

Region Midtjylland

**Medfinansiering af Kronikercenter Tarm**

## **Bilag**

**til Regionsrådets møde  
den 24. september 2008**

**Punkt nr. 22**

# PROJEKT KRONIKERCENTER

OPRETTELSE AF  
KRONIKERCENTER PÅ  
REGIONSHOSPITALET  
I TARM

Maj 2008

# Indholdsfortegnelse

<b>BAGGRUND</b> .....	2
<b>HVORFOR ET KRONIKERCENTER?</b> .....	2
FORMÅL MED KRONIKERCENTERET .....	3
<b>ARBEJDSGRUPPENS ARBEJDE OG OPGAVER</b> .....	4
<b>1. TILBUD I ET KRONIKERCENTER</b> .....	5
MODUL 1 – HOSPITALET .....	5
MODUL 2 – KRONIKERCENTERET .....	5
MODUL 3 – DE BORGERRETTEDE OG PATIENTRETTEDE TILBUD .....	7
<b>2. BESKRIVELSE AF FORSLAG TIL CENTERETS KONKRETE TILBUD TIL BORGERE MED EN KRONISK SYGDOM (EKSEMPELVIS KOL)</b> .....	8
<b>3. SYSTEMATISK PATIENTMONITORERING VED KRONISK SYGDOM</b> .....	9
<b>4. FAGLIG UDVIKLING OG FORANKRING</b> .....	9
<b>5. SIKRING AF SUNDHEDSFAGLIG FORANKRING I UNDERVISNINGS- OG FORLØBSPROGRAMMER</b> .....	9
<b>6. SIKRING AF, AT KRONIKERCENTRET ARBEJDER EVIDENSBASERET</b> .....	9
<b>7. OPTAGEOMRÅDET</b> .....	10
<b>8. VIDENSCENTERDEL I CENTERET</b> .....	10
<b>9. CENTRETS ORGANISERING, MEDARBEJDERE, ØKONOMI, SAMT EVALUERING</b> .....	11
ORGANISERING .....	11
MEDARBEJDERE.....	11
ØKONOMI .....	12
EVALUERING .....	13
<b>10. ANBEFALINGER</b> .....	13
<b>BILAG 1 - KOMMISSORIUM</b> .....	14
<b>BILAG 2 - ØKONOMI</b> .....	18
<b>BILAG 3 - HENVISNINGSVEJE</b> .....	19
<b>BILAG 4 – SYSTEMATISK PATIENTMONITORERING</b> .....	20

## Baggrund

I Sundhedsaftalen mellem Ringkøbing-Skjern Kommune og Region Midtjylland er det aftalt, at der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af kommune, hospital og region vedrørende beskrivelse af et kronikercenter på Regionshospitalet i Tarm med henblik på frembringelse af et beslutningsgrundlag.

Denne aftale blev fulgt op, da Hospitalsenheden Vest den 26. april 2007 orienterede Ringkøbing-Skjern Kommune om fremtidsplanerne for Regionshospitalet i Tarm. Her blev det besluttet, at der skulle nedsættes en arbejdsgruppe, som skulle udarbejde et beslutningsgrundlag i forbindelse med oprettelse af et kronikercenter på Regionshospitalet i Tarm.

Herudover ligger en udbygning af sundhedscenteret, der er beliggende på Regionshospitalet i Tarm, til grund for Regionsrådets beslutning af 20. juni 2007. Her besluttede Regionsrådet bl.a., at de medicinske senge på Regionshospitalet i Tarm skulle nedlægges.

I akutforliget, der ligger til grund for Regionsrådets beslutning af 24. oktober 2007 om akutplanen i Region Midtjylland, fremgår det ligeledes, at Regionsrådet noterer sig, at der er igangsat et udredningsarbejde omkring sundhedscenteret på Regionshospitalet i Tarm. Dette udredningsarbejde skal videreudvikles i et samarbejde med Ringkøbing-Skjern Kommune og i et samarbejde med Hospitalsenheden Vest.

I foråret 2007 tog Ringkøbing-Skjern Kommune initiativet til, at der blev nedsat en arbejdsgruppe til beskrivelse af et kronikercenter. Gruppen har afholdt en række møder, hvor man har drøftet indholdet i et kronikercenter, patientunderlag og patientstratificering m.v.

Grundet uklare rammer for arbejdet blev der i efteråret 2007 udarbejdet et kommissorium, som herefter blev politisk godkendt af Ringkøbing-Skjern Kommune.

I regionen er kommissoriet forelagt udvalget vedrørende primær sundhed, som anbefalede kommissoriet. Det foreliggende udkast er således udarbejdet ifølge kommissoriet, vedlagt som bilag 1.

## Hvorfor et kronikercenter?

I den vestlige verden stiger antallet af borgere med kroniske lidelser. Sundhedsstyrelsen anslår, at omkring 1,5 mio. danskere på nuværende tidspunkt lider af en eller flere kroniske sygdomme. Kroniske sygdomme forekommer hyppigst i den ældre del af befolkningen, og da antallet af danskere over 65 år vil stige med 400.000 i løbet af de næste 30 år, forventes forekomsten af kroniske lidelser at stige yderligere.

I dag er det ikke alle med kronisk sygdom, der får den bedst mulige behandling. Mulighederne for forebyggelse og rehabilitering udnyttes heller ikke fuldt ud.

Sundhedsvæsenet kan blive bedre til at behandle kroniske sygdomme ved f.eks. at i højere grad tænke i forløb og arbejdsdeling, og at yde en mere proaktiv indsats ved systematisk at bruge den viden, der er på området og ved at måle på indsatsen.

Både hospital, kommune og almen praksis har opgaver i forhold til borgere med kroniske sygdomme. Etablering af et kronikercenter, hvor kommunal og regional ekspertise arbejder sammen om opgaven i forhold til borgere med kronisk sygdom, vil give mulighed for en specialiseret enhed og en mere systematisk forebyggelses- behandlings- og rehabiliteringsindsats.

Kronikercentret vil dermed give mulighed for at afprøve det at arbejde i et integreret sundhedsvæsen, hvor man forsøger at ophæve grænserne mellem de forskellige instanser i sundhedsvæsenet i en fælles indsats i forhold til borgeren/patienten.

Det kommunalt etablerede Sundhedscenter Vest, der har til huse på Regionshospitalet i Tarm, er allerede langt fremme med etablering af tilbud til kronisk syge ud fra lærings- og mestringsprincipperne.

Herudover ønsker centeret at oparbejde en viden og ekspertise, der vil være til gavn for de øvrige hospitaler og kommuner i Region Midtjylland. Således vil både region og kommune være på forkant med og kunne imødekomme det voksende forebyggelses- og behandlingsbehov for borgere med kronisk sygdom.

### ***Formål med kronikercenteret***

Formål med kronikercentret er følgende:

- At indsatsen skal forebygge akutte episoder og komplikationer.
- At indsatsen skal forebygge, at sygdommen udvikler sig yderligere (den patientrettede forebyggelse).
- At indsatsen skal medvirke til, at brugerne øger deres muligheder for at klare hverdagslivets udfordringer.
- At der etableres et videnscenter på kronikerområdet.

Kronikercentret skal herudover:

- Målrettes borgere med en diagnose.
- Være et fagligt og patientrettet vidensnetværk indenfor kroniske sygdomme.
- Fokuserer på den patientrettede forebyggelse.

Det kommende regionale/kommunale kronikercenters tilbud skal være fagligt kvalificerede – være anerkendte af hospital og praktiserende læger, således at disse sender henvisninger til kronikercenteret.

Det er vigtigt at pointere, at den egentlige behandling og kontrol af patientgruppen fortsat foregår i almen praksis og på hospitalerne.

Samarbejde mellem praksis, kommuner og hospitaler er afgørende for et sammenhængende patientforløb. Det er vigtigt, at alle ved, hvad de øvrige gør og hvornår.

Der er behov for et tæt samarbejde mellem kommunerne i Vestklyngen og Hospitalsenheden Vest.

Kronikercenteret skal være specialiseret og have et højt vidensniveau, således at det kan være det gode eksempel – også for de andre kommuner i Vestklyngen.

Kronikercenteret kan være med til at pilotteste eksempelvis KOL-området, hvor der skabes ny erfaring og evidens i forhold til at implementere forløbsprogrammer i hele regionen.

KOL som eksempel og som start for kronikercentrets indsats er valgt i perfekt timing med faglig oprustning på KOL-området i almen praksis, dels landmæssigt ved udsendelse af og opfølgning på Dansk Selskab For Almen Medicins nye KOL-guideline, dels lokalt ved at den Ph-D.studerende, der netop er blevet ansat ved Sundhedscenter-Vest fokuserer på KOL i krydsfeltet mellem almen praksis, sygehuse og kommune.

## Arbejdsgruppens arbejde og opgaver

Arbejdsgruppen har valgt, at der i første omgang fokuseres på diagnosen KOL, for at skabe sammenhæng til det arbejde, der foregår i regi af sundhedsaftalerne, hvor der også er fokus på denne diagnose, samt på diabetes og hjertesygdomme.

Det er hensigten, at erfaringerne heraf efterfølgende tilpasses, overføres og udvikles til de øvrige kroniske sygdomme.

*Eksempelvis skønnes mere end 300.000 borgere i Danmark ifølge Sundhedsstyrelse at have KOL, dette tal er noget højere end man tidligere har antaget. [www.sst.dk](http://www.sst.dk)*

*85 – 90 % skyldes rygning*

*10 – 15 % skyldes andre faktorer, bl.a. arbejdsmiljøet.*

*Antallet af dødsårsag som følge af KOL steg med 50 % fra 1985 – 2002.<sup>1</sup>*

*Da rygning er hovedårsagen til KOL skal det nævnes, at ud fra Sundhedsprofilen "Hvordan har du det?" ved vi, at der er 23 % dagligrygere i Ringkøbing-Skjern Kommune:*

*Der er 40 % af dagligrygerne der gerne vil holde op med at ryge og 36 % af disse, der gerne vil have hjælp til at holde med at ryge.*

*Anbefalingerne på området er en systematisk forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats, så vel i det regionale, som i det kommunale sundhedsvæsen.*

<sup>1</sup> Forebyggelse er fremtiden – et forslag til en National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007 – 2011. Dansk Sygeplejeråd.

## 1. Tilbud i et kronikercenter

De tilbud, der skal udbydes i kronikercenteret, skal ses som en del af det sammenhængende patientforløb.

Her præsenteres en model, hvor uddannelsesforløbet for patienter opdeles i moduler. Den vil blive tilpasset de forløbsprogrammer, som er under udvikling og som skal implementeres i alle kommunerne i regionen og på landsplan.

Henvisning til de enkelte moduler kan ske enten fra praksislægerne eller hospitalerne. Henvisningen skal indeholde højde, vægt, medicin og andre lidelser, samt eventuelle relevante sociale oplysninger. Vedrørende forslag til henvisningsmodel se bilag 3.

Der gennemføres en motiverende samtale, som skal sikre, at borgeren bliver henvist til det rigtige tilbud, og som sikrer, at ressourcerne i kronikercenteret udnyttes fuldt ud. Borgere med KOL, henvises via egen læge eller hospitalet, efter måling af lungefunktion.

I forbindelse med udvikling af henvisningsmaterialet er det væsentligt, at der udvikles et enkelt og tilgængeligt materiale, som gør proceduren simpel, og som er IT-baseret. Screening i forbindelse med rygning kan være en del af henvisningen både fra praksislægerne og fra sygehuset.

Der vil i undervisningen blive lagt vægt på lærings- og mestringsprincipperne, som indgår i Lærings- og mestringsprojektet, hvilket er en del af sundhedsaftalerne.

I praksis betyder det, at erfarne patienter og fagprofessionelle i samarbejde planlægger, udfører og evaluerer uddannelsesforløb for patienter/borgere med en kronisk sygdom. Yderligere beskrivelse – se modul 2.

Kronikercenteret skal tilbyde de moduler i det sammenhængende patientforløb, som ligger udenfor behandlingsdelen, men som ligger naturligt i forbindelse med opfølgningen på den iværksatte behandling.

Kronikercenteret skal indeholde kompetencer og viden i forhold til, hvad der ligger af aktiviteter og muligheder i borgerens nærmiljø, f. eks. netværk, selvhjælpsgrupper træning m.m., som kan være en mulighed for fastholdelse af aktivitetsniveauet efter afslutning på kronikercenteret.

### ***Modul 1 – hospitalet***

Målgruppen er patienter med svær KOL. Disse patienter følger et KOL-rehabiliteringsprogram i hospitalsregi og afslutter programmet/forløbet i det kommunale regi for at sikre overgangen til vedligeholdelsestræning i kommunalt regi.

### ***Modul 2 – kronikercenteret***

Målgruppen er borgere med mild/let – moderat KOL. Modul 2 vil være et tilbud om rehabilitering, som skal planlægges og udføres i tæt samarbejde med de udgående

funktioner fra Lungemedicinsk Afdeling (KOL- og ilt sygeplejersker, læger, psykologer) og andre kommunale, regionale fagpersoner med kompetencer indenfor KOL-området, samt de praktiserende læger.

Modulet skal være gruppebaseret og skal indeholde elementer, som vil være med til at øge borgerens evne til at udøve egenomsorg:

- forståelse af sygdommen
- åndedrætsteknikker
- ernæring (til overvægtige og småt spisende)
- medicin håndtering
- fysisk træning
- rygeafvænning eller afklaring af rygeprofil
- psykosocial støtte
- mestring af hverdagslivet med KOL
- andre emner efter behov

**Egenomsorg** er et udtryk for individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykosociale konsekvenser samt forandringer i levevis, som følger med at leve med en kronisk sygdom. Egenomsorg omfatter også evnen til at monitorere sin tilstand og effektuere kognitive, adfærdsmæssige og emotionelle reaktioner, som er nødvendige for at opretholde en tilfredsstillende livskvalitet. Der etableres herigennem en dynamisk og selvreguleringsproces.<sup>2</sup>

Undervisningen planlægges ud fra lærings- og mestringsprincipperne, som er de principper, der ligger i lærings - og mestringsprojektet, som Vestklyngen er en del af. De centrale principper for projektet er:

- Kobling af faglig viden og erfarne patienters viden og erfaringer med at leve med en kronisk sygdom.
- Pædagogisk form, som styrker den kronisk syges handlekraft og selvstændighed.
- Ligeværdig dialog mellem fagfolk, erfarne patienter og den kroniske syge og de pårørende.

Dette betyder, at erfarne patienter og fagprofessionelle i samarbejde planlægger, udfører og evaluerer målrettede uddannelsesforløb for patienter/borgere med kronisk sygdom.

Erfaringsudveksling vil være en del af undervisningen, som tager udgangspunkt i, at patienterne er eksperter i eget liv.

---

<sup>2</sup> Definition fra de generiske forløbsprogrammer fra SST.

Tilbuddet i modul 2 målrettes grupper. Det betyder, at individuel vejledning i f.eks. kost og fysisk træning skal tilbydes efter behov i kronikercenteret.

Den faste kerne i kronikercenterets personalestab vil være en sundhedskoordinator og en sundhedsfaglig medarbejder. Disse to skal i samarbejde have rollen som igangsættere, samt koordinere indsatsen og kommunikationen med praktiserende læger og andre fagprofessionelle.

Derudover skal der være nøglepersoner tilknyttet kronikercenteret, som er kommunalt og regionalt ansatte sundhedspersoner, som kan støtte borgeren i at udvikle ansvar for egen situation samt have løbende kontakt med borgeren ved samtaler, telefon og e-mail, som forebyggende aktivitet. Disse nøglepersoner vil ligeledes blive inddraget i undervisningsopgaver i modul 2.

Det regionale bidrag til modul 2 vil være sygeplejersker, læger eller andre med specielle faglige kompetencer.

Efter modul 2 er det muligt at henvise til kommunale borgerrettede tilbud, som f. eks. rygestop, kostvejledning, motion, patientuddannelsen "Lær at leve med en kronisk sygdom" (patient til patient undervisning) eller tilbud i lokale idrætsforeninger, patientforeninger m.m.

### ***Modul 3 – De borgerrettede og patientrettede tilbud***

Modul 3 er de borgerrettede tilbud, som skal være med til at sikre borgere en livslang læring med deres kroniske sygdom.

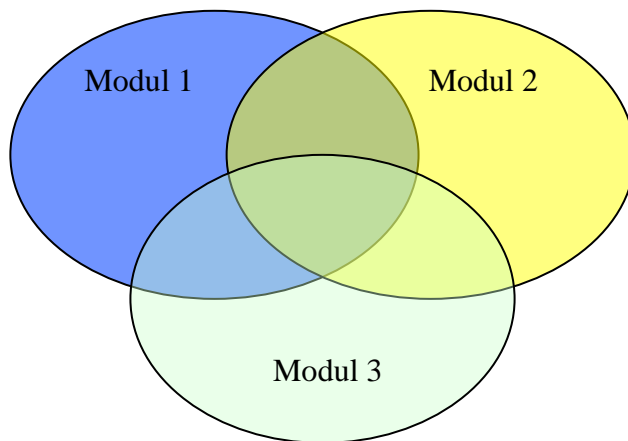
Det vil sige, at modul 3 skal tilbydes som opfølgingsmøder i relation til modul 2, men også som tilbud for borgere, som udelukkende har behov for et modul 3-tilbud.

- Cafédage med generel information omkring et emne/sygdom
- Informationsmøder omkring specifikke emner
- "Spot"-kurser, som er et kort kursus om et specifikt emne. Varighed 1 – 3 timer
- Foredrag
- Rygestopkurser
- Eventuelle motionstilbud
- Temadage

Det skal sikres, at man både på modul 2, men også på modul 3 får kendskab til de relevante aktivitetsmuligheder, som ligger i kommunale, semikommunale og foreningsregi. Der skal udvikles skriftligt informationsmateriale, hvor tilbuddene synliggøres og gøres overskuelige.

Der kan ligeledes udvikles forskellige elektroniske portaler, hvor man får adgang til viden og informationer.

Tilbuddene i modul 3 skal udvikles i samarbejde med regionen, kommunerne, patientforeninger og øvrige relevante foreninger, som f.eks. DGI.



Tilbuddene skal ses som et cirkulært tilbud. Det betyder, at man kan bevæge sig mellem de enkelte moduler og ikke nødvendigvis starter ved modul 1 og afslutter ved modul 3.

Overgangen mellem modulerne vil være dér, hvor de faglige relationer og fællesskaber udvikles.

## **2. Beskrivelse af forslag til centerets konkrete tilbud til borgere med en kronisk sygdom (eksempelvis KOL)**

### **FYSISK TRÆNING:**

- Rehabiliteringsforløb for KOL med fokus på fysisk træning, viden og erfaringsdeling ud fra principperne om læring og mestring.
- Motion og bevægelsesfaciliteter.
- Træningskøkken.
- Tilpasset fysisk træning evt. i varmt vand o.a.

### **NETVÆRK:**

- Mødestedfaciliteter for patientgrupper evt. med udadgående funktion via bogbusserne.
- Center for netværksdannelse og selvhjælpsgrupper.
- Etablering af fagligt og socialt netværk mellem patientforeninger.

### **INDIVIDUEL RÅDGIVNING:**

- Individuel rådgivning omkring kost og motion m.m.

### **PATIENTRETTET/BORGERRETTET RÅDGIVNING:**

- Cafédage.
- Informationsmøder.

- "Spot"-kurser, som er et kort kursus om et specifikt emne. Varighed 1 – 3 timer
- Informationscenter med foldere – en slags "PI" – patientinformation.
- Foredrag.
- Rygestoprådgivning.

### **3. Systematisk patientmonitorering ved kronisk sygdom**

Det overvejes i forhold til KOL-forløb at anvende systematisk patientmonitorering ved kronisk sygdom – et redskab til brug for behandling, rehabilitering og klinisk beslutningsstøtte, og som er udviklet. Et eksempel på opfølgingsprogram vedlægges som bilag 4.

### **4. Faglig udvikling og forankring**

Bidraget fra Hospitalsenheden Vest til kronikercenteret vil være i form af faglige kompetencer.

Det foreslås at den udadgående KOL-sygeplejerske fra hospitalet underviser i lunge-sygdomme, og at diætisterne kan undervise i specielle diæter til KOL-patienter. Ligeledes vil der være mulighed for at danne netværk indenfor fagområder og i samarbejde planlægge og deltage i tværfaglige temadage.

### **5. Sikring af sundhedsfaglig forankring i undervisnings- og forløbsprogrammer**

Den sundhedsfaglige forankring sikres via såvel de regionale speciallæger som de fagspecifikke praksiskonsulenter samt andre faggrupper.

Den faglige forankring sker gennem samarbejde med bl.a. KOL-sygeplejerskerne, ilt - sygeplejerskerne, personalet fra Sundhedscenter Vest og fagrelevante personer.

### **6. Sikring af, at kronikercentret arbejder evidensbaseret**

Overordnet set skal tiltaget udvikles i overensstemmelse med regionens strategi på kronikerområdet.

For at sikre den faglige udvikling på kronikercenteret og sikre, at den nyeste viden anvendes på centeret, skal tilbuddene etableres i et tæt samarbejde med stam-afdelingerne på hospitalerne.

Forpligtende fagligt netværk skal etableres for at sikre udvikling og evidens indenfor faglige områder.

Indsamling af empiri skal ske i samarbejde med de øvrige kommuner i regionen. Evalueringer af patientforløb udvikles bl.a. i samarbejde med Center for Folkesundhed i Region Midtjylland.

Der skal i øvrigt være stor opmærksomhed på at indgå i samarbejde med Region Midtjylland med f. eks. Center for Folkesundhed, DSI og i andre nationale projekter i relation til forskningsmæssige opgaver.

Der skal sikres evaluering dels på organisatorisk niveau, men også på det faglige og ikke mindst i forhold til effekten for borgeren evt. i forbindelse med MTV.

## **7. Optageområdet**

En af kommunalreformens overordnede målsætninger var, at sundhedsydelserne skulle flyttes tæt på borgerne.

Det kan betyde, at det vil være svært at tiltrække borgere fra andre kommuner til centeret, men et forslag kunne være et udgående team, hvorfra tilbuddene kan rekvireres af andre kommuner.

## **8. Videnscenterdel i centeret**

Videnscenterdelen skal være et forum, hvor der genereres viden på baggrund af alment anerkendte metoder.

Sundhedspædagogiske erfaringer i relation til læring og mestring vil være et eksempel på et væsentligt emne i forhold til vidensnetværket. Endvidere overvejes anvendelse af systematisk patientmonitorering ved kronisk sygdom – et redskab til brug for behandling, rehabilitering og klinisk beslutningsstøtte.

Videnscenterdelen i Kronikercenteret ønsker bl.a. at:

- Indsamle dokumenterede erfaringer fra indsatser for mennesker med kroniske lidelser.
- Indsamle dokumenterede erfaringer fra sammenhængende forløb for mennesker med kroniske lidelser med fokus på patientperspektiv, det faglige og det organisatoriske perspektiv.
- Udveksle erfaringer med interesserede kommuner o.a.
- Indgå i udviklingen af viden indenfor sundhedsfremme, forebyggelse og rehabiliteringstilbud til mennesker med kroniske lidelser i samarbejde med Center for Folkesundhed og/eller andre forskningsinstitutioner.
- Medvirke til udviklingen af lærings- og mestringskonceptet som grundlag for uddannelsesstilbud til mennesker med kroniske lidelser i samarbejde med Center for Folkesundhed.
- Medvirke i udviklingen af sundhedspædagogiske metoder til brug i sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende tilbud til mennesker med kroniske lidelser i samarbejde med Center for Folkesundhed.

I samarbejde med Center for Folkesundhed vil kronikercentret kunne tilbyde:

- Kompetenceudvikling for fagpersoner med mulighed for at udvikle sundhedspædagogiske kompetencer og kompetencer i at arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse som et led i indsatsen overfor mennesker med kroniske lidelser.
- Kompetenceudvikling af erfarne patienter/borgere, som vil medvirke i lærings- og mestringsuddannelserne.
- Indgå i arbejdet med at udvikle lærings- og mestringskonceptet og sundhedspædagogiske metoder.
- At formidle resultater af nyere forskning indenfor sundhedsfremme, forebyggelse, rehabilitering og sundhedspædagogik af betydning for indsatsen for mennesker med kroniske lidelser.
- At planlægge og gennemføre dokumentation, kvalitetsudvikling og evaluering af centerets indsatser.
- At medvirke i udviklingen af tilbud til mennesker med kroniske lidelser med henblik på f.eks. at reducere ulighed i sundhed.

Videnscentret etableres i et samarbejde mellem kronikercentret og Center for Folkesundhed i Region Midtjylland.

## **9. Centrets organisering, medarbejdere, økonomi, samt evaluering**

### ***Organisering***

Organisatorisk vil arbejdsgruppen anbefale, at der er en politisk styregruppe for kronikercenterprojektet, og i den forbindelse kunne der peges på, at den funktion varetages af den etablerede styregruppe for Sundhedscenter Vest. Denne styregruppe består i dag af to regionsmedlemmer, tre byrådsmedlemmer fra Ringkøbing-Skjern Kommune samt to kommunale embedsmænd, en praktiserende læge og en sekretær. Såfremt Regionen ønsker at udpege en eller to regionale embedsmænd, så vurderes det ikke til at være et problem.

Endvidere foreslås det, at der etableres en lille administrativ styregruppe bestående af en leder fra hver af parterne Ringkøbing-Skjern Kommune, Regionshospitalet Herning og Regionalt Sundhedssamarbejde/Center for Folkesundhed. Herudover deltager kommunens praksislægekonsulent i styregruppen. Den administrative styregruppe kan til enhver tid inddrage ad hoc personer i styregruppens møder.

Med hensyn til den daglige drift referer kronikercenterprojektet til ledelsen i Sundhedscenteret og dermed til fagområdet Sundhed og Omsorg i Ringkøbing-Skjern Kommune.

### ***Medarbejdere***

Der skal ansættes en sundhedskoordinator på 37 timer pr. uge, en sekretær på 30 timer pr. uge samt en fuldtids sundhedsfaglig medarbejder. Sekretæren skal ligeledes udføre servicefunktioner, der relateres til afholdelse af aktiviteter.

Sundhedskoordinatoren skal:

- Have indsigt og forståelse for såvel den regionale samt den kommunale verden.
- Kunne skabe konstruktivt samarbejde med hospitaler, praktiserende læger, patientforeninger samt Centeret for Folkesundhed om udviklingen af relevante tilbud til mennesker med kroniske lidelser.
- Have en velfunderet teoretisk sundhedsfaglig viden og erfaring i relation til mennesker med kroniske lidelser.
- Have kendskab til videnskabelige metoder som grundlag for dokumentation m.m.
- Have erfaring med arbejde med projekter.
- Kunne planlægge, koordinere, medvirke i samt evaluere uddannelsesforløb for kronikere i samarbejde med kronikere, foreninger og professionelle.
- Være fleksibel og kunne agere med mange bolde i luften.
- Være kreativ i tankemåde og handling.

Den sundhedsfaglige medarbejder skal:

- Have kendskab til arbejdet på hospitaler og i kommuner med mennesker, som har kroniske lidelser.
- Kunne indgå i et konstruktivt samarbejde med hospitaler og praktiserende læger om at skabe sammenhængende forløb for mennesker med kroniske lidelser.
- Have en velfunderet sundhedsfaglig viden og erfaring i relation til mennesker med kroniske lidelser.
- Kunne planlægge, koordinere og evaluere uddannelsesforløb for kronikere i samarbejde med kronikere, foreninger og professionelle.
- Have teoretisk viden om pædagogik og erfaring med undervisning.
- Være fleksibel og kunne agere med mange bolde i luften.
- Være kreativ i tankemåde og handling.

Sekretær/ servicemedarbejderen skal:

- Social og sundhedsmæssige erfaring og forståelse.
- Have erfaring med og kunne udføre administrative opgaver relateret til aktiviteterne.
- Kunne udføre praktiske opgaver relateret til aktiviteterne.
- Kunne ajourføre, bogføre og følge op på budgettet.

## **Økonomi**

Kommunen og regionen deler ligeligt det økonomisk ansvar for finansieringen af kronikercentret med en pulje hver på 800.000 kr. Samlet set bliver udgiften 1.6 million kr. pr. år til drift af kronikercentret. Dette beløb vil dække bl.a. koordinator-, sundhedsfaglig medarbejder- samt sekretærstillingen. Inkluderet i dette beløb er også en tilkøbspulje på 400.000, hvor ekstra ydelser kan købes fra f.eks. Centret for Folkesundhed. Budgetoplægget kan ses i bilag 2.

## **Evaluering**

En evaluering af kronikercentret vil kunne foretages efter en periode på 2 år, hvorefter der tages stilling til kronikercentrets fremtidige udformning og status.

Der foretages løbende evaluering af centrets aktiviteter. Som afslutning på projektperioden, som løber til 1. januar 2012, gennemføres en evaluering, som omfatter en samlet evaluering af centrets aktiviteter og videnscenterdelen i perioden fra 1. januar 2009 til 1. januar 2011. Når der er ansat en sundhedskoordinator, udarbejdes der en evalueringsstrategi i samarbejde med Center for Folkesundhed.

## **10. Anbefalinger**

1. Projektet Kronikercenter på Tarm Regionshospital etableres 1. januar 2009 med en varighed af tre år. En evaluering foretages efter 2 år, hvorefter det vurderes, hvorvidt kronikercentret skal køre videre.
2. Det er hensigten med kronikercentret på sigt at sætte fokus på andre kroniske sygdomme end KOL som hjertesygdomme og diabetes.
3. Organisatorisk oprettes der en administrativ og politisk styregruppe som beskrevet i oplægget, samt ledelsen i sundhedscentret er ansvarlig for den daglige drift.
4. Finansieringen fordeles med 50 % til henholdsvis kommunen og regionen, således at hver bidrager med beløbet 800.000 kr.

## **Bilag 1 - Kommissorium**

### **For arbejdsgruppen vedr. udarbejdelse af beslutningsgrundlag for oprettelse af kronikercenter på Regionshospitalet i Tarm**

#### Baggrund

I sundhedsaftalen mellem Ringkøbing-Skjern Kommune og Region Midtjylland, der er indsendt til Sundhedsstyrelsen den 29. marts 2007, er det aftalt, at der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af kommune, hospital og region vedrørende beskrivelse af et kronikercenter på Regionshospitalet i Tarm med henblik på frembringelse af et beslutningsgrundlag. Kommunen er initiativtager.

Denne aftale blev fulgt op, da Hospitalsenhed Vest den 26. april 2007 orienterede Ringkøbing-Skjern Kommune om fremtidsplanerne for Regionshospitalet i Tarm. Her blev det besluttet, at der skulle nedsættes en arbejdsgruppe, som skulle udarbejde et beslutningsgrundlag vedr. oprettelse af et kronikercenter på Regionshospitalet i Tarm.

Herudover ligger en udbygning af sundhedscenteret, der er beliggende på Regionshospitalet i Tarm, til grund for Regionsrådets beslutning af 20. juni 2007. Her besluttede Regionsrådet bl.a., at de medicinske senge på Regionshospitalet i Tarm skulle nedlægges.

I akutforliget, der ligger til grund for Regionsrådets beslutning af 24. oktober 2007 om akutplanen i Region Midtjylland, fremgår det ligeledes, at Regionsrådet noterer sig, at der er igangsat et udredningsarbejde omkring sundhedscenteret på Regionshospitalet i Tarm, og at dette udredningsarbejde skal videreudvikles i et samarbejde med Ringkøbing-Skjern Kommune og i et samarbejde med Hospitalsenheden Vest.

#### Hvorfor et kronikercenter?

I den vestlige verden stiger antallet af borgere med kroniske lidelser. Sundhedsstyrelsen anslår, at omkring 1,5 mio. danskere nu lider af en eller flere kroniske sygdomme. Kroniske sygdomme forekommer hyppigst i den ældre del af befolkningen, og da antallet af danskere over 65 år vil stige med 400.000 i løbet af de næste 30 år, forventes forekomsten af kroniske lidelser at stige yderligere.

Som det er i dag, er det ikke alle med kronisk sygdom, der får den bedst mulige behandling. Mulighederne for forebyggelse og rehabilitering udnyttes heller ikke fuldt ud. Sundhedsvæsenet kan blive bedre til at behandle kroniske sygdomme ved f.eks. i højere grad at tænke i forløb og arbejdsdeling og yde en mere proaktiv indsats, ved systematisk at bruge den viden, der er på området og ved at måle på indsatsen.

Både hospital, kommune og almen praksis har opgaver i forhold til borgere med kroniske sygdomme. Etablering af et kronikercenter, hvor kommunal og regional ekspertise arbejder sammen om opgaven i forhold til borgere med kronisk sygdom, vil give mulighed for en specialiseret enhed og en mere systematisk forebyggelses- behandlings- og rehabiliteringsindsats.

Det kommunalt etablerede Sundhedscenter Vest, der har til huse på Regionshospitalet i Tarm er allerede langt fremme med etablering af tilbud til kronisk syge ud fra lærings- og mestringsprincipperne. Det vil være et godt grundlag for arbejdsgruppen at arbejde videre ud fra.

Herudover ønsker centeret oparbejde en viden og ekspertise, der vil være til gavn for de øvrige hospitaler og kommuner i Region Midtjylland. Således vil både region og kommune være på forkant og kunne imødekomme det voksende forebyggelses- og behandlingsbehov for borgere med kronisk sygdom.

### Arbejdsgruppens arbejde og opgaver

I foråret 2007 tog Ringkøbing-Skjern Kommune initiativet til, at der blev nedsat en arbejdsgruppen til beskrivelse af et kronikercenter har holdt en række møder, hvor man har drøftet indholdet i et kronikercenter, patientunderlag, patientstratificering m.v.

Arbejdsgruppen har valgt, at der i første omgang fokuseres på diagnoserne KOL, diabetes og hjertesygdomme. Dette for at skabe sammenhæng til det arbejde, der foregår i regi af sundhedsaftalerne, hvor der også er fokus på disse diagnoser.

Imidlertid har arbejdsgruppens opgave været vanskeliggjort af, at gruppen ikke har været helt klar over sit kommissorium og dermed de rammer, der er for arbejdsgruppens arbejde. Derfor besluttede arbejdsgruppen på sit møde den 16. oktober 2007 at udarbejde et egentligt kommissorium for gruppens arbejde og at forelægge dette kommissorium politisk i kommunen og regionen som udgangspunkt for det videre arbejde. Således vil arbejdsgruppen kunne arbejde videre ud fra et klart tilsagn fra Region Midtjylland og Ringkøbing-Skjern Kommune om, at der arbejdes videre med beskrivelse af et regionalt/kommunalt kronikercenter på Regionshospitalet i Tarm.

Formål med kronikercenteret er:

- At indsatsen skal forebygge akutte episoder og komplikationer
- At indsatsen skal forebygge, at sygdommen udvikler sig yderligere (den patientrettede forebyggelse)
- At indsatsen skal medvirke til, at brugerne øger deres muligheder for at klare hverdagslivets udfordringer.

På den baggrund foreslås det, at arbejdsgruppen får til opgave at:

- Udarbejde en overordnet beskrivelse af, hvad kronikercenteret kan bestå af
- Udarbejde en beskrivelse af forslag til centerets konkrete tilbud til borgere med kronisk sygdom. Disse beskrivelser kan tage udgangspunkt i de kroniske sygdomme KOL, diabetes og hjertesygdomme, idet det blandt andet er de 3 sygdomme, der også arbejdes med i de såkaldte kronikerprogrammer og i regi af sundhedsaftalerne. Kronikerprogrammerne vil blandt andet indeholde en præcis beskrivelse af opgavefordelingen (patientstratificering) samt koordinering og kommunikation mellem de involverede parter, herunder henvisningskriterier. Der tages udgangspunkt i allerede eksisterende forløbsprogrammer (bl.a. forløbsprogram for KOL fra det tidligere Vejle Amt), nationale standarder og lærings- og mestringsprincipperne. Til hjælp til at udarbejde disse beskrivelser kan arbejdsgruppen nedsætte underarbejdsgrupper med faglig ekspertise.
- Komme med forslag til hvilke funktioner/tilbud, Hospitalsenheden Vest kan bidrage med. Gruppen skal blandt andet overveje muligheden for at placere diabetesskoler for type 2-diabetikere, patientskoler for KOL-patienter og nogle af regionshospitalets tilbud til hjertepatienter på centeret, ligesom andre funktioner fra regionshospitalet skal overvejes
- Beskrive hvordan der sikres lægefaglig forankring af dels undervisnings- og forløbsprogrammer dels patientforløb
- Beskrive hvorledes det sikres, at der i kronikercenteret arbejdes evidensbaseret og hvorledes centerets opgaveløsning kan evalueres (se også sundhedsaftalen mellem Ringkøbing-Skjern Kommune og Region Midtjylland, indsatsområde 5 om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, krav 4 og 6)
- Beskrive optageområdet. Kronikercenterets tilbud skal i første omgang rettes mod de patienter, der er bosiddende i Ringkøbing-Skjern Kommune. Herudover skal arbejdsgruppen undersøge mulighederne og grundlaget for samarbejde med de øvrige kommuner i "klyngen" omkring Hospitalsenheden Vest, herunder en eventuel udgående funktion fra kronikercenteret
- Beskrive en videnscenterdel i centeret, der i samarbejde med Center for Folkesundhed også skal servicere andre kommuner
- Beskrive centerets økonomi og organisering, herunder antal medarbejdere
- Beskrive hvordan de involverede parter samarbejder om drift og udvikling af centeret.

For at kronikercenteret fra starten bliver en succes, er det vigtigt, at de regionale/kommunale tilbud, der etableres på kronikercenteret er så fagligt kvalificerede, at hospitalerne vil "slippe" patienterne, og at de praktiserende læger vil henvise til tilbuddene.

Arbejdsgruppens arbejde skal munde ud i et beslutningsgrundlag, der skal politisk behandles i hhv. Regionsråd og Kommunalbestyrelse – gerne i foråret 2008.

#### Arbejdsgruppens medlemmer

- Sundheds- og omsorgschef John Christensen, Ringkøbing-Skjern Kommune (formand)
- Praktiserende læge Lars Foged, Skjern (kommunal praksiskonsulent)
- Praktiserende læge Lars Dudal Madsen, Holstebro (regional praksiskonsulent)

- Chefsygeplejerske Ida Gøtke, Hospitalsenheden Vest
- Udviklingskonsulent Doris Nørgaard, Center for Folkesundhed – Holstebroafdelingen
- Ledende overlæge Niels Thorsgaard, Hospitalsenheden Vest, Medicinsk Afdeling Herning-Ringkøbing
- Specialkonsulent Ulla Rasmussen, Hospitalsenheden Vest
- Leder af Sundhedscenter Vest Ulla Svendsen
- Kontorchef Birgitte Holm Andersen, Region Midtjylland, Afd. for Regionalt Sundhedssamarbejde (fra 16. oktober 2007)
- Fuldmægtig Kristine Lindeneg Drejød, Region Midtjylland, Afd. For Regionalt Sundhedssamarbejde (fra 16. oktober 2007)
- Konsulent Lene Norup Møller, Ringkøbing-Skjern Kommune, Sundhed & Omsorg (sekretær for arbejdsgruppen)
- Konsulent Christina Færge-Broberg, Ringkøbing-Skjern Kommune, Sundhed og Omsorg. (sekretær for arbejdsgruppen pr. 1.2.2008)

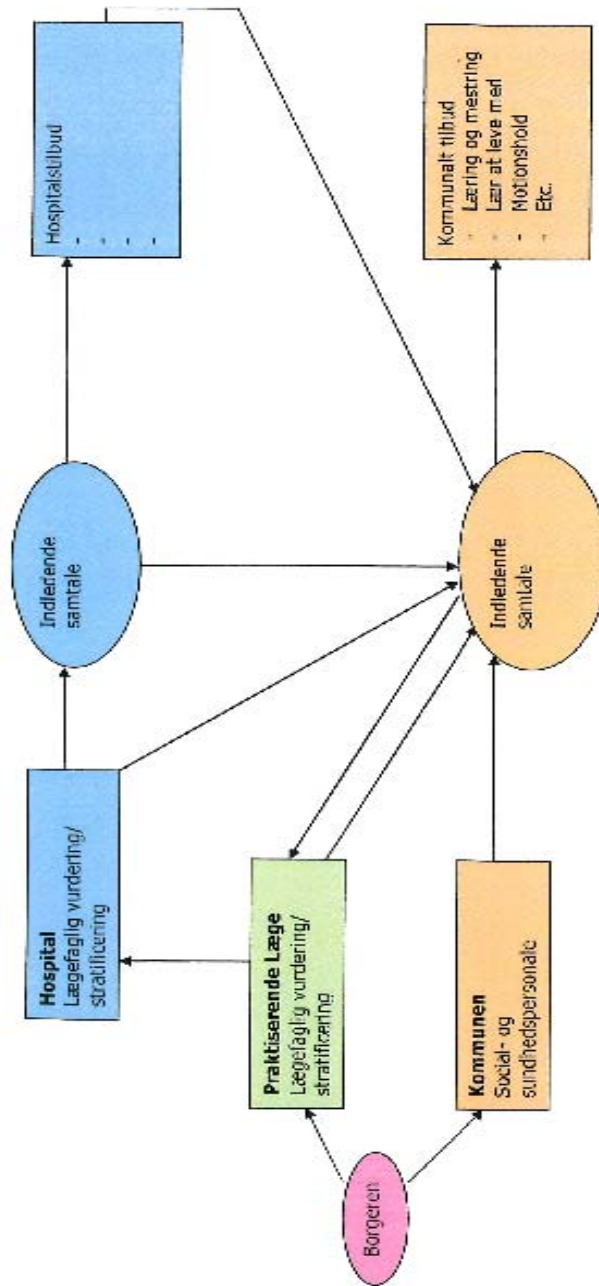
## Bilag 2 - Økonomi

### Budgetoplæg - Kronikercenter

Koordinator	400.000,00
Sundhedsfaglig medarbejder	380.000,00
Sekretær/Service medarbejder, 30 timer	275.000,00
Kurser	20.000,00
Administration, inkl. Pjecer og porto	25.000,00
Forsikring	24.000,00
Kørsel	30.000,00
Telefon	10.000,00
Husleje ca. 80 kvm.x450	36.000,00
Tilkøbspulje	400.000,00
	1.600.000,00
	1.600.000,00

# Bilag 3 - Henvisningsveje

Henvisningsveje i forhold til lærings- og mestringsuddannelse.



26.03.2008

## Bilag 4 – Systematisk Patientmonitorering

### Et opfølgingsprogram for KOL-patienter i Ringkjøbing-Skjern Kommune

*Indgang:* Patienten får ved besøg hos egen læge eller sundhedscenter udleveret en kuvert med en informations-foldere, det første spørgeskema og en svar-kuvert.

*Opfølgning:* Derhjemme læser patienten materialet og kan vælge at indsende skemaet. Patienten modtager herefter med mellemrum et opfølgningsskema. Kommunikation foregår direkte mellem patient og opfølgingssekretariatet pr. post, web og e-mail. Data lagres på sikret internet-server.

*Spørgeskemaets indhold:* Et godt udgangspunkt er symptomscorer (HADS, MFI, SCL), funktionsevne (SF-12 v2), livsstilsfaktorer, motion (IPAQ), vægt, tilfredshed. Det første skema indeholder yderligere spørgsmål om personkarakteristika, uddannelse, anden sygdom m.v.

*Set fra patientens vinkel:* Den bærende idé er at den gentagne opfølgning virker aktiverende og sætter patienten i centrum. Patienten kan gå på Internettet og se og udskrive grafiske fremstillinger af sit eget forløb (kurver over scores, vægt, motion, etc). Patienten har en række valgmuligheder: besvarelse på Internet eller papir, interval mellem skemaer og skemaomfang.

*Set fra kronikercentrets vinkel:* Oplysningerne om patientens forløbs har selvsagt åbenlyse anvendelsesmuligheder som en del af samarbejdet med patienten i et rehabiliteringsforløb. Lad os sige at rehabiliteringsprogrammet handler om motion og vægttab. Patienten kan hjemmefra eller på PC på kronikercenteret udskrive sin egen kurve over f.x. motion-score og vægt og anvende dette i samtale om videre mål og midler.

*Set fra lægens vinkel:* Såfremt det findes klinisk relevant kan lægen anvende opfølgingsprogrammet til f.eks peak-flow monitorering eller monitorering af medicin-forbrug.

*Set fra kommunens vinkel:* Man kan løbende via Internet udtrække tabeller over for kronikergruppen fordelt på alder, køn, diagnose mv. Sum-variablerne kan være enhver variabel, herunder tilfredshed.

*Tidsforbrug i almen praksis/kroniker-center:* Den tid det tager at længe en kuvert over et skrivebord! Den samme kuvert kan indeholde info om kroniker-centeret, som vel alligevel skal udleveres til patienten.

*Udvidelsesmuligheder:* Opfølgningen kan udvides til andre patientgrupper. Data kan kobles med registerdata (patientdata fra sygehus (PAS), sygesikring, medicinprofil).

Web-siden til opfølgning placeres som link på Sundheds-centerets side. Opfølgingssekretariatet ligger på Regionshospitalet Herning. For at tydeliggøre ejerskabet kan returkuverterne være adresseret til Kroniker-centeret, som sender dem med post til Herning eller scanner skemaerne til pdf (det kan enhver moderne kopi-maskine).

14.5.2008 Niels Henrik Hjøllund