige opmærksomhed:

- Som udgangspunkt skal det kommunale sundhedspersonale, der skal varetage KOL-rehabiliteringen, have praktisk erfaring indenfor KOL. Der er således behov for kompetenceudvikling, som skal tilbydes i en sammenhængende implementeringsplan for den reviderede aftale. Personalet på sygehuset og i

## Sygdomsspecifik sundhedsaftale

almen praksis med viden om KOL kan inddrages i den uddannelse. Dansk Selskab for Almen Medicin vedr. anbefalinger for uddannelse kan endvidere inddrages.

- Der skal være mulighed for at kommunerne kan tilbyde påfyldning af ilt under rehabiliteringsaktiviteterne. Dette skal afklares bilateralt med kommunerne. Fagpersonalet, der arbejder med træning af borgere med svær og meget svær KOL, som bruger ilt, skal have kompetence til at vurdere behovet og effekten af ilt-behandlingen, ligesom betjening af udstyret skal indgå i kompetencerne. Iltbehandling skal være ordineret af sygehuset og som en del af en tværsektoriel samarbejdsrelation om patientgruppen, skal sygehus kunne tilgås og give vejledning omkring ilten. Der kan efter aftale med den lungemedicinske læge eventuelt justeres efter behov.

Det skal bemærkes, at kun Aalborg Kommune har udstyr til iltpåfyldning, mens Jammerbugt og Brønderslev kommuner ikke har, og alligevel tilbyder rehabilitering af alle KOL-patienter. Udstyr til påfyldning af ilt er således ikke en uomgængelig betingelse...

- Der skal være en hjerte-starter/defibrilator til stede i sundhedscenterne m.v. – Det vurderes at være standardudstyr for sundheds-enheder, der arbejder med rehabilitering af mennesker med kronisk sygdom og ikke specifikt knyttet til KOL-indsatsen.
- Der skal være mulighed for forstøverbehandling/inhalation ved træning(sygeplejerske). Det skal bemærkes, at inhalationsmedicin skal være ordineret af en læge.

### **Elementer i en hensigtsmæssig samarbejdsrelation om KOL-rehabilitering**

Samarbejdsrelationen mellem Lungemedicinsk afdeling, Aalborg sygehus og Aalborg kommune ses som model for at udvikle tilsvarende samarbejdsrelationer mellem de øvrige kommuner og sygehuse.

Samarbejdsrelationen med Jammerbugt kommune er også model med nogenlunde samme indhold, men for en mindre kommune. Det skal bemærkes, at Jammerbugt kommune ikke har udstyr til påfyldning af ilt, og alligevel er i stand til at tilbyde rehabilitering af alle med KOL.

Rehabiliteringsindsatsen for KOL på Sundhedscenter Aalborg er udviklet i samarbejde mellem Aalborg Sygehus, de praktiserende læger og Ældre- og Handicapforvaltningen. Samarbejdet mellem almen praksis og kommunen samt mellem kommunen og sygehuset sikres ved følgende retningslinjer:

#### **Samarbejdet mellem almen praksis og kommunen:**

- Mulighed for elektronisk kommunikation over edifact (eksempelvis sendes tilbagemeldinger osv. for at orientere egen læge).
- Der sendes status over rehabiliteringsforløbet ved afslutning (Eks.: gang-test, iltmætning, vægt og BMI, Lungefunktion, Rygestatus og plan for fremtiden.)
- Sygeplejersker i praksis kan følge en arbejdsdag på sundhedscenteret.
- Alle lægepraksis har sundhedscenterets pjecer. Sundhedscenteret besøger praksis ca. x 1 årligt.

#### **Samarbejde mellem Aalborg Sygehus og kommunen:**

- Delesygeplejerske, ansat ½ tid på lungemedicinsk afdeling og ½ tid på Sundhedscenteret.
- Møder ved behov omkring konkrete samarbejdsaftaler eks. Ilt-behandling.
- Mulighed for mailkontakt med læger fra Lungemedicinsk afdeling (sjældent, da problemstillinger samles og drøftes til videokonferencerne)
- Videokonference mellem overlæge fra lungemedicinsk afdeling, Aalborg Sygehus, den kommunale praksiskonsulent og Sundhedscenteret x 1 månedligt. Mulighed for sparring i konkrete patientproblemstillinger, udveksle nye tiltag, viden og erfaringer osv.
- Fælles undervisningstiltag.
- Fællesskab omkring arrangementer eks. International KOL-dag.
- Udvekslingsbesøg, ansatte på lungemedicinsk afdeling følger en arbejdsdag på Sundhedscenteret, ansatte på Sundhedscenteret følger en arbejdsdag på lungemedicinsk afdeling.
- Sygeplejerstuderende på lungemedicinsk afdeling kan også følge KOL-rehabiliteringen på Sundhedscenter Aalborg.

## Sygdomsspecifik sundhedsaftale

Sundhedscenter Aalborg har udstyr til at håndtere ilt. Sundhedscenteret kan påfylde ilt ved behov, og i samarbejde med sygehus tilpasse iltforbruget ifm. rehabiliteringsindsatsen.

#### 4. Økonomi, herunder Kommunal medfinansiering af KOL-rehabilitering på sygehus

Den reviderede aftale indebærer, at kommunerne skal tilbyde rehabilitering af alle de med KOL, der har behov for rehabilitering. Dog har sygehuset en særlig opgave ift. den lille gruppe med meget svær KOL jf. ovennævnte beskrivelser.

Økonomien i ændringen skal overvejes i lyset af den omkostningsstruktur, den enkelte kommune for nuværende har på området, - om der er ledig kapacitet i det kommunale tilbud, om der skal tilvejebringes ny kapacitet til at løse opgaven eller om en kommune vil købe ydelsen i en anden kommune eller på sygehuset.

Til brug for disse beregninger er der opstillet nedenstående eksempler på den kommunale medfinansiering af den rehabiliteringsindsats, der pågår på Sygehus Vendsyssel og Sygehus Thy-Mors.

Det kan udledes, at den kommunale medfinansiering i Sygehus Vendsyssel (SV) andrager 5.264 kr. pr. patient pr. rehabiliteringsforløb og den kommunale medfinansiering for så vidt angår Sygehus Thy/Mors (STM) svarer til 6.580 kr. pr. patient pr. rehabiliteringsforløb.

**Tabel 4. Kommunal medfinansiering i rehabiliteringsindsatsen for KOL på SV og STM.**

Sygehus Vendsyssel	Takst	Beregningsgrundlag pr patient	Kommunal medfinansiering: 30 % af taksten, dog max 329 pr. gang
Forundersøgelse og efterbesøg	1.271	2 x 1.271 = 2.542 kr.	2 x 329 = 658 kr.
<b>14 x patientuddannelse</b>	2.781	14 x 2.781 = 38.934 kr.	14 x 329 = 4.606 kr.
<b>I alt</b>		<b>41.476 kr.</b>	<b>5.264 kr.</b>

KOL rehabilitering på Sygehus Vendsyssel består af: 8 patienter på hold. 1 individuel forundersøgelse, 14 gange patientuddannelse på hold og 1 individuel afsluttende efterbesøg

2 x for- og efterbesøg á 1.271 kr. (ZZ0151)

14 x patientforløb á 2.781 kr. (indeholder fysisk træning, gangtest, pulsoximetri, lungefunktion, rygestop)

Diagnosekode: J 449 KOL u spec

Procedurekoder:

Klinisk kontrol(for- og efterbesøg): ZZ0151

Øvrige besøg: Gangtest: ZZ5080, Pulsoximetri: ZZ4137, Lungefunktion: WLHLSXXXX, Rådgivning ved rygestop: BVDT1

Sygehus Thy/Mors	Takst	Beregningsgrundlag pr. patient	Kommunal medfinansiering: 30 % af taksten, dog max 329 pr. gang
20 mødegange	1271	20 x 1.271 = 25.420 kr.	20 x 329 = <b>6.580 kr.</b>

KOL rehabilitering på Sygehus Thy er under omlægning til individuelle forløb, men har hidtil bestået af følgende:

3-4 hold/år med 8-10 deltagere. 10 ugers rehab. á 2 gange pr. uge, i alt 20 fremmøder

Diagnosekoder; DJ449 KOL usspec.

Amb. BVDS og B2FA01

## 5. Det tværsektorielle forum for KOL's vurdering

Det tværsektorielle forum for KOL har arbejdet med at revidere den sygdomsspecifikke aftale for KOL og har følgende vurderinger:

- Det tværsektorielle forum for KOL er principielt enige i perspektiverne i området, at de kommunale rehabiliteringstilbud samt samarbejdsrelationerne mellem sygehus, kommune og almen praksis skal udvikles, så rehabilitering af mennesker med KOL kan forgå i kommunen.
- Det tværsektorielle forum har dog en række betænkeligheder ift. den mindre gruppe med svær KOL, der kræver sygehusets særlige indsats og opmærksomhed. Betænkelighederne går på følgende:
  - Der er tvivl om, hvorvidt denne gruppe skal være et kommunalt ansvar, hvor hurtigt kommunerne kan rustes til at udbyde rehabiliteringsindsatsen for denne gruppe. - Samtidig er der opmærksomhed på at konsolidere de allerede igangsatte aktiviteter på KOL-området.
  - Der skal tages stilling til, hvorvidt det skal være en ilt-sygeplejerske, som skal understøtte rehabiliteringen i kommunerne.
  - Økonomien er en ikke uvæsentlig faktor, og af den grund er enkelte medlemmer af det tværsektorielle forum i tvivl om, hvorvidt de kan anbefale den reviderede sundhedsaftale.
  - For nuværende tilbyder Sygehus Himmerland, Sygehus Thy/Mors og Sygehus Vendsyssel velfungerende rehabiliteringstilbud. Nogle medlemmer af det tværsektorielle forum oplever det derfor uhensigtsmæssigt at anbefale en aftale, der fører til afvikling af disse.

Samarbejdsrelationen mellem Aalborg og Jammerbugt Kommuner og Lungemedicinsk afdeling, Aalborg Sygehus vurderes at være "modeller" for at udvikle tilsvarende mellem de øvrige kommuner og sygehuse.

## 6. Status, proces og handleplan

Der er således behov for, at administrativ styregruppe træffer en række beslutninger, der kan afstikke rammerne for det fortsatte arbejde i det tværsektorielle forum for KOL:

- Det skal afklares, om der er tilslutning til det fremsatte forslag til aftale på KOL-området, og således en ny arbejdsdeling på området: Kommunerne varetager rehabilitering af alle KOL-patienter, men for den mindre gruppe blandt de med meget svær KOL, der har behov for sygehusets særlige indsats og opmærksomhed, kan det i bilaterale forhandlinger aftales, at indsatsen tilbydes:
  - Af sygehuset.
  - Af sygehuset og i kommunen i tæt samarbejde.
  - Eller i kommunen i en tæt samarbejdsrelation med sygehuset.
- De økonomiske implikationer kan ikke udredes yderligere af det tværsektorielle forum for KOL. Det er heller ikke KOL-forums opgave, og det bør løftes over til kommunernes og regionens økonomi- og planlægningsfunktioner mhp. at udrede det fuldt ud og tilrettelægge en proces for at opnå enighed om økonomien i aftalen.
- Det vurderes, at nogle kommuner allerede nu, har etableret samarbejdsrelationer med sygehuset, så de kan indgå i en arbejdsdeling som den reviderede aftale indeholder.

Der kan således opstilles følgende proces og handleplan:

- Administrativ styregruppe drøfter nærværende rapport og træffer beslutning om at godkende aftalen.
- Administrativ Styregruppe løfter de afledte økonomiske implikationer over i andet regi, og fastlægger en proces for at opnå enighed.

## Sygdomsspecifik sundhedsaftale

- Administrativ styregruppe godkender, at det tværsektorielle forum for KOL arbejder videre med området efter nedenstående.

Det er vurderingen, at enkelte kommuner allerede har organiseret sig i en samarbejdsrelation med sygehus og almen praksis, så de umiddelbart kan følge anbefalingerne i aftalen. De øvrige kommuner og sygehuse skal i en proces, der udvikler samarbejdsrelationen i forhold til at indgå i aftalen

Det tværsektorielle forum for KOL fastlægger en proces, der kan udvikle samarbejdsrelationerne mellem sygehuse og kommuner. Denne proces tager udgangspunkt i de modeller for samarbejde, der allerede er udviklet imellem nogle kommuner og sygehus. Disse kommuner og sygehus får på den måde en særlig rolle og forpligtelse i at give input og dele erfaringer i processen. Det kan endvidere overvejes, om der kan udvikles nye typer samarbejdsrelationer, hvor kommunerne indbyrdes understøtter hinanden i rehabiliteringsopgaven.

Processen kan indeholde disse elementer:

- Indledende besøg i de kommunale rehabiliteringstilbud, der har udviklet området og som vurderes umiddelbart at kunne opfylde aftalens elementer
- Fælles temadag for alle parter, der præsenterer den reviderede aftale og de samarbejdsrelationer, der skal understøtte den. Med konkret sygdomsspecifik undervisning og med en work-shop, hvor samarbejdspartnerne for den enkelte kommune og sygehuse går i dialog med hinanden om konkrete relevante spørgsmål.
- Work-shop på sygehus-matrikel-niveau, med deltagelse af relevante kommuner og kommunale praksiskonsulenter og lægelaug's-formænd, hvor fokus er på at udvikle samarbejdsrelationer mellem sygehus og kommunerne. Arbejde med konkrete patient-case's kunne være et redskab.
- Work-shop's i den enkelte kommune, med deltagelse af sygehus, kommunale medarbejdere i rehabiliteringsindsatsen for KOL, praktiserende læger i kommunen, hvor der fokuseres på at udvikle den konkrete samarbejdsmodel for den pågældende kommune. Arbejde med konkrete patient-case's vil være relevant.

Denne proces planlægges i første halvår 2011 mhp., at processens elementer påbegyndes i 2. halvår af 2011.

Proces for at indgå bilaterale aftaler kunne være:

- Når aftalen er godkendt igangsættes en proces for bilaterale forhandlinger af aftalen, hvor spørgsmålet om økonomiske implikationer også fastlægges.
- De bilaterale aftaler må fastlægge, om den mindre gruppe blandt de, der har meget svær KOL, skal tilbydes rehabilitering:
  - Af sygehuset.
  - Af sygehuset og i kommunen i tæt samarbejde.
  - Eller i kommunen i en tæt samarbejdsrelation med sygehuset.

Denne del af aftalen kan genforhandles løbende i takt med at de nødvendige samarbejdsrelationer på området udvikler sig.

**Bilag 1. Guideline for rehabilitering af KOL..**

## **UDKAST**

# **Udviklingsplan for styrkelse af indsatsen på KOL- området i Region Nordjylland**

April 2011

## Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	2
1. Baggrund .....	3
2. Udviklingsaktiviteter .....	3
2.1 Udviklingsplanen.....	3
2.2 Planlægning og projektledelse .....	3
2.3 ”Åbent Hus” arrangementer/temadage.....	4
2.4 Udvikling samt procesplan for gennemførelse af kompetence- og uddannelsesaktiviteter.....	5
2.5 Kvalitet og dokumentation.....	6
3. Tidsplan .....	7

## **1. Baggrund**

I den generelle rammeaftale om sammenhængende og styrkede patientforløb for mennesker med kroniske lidelser mellem Region Nordjylland og Kommunerne i Nordjylland fremgår, at det tværsektorielle forum for KOL har en rådgivende funktion blandt andet i forhold til at implementere udfyldningsaftalerne. Det tværsektorielle forum skal således følge aftalerne om patientforløbet tæt, indgå i drøftelser af implementeringsstrategier, vurdere behov for særlige initiativer for at patientforløbet kan blive sammenhængende og af høj kvalitet, ligesom det skal rådgive om tilrettelæggelse af aktiviteter og samarbejde med henblik på høj effektivitet og på at udnytte de indsatte ressourcer optimalt. Det tværsektorielle forum skal opsøge og vurdere udviklingen i den medicinske teknologi i forhold til at overveje, om det giver anledning til at justere udfyldningsaftalerne.

Det tværsektorielle forum har således til opgave at sikre den sundhedsfaglige forankring af patientforløbet for mennesker med KOL, og befordre, at den sundhedsfaglige udvikling flyder ud i alle udførende led.

Som led i at gennemføre denne opgave og styrke indsatsen er nærværende forslag til aktiviteter udarbejdet.

En forudsætning for at efterleve anbefalingerne er at få skabt en tættere samarbejdsrelation mellem de enkelte aktører. Forslagene indeholder blandt andet kvalitetsudvikling og dokumentation, ”Åbent Hus” arrangementer og temadage, samt udvikling af kompetence- og uddannelsesaktiviteter, som skal medvirke til at styrke indsatsen for mennesker med en KOL lidelse samt medvirke til at udvikle en tættere samarbejdsrelation mellem kommuner, almen praksis og sygehusene på KOL-området.

## **2. Udviklingsaktiviteter**

Det tværsektorielle forum for KOL har operationaliseret og detailbeskrevet Udviklingsplanen, som fremgår nedenfor.

### **2.1 Udviklingsplanen**

I Udviklingsplanen indgår følgende faser:

2.2 Planlægning og projektledelse

2.3 ”Åbent Hus” arrangementer/temadage

2.4 Udvikling samt procesplan for gennemførelse af kompetence- og uddannelsesaktiviteter

2.5 Kvalitetsudvikling og dokumentation

### **2.2 Planlægning og projektledelse**

Kronikerenheden varetager i samarbejde med det tværsektorielle forum for KOL planlægningsopgaven i relation til at befordre processen vedrørende implementering af rehabiliteringsindsatsen til kommuner i Region Nordjylland.

Vedrørende projektstruktur og organisering har man på demensområdet høstet gode erfaringer med at etablere lokale kommunale styregrupper. Det anbefales, at denne projektstruktur og organisering videreføres ved implementeringen af indsatser på KOL-området.

Denne organisering stemmer også overens med det arbejde, der pågår i Kronikerenheden, vedrørende en generel implementeringsplan for kronikerindsatsen.

Der nedsættes en lokal kommunal styregruppe med repræsentation fra kommunens sundhedsstab med viden indenfor KOL, en praksiskonsulent, samt evt. en repræsentant fra sygehuset. Det anbefales, at en lokal projektstyregruppeformand fra den enkelte kommune står i spidsen for den lokale kommunale styregruppe. Det kunne være den repræsentant, der deltager i det tværsektorielle forum for KOL. På denne måde kan der skabes sammenhæng til KOL-forum samt sikre den ”røde tråd” i de aktiviteter, der planlægges. Det tværsektorielle forum for KOL varetager den overordnede koordinering og styring ift. implementeringen i kommunerne, samt fungerer som bindeled i forhold til at sikre kontinuitet i projekterne samt sikre en fortsat fremdrift.

Opgaven omhandler således i hovedtræk at sikre, at anbefalingene på KOL-området omsættes til konkret handling. Dette indebærer dermed også, at den enkelte kommune skal kalkulere med at få afsat den fornødne tid til deltagelse i bl.a. koordinerende møder, møder i kommunens lokale styregruppe samt diverse informationsmøder m.v.

### **2.3 ”Åbent Hus” arrangementer/temadage**

Med henblik på at udvikle og styrke såvel arbejdet samt samarbejdet indenfor KOL-området anbefales det, at der rettes fokus på at få iværksat ”Åbent Hus” arrangementer samt temadage i kommunerne og på sygehusene. Formålet er at få kortlagt og synliggjort de aktiviteter/indsatser, der pågår både i kommunerne og på sygehusene både i forhold til, hvad aktiviteterne indeholder, og hvordan de er organiseret. Sådanne arrangementer kan være inspirationskilde til det fortsatte arbejde.

Der er uden tvivl forskel på den måde som de enkelte sektorer håndterer KOL-patienterne på, samt hvordan rehabiliteringsindsatsen er organiseret. Ved ”Åbent Hus” arrangementerne vil der være mulighed for at fremvise og præsentere, hvordan rehabiliteringen foregår, både i relation til tilbuddets indhold og længde samt de faglige kompetencer, der er behov for, i forbindelse med, at personale kan varetage opgaven etc.. Der vil være mulighed for at drøfte indsatsen og erfaringsudveksle med henblik på inspiration til det fortsatte arbejde samt til at styrke området blandt andet ud fra andre aktørers idéer, referencerammer og erfaringer.

Det skal overvejes, hvorvidt de enkelte kommuner selv skal stå for planlægning og afholdelse af ”Åbent Hus” arrangementer og temadage eller Kronikerenheden og det Tværsektorielle forum for KOL skal inddrages i processen blandt andet i forbindelse med udarbejdelse af et fælles koncept, som kommunerne kan tage udgangspunkt i.

Afholdelse af fælles temadage for samtlige aktører vil også være en mulighed i forhold til at drøfte de aktiviteter, der foregår. Temadage kan eksempelvis tage udgangspunkt i fastlagte emner, hvor lokale rehabiliteringsforløb kan drøftes, herunder med eksempelvis præsentation af de tilbud som udbydes, samt de muligheder tilbuddene dækker og forslag til uddannelsesmæssige og kompetencegivende tiltag kan debatteres.

Et andet område, som kunne bringes op på sådanne temadage, kunne være den fælles Guide-line, som netop er udarbejdet på KOL området. De enkelte aktører kunne orientere omkring deres konkrete tilbud vedrørende rehabiliteringen samt redegøre for, hvorvidt og evt. hvordan guide-lines følges m.v..

Arrangementerne kan afholdes på forskellige niveauer, de kan centreres lokalt i kommunerne i samarbejde med det nærliggende sygehus og almen praksis, eller der kan afholdes en overordnet regional temadag. Et eksempel kunne være afholdelse af en temadag med udgangspunkt i sygehusemnet og de omkringliggende kommuner og almen praksis. En temadag kunne også afholdes lokalt i kommunen med sigte på at understøtte den lokale dialog.

For at udbygge forums kendskab til de kommunale rehabiliteringstiltag og til det arbejde, der foregår i de nordjyske kommuner, er det en mulighed, at en del af møderne i Tværsektorielt Forum for KOL afholdes i de kommunale sundhedscentre eller lignende. Møderne ”ude af huset” vil have deres normale form og det normale indhold, men også et ”punkt” omkring introduktion til værtens tilbud og en rundvisning i kommunens faciliteter

#### ***Forslag til proces:***

Der nedsættes en arbejdsgruppe, der mere konkret skal udarbejde en detailbeskrivelse af sådanne arrangementer herunder struktur og indhold. En nærmere opgaveportefølje skal udarbejdes. Kronikerenheden vil i samarbejde med arbejdsgruppen præcisere opgaven.

#### **2.4 Udvikling samt procesplan for gennemførelse af kompetence- og uddannelsesaktiviteter**

Som led i at styrke de tværsektorielle kompetencer, og i forbindelse med implementeringen af rehabiliteringsindsatsen i kommunalt regi, skal der pågå en række kompetencegivende uddannelsesaktiviteter for at ruste kommunens fagpersoner til at mestre opgaven endnu bedre. Målene med uddannelsesaktiviteterne er at løfte området generelt samt at sikre en faglig opkvalificering blandt de fagpersoner, som varetager KOL-rehabiliteringen.

Uddannelsesaktiviteterne kan tilrettelægges omkring sygehusemnet og de tilhørende kommuner samt almen praksis. Et andet udgangspunkt kunne være den enkelte kommune og de almen praktiserende læger, som hører til samt det nærliggende sygehus.

Der vil være tale om enten hel- eller halvdagskurser/temadage.

Uddannelsesaktiviteterne skal nærmere præciseres, og der kan tages udgangspunkt i følgende:

- Se Dansk Selskab for Almen Medicin vedr. anbefalinger for uddannelse.
- Sygehuspersonale og personale i Almen Praksis med viden indenfor KOL kan inddrages i uddannelsessejendomme.

### ***Forslag til proces:***

Der skal nedsættes en arbejdsgruppe, som skal detailbeskrive indhold i de kompetencegivende uddannelsesaktiviteter herunder det faglige indhold på modulerne, hvem skal undervise, hvordan rekruttering af kursister skal foregå, faciliteter til gennemførelse af uddannelsesmodulerne m.v.. Kronikerenheden vil i samarbejde med arbejdsgruppen udarbejde en opgavebeskrivelse, som indeholder de elementer, der er behov for i forbindelse med iværksættelse af uddannelsesseancer indenfor KOL-området.

### **2.5 Kvalitet og dokumentation**

I relation til at understøtte arbejdet på KOL-området, er der behov for dokumentation og evaluering af den sundhedsmæssige effekt af indsatserne. Kommunerne efterspørger blandt andet erfarings- og vidensudveksling, blandt andet kommunerne imellem, vedrørende den rehabiliteringsindsats der pågår i de enkelte kommuner samt effekten heraf. For de enkelte sygehuse, almen praksis og kommuner er det vigtigt at kunne måle den sundhedsmæssige effekt af deres indsats for at kunne kvalitetsudvikle og skabe mulighed for videndeling.

Der er forskellige metoder til, hvordan indsatserne kan dokumenteres og evalueres.

På sygehuse, i kommuner og i almen praksis er krav, kultur og rutiner for dokumentation og registrering i forbindelse med daglig praksis forskellig. Det er først og fremmest vigtigt, at der tages afsæt i den viden og praksis, som allerede i dag anvendes således, at der sker en gensidig inspiration og erfaringsudveksling mellem sektorerne i forhold til systematisk dokumentation.

Det skal i forbindelse med kvalitetsudvikling og dokumentation bemærkes, at Region Nordjylland har igangsat et udviklingsprojekt, der stiler mod at etablere et Evaluerings- og Videnscenter, Himmerland for rehabiliteringsindsatserne for de kroniske sygdomme, der er omfattet af sundhedsaftalerne. Det er hensigten, at Evaluerings- og Videnscentret skal understøtte og udvikle redskaber til monitorering af den kliniske indsats i forbindelse med rehabilitering af mennesker med kronisk sygdom.

Det er derfor væsentligt, at der i arbejdet med kvalitetsudvikling og dokumentation i regi af det tværsektorielle forum for KOL, ligeledes rettes fokus på det arbejde, som pågår her, for dermed i det omfang, der er behov for, at synkronisere indsatsen på området. Det kan endvidere overvejes at gå i dialog med Evaluerings- og Videnscentret med henblik på at indgå et samarbejde vedrørende konkrete kvalitets- og dokumentationsprojekter på KOL-området.

Det bør undersøges hvilke måleindikatorer, der allerede findes på KOL-området. Det er væsentligt at have for øje, om vi rent faktisk måler på de forhold, som vi ønsker målt, og om disse kan bidrage med den nødvendige viden på området. Og i det omfang der måtte være behov for yderligere kvalitetsindikatorer at måle på at gøre sig klart, hvilke muligheder der måtte være for udvikling heraf.

Som et element i udviklingsindsatsen forslås at iværksætte et dokumentationsarbejde for den indsats, der foregår vedrørende KOL-patienter herunder en dokumentation bl.a. af:

- Hvilken effekt KOL-rehabiliteringen har.
- ”Output” i forhold til den indsats/ydelse, som leveres.

Effekten af indsatserne kan blandt andet måles på følgende parametre

- Sundhedsfremmende sundhedsadfærd.
- Relevant sygdomsadfærd.
- Funktionsevne til at leve livet med kronisk sygdom.

**Forslag til proces:**

Der skal i den forbindelse nedsættes en arbejdsgruppe i regi af det tværsektorielle forum for KOL, som får til opgave at styrke videngrundlaget på området, og ved hjælp af analyser at frembringe viden og dokumentation om de sundhedsmæssige effekter af rehabiliteringsforløbet i kommunen.

Der skal udarbejdes et mere præciseret kommissorium for arbejdsgruppen. Kronikerenheden udarbejder dette i samarbejde med arbejdsgruppen.

**3. Tidsplan**

Nedenfor fremgår en tids- og handleplan for de aktiviteter, der indgår i implementeringsprocessen.

Tidspunkt for opstart af opgave	Opgavebeskrivelse	Aktivitetsbeskrivelse	Slutdato for opgaven	Opgave- Ansvarlig
Januar 2011	Udarbejdelse af implementeringsplan for KOL-området	Implementeringsstrategi i relation til at udvikle indsatsen for mennesker med en KOL lidelse samt styrke samarbejdsrelationerne		Kronikerenheden
d. 12. april 2011	Møde i det tværsektorielle forum for KOL	Udkast til udviklingsplan drøftes i det tværsektorielle forum for KOL		
Forår 2011	Nedsætte en arbejdsgruppe vedr. kvalitetsudvikling og dokumentation	Arbejdsgruppen skal ved hjælp af analyser frembringe viden om de sundhedsmæssige effekter af rehabiliteringsforløbet i Aalborg Kommune/ dokumentation af		Det tværsektorielle forum for KOL/Kroniker- enheden

		indsatsen/rehabilitering for KOL patienter		
Forår 2011	Nedsætte en arbejdsgruppe vedr. tilrettelæggelse af kompetenceudvikling/uddannelsesmoduler	Drøfte behov for uddannelsesmæssige tiltag samt tilrettelægge undervisningsmoduler og temadage, som er nyttige ift. at løfte området generelt.		Det tværsektorielle forum for KOL/Kroniker-enheden
Efteråret 2011	Planlægge ”Åbent hus” arrangementer/temadage	Tilrettelæggelse af ”Åbent hus” arrangementer/temadage mhp. at få erfaringsudveksling vedr. den indsats og de aktiviteter kommunerne tilbyder vedr. rehabilitering.		Det tværsektorielle forum for KOL/Kroniker-enheden