

Bilag 1

Opgaveoverdragelse af dele af Hjerterehabilitering fase 2

Indholdsfortegnelse:

1. Indledning.....	3
2. Baggrund	4
3. Beskrivelse af opgave samt målgruppe	6
4. Beskrivelse af opgaven - hjerterehabilitering i hospitalsregi:.....	7
5. Konsekvenser for patienter i forbindelse med opgaveoverdragelsen.....	9
6. Konsekvenser for samarbejdsparterne i sundhedssamarbejdet.....	10
7. Beskrivelse af opgaven i kommunalt regi	11
8. Særlige nødvendige faglige kompetencer	14
9. Vurdering af økonomiske og sundhedsfaglige ressourcemæssige konsekvenser....	15
10. Implementering og startdato	17
11. Bilag	18

1. Indledning

Forløbsprogrammet for hjertekarsygdom, hjerteklapsygdom og hjertesvigt med fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe, opdeler hjerterehabileringen i tre faser.

Fase 1 er den akutte behandling af patienter med AKS fra indlæggelse indtil udskrivelse.

Fase 2 er fra udskrivelsen indtil patienten er tilbage i erhverv og/eller er i stand til at klare hverdagens aktiviteter.

Fase 3 er den sene opfølgingsfase og vedligeholdelse.

I forløbsprogrammet for hjertekarsygdomme anbefales 12 ugers rehabilitering i fase 2, hvor hospitalet har tilbudt 8 uger de sidste 2 år.

Fase 2 er ofte foregået på hospital, men kan foregå kommunalt såfremt kompetencerne samt sikkerheden er til stede.

Forløbsprogrammet er ved at blive revideret nationalt, hvor det forventes at dele af fase 2 kan overgå til kommunen.

Denne rapport beskriver opgaveoverdragelsen af dele af Hjerterehabilering fase 2 i Midtklyngen.

2. Baggrund

Gennem de sidste 10 år har der været meget fokus på at foretage behandling så tæt som muligt på borgerens hjem jævnfør Det Nære Sundhedsvæsen.

Ved kommunalreformen i 2007 blev der sat fokus på, at genoptræning gerne skulle foregå i kommunalt regi ligesom patientrettet forebyggelse.

Der har samtidig på hospitalerne været stor ændring af patientforløb med kortere indlæggelser, ændring fra indlæggelse til ambulante forløb og endelig flyt af opgaver til tæt på borgerens hjem.

For eksempel er IV-behandling mulig i de fleste kommuner, enten som del af en indlæggelse eller som et tiltag til forebyggelse af indlæggelse. Dette tiltag startede som en opgaveoverdragelse i Midtklyngen for derefter at brede sig regionalt og nationalt.

Denne opgaveoverdragelse tager udgangspunkt i dele af hjerterehabilitering i fase 2, der hidtil er foregået på hospitalet. I kommunerne er der tilbud om fase 3, der i varierende grad anvendes.

Nationalt er der et stort frafald i deltagelse i rehabiliteringen fase 2, dels grundet geografien, hvor borgeren skal køre langt for at komme til træning med mere, og dels grundet tilknytning til arbejdsmarkedet.

Enkelte steder har der været afprøvet modeller med delt rehabilitering, hvor de første 6 uger foregår på hospitalet og de sidste 6 uger i kommunalt regi.

Hjertemedicinsk Ambulatorium, RH Viborg, HE Midt, har deltaget i et forskningsprojekt i samarbejde med Århus Universitetshospital. Her blev der trukket lod mellem patienterne i forhold til, om rehabiliteringen skulle foregå enten på hospitalet som nu eller i kommunalt regi.

Offentliggørelsen af resultatet fra dette forskningsprojekt afventes til efter forsvar af ph.d. den 28 januar 2015.

Forskningsprojektet viste dog overordnet, at hjerterehabilitering har samme kvalitet begge steder.

Det ser ud til at hjerterehabilitering på forsvarlig vis kan foregå i kommunerne. Det er samme patientsikkerhed i begge sektorer. I dag kender vi tilstanden i patienternes koronararterier, hvilket vi ikke gjorde tidligere. Det ser endvidere ud til, at frafaldet er mindre i kommunen grundet nærhedsprincippet.

Hjertemedicinsk Ambulatorium har taget kontakt til klyngekommunerne med henblik på at starte kvalitetsløftet nu med overdragelse af dele af hjerterehabiliteringen.

Viborg og Skive kommuner har været interesserede længe, hvor Silkeborg kommune afventer samme tiltag fra Diagnostisk Center, RH Silkeborg. Der forventes større

deltagelse i hjerterehabiliteringen i kommunerne, hvilket vil være et kvalitetsløft, da der er evidens for at det nytter noget at deltage i genoptræningen.

De nye sundhedsaftaler gældende fra 2015 til 2018 bygger overordnet på værdier, og med afsæt i værdier er det en ambition med de nye sundhedsaftaler, at skabe mere integrerede sundhedsydelser til gavn for borgerne. Der skal arbejdes væk fra serielle forløb, der traditionelt har præget samarbejdet på tværs af sektorer, til at arbejde med forløb der "fletter" indsatserne sammen, så patienterne oplever et samlet tilbud/forløb.

Dette fælles tiltag med kvalitetsløft af Hjerterehabilitering fase 2 er et forløb, hvor patienterne oplever sundhedsvæsenet som en indgang med et "flettet" forløb.

Overdragelsen foregår i tæt samarbejde med kommunerne, da den indledende og afsluttende samtale/undersøgelse i forbindelse med hjerterehabilitering stadig vil foregå på hospitalet.

3. Beskrivelse af opgave samt målgruppe

Opgaveoverdragelsen omhandler

- Patientundervisning
- Kostvejledning
- Fysisk træning

Psykosocial støtte indgår som en integreret del såvel af det samlede hjerterehabiliteringstilbud som de enkelte indsatser.

Målgruppe/patientkategori

Patienter med iskæmisk hjertesygdom, patienter som har fået foretaget PCI, CABG, hjerteklapoperation og patienter med hjertesvigt.

4. Beskrivelse af opgaven - hjerterehabilitering i hospitalsregi:

I forbindelse med den indledende samtale/undersøgelse tilbydes patienten patientundervisning, kostvejledning og fysisk træning.

Patientundervisning

Alle patienter med iskæmisk hjertesygdom tilbydes undervisning på hold med deltagelse af en pårørende.

Undervisningsdagens indhold:

- Det raske og det syge hjerte
- Hjertevenlig kost ved diætist
- Hjertesygdom og motion ved fysioterapeut
- Formål med fysisk træning:
 - Kredsløbstræning
 - Styrketræning
- Basal genoplivning der øves på "dukke"
- Fremtid med hjertesygdom:
 - Risikofaktorer
- Medicin
- Normale psykiske reaktioner på at blive hjertesyg
- Rejser - kørekort - Hjerteforeningen
- Spørgsmål til dagens temaer

Kostvejledning

Alle patienter tilbydes individuel vejledning ved diætist.

Fysisk træning

Alle patienter tilbydes individualiseret fysisk træning på hold.

I forbindelse med opstart og afslutning på holdforløbet udføres følgende undersøgelse:

- Anamnese
- Borg 15 cykeltest (snakketest), kondition målt på baggrund af præsteret antal watt.
- Rejse sig-/sætte sig-test, mål for muskelstyrke.
- Evt. 6 MWT

For hjertepatienter er det kredsløbet, der primært ønskes styrket. Målet med selve træningen er derfor at øge iltoptagelsen, hvorfor hovedvægten af træningen primært lægges på **konditionstræning** og sekundært på **styrketræning**.

For at opnå et generelt forbedret fysisk funktionsniveau inddrages flere forskellige træningsformer:

- Balancetræning
- Udspænding
- (Afspænding)

Tilbud om hjerterehabilitering er et individuelt tilrettelagt efterbehandlingsforløb herunder en individuel klinisk vurdering af, hvorvidt den enkelte patient har behov for hele eller dele af tilbuddets forløb og faser.
Det endelige tilbud/forløb aftales i dialog med den enkelte patient ud fra den enkeltes præmisser.

Som udgangspunkt er hjerterehabilitering et engangstilbud.

Kliniske retningslinjer

[Link til SST forløbsprogram](#)

[Link til forløbsprogrammet for hjertepatienter RM](#)

5. Konsekvenser for patienter i forbindelse med opgaveoverdragelsen

Lokal forankring vil, set i lyset af de specielle geografiske udfordringer i vores optageområde, virke mere motiverende i forhold til at deltage i hjerterehabilitering i det lokale Sundhedscenter, fremfor at skulle køre mange kilometer flere gange om ugen. Samtidig vil det betyde at patienterne fremover ikke behøver at tage så meget fri fra arbejde, og frygten for helt at miste sit arbejde pga. meget fravær reduceres.

For de patienter, der har langt til et hospital, er det endvidere en besparelse økonomisk i forhold til transportudgiften.

Overgangen fra Hjerterehabilitering fase 2 til fase 3 vil blive mere smidig, og vil fremstå som et sammenhængende rehabiliteringsforløb.

Muligheden for netværksdannelse og lokal kontakt til patientforeninger øges for patienten ved at hjerterehabiliteringen foregår lokalt. For de patienter der gennemfører rehabiliteringstilbuddet vil en ændring/justering af patientens livsstil have betydning for livskvaliteten.

De særligt udsatte/sårbare patienter får man hurtigere kontakt til, og derved lettere at bruge hele spektret i kommunens sundhedsfremmende tilbud, såsom opfølgning på KRAM med mere.

Information om opgaveoverdragelsen til patienten

I forbindelse med selve opgaveoverdragelsen vil det være hensigtsmæssigt at informere centralt f.eks. via lokal avis etc.

Der udarbejdes introduktionspjece fra Sundhedscentrene om rehabilitering fase 2, som kan udleveres ved indlæggelse på Hjertemedicinsk Afdeling sammen med kommunernes sundhedsfremmende tilbud.

6. Konsekvenser for samarbejdspartnerne i sundhedssamarbejdet (kommuner, praksisområdet, hospitaler)

Praktiserende læge vil i højere grad fremstå som tovholder på forløbet jævnt for Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer.

Kommunerne overtager rehabiliteringsforløbet for hjertepatienter i forhold til den fysiske træning samt den pædagogiske indsats i forhold til undervisning og intervention overfor livsstilsfaktorer.

Konsekvens for hospitalet

Besparelse på 15 sygeplejersketimer pr. måned, men der skal laves arbejds-ekg på ca. 50% af patienterne med henblik på risikostratificering (90 min.).

Sygeplejersketimer: 90 min. x 300 patienter = 27.000 min. svarende til 450 timer.

Der er nedlagt 1 diætist-stilling og 1/2 fysioterapeut-stilling.

Hospitalet foretager den indledende samtale, hvor patienten vurderes klinisk af kardiologisk læge og sygeplejerske. Der tages stilling til, hvorvidt patienten er færdigbehandlet og klar til at starte hjerterehabilitering uden risiko i kommunalt regi.

Det tværsektorielle samarbejde/netværk omkring forløbene er vigtigt i forhold til sikring af et sammenhængende patientforløb af høj faglig kvalitet. Derfor er det vigtigt at kompetencerne udvikles og vedligeholdes hos aktørerne i hjerterehabilitering.

Hjertemedicinsk Afdeling B, Aarhus Universitetshospital Skejby, skal informeres omkring de ændrede hjerterehabiliteringsforløb og udfærdigelse af en almindelig ambulant genoptræningsplan ved udskrivelse af patienten.

7. Beskrivelse af opgaven i kommunalt regi

Hjerterehabilitering fase 2, Viborg og Skive kommuner

	Indhold
Modtage GOP eller anden korrespondance efter beslutning i styregr.	Registreres, sættes på fordelingslisten og ses af forløbskoordinatoren.
Modtager henv. fra hj.amb. efter indledende samtale ca. 2 uger efter udskrivelse	Registreres, sættes på fordelingslisten. Der udarbejdes skabelon til korrespondancesindhold i samarbejde mellem hjerteamb. og Sundhedscentre. (se forslag, som bliver rettet til!!!)
Kontakt til borger i løbet af 1 uge	Viborg: Forløbskoordinatoren sender brev med tid til afklarende samtale og tests + dokumentation. Skive: Forløbskoordinatoren ringer borger op for kort samtale om forventninger og plan for videre forløb. Der sendes brev med dato for samtale og test + dokumentation.
Afklarende samtale i Sundhedscenter regi	Indhold: Problemstillinger, job, arbejdstid, psyk. reaktion, + pårørende, motivation, mål, plan for forløbet. Forventningsafstemning også i forhold til Kvalitetsdatabasen/DHRD?? Tests: Højde, vægt, BMI, livvvidde, Borg 15 cykeltest/6 min. gangtest, rejse sig-/sætte sig-test, SF12 + dokumentation + adm. planlægning af forløb. Advis/korrespondancemeddelelse til Hjertemed Amb. om forventet slutdato for rehab. fase 2. HAD-score (6 uger efter). Sundhedscenter Skive har mulighed for at involvere arbejdsmarkeds- afd., samt evt. psykologsamtaler. Hjertesgpl. tilgængelig i Sundhedscenter i Viborg og Skive på faste tidspunkter.
Træning	8-12 ugers træning med løbende optag hver 4 uge. Ca. 12 deltagere/hold. Oprette antal hold efter efterspørgsel. 1 time x 2 ugentligt. Indhold: Konditions-, udholdenheds- og styrketræning, med afprøvning af forskellige aktiviteter til inspiration mhp. fortsættelse af træning efter slut. Efter 8 ugers træning vurderes på baggrund af cykeltest, om borgeren skal fortsætte yderligere 4 uger. Fys. + "hjælper" (sgpl., ergo. eller fys.). Skive: Eventuelt Café efter træning v. Hjerteforeningen nogle gange i forløbet med mulighed for at dele oplevelser m.m.

Temadag	Viborg: Antal/år ca. 8. Skive: Antal/år ca. 5. Temadag kl. 8-15 ved sygeplejerske, diætist og fysioterapeut Indhold: Se nedenstående.
Slutsamtale	Efter endt træning og temadag. Indhold: Udbytte af forløb, nye mål, handleplaner, fortsætte selvtræning og tilbud relevante tiltag i opfølgingsforløbet i fase 3 straks. + Borg 15 cykeltest, rejse sig-/sætte sig-test, vægt, BMI, taljemål, SF12. Dokumentation + korrespondance til Hjertemed Amb. med aftaler/testresultater fra slutsamtale. Der laves skabelon til korrespondanceindhold (se forslag, som bliver rettet til!!!) Samme korrespondance sendes til praktiserende læge.
Andre tilbud efter forløb	Hjerterehabilitering fase 3 efter nærmere aftale og individuelt tilpasset. Rygestop. Diætistvejledning individuelt eller kostcafe (Skive). Psykolog (Skive). Madlavningsværksted (Viborg). KRAM cafe (Viborg) Lær at leve med kronisk hjertesygdom (Viborg). Hjerteforeningen er interesseret i at tilbyde forløb med dialog og træning. Der arbejdes videre med dette.

Henvisning fra Hjertemedicinsk Amb. til kommunen vedr. start af hjerterehab. fase 2

Der oprettes en standard korrespondencemeddelse.

Overskrift: **§119 Hjerte fase 2**

Indhold:

- Diagnose
- Behandling
- Medicin / FMK kan når kommunerne er koblet på funktionen
- Evt. komorbiditet
- Handicaps
- Relevante KRAM-oplysninger
- Relevante målinger (BT, kolesterol m.v....)
- Evt. restriktioner ift. træning
- Anbefalinger om genoptagelse af arbejde
- Telefonnummer til borgeren

Temadag kl. 8-15 ved sygeplejerske, diætist og fysioterapeut

Indhold:

- Det raske og syge hjerte - oplæg/film
- Hjertesygdom og medicin
- Hjertevenlig kost
- Kaffepause
- Hjertesygdom og motion, konditions- og styrketræning
- Basal genoplivning - film/øvelse på dukke
- Frokost / Hjerteforeningen er til stede i cafeområdet
- Fremtid med hjertesygdom, risikofaktorer
- Motivation, ændring af vaner, "de små skridts metode"
- Sygdom/psykisk reaktion hos den hjertesygge og dennes pårørende
- Nyttige oplysninger ved hjertesygdom: kørekort, forsikring, rejseaktivitet
- Afslutning, introduktion af mulighed for rehabilitering fase 3

Indhold i korrespondancemeddelelse fra kommune til Hjertemedicinsk Amb. ved afslutning af rehabilitering fase 2

Overskrift: Slut: hjerte fase 2

Indhold:

- Mål, handleplaner
- Testresultater før og efter rehabilitering
- SF12
- Relevante KRAM-oplysninger/tiltag
- Evt. HAD-score
- Deltagelse i træning/antal gange
- Deltagelse i diætistvejledning.

Der skal indberettes til hjerterehabileringsdatabase (DHRD), hvilket gøres i Hjertemedicinsk Ambulatorium, og der er derfor behov for flere oplysninger i korrespondancen ved afslutning af forløb.

(Der laves aftale med sgpl. Helle Mark Mogensen/Tinna Bach om dette efter 20/11 2014).

Andet

Der udarbejdes pjece fra Sundhedscenteret om rehabilitering fase 2, som ønskes udleveret fra Hjertemedicinsk Afdeling.

8. Særlige nødvendige faglige kompetencer

Der kræves en vis grad af specialistviden indenfor kardiologien for alle faggrupper, for at kunne varetage opgaven og disse kompetencer bør vedligeholdes.

Uddannelsesmæssige faglige kompetencer med særlig viden på hjerteområdet (sgpl., diætist, fys.).

Nødvendigt med vedligeholdelse af sidste nye viden på hjerteområdet (behandling, medicin, ...).

Der er allerede iværksat kompetenceudvikling, bl.a. studiebesøg på tværs af sektorer. Der planlægges med faste årlige tværsektorielle studiebesøg og undervisning. Der vil være tæt kontakt i opstartsfasen.

Dette kan gøres ved:

- Studiebesøg i Hjertemedicinsk Ambulatorium
- Få slides fra temadage, mødes m. amb. sgpl. og gennemgå indhold - 1 time?
- Løbende opdatering ved at deltage i Hjertemedicinsk Afdelings relevante temadage, modtage mail med sidste nyt (Jens Refsgaard?)
- Erfa-dage Hjertemedicinsk Ambulatorium, rehab. team Viborg og Skive, hyppigt ved start af funktion (f.eks. maj, september og december 2015)
- Hjertenetværk i Region Midt
- Hvordan evt. bruge Hjerteforeningen??
- Ved akutte problemer på rehabiliteringshold (svimmelhed, smerter o.s.v.) kontaktes Hjertemedicinsk Amb. Viborg/Skive.
- Sygeplejerske fra Hjertemedicinsk Ambulatorium deltager ved opstart af temadage i kommunen.

9. Vurdering af økonomiske og sundhedsfaglige ressourcemæssige konsekvenser

Årsplanlægning - forventet

Viborg kommune:

Ca. antal patienter pr. år: 250.

Antal temadage pr. år: Ca. 8.

Maks. 15 kursister + deres pårørende pr. hold.

12 ugers træning med optag hver 4 uge.

Maks. 12 deltagere pr. hold.

Antal af hold vil afhænge af antal af patienter.

Skive kommune:

Ca. antal patienter pr. år: 125.

Antal temadage pr. år: 5-6 (januar, marts, maj, august, oktober, december?).

Maks. 15 kursister + deres pårørende pr. hold.

12 ugers træning med optag hver 4 uge.

Maks. 12 deltagere pr. hold.

Antal af hold vil afhænge af antal af patienter.

Ferie/pauser i rehabiliteringstilbud (ferieafvikling for personale og mange patienter holder også ferie):

Forslag: Temadag i juli og august
 Træning i juli

Ressourcer

Hospitalet har opsagt en fysioterapeut og en diætist i forbindelse med overdragelse af dele af Hjerterehabilitering fase 2, da træning og rådgivning af diætist overdrages til kommunerne. Der forventes til gengæld at skulle ydes nye tiltag i form af (se ML beregning af test til vurdering)

I kommunerne bliver der behov for timer til diætist samt timer til undervisning på temadagene samt fysioterapeut til træningsdelen. Dette er beregnet detaljeret af kommunen. Der kan desuden være indkøb af cykler. Ligeledes kræver det fysisk kapacitet i form af lokaler til træning.

Kommunerne undgår at betale for hvert rehabiliteringsforløb som tidligere, hvor der blev opkrævet betaling for specialiseret genoptræning. Se tal ovenfor. i forhold til forventet antal.

10. Implementering og startdato

Overdragelsesdato:

1. februar 2015.

Skal starte på samme tidspunkt i begge kommuner!

11. Bilag

- a.1 Beskrivelse af ny arbejdsgang Hjerterehabilitering (flowchart)
- a.2 Beskrivelse af ny arbejdsgang Hjertesvigtrehabilitering (flowchart)
- b. Fordeling af patienter pr. måned.
- c. Fordeling på diagnoser.
- d. Fordeling på områder.
- e. Aldersfordeling og frafaldsprocent.