

Det Tværsektorielle Forum for Iskæmiske Hjerte-Kar sygdomme

Baggrund

Region og kommuner i Nordjylland har aftalt en overordnet organisering af indsatsen for mennesker med kroniske lidelser, Kronikermodellen – se bilag. Modellen indebærer, at sundhedsaftalen for forebyggelse og sundhedsfremme omfatter en generel rammeaftale, der regulerer de fælles principper for organisering af indsatsen for alle kroniske sygdomme. Rammeaftalen suppleres af en udfyldningsaftale for hver kronisk sygdom, der regulerer særlige forhold for sygdomsgruppen. Udfyldningsaftalerne er frivillige og indgås ved et tiltrædelsesdokument mellem region og den enkelte kommune for hver sygdomsgruppe.

Aftalekomplekset vil omfatte 9 kroniske sygdomme: Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), Diabetes type-2, Hjerte-kaar-sygdomme, Demens, Forebyggelige Kræftsygdomme, Osteoporose, Overfølsomhedssygdomme, Muskel-skeletlidelser (gigt) samt psykiske lidelser.

Den generelle rammeaftale indebærer, at der dannes et tværsektorielt forum for hver kronisk sygdom. Det tværsektorielle forum er det sundhedsfaglige element i Kronikermodellen og sikrer den sundhedsfaglige forankring af indsatsen for mennesker med den pågældende kroniske sygdom.

Det tværsektorielle forum for Iskæmiske Hjerte-Kar Sygdomme (IHS-Forum)

Det tværsektorielle forum for Iskæmiske Hjerte-Kar Sygdomme (herefter kaldet IHS-forum) nedsættes med følgende sammensætning:

- 1 vidensansvarlig sundhedsfaglig formand, Jens Aarø
- 3-5 repræsentanter for kommuner, der har tiltrådt aftalen om sygdomsgruppen. Den kommunale repræsentation kan dække alle deltagende kommuner og bør omfatte medlemmer fra såvel kommunernes sundhedsfaglige miljøer som fra det administrative niveau.

Repræsentanter:

Frederikshavn kommune: Birgitte Kvist

Aalborg kommune: Inge Lassen Hansen

Jammerbugt Kommune: Hanne Heuch

Morsø Kommune: Birgitte Nannerup

Mariagerfjord Kommune: Ulla Krüger Jørgensen

Rebild Kommune: Mette Wulf Nielsen

- 3-5 repræsentanter for regionen, - heraf repræsentanter fra forebyggelses- og sundhedsfremmeteamet, kvalitetskontoret og fra sygehusene.
Vivian Aaby Grauting / Sundhedsfremme
- 2 repræsentanter for Almen Praksis: Alm. prakt. læge Kjeld Thomsen Kristensen/ Tårs, Charlotte Brun / Frederikshavn
- 1 Repræsentant for relevante patientforeninger: Regionsleder Mette Haugbølle fra Hjerteforeningen
- 1 fra Kronikerenheden, sekretariatsfunktion: Helen Houmøller Rasmussen / Edith Søndergaard Kristensen

Formandskab og sekretariat

IHS-forum ledes af en formand, der er en sundhedsfaglig vidensperson, som udgangspunkt på speciallægeniveau med speciale i Iskæmiske hjerte-kar sygdomme (evt. sygeplejefaglig med specialistviden om iskæmiske hjerte-kar sygdomme).

Det er formandens særlige ansvar, at IHS-forum løbende orienteres om og drøfter den nyeste evidensbaserede viden på området, så IHS-forum kan rådgive den administrative styregruppe for sundhedsaftaler om evt. konsekvenser for aftalerne om Iskæmiske hjerte-kar sygdomme.

Formanden frikøbes til opgaven og aflønnes af Kronikerenheden for ca. 100 timer pr. år til mødeaktivitet, forberedelse, formidling, koordinerende aktiviteter mv.

Kronikerenheden Nordjylland sekretariatsbetjener IHS-forum, og er ansvarlig for, i dialog og samarbejde med kommunerne og Regionen, at den rådgivning, de anbefalinger og de beslutninger, der er resultatet af arbejdet i IHS-forum, bliver forelagt til beslutning på det rette organisatoriske niveau og efterfølgende omsat til relevante handlinger.

Formanden og Kronikerenheden tilrettelægger i fællesskab arbejdet i IHS-forum. Kronikerenheden rapporterer efter behov til den administrative styregruppe om arbejdet i IHS-forum, dog mindst 1 gang om året.

Arbejdet i IHS-forum

IHS-forum har 4 ordinære møder om året og kan aftale ekstraordinære møder ved behov. IHS-forum kan nedsætte arbejdsgrupper, der løser særlige opgaver sammen med Kronikerenheden.

IHS-forum skal drøfte Sundhedsstyrelsens aktuelle og kommende anbefalinger om Iskæmiske hjerte-kar sygdomme og give den administrative styregruppe råd og vejledning, hvis det vurderes, at der er grundlag for at justere gældende aftaler om Iskæmiske hjerte-kar sygdomme.

Samarbejdsparter:

- følgegruppe for genoptræning: giver anbefalinger om sondring imellem almindelig og specialiseret genoptræning. Ændring i praksis skal således forelægges følgegruppen.

- samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme: følger sundhedsaftalen for dette område, hvoraf kronikerorganiseringen fremgår.
- kontaktudvalg for sygehuse: der skal sikres koordination af opgaver, der behandles her og har indvirkning på indsatsen for mennesker med kroniske lidelser.

Opgaver

IHS-forum skal indledningsvist varetage følgende:

- drøfte implementeringsplaner for aftale om indsat for mennesker med Iskæmiske hjerte-kar Sygdomme og følge implementeringen tæt.

og har derudover følgende løbende opgaver:

- rådgive den administrative styregruppe i forhold til:
 - den gældende aftale om indsatsen for mennesker med Iskæmisk hjerte-kar sygdom
 - udviklingen i den medicinske teknologi for Iskæmisk hjerte-kar sygdom
 - Sundhedsstyrelsens aktuelle og fremtidige anbefalinger og retningslinier for Iskæmisk hjerte-kar sygdom
 - Implikationer for hjerte-kar-aftalen af Den Danske Kvalitetsmodel

IHS-forum skal derfor følge op på aftale om indsats for mennesker med iskæmisk hjerte-kar sygdom, herunder:

- arbejdsdeling og stratificering
- tovholderfunktion og forløbskoordinatorer
- visitation og henvisning
- kompetencebehov i indsatsen eksempelvis ved temadage, efteruddannelse og anden kompetenceudvikling, der bidrager til en fælles faglig forståelsesramme og til kompetenceløft
- Kvalitetssikring, -udvikling og implementering af standarder efter den danske kvalitetsmodel, herunder overveje registreringspraksis mhp. at tilvejebringe datagrundlag for monitorering af indsatsen
- formidling af tilbud, samarbejdsrelationer og kliniske informationer
- arbejde med udviklingsstrategier for forebyggelses- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med Iskæmisk hjerte-kar sygdom
- udarbejde og overvåge fornødne praktiske retningslinier for hele patientforløbet og sikre overensstemmelse med andre samarbejdsaftaler mellem region og kommuner

og give anbefalinger om tiltag, der kan kvalificere indsatsen.

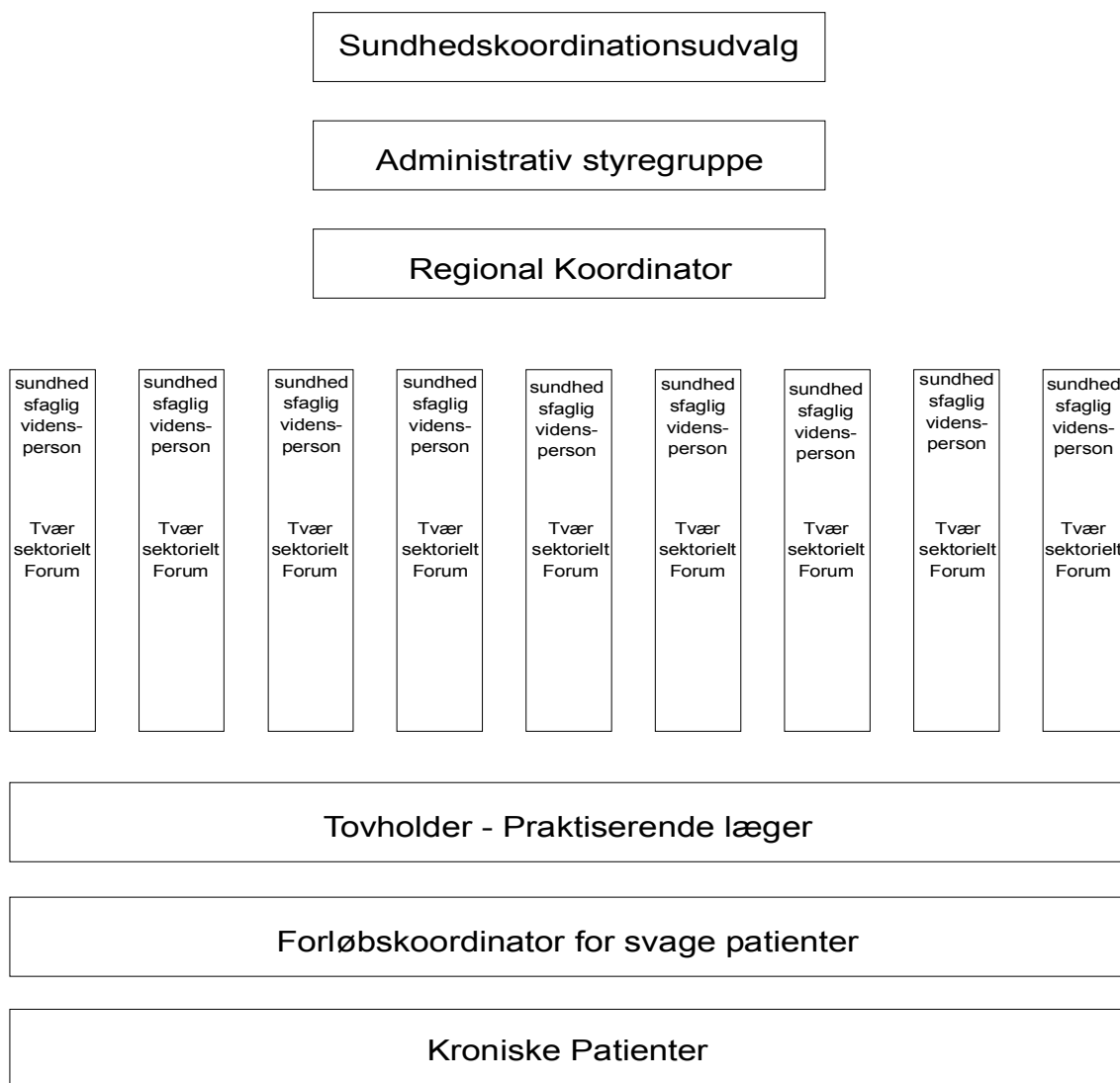
Bilag

Kronikermodellen

Af den obligatoriske sundhedsaftale om ”Sundhedsfremme og Forebyggelse, - herunder patientrettet forebyggelse” fremgår, hvordan Region og kommuner i Nordjylland vil organisere og styrke indsatsen for mennesker med kronisk sygdom, - Kronikermodellen. Hensigten er at:

- skabe sammenhængende patientforløb
- opnå et kvalitetsløft for de kronisk syge patienter
- opnå et fagligt kvalitetsløft for de sundhedsprofessionelle, der arbejder med kronisk syge

Kronikermodellen bygger på Sundhedsstyrelsens udkast til ”Anbefalinger for forløbsprogrammer for kronisk sygdom – en generisk model.” Maj 2007, samt af idéer udviklet i almen praksis. Nedenstående skitse illustrerer organisering af den tværsektorielle kronikerindsats i Nordjylland.



Kronikerindsatsen udvikles i regi af Sundhedskoordinationsudvalget, der udgør det politiske niveau i samarbejdet mellem region og kommuner. Den administrative styregruppe, bestående af direktionsniveau fra kommuner og region samt repræsentanter for praktiserende læger, PLO, servicerer Sundhedskoordinationsudvalget i dets arbejde, og har det administrative ansvar for indsatsen.

Region og kommuner i Nordjylland vil indgå aftaler om 9 kroniske sygdomme: KOL, Diabetes 2, Hjerte-kar, Demens, Kræft, Osteoporose, Overfølsomhedssygdomme, Muskel-skeletlidelser samt psykiske lidelser.

Parterne er enige om, at en vellykket kronikerindsats fordrer et ligeværdigt samarbejde, der fokuserer på patienten og det sammenhængende patientforløb.

Regional Koordinator – Kronikerenheden Nordjylland

Region Nordjylland har i samarbejde med de nordjyske kommuner ansat en regional koordinator. Koordinatorfunktionen baserer sig i høj grad på et tæt samarbejde mellem region, kommuner, sygehuse og praktiserende læger.

Den regionale koordinator er ansvarlig for koordinering, planlægning, samordning, kvalitetssikring og for samarbejde med relevante aktører i både primær og sekundær sektor om implementering af de obligatoriske og frivillige sundhedsaftaler, region og kommuner indgår om kronikerindsatsen. Den regionale koordinator vil sammen med et sekretariat, udgøre *”Kronikerenheden Nordjylland”*.

Tværasektorielt forum

Kronikermodellen indebærer, at der dannes et tværasektorielt forum for hver kronisk sygdom, og at det skal have repræsentanter for kommuner med en sundhedsaftale om den pågældende sygdomsgruppe, sygehuse, almen praksis, region og patientforeninger.

Det tværasektorielle forum følger aftalen for den pågældende sygdomsgruppe og udarbejder forslag til revision af aftalerne. Indledningsvist udarbejder det tværasektorielle forum en implementeringsstrategi for aftalerne og er således det sted, hvor aftaler vedrørende den konkrete kroniske sygdom omsættes til handling. Det er således også foras opgave at arbejde med den foreslåede stratificering af patienter, så det kan omsættes i praksis, bl.a. ved at udarbejde praktiske retningslinier for stratificering, ligesom der udarbejdes retningslinier for tilknytning af forløbskoordinator, visitering og andre praktiske redskaber til brug i patientforløbet.

Det tværasektorielle forum opsamler og drøfter den nyeste viden på området, og overvejer evt. justeringer i patientforløbet som følge heraf, herunder behov og kompetenceudvikling i sektorerne, og aftaler en plan for dette, jfr. de rammer der er for dette.

Formandskab og sekretariat

Formand for de tværasektorielle fora er en sundhedsfaglig vidensperson, som udgangspunkt en speciallæge med spidskompetencer og specialistviden om den konkrete sygdom. En sygeplejefaglig person med specialistviden vil eventuelt også kunne varetage opgaven.

Det er formandens opgave at holde de nordjyske behandlingstilbud og det tværasektorielle forum ajour med den nyeste evidensbaserede viden.

”**Kronikerenheden Nordjylland**” sekretariatsbetjener de tværsektorielle fora, og er ansvarlig for, i dialog og samarbejde med kommunerne og Regionen, at gennemføre de beslutninger vedrørende implementeringsstrategier, formidling og kompetenceudvikling m.v. som træffes i fora herunder:

- Løbende og tæt samarbejde med de sundhedsfaglige videnspersoner for de kroniske sygdomme vedrørende ajourføring af forløbsprogrammerne for kronisk syge.
- Formidling af samarbejde, koordinering og samordning af indsatsen mellem sektorerne og mellem de forskellige kronikerområder.
- Primus motor for at samle de sundhedsfaglige videnspersoner, så indsatsen på tværs af de kroniske sygdomme koordineres, og de ikke sygdomsspecifikke indsatser synliggøres og løses på tværs af kronikerfora.
- Udvikling af forslag til implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, samt i overensstemmelse med Den Danske Kvalitetsmodel udvikle kliniske retningslinier, henvisningskriterier og skabelon til beskrivelse af rehabiliteringstilbud.
- Afdække behov for og igangsætte og koordinere kvalitetsudvikling og kvalitetssikring i samarbejde med relevante aktører.
- Vidensopsamling i relation til ny forskning, evidens i samarbejde med den sundhedsfaglige vidensperson for den kroniske sygdom, herunder formidle ny viden.
- Erfaringsudveksling.
- Planlægge og gennemføre tværsektorielle kompetenceudviklingstiltag via temadage og efteruddannelse (sygdomsspecifikke og generelle for samtlige kronikerområder)
- Sekretariatsfunktion for de tværsektorielle fora for kroniske sygdomme.

Tovholder og forløbskoordinatorfunktionen

Alle mennesker med kroniske lidelser skal have en tovholder eller en forløbskoordinator. I denne indsats er det særligt stratificeringen der er central. Hvem og ”hvordan” flytter man patienter fra det ene behandlingsniveau til det andet, og sikrer at der tages vare på overgangene.

Der opereres med 3 forskellige patientniveauer, som indikerer sværhedsgraden og kompleksiteten i patientens situation.

Som hovedregel vil patienterne på niveau 1 og 2 have deres praktiserende læge som tovholder og patienter på niveau 3 vil oftest have en forløbskoordinator fra en sygehusafdeling.

Der kan være tilfælde for alle patientniveauer hvor det er mest hensigtsmæssigt, at tovholderen eller forløbskoordinatoren findes i patientens hjemkommune.

