

Velkommen til Kronikerenhedens Nyhedsbrev, nr. 2

Denne gang fokuseres der blandt andet på kronikerpulje-projekterne, som på nuværende tidspunkt har kørt i godt et år. Hvis du skulle være interesseret i mere information om alle de kronikerpuljeprojekter, som Kronikerenheden er involveret i, henvises til [hjemmesiden](#), som løbende bliver opdateret, når der er nyheder og arrangementer.

Med venlig hilsen

Alice Morsbøl
Kontorchef – Kronikerenheden Nordjylland



Midtvejsevaluering af kronikerpuljeprojekterne i Region Nordjylland

Som et led i regeringens kvalitetsreform har Region Nordjylland fået tilsagn om økonomisk støtte til at yde en forstærket indsats overfor mennesker med kronisk sygdom. Tilsagnet dækker perioden 2010 til 2012. Disse midler er blevet fordelt på 17 projekter, heraf 14 projekter i puljen omkring forløbsprogrammer og 3 projekter i puljen omkring egenbehandling og patientundervisning. Projekterne er overordnet opdelt i to hovedgrupperinger, dels de sygdomsspecifikke projekter der drives af sygehusene og dels de tværgående projekter, som er kendetegnet ved, at de ud over regionen også involverer almen praksis og / eller kommunerne.

Af midtvejsevalueringen fremgår blandt andet, at aktiviteten i de enkelte projekter har været meget forskellig afhængigt af om der eksempelvis har været iværksat et forarbejde til projektet, og hvor præcist projektet har været beskrevet i ansøgningsmaterialet. På trods heraf er tilbagemeldingerne fra de enkelte projekter dog, at man stadig forventer at opnå de mål, der indledningsvis er opsat i ansøgningsmaterialet til ministeriet. Se hele midtvejsevalueringen af kronikerpuljeprojekterne i Region Nordjylland [her](#). (Boksen til højre)



Kronikerenheden flytter

Den 15. september 2011 flytter Kronikerenheden midlertidigt til lokaler på Havrevangen 1, 9000 Aalborg, hvor vi skal have til huse indtil det nye Sundheds- og Kvarterhus i Aalborg Øst står færdigt medio 2012.

Aktivitetstal for henvisning og kommunal rehabilitering

I 2010 påbegyndte Kronikerenheden et arbejde sammen med de nordjyske kommuner om at indsamle data for henholdsvis henvisninger til de kommunale rehabiliteringstilbud og aktiviteten i rehabiliteringstilbud.

Aktivitetstallene for 2010 viser blandt andet, at kommunerne i Nordjylland har en flot volumen på rehabilitering indenfor sygdomsgrupperne KOL, Type 2 diabetes og Hjerte-Kar sygdomme. Desuden viser dataindsamlingen, at der udbydes rehabilitering indenfor alle tre sygdomsgrupper i langt de fleste nordjyske kommuner (og fra 2011 vil alle være med).

De indsamlede data beskriver det patientflow, som kommunerne har i deres rehabiliteringstilbud, og tallene beskriver derfor ikke kvaliteten i tilbuddene. I Kronikerenheden er der taget hul på den næste udfordring at arbejde med effektmåling indenfor rehabiliteringsområdet.

Se aktivitetstallene for de nordjyske kommuner her: [Henvisninger](#) – [Gennemførte rehabiliteringsforløb](#).

KOL-projekt: Udvikling af telemedicinsk løsning

Aalborg Sygehus arbejder med et projekt, hvor man tager udgangspunkt i telehomecare-teknologi, der tilbydes patienter med KOL. Projektet har til formål at udvikle konceptbeskrivelser og procedurer for blandt andet at forebygge indlæggelser, reducere indlæggelsestiden, begrænse mængden af ambulante besøg og fremme patientens mestring af sygdommen. I projektperioden vil der desuden blive rettet henvendelse til Regionens øvrige sygehuse for at afdække, om der er interesse for, at konceptet udbredes til nogle af de andre sygehuse.

Det indledende pilotprojekt har vist, at patienterne sandsynligvis har behov for at have det telemedicinske udstyr til rådighed i 6 – 8 uger, frem for de 4 uger man oprindeligt havde regnet med. Dette vil muligvis betyde et mindre patientindtag end forudsat (240 patienter i projektperioden), men det er endnu for tidligt at sige, om det bliver aktuelt.

Delestillingsprojekt

De fire sygehuse i Region Nordjylland er gået sammen i et projekt med fokus på diabetesområdet. Projektets formål er at oprette delestillinger mellem sygehuse og kommuner for herigennem at sikre, at der sker en vidensdeling imellem sygehus og kommuner. Ved ansættelse af en fælles diabetessygeplejerske er tanken, at man kan opnå synergieffekter i begge sektorer. Specialviden fra sygehusene bringes ud i kommunerne, og viden fra de kommunale diabetestilbud bliver bragt ind på sygehusene.

I praksis har det vist sig at være en udfordring at føre modellen ud i livet på de sygehuse, der har flere kommuner i deres optageområde, men alle sygehuse er godt på vej. I Aalborg har man ansat en sygeplejerske i en stilling delt imellem kommunen og sygehuset. Sygehus Vendsyssel har indgået aftaler med Frederikshavn og Brønderslev kommuner, og er i dialog med Hjørring Kommune. På Thisted Sygehus har man udviklet et andet koncept, der også lever op til ideen bag Delestillingsprojektet. Sygehus Himmerland arbejder også med projektet.

Projekt:

Udvidet selvstyret AK behandling – Fremme af brugen af egenbehandling med blodfortyndende medicin til hjertepatienter

Indenfor puljen til egenbehandling og patientundervisning har man på Kardiologisk Afdeling, Aalborg Sygehus udviklet et projekt, der sigter imod at udvide den selvstyrede AK behandling hos hjertepatienterne. Målsætningen i projektet er at fremme brugen af egenbehandling for hjertepatienter og herigennem formindske antallet af kontakter til praktiserende læge og hospitaler. Desuden ønsker Kardiologisk Afdeling med projektet at fremme relevant adgang til hurtig klinisk vejledning samt at højne livskvaliteten hos patienterne.

I løbet af 2010 er 130 patienter blevet sat i gang med oplæring i selvstyret AK behandling, og den generelle tilfredshed iblandt patientgruppen har været stor. Aktiviteten i projektet har været høj, og der har således været et mindre merforbrug i projektet, som dog forventes udlignet over den resterende del af projektperioden.

”Lær at tackle kroniske smerter” i Nordjylland

Thisted Kommune har i 2010 fungeret som testkommune for ”Lær at tackle kroniske smerter”. Tilbage meldingen fra de første kursister har samstemmende været, at tilbuddet om at deltage i ”Lær at tackle kroniske smerter” bør ligge så tidligt som muligt i et smerteforløb, fordi kurset blandt andet giver gode strategier til, hvordan man kan håndtere smerter i hverdagen.

Ledende overlæge og speciallæge i anæstesi Anders Schou Olesen (Tværfagligt Smertecenter, Aalborg Sygehus) har en forhåbning om, at hvis mennesker med smerter kunne tilbydes et kursus som ”Lær at tackle kroniske smerter” i deres hjemkommune, ville dette kunne afhjælpe presset på Tværfagligt Smertecenter. Baggrunden herfor er antagelsen, at nogle af de mennesker der deltager i ”Lær at tackle kroniske smerter” efterfølgende ikke vil have behov for et tilbud i Smertecenteret. Desuden har Anders Schou Olesen en formodning om, at kurset vil kunne begrænse smertepatienternes brug af ydelser i almen praksis, fordi evnen til at mestre livet med smerter forøges.

Første nyhedsbrev fra Nordjyllands Forskningsenhed for almen praksis

Første nyhedsbrev fra Forskningsenheden handler blandt andet om opstart af enheden, fokusområde og om, at der forventes at blive rullet forskningsprojekter ud sammen med de kommende forløbsprogrammer indenfor muskel-skelet området. Læs nyhedsbrevet og lær mere om Forskningsenheden [her](#).

Primærsektor-uddannelse

Med afsæt i forårets succes arbejder Kronikerenheden og NordKap pt. med at udvikle tre nye primærsektor-uddannelsesdage med fokus på henholdsvis KOL, Diabetes type 2 og Hjerte-Kar sygdomme.

I forårets kursusrække var der rift om pladserne, så følg med på www.kronikerenheden.dk eller i vores [Aktivitetskalender](#), så du kan sikre dig en plads.

Opstart af Muskel-skelet forum

Den sygdomsspecifikke sundheds-aftale for Muskel-skeletlidelser kom på plads i 2010, og efterfølgende er der blevet nedsat en forberedende arbejdsgruppe med blandt andet det formål at etablere det Tværsektorielle forum for Muskel-skeletlidelser.

Dette arbejde er nu tilendebragt, og den 28. juni afholdes det første møde i Muskel-skeletforum.

Revision af aftale for Hjerte og Karsygdomme – Et opgør med kronikerpyramiden

Det Tværsektorielle Forum for Hjerte og Karsygdomme har igennem 2010- 2011 arbejdet med at revidere den sygdomsspecifikke sundhedsaftale for hjerte og kar området, og har nu præsenteret et udkast til en revision af aftalen for den Administrative Styregruppe.

Med udkastet til den reviderede aftale er hjerterehabilitering som et *forløb* sat i fokus, og det er blevet tydeligere, hvem der bærer sit ansvar for hjerterehabiliteringen, samt hvilke patienter der skal modtage almen hjerterehabilitering i kommunerne, og hvilke patienter sygehusene skal tilbyde specialiseret hjerterehabilitering.

Aftalen forventes at være færdigbehandlet i september 2011.

Oversigt over ændringer i den reviderede aftale for hjerte og kar sygdomme:

- Udvidelse af målgruppen

Målgruppen for aftalen udvides fra at omfatte iskæmiske hjerte-karsygdomme til også at omfatte patienter med hjertesvigt og hjerteklapsygdomme, da disse grupper også har behov for hjerterehabilitering.

- Hjerterehabilitering som et faseforløb

Kronikerpyramiden som princip for en forståelse af en opdeling af patientgruppen efter sygdommens sværhedsgrad er udmærket, men er vanskelig at håndtere i praksis i overgangene mellem sektorerne. Derimod giver det bedre mening at anskue hjerterehabilitering som et faseforløb, bestående af tre faser, ofte med opstart på en sygehusafdeling.

- Kompliceret og ukompliceret hjertekarsygdom

Hjerte-Kar patienter vil i den reviderede aftale få tilbud om hjerterehabilitering i enten kommune eller på sygehus på baggrund af kompleksiteten af deres sygdom. De komplicerede hjertekarsygdomme hører til på sygehuset, hvorimod de ukomplicerede hører til i kommunerne.

Hvis du har spørgsmål vedrørende revisionen af hjerte-kar aftalen henvises til konsulen Helen Houmøller Rasmussen. (helen.rasmussen@rn.dk)

Godt i gang med Datafangst: Styrkelse og udvikling af tovholderfunktionen i almen praksis

For at hjælpe praktiserende læger i gang med Datafangst og med at arbejde med kvalitetsudvikling indenfor kronikeromsorgen har et projekt under kronikerpuljerne udviklet en Startpakke og en Læringspakke til almen praksis.

Startpakken, som består af et besøg af en superbruger indenfor hhv. lægesystemet og Datafangst samt en datakonsulent, har til formål at hjælpe praksis i gang med at anvende Datafangst og sikre at alt fungerer på it-delen. Superbrugerne og Datakonsulenten har allerede været på besøg i de første praksis, som nu er godt i gang, og Nordjylland er nu den region, hvor [fleste læger tilmelder sig](#) Datafangst.

Selve Læringspakken består af kompetenceudvikling i forhold til at anvende de data som genereres af Datafangst til kvalitetsudvikling af kronikeromsorgen i den enkelte praksis. Fokus i Læringspakken vil blandt andet være på at skabe større systematik i behandlingen af patienter med kroniske sygdomme samt at have et proaktivt fokus. Organisationsudvikling og målsætningsarbejde er blandt andet emner på et halvdagskursus, som har både praksispersonale og læger som målgruppe. Der afholdes systemspecifikke Datafangstmøder i maj og juni for de praktiserende læger og praksispersonale.

Dialogmøde i Thisted Kommune

I Thisted Kommune oplevedes stor opbakning fra almen praksis side til [dialogmødet](#), hvor knap 30 praktiserende læger samt deres klinikpersonale deltog. På mødet var der en livlig debat, hvor Thisted Kommune på en meget fin måde fik præsenteret og diskuteret sine tilbud til mennesker med kroniske sygdomme. Baggrunden for succesen med dialogmøderne ligger i det grundige og nære samarbejde omkring forberedelsen af mødet og i formen på mødet: der er fokus på dialog, og der arbejdes med cases, så de praktiserende læger får mulighed for at få de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler og kommunens tilbud ”ind under huden”.



Udvidet specialiseret rehabilitering for patienter med multiple og komplicerede frakturer og traumer (multitraume)

I et samarbejde mellem Ortopædkirurgisk Afdeling og Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen på Aalborg Sygehus arbejdes der med et projekt under puljen for forløbsprogrammer. Projektet retter sig imod at begrænse de kroniske følger på henholdsvis krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau hos multitraumepatienter. Desuden er det sigtet med projektet at reducere de socioøkonomiske omkostninger, der følger som konsekvens af kronificering af patienterne.

Mange multitraumatiserede patienter oplever ofte kroniske følger i tiden efter traumatet. De kroniske følger er meget varierende i deres præsentationer og spænder fra mindre fysiske problemer til markant nedsat funktionsevne. De kroniske følger kan have store personlige konsekvenser, og de socioøkonomiske følger er ofte betydelige. På Aalborg Traumecenter modtages der dagligt 1-2 patienter med alvorlige skader. Af disse vil cirka 1 patient pr. uge være svært multitraumatiseret, og vil have risiko for sekundær kronificering. Under indlæggelsen behandles patienterne af et højt specialiseret personale med særlige kompetencer inden for traumatologien. Efter udskrivelsen oplever mange patienter at tilbud og rehabilitering ofte ikke er rettet specielt mod de mangefacetterede problemstillinger, som patienter efter et multitraume præsenterer.

Fortsættes på næste side ...

Fortsat: Udvidet specialiseret rehabilitering for patienter med multiple og komplicerede frakturer og traumer (multitraume)

Indhold

Projektet blev skudt i gang med uddannelse af personale og formidling af information til samarbejdspartnerne. Projektet vil indskyde et specialiseret rehabiliteringstilbud i op til 6 måneder umiddelbart efter udskrivelsen. Mens patienten stadig er indlagt udpeges en fysioterapeut og en læge som kontaktpersoner for patienten. Fysioterapeuten skal sammen med lægen sikre en bedre sammenhæng og en koordineret indsats i den første tid efter udskrivelsen. Fysioterapeuten er ansvarlig for, at indsatsen efter udskrivelsen tilpasses og justeres således, at patienten har optimale muligheder for fortsat træning og støtte i rehabiliteringsprocessen for at komme tilbage til samme socioøkonomiske status som inden traumat. I rehabiliteringsprocessen vil fysisk træning have en fremtrædende plads.

Projektet er etableret med økonomisk støtte fra Kronikerpuljen. Det er planlagt, at 40 multitraumatiserede patienter skal indgå over en periode på 2 år. Patienter med hovedtraume og efterfølgende behov for neurorehabilitering eller intra craniel deficit ekskluderes. Patienterne inkluderes i forbindelse med indlæggelse. Efter projektet vil de socioøkonomiske konsekvenser for projekt-deltagergruppen blive sammenlignet med 40 tidligere multitraumatiserede patienter.

Foreløbige erfaringer

De første patienter er inkluderet i projektet, og der modtages meget positive tilkendegivelser fra patienter, pårørende og diverse samarbejdspartnere. Der er endnu ikke afsluttede forløb, så det er for tidligt at sige noget om effekten. Det opleves, at patienter og pårørende benytter de tilbud, der findes via projektet flittigt, og at information mellem patient, sygehus og primær sektor sikres hurtigt og smidigt i dagligdagen. Muligheden for at tilbyde ekstra træning og intensiverede forløb benyttes også aktivt.

Fokus på kronikerindsatsen

Sundhedsstyrelsen retter i nyhedsbrevet "Fokus på Kronikerindsatsen" nr. 2 sit blik imod Nordjyllands succes med hjerterehabilitering, som kan tilskrives den Nordjyske kronikermodells fokus på tværsektorielt samarbejde omkring de kroniske sygdomme.

Læs mere om den Nordjyske kronikermodel [her](#).

Læs artiklen "Succesfuld rehabilitering af hjertepatienter i Nord" [her](#).

Midtvejsstatus på puljeprojekterne under Kroniker-puljen

Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har udarbejdet en overordnet sammenfatning af fremdriftsstatus for puljeprojekterne under den forstærkede indsats for patienter med kroniske sygdomme i 2010-2012.

Læs mere om puljeprojekterne og se SST's midtvejsevaluering [her](#).

Vi ønsker alle en rigtig god sommer!