

Implementeringsunderstøttende materiale

Overdragelse af den non-farmakologiske del af fase 2 hjerterehabilitering fra hospitaler til kommuner

Indholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| | 1 |
| Indholdsfortegnelse | 3 |
| 1. Indledning | 4 |
| 2. Målgruppe | 4 |
| 3. Opgave- og ansvarsfordeling | 5 |
| 4. Henvisning / kommunikation | 6 |
| 5. Monitorering og data | 7 |
| Monitorering af kvalitet | 7 |
| Monitorering af økonomiske konsekvenser af en opgaveoverdragelse | 7 |
| 6. Kompetenceudvikling | 7 |
| 7. Tidspunkt for opgaveoverdragelse | 8 |
| 8. Opfølgning | 8 |
| 9. Bilag | 9 |
| Bilag 1: Materialebank | 9 |
| Bilag 2: Anbefalede kompetencer for personale – Fase 2 hjerterehabilitering i kommunalt regi | 10 |

1. Indledning

Et revideret Forløbsprogram for hjertesygdom er politisk vedtaget i Region Midtjylland og de midtjyske kommuner, og skal være implementeret ved udgangen af 2016. De lokale klyngestyregrupper er ansvarlige for planlægning og udmøntning af implementering, herunder en overdragelse af den non-farmakologiske del af fase 2 hjerterehabilitering.

Nærværende notat er et supplement til forløbsprogrammet og tænkt som en hjælp til de lokale drøftelser ifm. implementering.

2. Målgruppe

Målgruppen for indsatser i forløbsprogram for hjertesygdom omfatter voksne borgere med følgende diagnoser:

- iskæmisk hjertesygdom (IHD)
 - blodprop i hjertet (AMI)
 - hjertekrampe / angina pectoris
 - bypassoperation (CABG)
 - ballonudvidelse (PCI)
- hjertesvigt (CHF)
- hjerteklap-opererede.

En delmængde af denne målgruppe udgøres af borgere i særlig risiko ift. træning og/eller diætbehandling. Nogle af disse borgere skal efter nedenstående kriterier fortsat tilbydes træning og/eller diætbehandling i hospitalsregi.

Det drejer sig om:

- Borgere med ICD enhed samt borgere, der er klap-opererede og samtidig har hjertesvigt. De får altid en specialiseret genoptræningsplan og modtager fase 2 træning i hospitalsregi
- Borgere, som kan være i risikogruppe og testes i hospitalsregi med en maksimal, symptombeholdt arbejdstest med EKG og blodtryksovervågning før det vurderes, om borgeren henvises til træning i kommunalt eller hospitalsregi:
 - EF < 45 %
 - Ikke fuldt revaskulariserede
 - Anden betydende komorbiditet som fx kardiell kakeksi- og beror derudover på et lægefagligt skøn fra den enkelte kardiolog
- Hjertepatienter med mere komplicerede ernæringsmæssige problemstillinger, hvor der er behov for adgang til biokemi tilbydes individuel diætbehandling i hospitalsregi.

For uddybning se Forløbsprogram for hjertesygdom side 15-18 (risikogrupper ift. træning), side 18-23 (risikogrupper ift. ernæring) samt bilag 5.

Dimensionering lokalt

Indbygget i ovenstående beskrivelse af målgrupper er et lægefagligt skøn fra den enkelte kardiolog. Lokalt kan der af hensyn til dimensionering være behov for at vurdere antal borgere, der forventes at overgå til den enkelte kommune ud fra ovenstående kriterier.

3. Opgave- og ansvarsfordeling

En væsentlig ændring i det reviderede forløbsprogram er en overdragelse af den non-farmakologiske del af fase 2 rehabilitering fra hospitaler til kommuner.

Nedenstående tabel viser den overordnede fordeling af opgaver og ansvar.

| Opgave | Ansvar |
|---|---|
| Medicinering <ul style="list-style-type: none"> Farmakologisk del af hjerterehabilitering i fase 1 og 2 Farmakologisk del af hjerterehabilitering efter endt fase 2 | Hospital Praktiserende læge |
| Fysisk træning <ul style="list-style-type: none"> Under indlæggelse Udarbejdelse af genoptræningsplan Fase 2 (undtaget risikogrupper) Fase 2 risikogrupper | Hospital Hospital Kommune Hospital |
| Diætbehandling <ul style="list-style-type: none"> Under indlæggelse Fase 2 (undtaget risikogrupper) Fase 2 risikogrupper | Hospital Kommune Hospital |
| Rygestop <ul style="list-style-type: none"> Under indlæggelse (registrering af rygestatus, tilbud om nikotinsubstitution, motiverende samtale og give rygestoprådgivning) Efter indlæggelse (rygestopforløb) Efter indlæggelse (støtte til borgere, som er stoppet med at ryge) | Hospital Kommune Praktiserende læge |
| Dataindsamling <ul style="list-style-type: none"> Registrering af data vedr. den kommunale del af fase 2 rehabilitering Registrering af data vedr. den hospitalsbaserede del af rehabilitering i Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase | Kommune Hospital |
| Akut sparring <ul style="list-style-type: none"> Kommunalt rehabiliteringsteam har telefonisk adgang til henvisende hospitals hjerteambulatorium | Hospital og kommune |

| | |
|--|------------------------------------|
| Screening <ul style="list-style-type: none"> • Screening for angst og depression ca. 6 uger efter udskrivelse • Vurdering og evt. udførelse af ny screening senere end seks uger efter udskrivelse | Hospital Praktiserende læge |
|--|------------------------------------|

Lokalt aftales specifik opgavevaretagelse

Det kan være relevant at identificere, hvor nuværende praksis i hospitalsregi adskiller sig fra det reviderede forløbsprogram mhp. at klarlægge, hvad der er opgaveoverdragelse, og hvad der evt. er nyt.

Der er behov for lokalt at aftale, hvordan den direkte kontakt fra kommune til hospital sker ift. rådgivning. Der skal oplyses et hospitals-telefonnummer, så det kommunale rehabiliteringsteam har mulighed for telefonisk kontakt i en uforudset situation. Den mere generelle "rådgivning" kan foregå til planlagte møder, se punkt 10. Opfølgning.

4. Henvisning / kommunikation

Ved henvisning af patienter fra hospital til non-farmakologisk fase 2 rehabilitering i kommunalt regi anvendes:

- Genoptræningsplan
- Besked til kommune om, hvornår patienten er klar til genoptræning i kommunalt regi.

Ved afslutning af non-farmakologisk fase 2 rehabilitering i kommunalt regi sendes til hospital:

- Korrespondancemeddelelse med information om, at borgeren er klar til afsluttende kontrol.

Flowchart over lokalt forløb

Der er behov for lokalt at aftale, hvorvidt genoptræningsplanen suppleres af fx en henvisning til kommunale forebyggelsestilbud, korrespondancemeddelelse eller andet. Det anbefales at lave et flowchart over det aftalte lokale henvisnings- og kommunikationsforløb. Forløbsprogrammets bilag 5 viser et eksempel på dette.

5. Monitorering og data

Monitorering af kvalitet

Ift. kvalitetsmonitorering er kommunerne ansvarlige for at registrere data genereret i kommunalt regi svarende til de data, der er behov for ift. at følge kvaliteten, som den er defineret i standarder og indikatorer i Dansk

Hjerterehabiliteringsdatabase:

- Deltagelse i hjerterehabilitering
- Arbejdskapacitet
- Rygning
- Diætbehandling.

Der kommer et implementeringsunderstøttende redskab hertil, som bliver gjort tilgængeligt på sundhedsaftalen.rm.dk

Monitorering af økonomiske konsekvenser af en opgaveoverdragelse

I den økonomiske monitorering følges:

- Antal specialiserede og almindelige ambulante genoptræningsplaner for hjertepatienter
- Kommunernes udgifter til specialiseret ambulans genoptræning
- Kommunernes udgifter til genoptræning under indlæggelse.

Når det implementeringsunderstøttende materiale ift. indsamling af kommunale data foreligger, vil der være behov for lokal omsætning af dette.

6. Kompetenceudvikling

Der er udarbejdet en beskrivelse af anbefalet kompetenceniveau for personale der varetager fase 2 hjerterehabilitering i kommunalt regi. Der er beskrevet både generelle faglige kompetencer og specifikke kompetencer for de enkelte faggrupper. Der er endvidere forslag til metoder til kompetenceudvikling. Se bilag 3.

Lokalt er der behov for:

- *at identificere indledende behov for kompetenceløft*
- *at aftale form og tid/proces for videndeling og kompetenceudvikling*
- *at aftale videre/kontinuerligt samarbejde om vedligeholdelse af kompetencer og udveksling af erfaringer.*

7. Tidspunkt for opgaveoverdragelse

Det er politisk besluttet, at overdragelse af den non-farmakologiske del af fase 2 rehabilitering skal være implementeret pr. 1/1/2017.

Det konkrete overdragelsestidspunkt fastlægges lokalt på klyngeniveau.

8. Opfølgning

Som en del af overdragelsesarbejdet anbefales det lokalt at planlægge opfølgende møder i de grupper, der både på ledelses- og medarbejderniveau arbejder med overdragelsen:

- Implementeringsgrupper kan evt. overgå til at være erfagrunder i løbet af overdragelsen. Hyppige møder i starten er gavnlige for processen med justeringer af arbejdsgange og det skrevne ved behov. Efter ca. et halvt år planlægges med færre møder, men med mulighed for møder ved behov.
- Det første år afholdes også evalueringmøder, hvor også data drøftes samt det økonomiske aspekt.

Det anbefales lokalt at fastlægge relevante implementeringsunderstøttende møder.

9. Bilag

Bilag 1: Materialebank

Det diagnoserelaterede indhold

National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering:

<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/F276E39E72CE4D918C44CA47FF35378A.ashx>

Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase: [http://www.kcks-](http://www.kcks-vest.dk/kliniske+kvalitetsdatabaser/hjerterehabilitering)

[vest.dk/kliniske+kvalitetsdatabaser/hjerterehabilitering](http://www.kcks-vest.dk/kliniske+kvalitetsdatabaser/hjerterehabilitering)

Hjerteforeningen: www.hjerteforeningen.dk

- Kost og kronisk hjertesvigt:

http://www.hjerteforeningen.dk/leve_med_hjertesygdom/kost_og_hjertekarsygdomme/kost_og_kronisk_hjertesvigt/

Dansk Cardiologisk Selskab: www.cardio.dk

- Akut koronart syndrom: <http://nbv.cardio.dk/aks>
- Kronisk hjertesvigt: <http://nbv.cardio.dk/chf>
- Hjerteklapsygdom: <http://nbv.cardio.dk/hjerteklapsygdom>
- Hjerterehabilitering: <http://nbv.cardio.dk/hjerterehabilitering>
- Diabetes og hjertesygdom <http://nbv.cardio.dk/diabetes>

Forening af Kliniske Diætister: www.diaetist.dk

Dansk Selskab for Almen Medicin: www.dsam.dk

Diabetes foreningen: www.diabetes.dk

Fysisk aktivitet

Sundhedsstyrelsens håndbog om forebyggelse og behandling:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2011/~media/6B3A4AE698BC42139572C76C5854BA76.ashx>

Sundhedspædagogiske redskaber

Sundhed.dk: www.sundhed.dk (animationer der kan bruges til undervisning)

Steno Diabetes Center: www.steno.dk (Den sundhedspædagogiske værktøjskasse)

Den motiverende samtale: www.denmotiverendesamtale.dk (Redskaber)

Videnscenter for brugerinddragelse: www.vibis.dk (værktøjskasse)

Bilag 2: Anbefalede kompetencer for personale – Fase 2 hjerterehabilitering i kommunalt regi

Generelle faglige kompetencer for personalet

- Generel faglig viden om hjertesygdom og behandling samt følger for hverdags-, familie- og arbejdsliv
- En anerkendende borger-, pårørende- og kollega tilgang
- Sundhedspædagogisk viden og tilgang både i forhold til borgeren og den pårørende
- Kendskab til relevant national og international evidensbaseret viden på forebyggelses- og rehabiliteringsområdet
- Kende lokale alarmprocedurer
- Kende sit eget kompetenceområde og søge supervision hos tværfaglige og tværsektorielle samarbejdspartnere
- Kendskab til primær og sekundær sundhedssektor samt relevante patientorganisationer herunder Hjertereforeningen
- Vægter det tværsektorielle samarbejde ud fra teamtankegangen.

Specifikke kompetencer for de individuelle faggrupper

Fysioterapeut:

- Skal have viden om målgruppen og tilbuddet til denne
- Kendskab til Forløbsprogrammet for Hjerterehabilitering 2016 og National klinisk retningslinje for Hjerterehabilitering
- Viden om aktuelle operationsmetoders betydning i træningssituationen, samt kendskab til de fysiske, psykiske og sociale følger efter operation
- Viden om aktuelle medicinske behandlingsmetoder med henblik på medicinens betydning for træningssituationen
- Skal kunne anvende fysioterapeutiske undersøgelses- og behandlingsmetoder i relation til borgere med hjertesygdom
- Kender og er opdateret i træningsprincipper, som er dokumenteret anbefalet til borgere med hjertesygdom
- Skal kunne udføre test af borgere med hjertesygdom, herunder test af arbejdskapacitet – wattmax- test
- Skal mestre hjerte-lungeredning – herunder kunne anvende hjertestarter.

Sygeplejerske:

- Kendskab til Forløbsprogrammet for Hjerterehabilitering 2016 og National klinisk retningslinje for Hjerterehabilitering
- Skal have viden om målgruppen og tilbuddet til denne
- Viden om hjertesygdomme, behandling og pleje samt medicinering

- Opdateret på aktuelle behandlings- og kontrolforløb for borgere med hjertesygdom samt på fysiske, psykiske og sociale følger heraf
- Stor viden om livsstilsændring og evne til at motivere (KRAM)
- Anerkendende tilgang og gode relationer på tværs af sektorer og det tværfaglige samarbejde
- Tage ansvar for data og indsamling af disse
- Skal mestre hjerte – lunge redning – herunder kunne anvende hjertestarter.

Klinisk Diætist/cand.scient i klinisk ernæring:

- Erfaring med sundhedspædagogik og i stand til at tilrettelægge vejledningen/undervisningen, så den enkeltes behov tilgodeses både ved undervisning individuelt og i grupper
- Kendskab til Forløbsprogram for Hjertesygdom, RM 2016 og National klinisk retningslinie for Hjerterehabilitering
- Forstår og har erfaring med at anvende gældende ernæringsprincipper/rammeplaner for området
- Kender og er i stand til at anvende Hjerterkost skemaet.

Rygestoprådgiver:

- Gennemgået kursus for rygestoprådgivere, f.eks. gennem Kræftens bekæmpelse eller Rygestopkonsulenterne.

Forslag til metoder til erhvervelse og vedligeholdelse af ovenstående kompetencer:

- Undervisning efter personalets kompetencebehov – hospitalet tilbyder at finde underviser i fx. hjertesygdomme, pleje og behandling, medicinsk behandling
- Fælles kursus i wattmax-test
- Kursus i basal genoplivning og anvendelse af AED
- Studiedage i hjerreambulatoriet og i fysioterapien henholdsvis det kommunale set up
- Følgedage på hospital (i hjerreambulatoriet og/eller i fysioterapien) henholdsvis i kommunale sundhedscentre
- Gå i patientens fodspor
- Erfagrupper med planlagte møder efter behov
- Fælles skolebænk fx 1 gang årligt.

