

Implementeringsplan

Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom

Indledning

Region Syddanmark og de 22 kommuner har i starten af 2019 godkendt et nyt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom.

Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver sygehusenes, almen praksis' og kommunernes opgaver og roller i samarbejdet og kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med hjertesygdom. Programmet er fagligt funderet på Sundhedsstyrelsens anbefalinger og på anbefalinger fra Dansk Kardiologisk Selskab, men programmet gentager ikke de faglige/kliniske retningslinjer for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med hjertesygdom.

Det nye forløbsprogram er udviklet i tæt samarbejde med patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Dette har bevirket et stærkt fokus på tværasektorielt samarbejde og kommunikation, og på hvordan sundhedsprofessionelle mere systematisk kan inddrage patienter og pårørende i sygdoms- og rehabiliteringsforløbet.

Forløbsprogrammet skal sikre sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb af høj og ensartet kvalitet, hvor patienter og pårørende i vid udstrækning inddrages i deres eget forløb. Forløbsprogrammet skal ligeledes sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen.

Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor mennesker med hjertesygdom er i kontakt med sundhedsvæsenet (fx årskontroller og konsultationer i almen praksis, kontrol i sygehusambulatorierne og deltagelse i kommunale rehabilitering- og forebyggelsestilbud). Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer. Derfor kan forløbsprogrammet både bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke instrukser mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværasektorielle indsats for mennesker med hjertesygdom.

Formål og mål for implementeringen

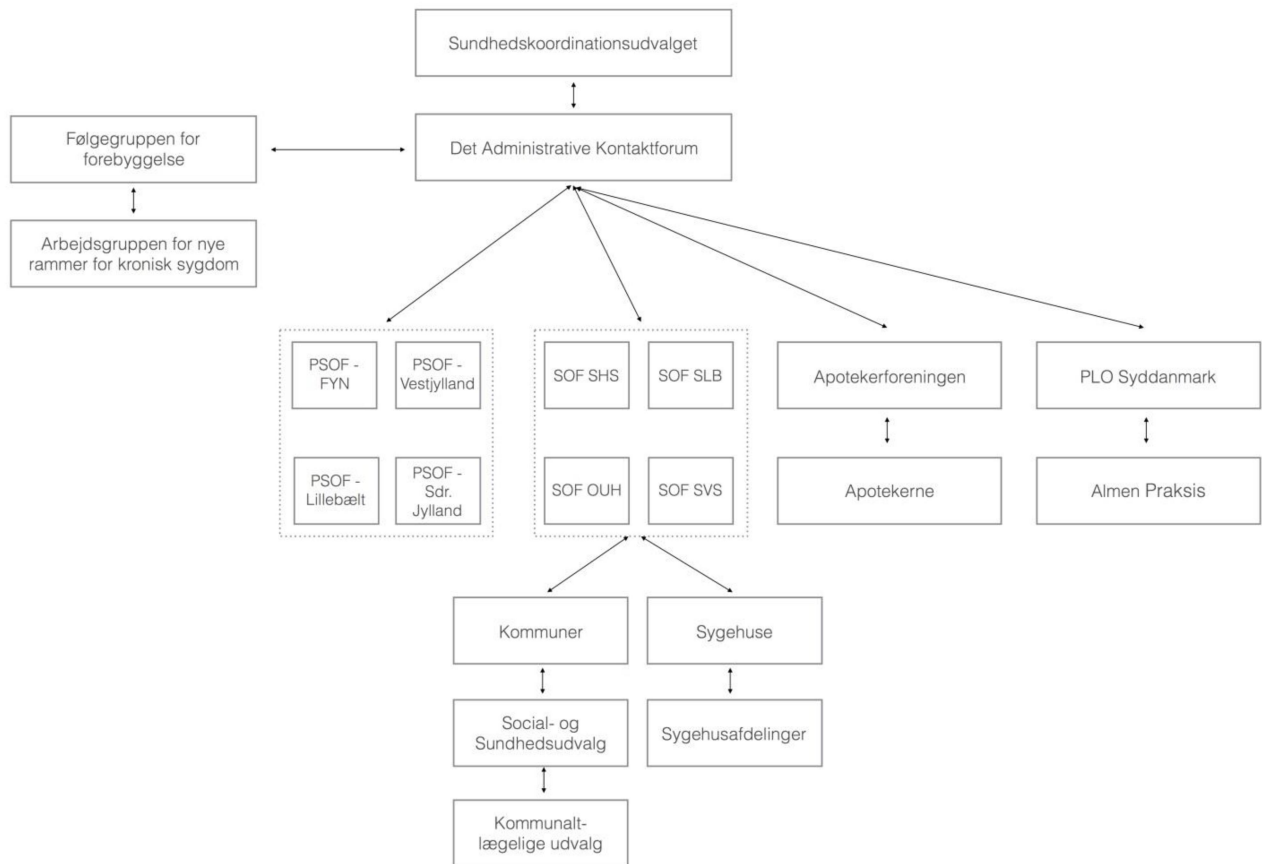
Formålet med forløbsprogrammet er at sikre:

- Høj ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats
- Sammenhængende forløb
- Inddragelse af patienter og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen

Målet med implementeringen er at sikre, at:

- Alle relevante medarbejdere i den primære og sekundære sundhedssektor kender til forløbsprogrammet og dets funktion.
- Forløbsprogrammet indarbejdes i de enkelte aktørers procedure og instrukser.
- Forløbsprogrammet følges systematisk i det daglige tværsektorielle samarbejde.

Kommunikationsveje i implementeringen



Implementeringsmetoden – ansvar og roller

- *Sundhedskordinationsudvalget (SKU)* godkender forløbsprogrammet og er ansvarlig for den løbende monitorering.
- *Det Administrative Kontaktforum (DAK)* er ansvarlig for implementeringen af forløbsprogrammet.
- *Følgegruppen for Forebyggelse* er ansvarlige for løbende at følge implementeringen og effekten af forløbsprogrammet og på den baggrund udarbejde halvårlig status til SKU og DAK.
- *De lokale samordningsfora (SOF) (somatik)* koordinerer den lokale implementering af forløbsprogrammet på tværs af sygehusenheder, kommuner og almen praksis. I forbindelse med igangsættelsen af implementeringen forslås det, at formandskabet for arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom præsenterer forløbsprogrammet på et møde i hvert SOF.

Der udarbejdes i regi af hvert SOF en lokal implementeringsplan, hvori det beskrives, hvordan implementeringen håndteres, hvilke initiativer der iværksættes og tidsplan herfor. *De lokale Samordningsfora (Psykiatri)* forholder sig til forløbsprogrammet og justerer lokale samarbejdsaftaler og procedurer i henhold hertil.

- *Sygehusene*: Sygehusledelserne er ansvarlige for, at forløbsprogrammet implementeres på regionens sygehuse. Alle relevante medarbejdere skal introduceres til forløbsprogrammet, og dets samarbejds- og kommunikationsgange skal indarbejdes i gældende instrukser og procedurer.
- *Kommunerne*: De kommunale ledelser er ansvarlige for, at forløbsprogrammet implementeres i alle relevante afdelinger. Alle relevante medarbejdere skal introduceres til forløbsprogrammet, og dets samarbejds- og kommunikationsgange skal indarbejdes i gældende instrukser og procedurer. Kommunerne har et særligt ansvar ift. at overtage en større del af genoptræningen samt den sygdomsspecifikke patientuddannelse fra sygehusene senest per 1/1 2020. Kommunerne er ansvarlige for eventuelt at dagsordenssætte forløbsprogrammet på de lokale Social- og Sundhedsudvalg. Endvidere dagsordenssættes forløbsprogrammet på de lokale Kommunalt Lægeligeudvalg med det formål at implementere programmet i det lokale samarbejde mellem kommunen og almen praksis. Følgegruppen for forebyggelse udarbejder en generisk sagsfremstilling til begge.
- *Apotekerforeningen*: Informerer apotekerne i Region Syddanmark om forløbsprogrammet.
- *PLO Syddanmark*: Informerer deres medlemmer om forløbsprogrammet. Region Syddanmark informerer også de praktiserende læger igennem nyhedsbrevet "Praksisnyt". De regionale praksis- og datakonsulenter kan ligeledes bidrage med råd og vejledning i anvendelsen af forløbsprogrammet.

Særlige opmærksomhedspunkter i implementeringen

Indberetning til Dansk Hjerte Rehabiliterings Database (DHRD). Inden kommunerne kan overtage en større del af genoptræningsopgaven fra sygehusene samt overtage den specialiserede patientuddannelse af mennesker med hjertesygdom, kræves det, at kommunerne kan indberette i DHRD, på samme måde som sygehusene gør det i dag. Det er lovpligtigt at indberette for patienter med iskæmisk hjertesygdom. Øvrige patienter kan også indberettes, men indgår ikke i audit. Der er nedsat en styregruppe, som arbejder med udviklingen af DHRD. Et af fokuspunkterne er igangsættelse af de nødvendige tiltag, så kommuner kan indberette aktiviteter inden for det kommende år. Forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom tilrettes, når der er nyt omkring kommunernes muligheder for at indberette i DHRD. Følgegruppen for Forebyggelse skal i en dialog med styregruppen for DHRD sikre, at der sker fremskridt i processen hen mod, at kommunerne kan komme til at indberette i DHRD.

Kompetenceudvikling af de sundhedsprofessionelle i kommunerne. Der skal være en særlig opmærksomhed på at sikre kompetenceudvikling, når en større del af genoptræningen samt den sygdomsspecifikke patientuddannelse flyttes fra sygehus til kommune. I regi af hvert enkelt SOF skal der udarbejdes en aftale, der beskriver, hvordan kommunerne kan få adgang til sparring med erfaren kardiologisk sygeplejerske eller kardiolog. SOF understøttes i implementeringsarbejdet af Følgegruppen for Forebyggelse, som indledningsvist udarbejder en generisk sagsfremstilling til brug i relevante fora.

Beregning af behov for kapacitet i det kommunale genoptræningstilbud. I forløbsprogrammet er det beskrevet, at kommunerne skal overtage opgaven med hele genoptræningsforløbet for de patienter, som ikke har en forhøjet risiko i forbindelse med fysisk træning. På baggrund af tal fra Region Midtjylland vurderes det, at ca. 80 procent af patienterne fremover vil kunne modtage deres genoptræning i kommunalt regi. Følgegruppen for Forebyggelse udarbejder et estimat over, hvor mange patienter hver kommune kan forvente at skulle modtage årligt. Følgegruppen vurderer om der er behov for økonomiberegninger i forlængelse heraf.

Sammenhængen på tværs af SOF i implementeringen af forløbsprogrammet. Forud for iværksættelsen af den lokale implementering drøftes opgaven tværgående på et møde med deltagelse af de lokale samordningsfora. Tilsvarende sker en erfaringsudveksling på tværs af samordningsfora et år efter iværksættelsen af den lokale implementering

Tidsplan

Forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom implementeres på sygehuse, i kommuner og almen praksis i perioden andet kvartal 2019 til andet kvartal 2020. Implementeringen koordineres af de lokale samordningsfora. Efter implementeringsperioden udføres en monitorering af implementeringsgraden. Denne drøftes i de lokale samordningsfora med henblik på igangsættelse af eventuelle yderligere implementeringsstøttende aktiviteter.

Oversigt over implementeringsaktiviteter

	<i>Dato</i>
<hr/>	
<i>Administrativ behandling og politisk godkendelse</i>	
Følgegruppen for forebyggelse indstiller forløbsprogrammet til behandling i DAK	10.12.2018
DAK indstiller forløbsprogrammet til godkendelse i SKU	24.1.2019
SKU godkender forløbsprogrammet og implementeringen påbegyndes	Førstkommende møde i 2019

Central understøttelse af implementering 1. kvartal 2019

- Følgegruppen igangsætter udregning af et estimat over, hvor mange patienter hver kommune kan forvente at skulle modtage årligt, og vurderer behovet for økonomiberegninger i forlængelse heraf.
- Følgegruppen går i dialog med Styregruppen for DHRD for at sikre en plan for, hvordan og hvornår kommunerne kan indberette til DHRD.

Tilrettelæggelse af lokal implementering 2. kvartal 2019

- SOF dagsordensætter forløbsprogrammet og igangsætter udviklingen af en lokal implementeringsplan, herunder flytning af genoptræningen og den specialiserede patientuddannelse. Forud for iværksættelsen af den lokale implementering drøftes opgaven tværgående på et møde med deltagelse af de lokale samordningsfora. Tilsvarende sker en erfaringsudveksling på tværs af samordningsfora et år efter iværksættelsen af den lokale implementering.
- PSOF forholder sig til forløbsprogrammets arbejdsgange og justerer procedure i henhold hertil.
- Kommunerne dagsordensætter forløbsprogrammet på Social- og Sundhedsudvalgene samt KLU.
- Apotekerforeningen orienterer deres medlemmer om forløbsprogrammet.
- PLO Syddanmark orienterer, i samarbejde med Region Syddanmark, deres medlemmer om forløbsprogrammet.

Flytning af genoptræningsopgaven samt den specialiserede patientuddannelse

Genoptræningen og den specialiserede patientuddannelse er indarbejdet i de kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

1/1 2020