

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet – Region Sjælland

Implementering af Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase i Region Sjælland

Resultater fra en regional workshop d. 6.-7. juni 2013.

STATENS INSTITUT
FOR FOLKESUNDHED
 SYDDANSK UNIVERSITET

REGION
SJÆLLAND 
- vi er til for dig

 databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Implementering af Dansk Hjerterehabileringsdatabase i Region Sjælland

Henriette Knold Rossau, Lotte Helmark, Ann-Dorthe Zwisler

Henriette Knold Rossau, Forskningsassistent
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Lotte Helmark, Forløbskoordinator og rehabiliteringsansvarlig
Kardiologisk afdeling, Roskilde Sygehus

Ann-Dorthe Zwisler, Formand for DHRD
*Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, Klinisk forskningslektor
Kardiologisk afsnit, Holbæk sygehus, Overlæge*

© Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
og Region Sjælland. København 2013.

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremgå, at rapporten er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, SDU i samarbejde med Region Sjælland.

Billedmateriale udlånt af Region Sjælland. Samtykkeerklæringer fra medarbejdere og patienter foreligger.

Rapporten har været i høring blandt nøglepersoner og deltagere i workshoppen fra i juli måned. Høringssvar er indarbejdet i rapporten.

Statens Institut for Folkesundhed,
Syddansk Universitet
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal
1353 København K
sif@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk

ISBN: 978-87-7899-247-5
E-ISBN: 978-87-7899-248-2

Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til Statens Institut for Folkesundhed eller på www.si-folkesundhed.dk under udgivelser, hvor rapporten også kan downloades.

Indhold

Sammenfatning	4
1. Baggrund	6
1.1 Evidens	6
1.2 Forløbsprogram Region Sjælland	7
1.3 Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD).....	7
1.4 Regional workshop om implementering af DHRD	8
2. Metode	10
2.1 Teori for implementeringsprojektet	10
3. Beskrivelse af rehabilitering i Region Sjælland	12
3.1 Nykøbing Falster Sygehus	12
3.2 Roskilde Sygehus	12
3.3 Køge Sygehus	13
3.4 Holbæk Sygehus	13
3.5 Næstved Sygehus	14
3.6 Slagelse Sygehus	14
3.7 Køge Kommune	14
3.8 Almen praksis	15
3.9 Fællestræk ved hjerterehabilering på regionens sygehuse.....	15
4. Regional organisering af DHRD	16
5. Præsentation af DHRD	18
5.1 Udvikling af databasen.....	18
5.2 Hvem har adgang	18
5.3 Indberetningsmetoder	19
5.4 Hvem skal indberettes	19
5.5 Datafangst	19
6. Workshoppens resultater	22
6.1 Gruppearbejde	22
6.2 Psykologisk kontrakt	28
6.3 Konkrete ønsker	28
6.4 Aftaler på de seks lokale sygehuse	29
6.5 Evaluering.....	30
Bilag	
A. Hjerterehabileringstilbud i Region Sjælland	
B. Lokale kontaktpersoner udpeget via RKKP netværk pr. juni 2013	
C. Deltagere i workshoppen 6. og 7. juni 2013	

Sammenfatning

Der er forventelige gevinster og hurtige resultater at hente i hjerterehabiliteringsarbejdet i form af forøget funktionsniveau, forbedret selv vurderet helbred, risikofaktorreduktion og reduktion i sengedagsforbrug. Men en systematisering af hjerterehabiliteringsindsatsen er nødvendig.

Der findes faglig evidens for hjerterehabilitering, som i dag anbefales som en del af den samlede behandling. Region Sjælland udgav i 2012 forløbsprogram for kronisk hjertesygdom for at sikre sammenhængende forløb og konsensus for hjerterehabiliteringsindsatsen. Der vides imidlertid meget lidt om, hvad kvaliteten af rehabiliteringen er i klinisk praksis nationalt såvel som regionalt. På denne baggrund besluttede Dansk Kardiologisk Selskab, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner at etablere en national klinisk kvalitetsdatabase for hjerterehabilitering – Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD) - som sættes i drift ultimo september 2013. Målet med databasen, som operationaliserer regionens forløbsprogram, er at sikre høj og ensartet kvalitet for hjerterehabiliteringsindsatsen og understøtte det daglige kliniske arbejde.

For at lette implementeringen af DHRD prioriterede Region Sjælland at støtte op om afholdelsen af en regional 24 timers workshop. I alt 26 sundhedsprofessionelle, deltog aktivt i en arbejdsintensiv workshop med tværfaglig deltagelse fra regionens 6 sygehuse, udvalgte kommuner og praktiserende læge. Fremdrift i workshoppen blev sikret med deltagelse af en proceskonsulent.

De seks sygehusenheder i Region Sjælland fremlagde hver deres hjerterehabiliteringstilbud, som havde en række fællestræk. Bl.a. udmøntes den fysiske træning på stort set samme måde, og regionens sundheds-pædagogiske uddannelse danner i dag basis for indsatsen i rehabiliteringen. Samtidig blev det tydeliggjort at de lokale programmer er tilpasset forskellige ressourcemæssige niveauer og særlige lokale forhold.

Baggrunden for DHRD blev præsenteret og databasen blev for første gang demonstreret for de klinikere, som skal anvende databasen. Indberetning i databasen kan gøres som en obligatorisk minimumsregistrering eller som en fuld klinisk database. Det er muligt at skelne mellem faggrupper; sygeplejersker kan fx vælge at minimumsregistrere, mens fysioterapeuterne kan vælge at registrere i den fulde kliniske database. Databasen benytter datafangst i videst muligt omfang for at undgå dobbeltregistrering, og færdiggøres i en iterativ proces, med mulighed for tilpasning til den kliniske hverdag efter idriftsættelse. Indledningsvis er det obligatorisk at indrapportere for patienter med iskæmisk hjertesygdom, som modtager rehabilitering. På sigt vil det blive obligatorisk at indrapportere for alle hjertepatienter, som efter kliniske retningslinjer har krav på rehabilitering.

Psykologisk kontrakt for implementeringsprojektet

Gennem gruppearbejde blev udarbejdet en psykologisk kontrakt på tværs af sygehusenheder og sektorer. Deltagerne er overordnet positivt stemte i forhold til databasen, dog med en bekymring overfor den ekstra arbejdsbyrde. Der er enighed om, at der skal arbejdes tværfagligt og tværsektorielt for at fremme den fortsatte udvikling af arbejdet med databasen og hjerterehabilitering. Konkrete regionale ønsker til implementering af databasen blev opstillet, samt forslag til forbedring af databasen indhold. Endelig blev der efterlyst bedre kommunikationsveje omkring databasen, og tydelig ledelsesmæssig opbakning og prioritering lokalt.

Workshoppen blev afsluttet med opstilling af konkrete lokale tiltag som kan understøtte implementeringen.

Workshoppens program

Dag 1

- 14.00 – 14.30 Kaffe, the og sandwich
- 14.30 – 14.45 Velkomst v/ formand for regionens forløbsprogram Karin Johansen
- 14.45 – 15.30 Hjerterehabilering v/ Professor Eva Prescott, Bispebjerg Hospital
- 15.30 – 16.00 DHRD v/ overlæge og formand for DHRD Ann-Dorthe Zwisler
- 16.00 – 16.15 Pause
- 16.15 – 17.00 Muligheder og faldgruber i samarbejde på tværs v/ konsulent Manon de Jongh
- 17.00 – 18.15 Præsentation af lokale modeller for hjerterehabilering v/ lokale repræsentanter
- 18.15 – 19.00 Problemdefinition 1 / gruppearbejde med fokus på refleksion over præsentationsrunden
- 19.00 – 20.15 Arbejdsmiddag: Problemdefinition 2 / gruppearbejde i blandede grupper med forberedelse af planche
- 20.15 – 21.30 Fra intentioner til aftaler 1 / præsentation af plancher
- 21.30 Aftenkaffe

Dag 2

- 7.30 – 8.30 Morgenmad
- 8.30 – 9.00 Godmorgen v/ Manon de Jongh
- 9.00 – 9.30 Inspiration til den fælles opgave v/ specialkonsulent Liv Nørregaard Skøtt, Region Sjælland
- 9.30 – 11.00 DHRD i praksis v/ Ann-Dorthe Zwisler
- 11.00 – 11.40 Fra intentioner til aftaler 2 / gruppediskussion om implementeringen
- 11.40 – 12.00 Afslutning v/ Manon de Jongh
- 12.00 – 13.00 Frokost

1. Baggrund

1.1 Evidens¹

Mere end 75 % af hjertekarsygdomme kan forebygges og dødeligheden blandt patienter med kendt hjertekarsygdom er faldet markant i de senere år, som følge af de mange gode behandlinger der er kommet frem. Der er dog fortsat forventelige gevinster og hurtige resultater at hente i hjerterehabiliteringsarbejdet i form af forøget funktionsniveau, forbedret selv vurderet helbred, risikofaktorreduktion og reduktion i sengedage. Men en systematisering af hjerterehabiliteringsindsatsen er nødvendig, så de forventede effekter kan opnås.

Hjerterehabiliteringsindsatsen kan opdeles i forskellige elementer. *Fysisk træning* viser en bred gavnlighed. De fleste studier på området er dog små og en pooling af de mange små studier er problematisk, idet der er en tendens til at dette overestimerer gavnligheden. I tråd med dette tyder et større multicenterstudie på, at effekten af fysisk træning ikke er helt så god, som de små studier viser. Evidensen tyder efterhånden på, at intensitet er vigtig i forhold til nedsættelse af risiko, men man ved stadig ikke om det er sikkert nok for højrisikopatienter at træne med høj intensitet. Problemet med fysisk træning ligger i, at det er svært at få folk til at vedligeholde træningen.

Kostomlægning som del af hjerterehabiliteringen er også af betydning. Studier peger på, at middelhavskost er anbefalelsesværdig, dvs. en kost hvor det anbefales at spise olivenolie, nødder, frugt, grøntsager, bælgrugter, fisk og lyst kød og drikke max. et glas vin pr. dag, men hvor det frarådes at indtage søde drikke, købte søde sager, smørbart fedt samt rødt og forarbejdet kød. I et stort studie med ca. 7400 relativt raske individer sås en risikoreduktion på 25 %, når deltagerne spiste middelhavskost, og der var en høj compliance. Der ses dog en vis tendens til, at det virker bedst på dem som i forvejen har en risiko for hjertesygdom.

Rygning er en velkendt væsentlig risikofaktor for hjertesygdom og et rygestop sænker risikoen markant. Når en person holder op med at ryge falder risikoen for hjertesygdom ned til et niveau med ikke-rygere i løbet af et halvt til et helt år. Sandsynligheden for rygestop øges med 70 %, hvis patienten informeres herom, mens nikotinsubstitution og medicinering hjælper rygestoppet på vej. Rygeforbud på offentlige steder ser ud til at reducere risikoen med ca. 20 % (ikke danske tal) og folk med kendt hjertesygdom bør ikke udsættes for passiv rygning.

Depression som følge af hjertesygdom øger mortaliteten hos begge køn. Der er dog flere kvinder end mænd som udvikler en depression efter et hjertesygdomsforløb, men det er svært at sige præcis hvor mange. Depressionen kan endvidere være en hindring for at deltage i et rehabiliteringsforløb.

Jo flere forskellige netværkskontakter man har, des lavere er risikoen for hjertesygdom. Desværre er det ofte dem med laveste *socioøkonomisk position* (lav uddannelse, dårligt socialt netværk og singlestatus), som ikke deltager i rehabiliteringsforløb. Det må overvejes om disse bør tilbydes udvidet individuel rehabilitering.

¹ Evidens på området præsenteret af Klinisk professor og overlæge Eva Prescott, Bispebjerg Hospital, Region Hovedstaden, DHRD Workshop d. 6. juni 2013, Sørup Herregård.

Baseret på den foreliggende viden er der fundet evidens for hjerterehabilering, som i dag anbefales som en del af den samlede behandling, men der vides meget lidt om, hvad kvaliteten af rehabiliteringen er i klinisk praksis. Et stort engelsk studie gennemført på 14 forskellige hospitalsbaserede hjerterehabileringscentre viste, at der ikke var nogen som helst effekt af hjerterehabilering gennemført i pragmatisk opsætning, dvs. uden systematisering af indhold eller monitorering af effektiviteten. Studiet bliver nu brugt som en påmindelse om, at hjerterehabilering kan leveres ineffektivt, og der er behov for systematisk kvalitetssikring af indsatsen.

1.2 Forløbsprogram Region Sjælland²

Forløbsprogrammet for kronisk hjertesygdom i Region Sjælland blev udarbejdet i perioden august 2010 – februar 2011, og godkendt på den Administrative Styregruppe d. 17. maj 2011³. Med forløbsprogrammet blev der skabt konsensus på området og for rehabilitering på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis. Målet med forløbsprogrammet var at sikre sammenhæng mellem de forskellige sundhedsfaglige indsatser i sygdomsforløb, både for patienter og for sundhedsprofessionelle og skabe ensrettede tilbud for alle hjertepatienter i Region Sjælland. Med implementering af den planlagte nationale kliniske kvalitetsdatabase på hjerterehabileringsområdet bliver indholdet af forløbsprogrammet mere konkret og operationelt.

I version 2 af Den Danske Kvalitets Model (DDKM) lægger man vægt på inddragelsen af patienterne. Man skal nu mindst to gange om året ind og måle på hvad der opnås i rehabiliteringen. Dette arbejde støtter DHRD godt op om, idet databasen giver mulighed for dokumentation, forskning og kvalitetsopfølgning.

1.3 Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD)

Initiativet til Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD) er udgået fra arbejdsgruppen Præventiv Kardiologi og Rehabilitering under Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). Baggrunden for at udvikle denne database var en erkendelse af, at der kunne være stor variation i kvaliteten af den fremvoksende hjerterehabilering i Danmark. I samarbejde med Kompetencecenter Nord ansøgte derfor i 2010 Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner om accept og økonomisk støtte til udarbejdelse af en landsdækkende kvalitetsudviklingsdatabase for hjerterehabilering. Sundhedsstyrelsen godkendte projektet og Danske Regioner bevilgede et beløb til opbygning af databasen under forudsætning af, at databasen blev en del af en ny kardiologisk fælles database. En sådan fælles platform for kardiologiske databaser synes nyttig, idet der herved opstår mulighed for en synergieffekt med genbrug af fælles variable.

Med Sundhedsstyrelsens godkendelse af DHRD er det ved implementeringen i september 2013 lovpligtigt for alle sygehuse der tilbyder hjerterehabilering, at indrapportere til databasen. Fra begyndelsen var det intentionen, at kommunerne skulle være med, men da det er svært at få det hele til at arbejde sammen, blev det til en start kun sygehusene som indrapporterer.

Formålet med databasen er at 1) indsamle sundhedsfaglige data om hjerterehabilering på sygehuse i Danmark på patientniveau og sygehusniveau. 2) Danne grundlag for vurdering af kvalitet over tid/mellem

² Afsnittet er baseret på workshop velkomsten ved Karin Johansen, ledende oversygeplejerske, Roskilde Sygehus.

³ <http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/samarbejde-og-indsatser/sundhedsaftalen%202010-2014/sider/forl%C3%B8bsprogrammer.aspx>

afdelinger. 3) Optimere kvaliteten af hjerterehabiliteringen i Danmark ved feedback til afdelingerne, idet kvalitetsindikatorer på den enkelte afdeling kan sammenlignes med de øvrige afdelinger i landet og med egen afdeling over tid. 4) Være datakilde for forskning, og 5) Understøtte overgange fra fase 2 til fase 3 hjerterehabilitering⁴.

Databasen vil i starten fokusere på at måle kvaliteten af hjerterehabilitering for patienter med iskæmisk hjertesygdom, men vil kunne rumme alle øvrige patientgrupper, som ifølge Sundhedsstyrelsen skal tilbydes på hjerterehabilitering, herunder hjerteklapopererede patienter. Databasen vil ved implementering kun inkludere patienter, som har modtaget hjerterehabilitering, dvs. fase 2 i sygehusregi, men tænkes senere udviklet til en tværsektoriel database, da hjerterehabiliteringsaktiviteter aktuelt udbygges i kommunerne⁵.

Politisk er hjerterehabilitering et højt prioriteret område og man har således besluttet at lave nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering som udkommer medio september 2013. DHRD vil kunne understøtte implementeringen af disse retningslinjer. Databasen skal fungere som en kvalitetssikring, hvor det bliver målt på hvad der tilbydes og således set på om det lever op til standarderne.

Lovmæssigt er DHRD forankret i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Projekt (RKKP) og derudover er den en del af Den Kardiologiske Fællesdatabase.

1.4 Regional workshop om implementering af DHRD

For at lette implementeringen af DHRD i Region Sjælland prioriterede regionen at støtte afholdelsen af en regional 24 timers arbejdsintensiv workshop, som en del af regionens kroniker indsats. Workshoppen blev initieret fra Hjerterehabiliteringen, Kardiologisk afdeling, Roskilde Sygehus, og DHRD formandskabet.

Workshoppen skal bidrage til:

- At lette implementeringen af DHRD i Region Sjælland
- At give regionens sundhedsprofessionelle mulighed for at få indflydelse på DHRD
- At få bearbejdet lokale og regionale barrierer for implementeringen af database

Som del af initiativet blev aftalt en skriftelig afrapportering fra workshoppen med henblik på formidling af resultater fra workshoppen. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet har varetaget sekretariatsfunktionen og formidling af workshoppen i nærværende workshoprapport.

⁴ Kilde: Oplæg om DHRD ved Ann-Dorthe Zwisler, DRHD Workshop d. 6. juni 2013.

⁵ Kilde: Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase Dokumentalistrapport, april 2013.

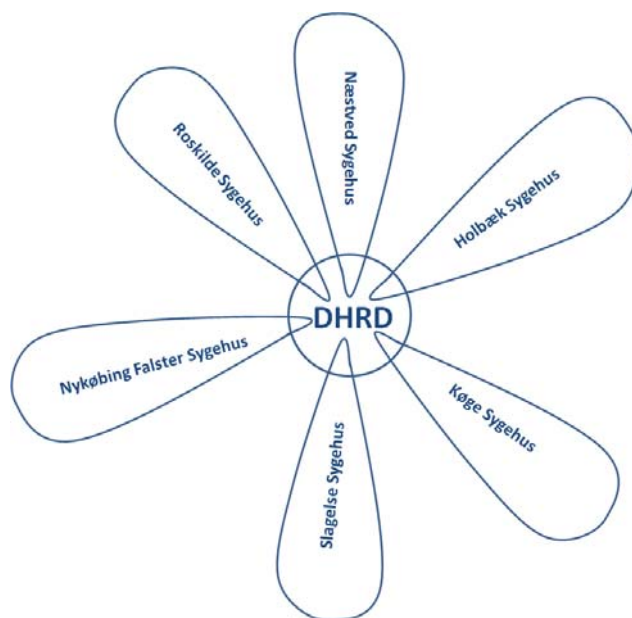
2. Metode

Workshoppen blev afholdt som et 24 timers arbejdsintensivt seminar fordelt over to halve dage. I alt 26 sundhedsprofessionelle, deltog aktivt i en workshop med tværfaglig deltagelse fra regionens 6 sygehuse, udvalgte kommuner og praktiserende læge.

Den første dag lå fokus på præsentation af evidens, det regionale forløbsprogram, database og den lokale kliniske kontekst som databasen skal implementeres i. Den følgende dag blev brugt til at samle trådene fra dagen i forvejen og se DHRD i praksis. Der blev rundet af og samlet op på de aftaler og snakke der var fremkommet under workshoppen, med en afsluttende evaluering. For at sikre fremdrift i workshoppen blev der tilknyttet en organisationskonsulent fra Udviklingskonsulenterne A/S, Manon de Jongh. Konsulenten fungerede som tovholder og ordstyrer og sikrede, at workshoppen blev holdt på sporet og hele tiden bevægede sig imod et resultat indenfor den meget stramme tidsramme.

2.1 Teori for implementeringsprojektet⁶

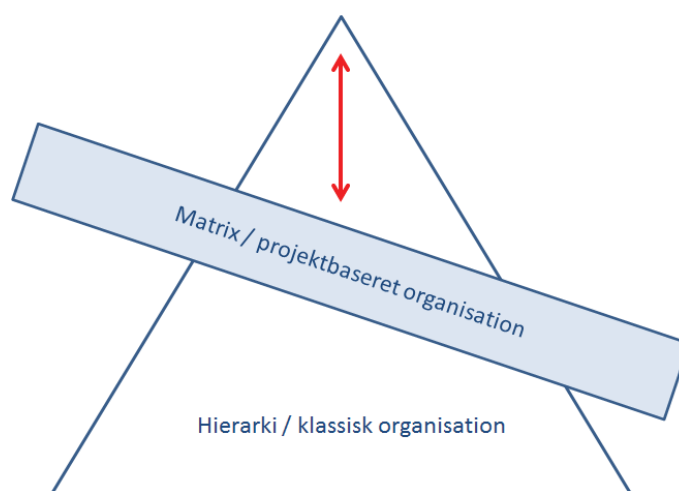
Konsulenten præsenterede gruppen for teori om tværfagligt og – sektorielt arbejde og forklarede, at der i et sådant samarbejde, vil være aktører som er medvillige og nogle som er modvillige. Klassisk ledelsesteori kan ikke bruges i forbindelse med DHRD, da det kun siger noget om små homogene grupper og derfor ikke kan lægges ned over et tværfagligt samarbejde som implementeringen af DHRD er. I den sammenhæng er man nødt til at tage både enigheder og uenigheder op. Hver især har sin egen virkelighed og kliniske hverdag, som er ens egen sandhed, men der er også en fælles virkelighed, som man kun kan lære noget om, hvis man åbner op og deler samt hører perspektiver i sagen. Dette blev illustreret med en tegning, som i figur 1 er forsøgt gengivet.



Figur 1 "Blomsten". Illustrerer, at der bag DHRD ligger store organisationer, som hver især kun berører DHRD med en forsvindende lille del. DHRD skal tilpasses i de lokale kliniske kontekster. (Kilde: Manon de Jongh, DHRD Workshop d. 6.-7. juni 2013).

⁶ Som præsenteret ved oplæg af Manon de Jongh, DHRD Workshop d. 6.-7. juni 2013.

I den klassiske hierarkiske organisation er ingen i tvivl om hvem der er lederen og bestemmer, men i projektbaserede, tværfaglige organisationer, som DHRD implementeringsprojektet repræsenterer, er medarbejderen somme tider projektleder og lederen projektmedarbejder. Således kan det være vanskeligt at finde sin rolle og holde styr på sine opgaver. I denne sammenhæng må man være bevidst om sine opgaver og roller, og man må redegøre for, hvilke roller og opgaver man arbejder ud fra. Det er vigtigt med selvledelse i et tværfagligt samarbejde, så man ikke bliver frustreret og ikke formår at skabe mening i kaos. På tværs må man give noget af sig selv og byde ind. Figur 2 viser forskellen på den klassiske hierarkiske organisation, hvor der er en klar angivelse af leder og medarbejder, og den projektbaserede matrix organisation, hvor rollerne bliver mere flydende.



Figur 2 Hierarkisk kontra matrix organisation. Illustrerer forskellen på hierarkisk samarbejde og samarbejde på tværs. (Kilde: Manon de Jongh, DHRD Workshop d. 6.-7. juni 2013).

Samarbejde på tværs giver dog sammenhæng i en opgave, sørger for effektivitet og samler læring og perspektiver. Alt sammen gode grunde til at arbejde på denne måde. Det som *kan* skabe problemer kan dog være:

- Fravær af en problemdefinition eller ingen mulighed for en aftale.
- Ingen anerkendelse af gensidig afhængighed; parterne opfører sig hver især som om de har al magt i deres hånd.
- Mistillid eller mangel på tillid mellem parterne.
- Mistillid eller manglende tillid til opgaven.
- Træthed af samarbejdet eller af at blive trukket i alle retninger pga. kompleksitet.
- Træthed af forandring/uoverskuelighed (internt, repræsentant, helhed).
- U hensigtsmæssige og divergerende forventninger om ledelse, struktur og proces.

Oplægget om tværfagligt samarbejde lå til grund for resten af samarbejdet på workshoppen, hvor der blev arbejdet sammen i enhederne og på tværs af enhederne.

3. Beskrivelse af rehabilitering i Region Sjælland

Deltagerne bidrog aktivt med en præsentation af de lokale rehabiliteringstilbud, og havde medbragt materiale som bruges i forbindelse med rehabiliteringstilbuddet. Nedenfor gengives de lokale tilbud i sammenfattende form. I bilag A findes en uddybende beskrivelse af hjerterehabiliteringstilbuddene på de 6 sygehuse, samt oversigt over diverse medbragt materiale, som kan rekvireres ved henvendelse til Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.



3.1 Nykøbing Falster Sygehus

Nykøbing Falster Sygehus er et akutsygehus med base i Nykøbing og en satellitfunktion i Nakskov. Optageområdet er Guldborgssund og Lolland kommuner og der er ca. 110.000 indbyggere. Der er 23 kardiologiske sengepladser og ca. 400 hjerterehabiliteringspatienter årligt.

Rehabiliteringsteamet består af seks sygeplejersker, som har mangeårig erfaring indenfor kardiologien. Hjerterehabiliteringsindsatsen er baseret på individuel patientundervisning og forløbet startes op med en sygeplejesamtale af en times varighed. Forløbet varer ca. et år og der er i dette forløb min. fire individuelle samtaler med en sygeplejerske, fysisk træning på almindeligt eller hensynstagende hold to gange om ugen i otte uger, diætistbehandling, psykosocial støtte og en lægesamtale.

3.2 Roskilde Sygehus

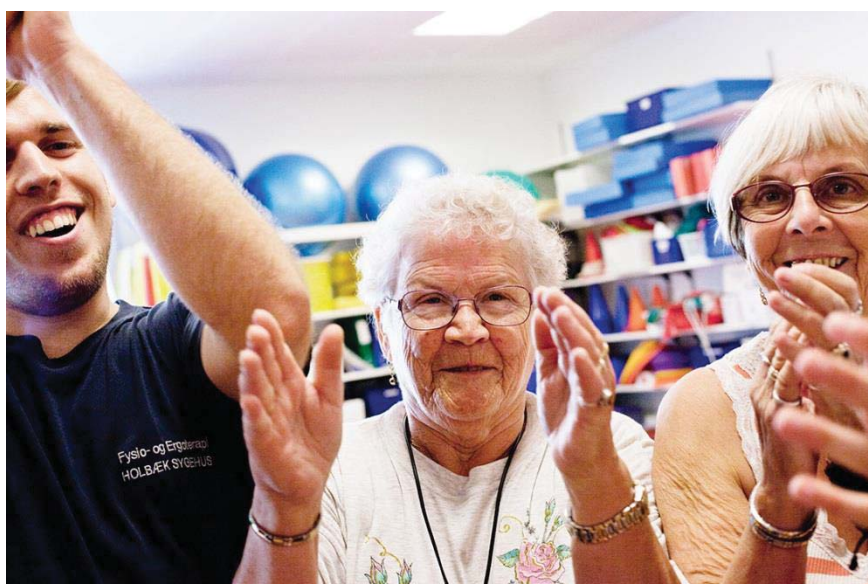
Roskilde Sygehus er et specialsygehus. Optageområdet er Roskilde, Lejre, Solrød, Greve kommuner, og der er ca. 200.000 indbyggere. Der er 44 kardiologiske sengepladser og ca. 300 hjerterehabiliteringspatienter årligt.

Rehabiliteringsteamet består af to læger, fire sygeplejersker, en fysioterapeut, en diætist, en socialrådgiver og en psykolog. Sygeplejerskerne har kardiologisk efteruddannelse og regionens sundhedspædagogiske uddannelse. Hjerterehabiliteringsindsatsen er baseret på et individuelt og et holdbaseret patientundervisningsforløb. Ved individuelt forløb startes der op med en sygeplejesamtale af en halv times varighed ca. seks uger efter udskrivelsen. Ved det holdbaserede forløb startes op med et introduktionsmøde, som afholdes af en læge og en sygeplejerske. Der undervises af en psykolog, en diætist, en socialrådgiver og en læge. Fysisk træning foregår på almindeligt eller hensynstagende hold to gange om ugen i otte uger.

3.3 Køge Sygehus

Køge Sygehus er et akutsygehus. Optageområdet er Køge, Stevn, Greve, Faxe og Solrød kommuner og der er ca. 160.000 indbyggere. Der er 26 kardiologiske sengepladser og ca. 240 hjerterehabileringspatienter årligt.

Rehabiliteringsteamet består af en læge, 5 sygeplejersker, heraf en med koordinerende funktion, en fysioterapeut, en diætist, en socialrådgiver og en lægesekretær som også fungerer som forløbskoordinator. Sygeplejerskerne har alle lang kardiologisk erfaring samt kardiologisk efteruddannelse. De fleste er rygestopinstruktører. Flere i teamet har, eller er ved at tage regionens sundhedspædagogiske uddannelse. Hjerterehabileringsindsatsen er baseret på individuelt og holdbaseret patientundervisningsforløb. Der startes op med et tværfagligt informationsmøde af to timers varighed og indkaldes herefter til sygepleje-/lægesamtale på tre kvarter, holdbaseret undervisning hos diætist samt holdbaseret specialiseret genoptræning. Der undervises to gange om ugen i otte uger i fysisk træning. Derudover er der mulighed for psykosocial støtte hos sygehuspræsten ved behov.



3.4 Holbæk Sygehus

Holbæk Sygehus er et akutsygehus. Optageområdet er Holbæk, Odsherred og Kalundborg kommuner og der er ca. 151.000 indbyggere. Der er 30 kardiologiske sengepladser og ca. 130 hjerterehabileringspatienter årligt.

Rehabiliteringsteamet består af en ansvarlig specialsygeplejerske, to sygeplejersker, en overlæge, en til to diætister og en fysioterapeut. Sygeplejerskerne har flere års kardiologisk erfaring og kardiologisk efteruddannelse. Derudover har en sygeplejerske en master i voksenuddannelse og regionens sundhedspædagogiske uddannelse. Teamet mødes hver torsdag formiddag og eftermiddag til patientkonferencer. Hjerterehabileringsindsatsen er baseret på individuelt og holdbaseret patientundervisningsforløb. Der startes op med en sygeplejesamtale af en times varighed ca. 14 dage efter udskrivelsen. I det holdbaserede forløb er der tre hjertemøder af fire timers varighed og fysisk træning to gange om ugen i otte uger. Derudover er der individuelle samtaler med diætist og en afsluttende

lægesamtale. Opbygningen af hjerterehabiliteringsindsatsen er baseret på regionens patientuddannelsesmodel.

3.5 Næstved Sygehus

Næstved Sygehus er et specialsygehus. Optageområdet er Næstved, Vordingborg og Faxe kommuner og der er ca. 160.000 indbyggere. Der er 24 kardiologiske sengepladser.

Rehabiliteringsteamet består af en ledende afdelingssygeplejerske, en sygeplejerske, en læge, en fysioterapeut og en diætist. Sygeplejerskerne og diætisten har Region Sjællands sundhedspædagogiske uddannelse. Hjerterehabiliteringsindsatsen indledes med en sygeplejesamtale af halvdans times varighed, med mulighed for opfølgende samtaler ved behov. Alle rehabiliteringspatienter tilbydes individuel diætvejledning hos diætist af 1 times varighed, samt opfølgninger efter behov. Herudover tilbydes holdundervisning bestående af to gange undervisning af to timers varighed. Første gang ved sygeplejerske og diætist og anden gang ved sygeplejerske og præst (andet møde starter først op efter sommeren 2013). Derudover er der holdbaseret fysisk træning 2 gange om ugen i otte uger, hvoraf en gang er teoretisk undervisning. Opfølgende lægesamtale sker to til tre måneder efter afslutning på rehabiliteringsforløbet.



3.6 Slagelse Sygehus

Slagelse Sygehus er et akutsygehus. Optageområdet er Slagelse, Sorø, Ringsted og Kalundborg kommuner og der er ca. 165.000 indbyggere. Der er 24 kardiologiske sengepladser.

Rehabiliteringsteamet består af en fysioterapeut, en diætist og et antal sygeplejersker. Sygeplejerskerne har mangeårig kardiologisk erfaring og kardiologisk efteruddannelse. En læser master i sundhedsfremme på RUC og har deltaget i en regional projektgruppe om patientuddannelser. Afsnitsledelserne mødes efter behov, mens undervisningsgruppen mødes ca. hvert kvartal. Hjerterehabiliteringsindsatsen er baseret på individuelt og holdbaseret forløb og indledes med et informationsmøde, hvor pårørende er velkomne. Herefter en individuel opstartssamtale med en sygeplejerske, hvor der henvises til diætist ved behov og støttes psykosocialt. Der er to forskellige hjertehold, hvoraf et er fysisk og teoretisk og det andet teoretisk. Der undervises ved sygeplejersker, sygehuspræst, diætist, fysioterapeut og hjerteforeningen. Holdbaseret fysisk træning foregår to gange om ugen i otte uger. En lægefaglig samtale to til tre uger efter sygeplejesamtalen. Desuden kan der tilbydes en særlig livsstilssamtale afhængig af behov og tid.

3.7 Køge Kommune

Præsentationen ved Køge Kommune var ment som et eksempel på en model for fase 3 hjerterehabilitering i kommunalt regi.

Køge Kommune er gået sammen i et tværkommunalt samarbejde "København Syd samarbejdet". De syv kommuner, Roskilde, Greve, Solrød, Stevns, Faxe, Køge og Lejre, har i samarbejde med Roskilde og Køge sygehus udarbejdet fælles pjece og fælles henvisningsblanket som bruges ved henvisning til det kommunale hjerterehabileringsstilbud. Rehabiliteringsteamet består af sundhedskonsulent, psykolog, diætist, fysioterapeut og praktiserende læge. Borgeren henvises fra sygehuset og ringes herefter op og inviteres til en indledende samtale. Fokus i den kommunale hjerterehabilering er at få flyttet borgeren fra patientrollen til borgerrollen med udgangspunkt i borgerens motivation og udfordringer i hverdagen med sygdommen. Der er mulighed for psykosocial støtte, netværksdannelse og inddragelse i nærmiljøet. Alle deltagere kommer til en indledende individuel samtale inden holdforløbet starter, derefter består forløbet af fysisk træning og temamøder i ca. 10-12 uger og afsluttes med en individuel samtale med fokus på udsulning og fastholdelse. Holdene er faste og der kan således opstå en del ventetid for borgeren. Der er under hele forløbet fokus på deltagerens selvrefleksion, dialog, tillid og motivation.



3.8 Almen praksis

Præsentationen ved almen praktiserende læge Susanne Rygner, gav indblik i forløbet hos den alment praktiserende læge.

Den alment praktiserende læge har stor viden om den enkelte person, og få af de patienter som indlægges med hjertesygdom er ikke kendt af den praktiserende læge i forvejen. Lægen ser sig selv som tovholder, som må følge op på hele forløbet. Det er et problem at svage patienter bliver tabt, hvis de selv skal initiere kontakten til egen læge efter afslutning i sygehusregi. Derfor blev det foreslået at man fra sygehusets side kunne booke en tid til opfølgning hos egen læge i stedet, idet de praktiserende læger reagerer på patienternes egne initiativer.

3.9 Fællestræk ved hjerterehabilering på regionens sygehuse

De seks sygehuse tilbyder patientundervisning enten individuelt eller holdbaseret. Forløbene indeholder alle en sygeplejesamtale af ca. en times varighed, alle tilbyder diætetisk behandling ved behov og patientundervisningsforløbet afsluttes med en lægesamtale. Den fysiske træning er den mest ensrettede, hvor alle sygehuse tilbyder træning to gange om ugen af en til halvanden times varighed i otte uger og regionens sundheds-pædagogiske uddannelse danner i dag basis for indsatsen i rehabiliteringen.

Samtidig blev det tydeliggjort at de lokale programmer er tilpasset forskellige ressourcemæssige niveauer og særlige lokale forhold.

4. Regional organisering af DHRD⁷

Lovmæssigt er DHRD forankret i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), som har en hierarkisk struktur med regionale kontaktpersoner og sygehuskontaktpersoner. I Region Sjælland er Liv Nørregaard Skøtt regional kontaktperson på alle de kliniske kvalitetsdatabaser og dermed også DHRD. På sygehusene er det følgende personer som er udpeget som sygehuskontaktpersoner for databaserne:

Roskilde/Køge:	Mette Moesgård Ravnholt og Kristine Horn Rosenberg
Holbæk:	Vivi Dehn Møller
Næstved/Slagelse:	Michael Haurum Marcussen og Louise Schou Rasmussen
Nykøbing Falster:	Claus Bo Heinecke

Al kommunikation i forhold til databasen skal foregå gennem den regionale kontaktperson. Det er således administrativt fastlagt, at det er den regionale kontaktpersons opgave at sørge for, at information om og i forhold til databasen når ud gennem ledelsesstrengen til de lokale brugere af databasen. Denne kommunikationsvej er fremkommet gennem en aftale mellem regionen og sygehusene. De lokale kontaktpersoner for DHRD på de enkelte sygehuse skal derfor aftales gennem sygehuskontaktpersonen og sygehusledelsen, også hvis det skal ændres. Sygehuskontaktpersonen står for formidling til regionen og databasens sekretariat, og sidder i sygehusenes kvalitetsenheder.

⁷ Kilde: Oplæg om inspiration til den fælles opgave ved Liv Nørregaard Skøtt, DHRD Workshop d. 7. juni 2013.

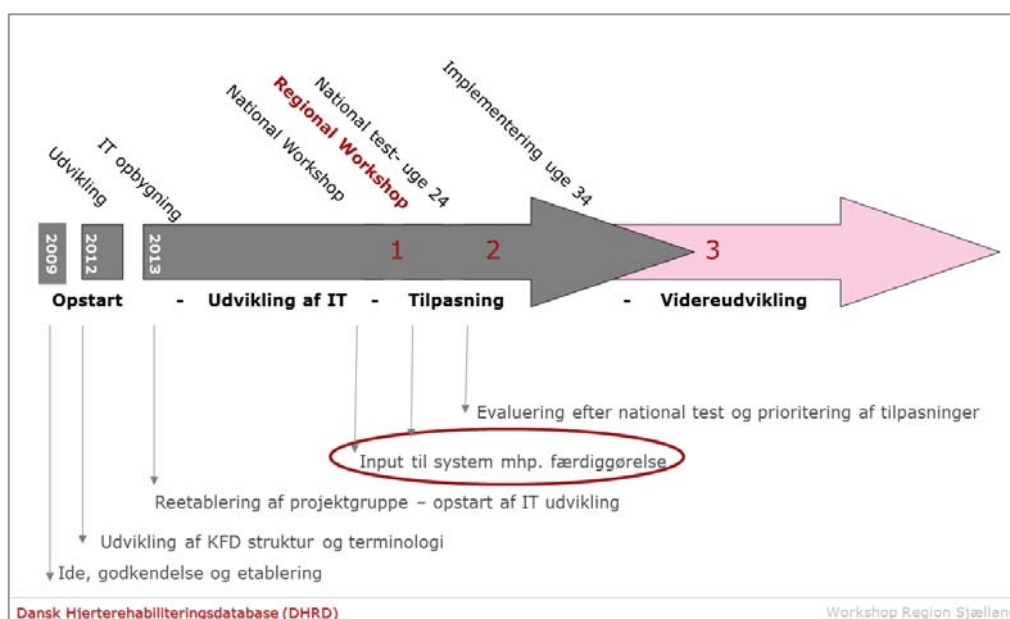
5. Præsentation af DHRD

Databasen blev præsenteret for første gang for workshopdeltagerne med gennemgang af grafik, overordnet opbygning, adgangskriterier, indberetningsmetoder mm. Alle deltagere havde forud for workshoppen fået tilsendt et unikt bruger-id og password, så databasen kunne tilgås umiddelbart under workshoppen.

5.1 Udvikling af databasen

Databasen er udviklet i en iterativ proces af projektgruppen for den Kardiologiske Fællesdatabase i samarbejde med IT-medico som er leverandør af databasen. Da DHRD er underlagt den Kardiologiske Fællesdatabase er en række forhold og opsætninger givet på forhånd. Databasen har været gennem en række testfaser og har været afprøvet af klinikere på forskellige niveauer. Umiddelbart efter workshoppen er databasen i national test. Databasen vil blive sat i drift som version 1.0.

Der vil være en række elementer det allerede er bestemt skal indføres i databasen, som ikke vil være implementeret i version 1.0, eksempelvis grafiske overblikfunktioner. Disse forhold vil blive implementeret efter databasen har været sat i drift og afprøvet. Forventelig vil der komme tilpasninger af databasen primo 2014 afhængig af tildeling af midler. Nedenstående figur illustrerer udviklingen af databasen.

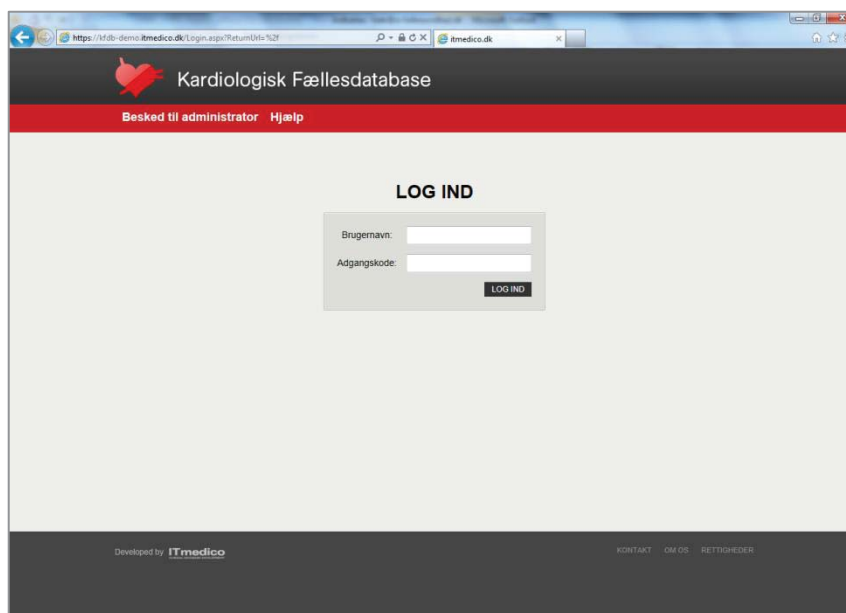


Figur 3 Flowdiagram over DHRD implementeringsprojektet.
(Kilde: Ann-Dorthe Zwisler, Oplæg om DHRD, DHRD Workshop d. 6.-7. juni 2013).

5.2 Hvem har adgang

Hver enkelt bruger får et brugernavn og password, og man er ansvarlig for sin egen profil. Der efterlades digitale fodspor hver gang man logger ind, og det kan ses hvem der har indtastet og ændret oplysninger i databasen. Svarende til gældende lovgivning er det ikke tilladt at slå patienter op, som man ikke har klinisk ansvar for.

Ved opstart af databasen oprettes brugere via RKKP. Når databasen er i drift vil det være den regionale kontaktperson som vil stå for brugeradministration. Datatilsynet er opmærksomt på, at man sørger for at lukke adgange til personfølsomme data igen. Derfor er det vigtigt at regionens kontaktperson kontaktes når der kommer nye eller rejser eksisterende medarbejdere, så nye bruger kan oprette og gamle adgange lukkes.



Figur 4 Log ind skærm for Dansk Hjerterehabileringsdatabase.

5.3 Indberetningsmetoder

Der er rent praktisk forskellige metoder til indberetning: en obligatorisk minimumsregistrering og en fuld klinisk database. Den obligatoriske del kræver oplysninger, der som et minimum skal indberettes. I den fulde kliniske database er der mulighed for at taste ekstra oplysninger ind på forskellige områder. Der er ikke tale om enten eller, idet man godt kan differentiere imellem fx fysioterapien og sygeplejen. Således kan nogle faggrupper indberette i den fulde kliniske database, mens andre kan vælge at indberette i den obligatoriske database.

5.4 Hvem skal indberettes

Ved implementeringen er det lovpligtigt at indberette alle patienter som har en iskæmisk hjertesygdomsdiagnose og modtager hjerterehabilering. Forholdet mellem alle iskæmikere og de som rehabiliteres er det man skal redegøre for, og der vurderes herved kun på tal fra iskæmikere. Det er således ikke påbudt at indtaste de patienter som fravælger hjerterehabileringen, der skal blot redegøres for de som rehabiliteres. Dog kan alle hjerterehabileringspatienter indtastes, hvorved det er ligegyldigt om hjertepatienterne har den ene eller den anden diagnose. Indtastning af alle hjerterehabileringspatienter kan lette tvivlen om, hvorvidt der skal testes eller ej. I databasesammenhængen afsluttes hjerterehabileringsforløbet efter 6 mdr.

5.5 Datafangst

Databasen er baseret på datafangst fra alle tilgængelige registre. Denne metode er valgt for at undgå dobbeltregistrering i videst muligt omfang. Ved implementering forventes datafangsten at fungere i forhold

til CPR-registret, LPR-registeret og LABKA systemet, samt receptregisteret. På sigt udbygges datafangsten i takt med at flere registre gøres tilgængelige.

Der eksisterer en række udfordringer i forhold til datafangst hvoraf registeropdateringer, som af gode grunde ikke er simultane, kan nævnes. Det betyder, at blodprøver taget på besøgsdagen ikke nødvendigvis er opdateret når man sidder med patienten og vil inddatere i databasen. Det er målet for databasen, at der opnås natlig opdatering for de registre hvor det er muligt.

6. Workshoppens resultater

6.1 Gruppearbejde

Der blev arbejdet i grupper med forståelsen af opgaven, interesser i databasen og umiddelbare bekymringer. Resultaterne blev brugt ved en yderligere gruppeopgave, hvor deltagerne blev blandet og fik til opgave at diskutere:

- Hvad den fælles opgave gik ud på.
- Hvordan man kunne tilgodese egne interesser.
- Hvad succeskriterierne var til databasen.
- Hvilke aktiviteter der skulle sættes i stand, for at databasen vil lykkes med sine mål.
- Hvordan organiseringen skulle være/hvor ansvaret skulle ligge.

Grupperne fik besked på at lave en planche med hovedpunkter og holde et oplæg i plenum. Ud fra disse oplæg fik alle klarlagt deres forståelser og bekymringer, og der kunne arbejdes videre herudfra. Nedenfor ses resultaterne af gruppernes arbejde.

GRUPPE 1

- Succeskriterium: datafangst skal fungere når databasen kommer op og fungere (forudsætning for succes!).
- Ønsker:
 - Datafællesskab på tværs af sektorer (alm. praksis, sygehuse og kommuner).
 - Fælles indikatorer for kvalitetssikring. Skal der være noget om livskvalitet, hvilken cykeltest osv.
 - Fælles opfølgningstid. X tid efter udskrivelsen/andet, skal der følges op med den og den test.
 - Kvalitetsudvikling - benchmarking
- Kommunerne vil presse på for at komme hurtigt med.
- Kommunerne vil gerne inviteres til en dialog om hvilke parametre i rehab-delen på det kommunale område, de kan bidrage med.

Præsenteret af Karin Johansen (oversygeplejerske), Birthe Runoberg Nielsen (oversygeplejerske), Susanne Rygner (alment praktiserende læge og praksiskonsulent), Anne Birkedal (sundhedskonsulent) og Helle Sztuk (sundhedskonsulent).

GRUPPE 2

- Procent indikatorer
 - Er de realistiske, er de sat for højt?
 - Er de regnet ud fra alle eller kun HR-deltagere?
- Pt. Gruppe → nemmest at indtaste for alle.
- Hvordan findes årsager til manglende målopfyldelse
 - Kan man få et felt hvor man kan forklare, kommentarfelt som beskriver fejlarter.
- Diætisten → målepunkter på kvaliteten! (Så man kan se i forhold til baseline)
- Tovholder til indtastning? Hvem skal løfte den opgave?
- Kan man se hinandens dataindtastninger? På sygehus, på kommune?
- GODT med database til at føre statistik/audit + forbedre kvalitet.
 - Videreudvikling til kommuner + e.l. så de kan føre data videre fra hvor pt. Er nået til.

Præsenteret ved Lisbeth Ullvit (fysioterapeut), Dorte Jensen (fysioterapeut), Birgitte Snack Nielsen (diætist) og Birgitte Andersen (sygeplejerske).

GRUPPE 3

- DHRD kan give kvalitetsløft
- Få uniformeret tilbuddet i hele regionen.
- Længde af rehabilitering? Ensrettet.

Præsenteret ved Maria Rothgart Petersen (fysioterapeut), Hans Burchardt (afdelingslæge), Jane Jessen (diætist), Susanne Hjort Jensen (sygeplejerske) og Karen Birgit Bruun (sygeplejerske).

GRUPPE 4

- MÅL: optimere behandling, sikre behandlingsniveau og -kvalitet, fange data til at sikre evidens på området.
- Hvordan opnås egne interesser?
 - Vi har allerede noget godt kørende som kan bygges videre på. Sørg for at hive vores interesser med, tage erfaring med og prøve at udvikle.
[Tegning: hus + byggesten - der skal bygges en pavillon eller andet]
- Succeskriterier:
 - Opfyldte indikatorsmål (ikke differentieret...) Tallene er ikke så gennemsligtige. Geografi og demografi skal måske tages med i succesbeskrivelsen, så man tager højde for tunge patienter osv. Baggrundsbefolkning.
- Aktiviteter som skal i gang sættes:
 - Databasen skal læres at kende.
 - Det skal fungere (undgå dobbeltregistrering).
 - Metode: tid i forhold til brugen af databasen. Budskabet skal spredes, så vi finder ud af hvem der skal tage sig af opgaven rent praktisk.
- Organisering, hvem har ansvar?
 - Eget ansvar → ejerskab overfor den fælles database.

Præsenteret ved Pernille Villumsen (fysioterapeut), Lisbeth Thingsted (overlæge), Susanne Rørvold (sygeplejerske) og Stina Hansen (sygeplejerske).

GRUPPE 5

- Alle er meget positive overfor DHRD. Konstruktivt!
- Målet:
 - At få kvalitetssikre det vi laver. Man kan skæve til hinanden og gøre sig bedre på den måde.
 - Ensretning, ikke nødvendigvis at det skal være helt ens, men outcome skal være det samme.
 - Sammenlign på tværs.
- Succes:
 - Indikatorerne skal være opfyldt (til en start).
 - Hen ad vejen kan man øge kriterierne..
- Organisering:
 - God ide hvis alle indberetter indenfor egen faggruppe. Bedst således.
 - Start i det små (evt. med et projekt på 20 patienter og derefter evaluere). [kravet om 90 % skal være opfyldt indenfor 3 år. Man skal stå til regnskab overfor klinikledelsen].
- Hvad skal der til?
 - Tro på det, ejerskab overfor databasen. (Det er et godt projekt og godt givet ud i forhold til resultatet).
 - Ekstra tid i starten og permanent.
 - Det skal kræve få ressourcer.
- Alm. bekymringer:
 - Dobbeltregistrering.
 - Kan man bruge databasen som et opslagsværk, så det er lettere at gå ind og finde tal, i stedet for i OPUS, hvor der er meget tekst.

Præsenteret ved Birgitte Blume (fysioterapeut), Søren Danielsen (fysioterapeut), Jens Thorsen (overlæge), Anne Mette Aaris (sygeplejerske) og Lene Jørgensen (diætist).

6.2 Psykologisk kontrakt

Gennem gruppearbejde på tværs af sygehusenheder og sektorer blev udarbejdet en psykologisk kontrakt.

Deltagerne var overordnet positivt stemte i forhold til databasen, da databasen vil medvirke til dokumentation på området, som kan gøre det lettere at få adgang til ressourcer. Der var derudover blandt deltagerne en gennemgående bekymring overfor den ekstra arbejdsbyrde. Deltagerne var enige om, at der skulle arbejdes tværfagligt og tværsektorielt for at fremme den fortsatte udvikling af arbejdet med databasen og hjerterehabilitering. Ordlyden af den psykologiske kontrakt fremgår af nedenstående ramme.

Psykologisk kontrakt for implementering af DHRD i region Sjælland

- Vi arbejder under fælles retningslinjer for hjerterehabilitering.
- Vi er positive overfor at databasen fungerer og vil give et godt udbytte.
- Vi er skeptiske og bekymrede overfor den ekstra arbejdsbyrde.
- Vi erkender at vi ikke får ekstra tid.
- Vi har en fælles sundhedspædagogisk forståelse (inddragelse af patienter).
- Vi har et fælles mål for rehabilitering og bruger egne metoder/forskellighed.
- Vi skal arbejde tværfagligt og tværsektorielt, og fremover mødes med sigte på fortsat udvikling af arbejdet med databasen.
- Rammerne for DHRD skal formidles hierarkisk og matrix gennem en synlig kommunikation.
- Projektet skal formidles og forankres ledelsesmæssigt.

6.3 Konkrete ønsker

I løbet af workshoppen kom der kommentarer og erfaringer fra deltagerne, som ligger til grund for den nedenstående ønskeliste til, hvordan databasen kan integreres i det daglige kliniske arbejde og blive indholdsmæssigt mere brugervenlig.

Der efterlystes bedre kommunikationsveje omkring databasen via RKKP strukturen. Deltagergruppen var noget uforstående overfor, at de ikke kendte til databasen og hvem der var udpegede kontaktpersoner, hvem der havde fået invitation til workshoppen mm. Helt konkret blev det tydeligt, at lokale fysioterapeuter, som er helt centrale aktører i rehabiliteringen angivelig ikke er blevet informeret om databasen. Det blev aftalt, at fremsendte informationer om databasen gøres tilgængelig for at synliggøre kommunikationen for deltagere og øvrige involverede. Materialet findes på RKKPs hjemmeside: <http://www.kcks-vest.dk/kliniske+kvalitetsdatabaser/hjerterehabilitering?> . Endelig blev der efterspurgt ledelsesmæssig opbakning og prioritering lokalt.

Regionalt

- Der skal etableres en synlig og entydig kommunikation om databasen, som når ud til de personer som er direkte involveret i databasen.
- Brugerkode skal svare til regions-brugerkode, så det ikke bliver en ny kode til DHRD systemet.
- Databasen skal kunne tilgås fra OPUS hvor man arbejder, så man ikke skal via skrivebordet for at åbne den (eksempelvis der hvor der ligger link til www.sundhed.dk).
- Når folk forlader afdelingen, skal fjernelse af adgangen styres regionalt. Det skal ikke være et arbejde som ligger i afdelingen

Indholdsmæssigt

- Der skal være en klar arbejdsgang for de patienter, som ikke skal hjerterehabileres?
- Det skal være muligt at vælge "andet" under fysisk funktionstest.
- Ønske om, at det er dags dato der fremkommer som default.
- Ønske om, at man kan vælge "andet" i styrketest.
- Det er planlagt, at man får et overbliksbillede over tid, som graf (hvad er der sket over tid).
- Kunne man følge hvor patienten er nået til? Evt. med et stort flueben ved hver fane, når patienten er afsluttet fra pågældende faggruppe.
- Del-notater (for hver faggruppe). Fagdelte journalnotater.
- Tidligere rehabiliteringspatienter, som bliver indlagt igen: det skal være tydeligt, at patienten starter på ny i rehabilitering forløb.

6.4 Aftaler på de seks lokale sygehuse

Som en del af workshoppen skulle de repræsenterende deltagere fra hvert sygehus aftale, hvad de fremadrettet ville gøre for at påbegynde implementeringen af DHRD. Nedenstående tabel giver en oversigt over disse aftaler.

<i>Aftaler fra Næstved</i>	
-	Fasteglukose og HbA1c på alle patienter som rutine.
-	Efter fem måneder skal vi skimme igennem, at vi får gjort alle ting.
-	Sygeplejerskerne finder testpersoner efter weekenden.
-	Finder de rigtige patienter.
-	Vi vil finde info-mail for at gøre det legalt overfor ledelsen, at vi bruger tid på projektet. Kontakt til afdelingsledelsen for at få den mail. Alle skal have en snak med de respektive afdelinger, for at informere om hvad det går ud på og at det er et krav, at alle skal taste ind.
<i>Aftaler fra Køge</i>	
-	Vi snakker sammen på onsdag og får fat i forløbskoordinator og prøver at få snakket med diætisterne, så vi kan starte så småt.
-	Starter først på onsdag.
-	[Kommentar om achilles-hæl i at skulle indtaste på patienter, som allerede har været i gennem forløb].
-	Ledelsen bakker op (i kraft af Niels Gadsbøll).
<i>Aftaler fra Nykøbing Falster</i>	
-	Fysioterapien finder to patienter, som alle indtaster på i næste uge. Sendes ud på mail.
-	Prøver individuelt hvordan det lykkes at indtaste, hvor meget man har tid til osv.
-	Diskuteret hvem der varetager LIS-opkoblingen.
-	Rehabiliteringsdatoen hvornår? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rehabilitering – første rehabiliteringskontakt, Baseline er første samtale, stabile angina er det KAG dato.
<i>Aftaler fra Slagelse</i>	
-	I næste uge tales med diætisten, overlæge-ansvarlig.
-	Når fysioterapeuten er tilbage skal hun give to cpr-numre som vi prøver på.
-	Sygeplejersken taler med afdelingsledelsen om, hvem der taster osv.
-	En skal udpeges som tovholder, som sikrer at alle opstartede er afsluttede efter 6 mdr.
-	Startbesøget laves af sygeplejersken. Print af startjournalen sendes videre til den næste.
-	Diætisten slår selv op i databasen.
-	Lægedelen er endnu ikke fastlagt.
<i>Aftaler fra Roskilde</i>	
-	I morgen (lørdag d. 8. juni) findes lister om hold der afsluttes i næste uge, de første tre tages.
-	På fredag (fredag d. 14. juni) afholdes evalueringssmøde.
-	Derefter tages møde med ledelsen om hvordan den fremtidige handling skal være.
-	Først praktisk erfaring og derefter tages det med ledelsen.
-	Sekretærene burde måske have været med på workshoppen, fordi de også har en del af opgaven.
<i>Aftaler fra Holbæk</i>	
-	på mandag ringer deltagerne sammen og udvælger et cpr-nummer som indtastes på
-	vidensdeling med diætister og få dem til at indtaste på samme cpr-numre.
-	Evaluerer i slutningen af ugen.
-	Efterslæb pga. ferie for lægens vedkommende.
-	Sørge for at ledelsen er indforstået og så har vi både Ulla og Ann-Dorthe, derfor handler det mere om sygeplejeledelsen og diætisterne, som skal kobles på.
-	Fysioterapeuterne skal også have besked.
-	Redskaber skal findes til hvordan vi får det til at køre.

6.5 Evaluering

Som afslutning på workshoppen sikrede proceskonsulent en evaluering af det arbejdsintensive forløb. Evalueringerne er grupperet nedenfor under det der var godt ved forløbet og hvad der kunne arbejdes videre med ved en evt. gentagelse eller gennemførelse i andre regioner. Der var enighed blandt deltagerne om, at et opsamlende møde omkring databasen, når databasen har været i drift gennem et halvt år kunne bidrage til det videre arbejde med databasen, hjerterehabilitering og forløbsprogrammet.

Det var godt

- Det var rart at se hinandens tilbud om rehabilitering.
- God proces, så databasen tidligere, hvilket var rart.
- Er blevet mere klart og tydeligt i dag, fordi vi har repræsentanter med fra alle områder. Der er kommet en god plan for det fremtidige arbejde.
- Konstruktiv og imponerende med udfaldet af arbejdet.
- Mere konkret hvad vi skal gøre lokalt. Der ligger en udfordring i at få resten af faggrupperne med derhjemme.
- Tidspres har måske fungeret som fordel.
- Er blevet meget klogere på hvordan der konkret skal arbejdes videre.
- Er blevet mere rummelig overfor hvorfor andre ikke er så optimistiske
- Det har været berigende og inspirerende at se de andres tilbud
- Er blevet klogere på det hele. Det har været givende som team at være af sted, så vi ikke står alene med det.
- Udbytterigt. Kan tage tilbage med ro i sjælen omkring den opgave der ligger fremad.
- Rart at få en større indsigt i hvad der foregår og at få adgang til at gå ind og kigge i databasen.
- Udbytterigt at mødes i en tværfaglig setting. Visionært kan dette forum muligvis også bruges til andre områder fremadrettet.

Det kan gøres bedre ved en reproduktion

- Ville gerne have set databasen tidligere og mere grundigt.
- Udbytterigt, men for tidspresset.
- Usikker på, hvordan vi helt konkret løser opgaven.
- Uklart at vi ikke kender listen med kontaktpersoner.
- Har savnet en bredere repræsentation fra vores eget lokale område.
- Ønske om, at fysioterapien ensretter endnu mere i fremtiden.
- Tidspresset. Ville også gerne have haft vores bruger ID tidligere, så vi kunne have rodet med det.
- Kunne også godt have ønsket mig flere tværfaglige kolleger fra mit eget lokalområde.

Bilag

A. Hjerterehabiliteringstilbud i Region Sjælland	
A1. Nykøbing Falster Sygehus	s.33
A2. Roskilde Sygehus	s.35
A3. Køge Sygehus	s.37
A4. Holbæk Sygehus	s.39
A5. Næstved Sygehus	s.41
A6. Slagelse Sygehus	s.43
A7. Køge Kommune	s.45
A8. Almen praksis	s.47
B. Lokale kontaktpersoner udpeget via RKKP netværk pr. juni 2013	s.48
C. Deltagere i workshoppen 6. og 7. juni 2013	s.49

A1) Hjerterehabilitering Nykøbing Falster Sygehus

Sygehus	Nykøbing Falster Sygehus Fjordvej 15 4800 Nykøbing Falster
<i>Præsenteret af</i>	Lisbeth Thingsted, Anne Mette Aaris, Dorthe Jensen og Lene Jørgensen
<i>Form</i>	Akutsygehus Med satellitfunktion i Nakskov.
<i>Optag</i>	
	Kommuner Guldborgsund Lolland
	Indbyggere 110.000
<i>Antal kardiologiske senge</i>	23
<i>Nye kardiologiske patienter i 2012</i>	8.000
<i>Hjerterehabileringspatienter / år</i>	400
<i>Visitering til hjerterehabilitering</i>	?
<i>Rehabiliteringsteam</i>	6 sygeplejersker
	Teammøder ?
Kompetencer	
<i>Sygeplejersker</i>	Mangeårig erfaring inden for kardiologien.
Elementer i hjerterehabiliteringen	
<i>Individuel vurdering og tilrettelæggelse</i>	Ja, bl.a. diætistsamtaler og samtaler med sygeplejerske.
<i>Opstart</i>	14 dage efter modtagelse af epikrise indkaldes til samtale med sygeplejerske. Første samtale på 60 min.
<i>Patientundervisning</i>	Rehabiliteringsforløbet strækker sig som udgangspunkt over et år. I løbet af dette år er der min. 4 individuelle samtaler med en sygeplejerske.
<i>Fysisk træning</i>	
Indledende samtale med fysioterapeut	Ja. Der er forundersøgelse hver 14. dag. Stratificeres til almindeligt eller hensynstagende hold. Test med Borg 15 el. 6 min. gangtest. SF36 spørgeskema. Fokus på handleplan og fastholdelse.
	Varighed 8 uger
Antal undervisningsgange	1 time 2 gange/uge.
Mulighed for henvisning til almen genoptræning	Ja
Optag på træningshold	Løbende. Der er tre almindelige hold og et hensynstagende.
Antal på hold	7-10 deltagere
Antal fysioterapeuter på holdet	1 + 1 sosu/studerende.
Træningsfaciliteter	Variierende træning med fokus på styrke-, kondition- og balanceelementer.
Afslutningstest	Ja, Borg 15 el. 6 min. snakketest.
<i>Diætistbehandling</i>	Individuelt. Sygeplejerske henviser til diætist, patienten skal have tilsendt en tid inden for 1 uge. 4-6 samtaler på et år.

<i>Psykosocial støtte</i>	Ja. Samtale om indlæggelsesforløbet, patient og pårørendes erfaring/reaktion efter udskrivelsen, fokus på eventuel tendens til depression, samtale om arbejdssituation mm. og oplysning om udbetaling af forsikring "Ved kritisk sygdom".
<i>Specialtilbud</i>	Opfølgende samtaler med sygeplejerske (30 min).
<i>Lægefaglig behandling</i>	Lægesamtale i ambulatorium, min. 1 gang.
<i>Individuel afslutning og viderevisitering</i>	Ja.
Andet/særlige forhold	
Da der har vist sig at være en del frafald af borgere fra Vestlolland til træning i Nykøbing, er der indgået en aftale med Lolland Kommune, som stiller maskiner og fysioterapeuter til rådighed og forestår træning for kardiologiske rehabiliteringspatienter i forbindelse med Ambulatoriet i Nakskov.	
Tilgængeligt materiale	
Fase 1 hjerterehabilitering instruks.	
Fase 2 hjerterehabilitering instruks.	
Skemaer over sygeplejekonsultationer, 1. samtale og opfølgende.	
HADS skema.	
Genoptræningsplan (skema).	
Retningslinjer for diætvejledning.	
Oversigt over diætetiske vejledningsforløb.	
Foldere:	
<ul style="list-style-type: none"> - Tilbud til borgere med hjertekarsygdom (Guldborgsund Kommune) - Mad for dit hjertes skyld (Region Sjælland, Sygehus Syd). - Hjerterehabilitering. I gang efter en hjertesygdom (Region Sjælland, Nykøbing Falster Sygehus). - Stavgang – sådan kommer du i gang (Gigtforeningen). - Fem gode øvelser med elastik (Gigtforeningen). - Den store træningsbold (Gigtforeningen). - Krop & Fysik (Danske Fysioterapeuter). 	
Diverse artikler.	
Powerpoint præsentationer:	
<ul style="list-style-type: none"> - Hjerterundervisning. - DHRD workshop d. 6.-7. juni 2013. 	
Mappe med papirer fra fysioterapien, inkl. visitkort fra Hjerterforeningen.	

A2) Hjerterehabitering Roskilde Sygehus.

Sygehus	Roskilde Sygehus Køgevej 7-13 4000 Køge
<i>Præsenteret af</i>	Hans Burchardt, Susanne Rørvold, Birgitte Blume og Birgitte Schnack Nielsen
<i>Form</i>	Specialsygehus
<i>Optag</i>	
	Kommuner Roskilde Lejre Solrød Greve
	Indbyggere Knap 200.000 (er reelt tal 180.000?)
<i>Antal kardiologiske senge</i>	44
<i>Nye kardiologiske patienter i 2012</i>	3.500
<i>Hjerterehabileringspatienter / år</i>	300
<i>Visitering til hjerterehabitering</i>	Under indlæggelse eller ambulant
<i>Rehabiliteringsteam</i>	2 læger, 4 sygeplejersker, 1 fysioterapeut, diætist, socialrådgiver og psykolog.
	Teammøder Kvartalsmæssige tværfaglige teammøder med fokus på faglige input, organisering af opgaver og opdatering fra de enkelte områder.
Kompetencer	
<i>Sygeplejersker</i>	Kardiologisk efteruddannelse og regionens Sundhedspædagogiske uddannelse.
Elementer i hjerterehabiteringen	
<i>Individuel vurdering og tilrettelæggelse</i>	Ja.
<i>Opstart</i>	Individuelt: Samtale med sygeplejerske ca. 6 uger efter udskrivelse (30 min). Holdbaseret: Introduktionsmøde ved sygeplejerske og læge.
<i>Patientundervisning</i>	Individuel eller holdbaseret patientundervisning. På holdbaseret forløb: Undervisning ved psykolog, diætist og socialrådgiver og læge.
<i>Fysisk træning</i>	
Indledende samtale med fysioterapeut	Ja, inkl. test (Borg 15). Stratificeres til træning på hensynstagende- eller almindeligt hold.
Varighed	8 uger
Antal undervisningsgange	1 time 2 gange/uge
Mulighed for henvisning til almen genoptræning	Ja
Optag på træningshold	Hold starter op efter behov. Typisk er der 4 almindelige og 1 hensynstagende hold.
Antal på hold	Ej oplyst
Antal fysioterapeuter på holdet	1-2
Træningsfaciliteter	Ej oplyst

	Afslutningstest	Ja, Borg 15. Inklusiv afsluttende samtale med stillingtagen til videre forløb.
<i>Diætistbehandling</i>		Ja, hold med pårørende. Individuel vejledning efterfølgende hvis det har interesse.
<i>Psykosocial støtte</i>		Ja. Undervisning med fokus på sociallovgivning ved socialrådgiver. Desuden undervisning ved psykolog.
<i>Specialtilbud</i>		-
<i>Lægefaglig behandling</i>		Afsluttende samtale.
<i>Individuel afslutning og viderevisitering</i>		Ja, individuel afsluttende samtale med læge.

Andet/særlige forhold

Patienter får ved indledende samtale HADS spørgeskema, samt frankeret svarkuvert med hjem. Portoengælder i en uge. Der ses en høj svarprocent. Ved høje scorer vurderes om henvisning skal ske til egen læge eller psykolog.

Tilgængeligt materiale

Standard ICF skabelon startnotat og slutnotat.

Eksempler på startnotat og slutnotat.

Hjertebog – Velkommen til hjertegenoptræning og undervisning på Roskilde Sygehus.

Hjertebog – Velkommen til hjertetræning på Roskilde Sygehus.

Henvisningsskema til fase 3 hjerterehabilitering, inkl. folder fra samarbejdskommunerne.

Instruks om Nitroglycerin til iskæmiske hjertepatienter i fysioterapeutisk hjerterehabilitering, Køge og Roskilde.

Instruks om Patienter som bliver dårlige ifbm. fysisk træning på hjertehold.

Instruks om Iskæmisk hjertetræning-forundersøgelse. Fysioterapi, Roskilde.

Instruks om Hjertepatienter på ambulante hold. Fysioterapi.

Instruks om Fremgangsmåde ved individuel hjertegenoptræning.

Foldere:

- Samtale i sygeplejeambulatoriet.
- Det bliver hverdag igen.

Skema om Oplysninger til Specialiseret genoptræningsplan.

Vejledning til udfyldelse af visitations- og forløbsskema før start af hjerterehabilitering.

Informationspapirer:

- Introduktionsmøde til hjerterehabilitering.
- Hjerterehabilitering – individuelt hos sygeplejerske og læge.
- Ambulant individuel sygeplejesamtale.

Brev om angst- og depressionsscreening, samt HADS skema.

Powerpoint præsentationer:

- Introduktionsmøde til hjerterehabilitering.
- Psykologiske reaktioner og forebyggende tiltag.
- Hjertesund mad.
- Sociallovgivning og anden lovgivning ved fysisk eller psykisk nedsat funktionsevne i forbindelse med hjertesygdom.
- Medicin.
- Fysisk træning.
- DHRD Workshop d. 6.-7. juni 2013.

Anonymiserede eksempler på patientjournaler.

A3) Hjerterehabilering Køge Sygehus

Sygehus	Køge Sygehus Lykkebækvej 1 4600 Køge
<i>Præsenteret af</i>	Susanne Hjort Jensen og Lisbeth Ullvit
<i>Form</i>	Akutsygehus
<i>Optag</i>	
	Kommuner Køge Roskilde Stevns Greve Lejre Faxe Solrød
	Indbyggere 160.000
<i>Antal kardiologiske senge</i>	26
<i>Nye kardiologiske patienter i 2012</i>	Ca. 2000
<i>Hjerterehabileringspatienter / år</i>	237 (2012)
<i>Visitering til hjerterehabilering</i>	Under indlæggelse og ambulat
<i>Rehabiliteringsteam</i>	Læge, sygeplejerske, fysioterapeut, diætist, socialrådgiver, lægesekretær/forløbskoordinator.
	Teammøder 1-2 tværfaglige teammøder årligt. Sygeplejegruppen mødes 1-2 gange derudover ved behov.
Kompetencer	
<i>Sygeplejersker</i>	Kardiologisk efteruddannelse og rygestopinstruktøruddannelse. En sygeplejerske har regionens sundhedspædagogiske uddannelse og endnu en er under uddannelse.
<i>Fysioterapeuter</i>	Flere tager regionens sundhedspædagogiske uddannelse.
Elementer i hjerterehabileringen	
<i>Individuel vurdering og tilrettelæggelse</i>	Ja, opstart via sygeplejesamtale under indlæggelsen og henvisning til infomødet. Her kan patienterne sige til og fra. De bliver indkaldt til alle tilbud og kan takke nej ved infomødet.
<i>Opstart</i>	Tværfagligt informationsmøde (120 min) ca. 14 dage efter epikrisen er modtaget. Sygeplejesamtale (45 min) med fokus på psykosocial støtte og KRAM faktorer.
<i>Patientundervisning</i>	Patientundervisning gives individuelt af læge og sygeplejerske til samtalerne. Diætist på hold med mulighed for opfølgning indiv.
<i>Fysisk træning</i>	
Indledende samtale med fysioterapeut	Ja, inkl. BORG 15, Stratificeres til træning på hensynstagende eller almindeligt hold, evt. til individuel træning
	Varighed 8 uger
Antal undervisningsgange	1 time 2 gange/uge
Mulighed for henvisning til almen genoptræning	Ja.
Optag på træningshold	Lukkede hold med opstart efter behov.

Antal på hold	8-12 deltagere
Antal fysioterapeuter på holdet	1-2
Træningsfaciliteter	Kondition- og styrketræning, hvoraf meget foregår i interval.
Afslutningstest	BORG 15 eller 6 minutters gangtest.
<i>Diætistbehandling</i>	Holdundervisning (120 min). Opfølgende individuel samtale (45 min).
<i>Psykosocial støtte</i>	Ja ved behov mulighed for kontakt til socialrådgiver.
<i>Specialtilbud</i>	Evt. socialrådgiver og sygehuspræst.
<i>Lægefaglig behandling</i>	20 min. samtale med fokus på medicinsk behandling og risikofaktorer. Patienten kan afsluttes hos lægen, og fortsat følge fysisk træning.
<i>Individuel afslutning og viderevisitering</i>	Ja.

Andet/særlige forhold

-

Tilgængeligt materiale

Skematisk oversigt over forløbsprogram for patienter med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt.

Instruks om Hjerterehabilitering.

Hjertebog – Velkommen til hjertetræning på Køge Sygehus.

Henvisningsskema til sygeplejesamtale.

Oversigt over den sygeplejefaglige rehabiliteringsgruppe og forløbsprogram for kronisk hjertesygdom.

Vejledende interviewguide til brug ved sygeplejesamtale.

Skabelon til journalnotat – sygeplejerske.

Blankt eksempel på sygeplejefournalnotat.

Instruks om screening for angst- og depression, samt HADS skema.

Plejeplaner:

- Under indlæggelse.
- Rehabilitering efter indlæggelse.

Foldere:

- KRAM – til patienterne (Medicinsk afdeling, Køge Sygehus).
- Bliv X ryger. Det gælder din sundhed! (Køge Kommune).
- Sygehuspræst (Region Sjælland, Sygehus Nord).
- Hjertekarsygdomme og rejsningsbesvær (Eli Lilly Danmark).
- Hjertevenlig kost (Region Sjælland, Køge Sygehus).
- Hjerteforeningens rådgivningscentre. Tilbud til hjertekarsyge og pårørende (Hjerteforeningen).
- Rejsesygesikring (www.nyerejseregler.dk).
- En bedre hverdag til dig med KOL, type 2-diabetes og hjertesygdom (samarbejdskommunerne).

Informationspapirer:

- Informationsmøde om hjerterehabilitering.
- Ambulant sygeplejesamtale.
- Nitroglycerin.
- Psykologhjælp.
- Socialrådgivning i kardiologisk afdeling, Køge Sygehus.
- Engangssum ved visse kritiske sygdomme.
- Pårørendegruppe til borgere med hjertesygdom. Greve Kommune.

Powerpoint præsentation:

- DHRD workshop d. 6.-7. juni 2013.

A4) Hjerterehabilitering Holbæk Sygehus

Sygehus	Holbæk Sygehus Smedelundsgade 60 4300 Holbæk
<i>Præsenteret af</i>	Stina Hansen og Søren Danielsen
<i>Form</i>	Akutsygehus
<i>Optag</i>	
	Kommuner Holbæk Odsherred Kalundborg
	Indbyggere I alt 151.000
<i>Antal kardiologiske senge</i>	30
<i>Nye kardiologiske patienter i 2012</i>	418
<i>Hjerterehabiliteringspatienter / år</i>	126 (2012)
<i>Visitering til hjerterehabilitering</i>	Under indlæggelse og ambulat. Under indlæggelse information, vejledning og forberedelse på efterbehandling.
<i>Rehabiliteringsteam</i>	<i>Selvstændigt rehabiliteringsteam:</i> 1 ansvarlig specialesygeplejerske, 2 sygeplejersker, 1 overlæge, 1-2 diætister og 1 fysioterapeut
	Teammøder Hver torsdag formiddag og eftermiddag
Kompetencer	
<i>Sygeplejersker</i>	Flere års kardiologisk erfaring og kardiologisk efteruddannelse. En sygeplejerske har Master i Voksenuddannelse og Regionens Sundhedspædagogiske uddannelse.
Elementer i hjerterehabiliteringen	
<i>Individuel vurdering og tilrettelæggelse</i>	Individuelle tider for udvalgte patienter (30 min). Evt. korte kontroller (15 min) eller telefonkonsultation.
<i>Opstart</i>	Samtale ca. 14 dage efter udskrivelsen (60 min.)
<i>Patientundervisning</i>	3 møder á 4 timer
<i>Fysisk træning</i>	
Indledende samtale med fysioterapeut	Ja, 45 min. inkl. test. Det overvejes hvor patienten passer ind i intensitet.
	Varighed 8 uger
Antal undervisningsgange	1 time 2 gange/uge.
Mulighed for henvisning til almen genoptræning	Ja
Optag på træningshold	Løbende optag.
Antal på hold	8-12 personer.
Antal fysioterapeuter på holdet	1-2
Træningsfaciliteter	Fokus på konditræning, bruger meget cykler og intervaltræning.
Afslutningstest	Ja
<i>Diætistbehandling</i>	Individuelle samtaler
<i>Psykosocial støtte</i>	Ingen pt., men en del af fremtidsplanerne.

Specialtilbud

Lægefaglig behandling Afsluttende samtale inkl. viderevisitering til egen læge og kommune (30 min).

Individuel afslutning og viderevisitering Ja, ved læge.

Andet/særlige forhold

Patienter fravælger sommetider specialiseret træning på grund af afstand.

Tilgængeligt materiale

Anamneseskema til undersøgelse og test af hjerteholdspatienter.

Visiteringsskema til hjerterehabilitering.

Powerpoint præsentationer:

- 3 knapper at dreje på når man skal træne hjemme.
- DHRD workshop d. 6.-7. juni 2013.06.27

Rehabiliteringsskema fra Hjereteambulatoriet, Holbæk Sygehus (gult skema).

Informationspapirer:

- Program for hjertemøder.
- Oversigt over risikofaktorer.
- Information om nitroglycerin.
- Evalueringsskema for patientuddannelsen.
- Relevante hjemmesidelinks.
- Hjerterehabilitering på Holbæk Sygehus.
- Rehabiliteringsinformation til forskellige patientgrupper.
- Sociallovgivningen for hjertepatienter.

Anonymiserede eksempler på patientjournaler.

A5) Hjerterehabilering Næstved Sygehus

Sygehus	Næstved Sygehus Ringstedgade 61 4700 Næstved
<i>Præsenteret af</i>	Jens Thorsen, Birgitte Andersen, Pernille Villumsen og Jane Jessen
<i>Form</i>	Specialsygehus
<i>Optag</i>	
	Kommuner Næstved Vordingborg Faxe
	Indbyggere 160.000
<i>Antal kardiologiske senge</i>	24
<i>Nye kardiologiske patienter i 2012</i>	12.500
<i>Hjerterehabileringspatienter / år</i>	Ej oplyst
<i>Visitering til hjerterehabilering</i>	Ej oplyst
<i>Rehabiliteringsteam</i>	Ledes af afdelingssygeplejerske. Derudover sygeplejerske, læge, fysioterapeut og diætist.
	Teammøder Ej oplyst
Kompetencer	
<i>Sygeplejersker</i>	Regionens sundhedspædagogiske uddannelse.
Elementer i hjerterehabileringen	
<i>Individuel vurdering og tilrettelæggelse</i>	Ja.
<i>Opstart</i>	Ved sygeplejerske. 1½ time inkl. journalskrivning. Opfølgende samtaler med sygeplejerske ved behov.
<i>Patientundervisning</i>	2 gange gruppevejledning á 2 timer. Første gang undervisning ved sygeplejerske og diætist (fysisk udgangspunkt). Anden gang ved sygeplejerske og præst (psykisk udgangspunkt). Andet gruppemøde er nyt og starter op efter sommerferien 2013.
<i>Fysisk træning</i>	
Indledende samtale med fysioterapeut	Nej, men fælles informationsmøde hvor patienterne indplaceres på hold.
	Varighed 8 uger, med start- og slutdato som overholdes (træningsgange på helligdage o.lign. går derfor "tabt").
Antal undervisningsgange	1 time 2 gange/ugen. Heraf 1 time teoretisk undervisning om fysisk aktivitet.
Mulighed for henvisning til almen genoptræning	Ja
Optag på træningshold	Løbende
Antal på hold	Ej oplyst
Antal fysioterapeuter på holdet	Ej oplyst
Træningsfaciliteter	Ej oplyst
Afslutningstest	Ej oplyst
<i>Diætistbehandling</i>	Individuel vejledning. 1. samtale på 60 min. inkl. journalnotat.

	Derefter mulighed for opfølgning ved behov.
<i>Psykosocial støtte</i>	<i>Ej oplyst</i>
<i>Specialtilbud</i>	<i>Ej oplyst</i>
<i>Lægefaglig behandling</i>	Opfølgende lægesamtale 2-3 mdr. efter. Lægen ser først efter afslutning ved fysioterapien.
<i>Individuel afslutning og viderevisitering</i>	Ja, hvis patienten reagerer på opfordring til at kontakte sygeplejersken.
Andet/særlige forhold	
-	
Tilgængeligt materiale	
Powerpoint præsentation:	
- DHRD workshop d. 6.-7. juni 2013.	

A6) Hjerterehabilering Slagelse Sygehus

Sygehus	Slagelse Sygehus Ingemannsvej 18 4200 Slagelse
<i>Præsenteret af</i>	Karen Birgit Bruun og Maria Rothgart Petersen
<i>Form</i>	Akutsygehus
<i>Optag</i>	
	Kommuner Slagelse Sorø Ringsted Kalundborg
	Indbyggere 165.000
<i>Antal kardiologiske senge</i>	24
<i>Nye kardiologiske patienter i 2012</i>	7.136
<i>Hjerterehabileringspatienter / år</i>	<i>Ej oplyst</i>
<i>Visitering til hjerterehabilering</i>	25 % modtages direkte i afsnittet
<i>Rehabiliteringsteam</i>	Sygeplejersker, fysioterapeut og diætist.
	Teammøder Afsnitsledelserne mødes efter behov. Undervisningsgruppen (fysioterapeut, diætist, sygeplejersker) mødes ca. hvert kvartal.
Kompetencer	
<i>Sygeplejersker</i>	Mangeårig kardiologisk erfaring og kardiologisk efteruddannelse. 2 har regionens sundhedspædagogiske uddannelse, og en af disse læser master i sundhedsfremme på RUC og har deltaget i en regional projektgruppe om patientuddannelser.
<i>Diætist</i>	Mangeårig erfaring med diætbehandling af kardiologiske patienter. Medlem af netværk for kardiologiske diætister.
Elementer i hjerterehabileringen	
<i>Individuel vurdering og tilrettelæggelse</i>	Ja. 1 individuel rehabiliteringssamtale med sygeplejerske ca. 2-3 uger efter udskrivelsen (45 min.)
<i>Opstart</i>	Informationsmøde med pårørende finder sted inden rehabiliteringssamtalen.
<i>Patientundervisning</i>	Inklusiv pårørende. Stratificering til hjertehold 2 eller 3. Hold 2 er fysisk og teoretisk, hold 3 kun teoretisk og har undervisning én hel dag, med sygeplejersker, sygehuspræst, diætist, fysioterapeut og hjerteforeningen.
<i>Fysisk træning</i>	
Indledende samtale med fysioterapeut	<i>Ej oplyst</i>
Varighed	8 uger
Antal undervisningsgange	1½ time 2 gange/uge
Mulighed for henvisning til almen genoptræning	Ja
Optag på træningshold	<i>Ej oplyst</i>
Antal på hold	<i>Ej oplyst</i>

Antal fysioterapeuter på holdet	<i>Ej oplyst</i>
Træningsfaciliteter	<i>Ej oplyst</i>
Afslutningstest	<i>Ej oplyst</i>
<i>Diætistbehandling</i>	Henvisning fra opstartssamtalen ved behov. Individuel diætvejledning.
<i>Psykosocial støtte</i>	Ja, i den individuelle rehabiliteringssamtale med sygeplejerske.
<i>Specialtilbud</i>	Livsstilssamtale efter behov og tid.
<i>Lægefaglig behandling</i>	2-3 uger efter rehabiliteringssamtalen (15 min.). Vurdering af behov for fortsat opfølgning i kardiologisk regi eller afslutning til egen læge.
<i>Individuel afslutning og viderevisitering</i>	
Andet/særlige forhold	
-	
Tilgængeligt materiale	
Powerpoint præsentation:	
- DHRD workshop d. 6.-7. juni 2013.	
Skriftligt materiale indlejret i powerpoint præsentation:	
- Fase 1 tjekskema.	
- Samtale hos sygeplejerske.	
- Fase 2 støtteark for rehabiliteringssamtale.	
- Standardnotat for rehabiliteringssamtale.	
- Mine tal.	
- Holdningspapir vedrørende sygeplejefaglig opfølgning i Kardiologisk Dagsafsnit af patienter udskrevet med Akut Koronar Syndrom.	
- Kommunernes tilbud til borgere med hjertekarlidelse.	

A7) Hjerterehabilitering Køge Kommune, eksempel fase 3 i kommunalt regi.

Enhed	Køge Kommune Forebyggelse og Sundhedsfremme Torvet 1, 2. sal 4600 Køge
<i>Præsenteret af</i>	Anne Birkedal
<i>Form</i>	Kommunalt hjerterehabiliteringstilbud
<i>Optag</i>	
Samarbejdspartnere	København Syd: Faxe, Greve, Køge, Stevns, Solrød, Roskilde og Lejre kommuner
<i>Samarbejde</i>	Indgik i tværsektoriel projektgruppe med Roskilde og Køge Sygehuse, almen praksis, Hjerteforeningen og syv samarbejdskommuner.
<i>Visitering til hjerterehabilitering</i>	Fælles henvisningsblanket
<i>Rehabiliteringsteam</i>	<i>Ej oplyst</i>
Teammøder	<i>Ej oplyst</i>
Elementer i hjerterehabiliteringen	
<i>Opstart</i>	Der henvises fra sygehuset, herefter ringes borgeren op og inviteres til en indledende samtale.
<i>Fokus i den kommunale hjerterehabilitering</i>	Borgerens motivation. Udfordringer i hverdagen, som borgeren gerne vil blive bedre til at klare. Psykosocial støtte. Mulighed for at danne netværk. Udslusning – støtte til fastholdelse af de gode vaner når forløbet er slut.
<i>Indledende fysisk test</i>	Ja
<i>Varighed af hjerterehabiliteringen</i>	10 uger med fysisk træning og temamøder
<i>Antal undervisningsgange</i>	2 gange/uge
<i>Optag</i>	Fast optag. Der kan være en del ventetid, men borgeren informeres altid og det forsøges vendt til forberedelsestid og borgeren tilbydes fx rygestop. Erfaring viser, at faste hold skaber tillid.
<i>Antal på hold</i>	<i>Ej oplyst</i>
<i>Udformning af fysisk del</i>	Brug af logbøger Træning i: <ul style="list-style-type: none"> - Træningscenter - Naturen - Lokalsamfundet (vandaerobic, boksetræning, zumba, fitness center, geo-caching).
<i>Temamøder</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hverdagen med hjertesygdom - Refleksion – erfaring - Motivation og mål - Viden og læring - Krop og sanser - Mad og hjertesygdom - Madlavning - Livreddende førstehjælp

- Deltagerinvolvering

Afsluttende samtale

Ja, med fokus på selvrefleksion, dialog, tillid, motivation, målformulering, fastholdelse og udslusning.

Andet/særlige forhold

Gennemsnitsalderen på rehabiliteringsholdene er generelt høj. Der er vedligeholdelseshold ved siden af, til de dårlige.

Tilgængeligt materiale

Powerpoint præsentation:

- DHRD workshop d. 6.-7. juni 2013.

Folder:

- En bedre hverdag til dig med KOL, type 2-diabetes og hjertesygdom. Et samarbejde mellem praktiserende læger, 6 kommuner og 2 sygehuse i Region Sjælland (Faxe, Stevns, Køge, Roskilde, Greve og Solrød Kommuner, samt Region Sjælland, Sygehus Nord).
-

**A8) Hjerterehabilitering Almen Praksis,
erfaringer fra praksiskonsulent/praktiserende læge.**

Enhed	Lægehuset Hvalsø Tolskovvej 23 4330 Hvalsø
<i>Præsenteret af</i>	Susanne Rygner
<i>Form</i>	Fase III hjerterehabilitering
<i>Erfaringer fra praksis</i>	
Om patienterne	Den alment praktiserende læge har stor viden om den enkelte person. Få af de patienter som indlægges med hjertesygdom er ikke kendt af den praktiserende læge i forvejen. Hos egen læge opdages to grupper af patienter med hjertesygdom: 50-årige til sundhedstjek og patienter med meget comorbiditet.
Tovholderfunktion	Den praktiserende læge ser sig selv som tovholder, som må følge op på hele forløbet.
Datafangst	Har stor erfaring med datafangst. Det ville være godt hvis DHRD kunne få adgang til data fra praktiserende læger.
Svage patienter tabes ved sektorovergang	Svage patienter bliver tabt, hvis de selv skal tage kontakt til egen læge efter afslutning på sygehuset. Der er en udfordring i at bedre kommunikationen, så patienter ikke bliver tabt ved sektor-overgang. Det kunne være godt, hvis man fra sygehusets side kunne booke en tid til opfølgning hos egen læge, så det ikke bliver patienten selv der skal varetage denne opgave. Praktiserende læger reagerer på patienternes egne initiativer.
Betragtninger i forhold til patientundervisning	Ikke alle patienter egner sig til store holdundervisningssessioner.

B) Lokale kontaktpersoner udpeget via RKKP netværk pr. juni 2013

Holbæk

Fysioterapeut Karen Marie Nielsen
 Fysioterapeut Lene Hougaard Kretzschmer
 Overlæge Ulla Overgaard
 Læge Ann-Dorthe Zwisler Olsen
 Sgpl. Stina Hansen
 Lægesekr. Christina Bønne Justesen
 Diætist Anne Marie Holm Hertz
 Kvalitetskonsulent Pia Pawlowski

Køge

Ledende overlæge Niels Gadsbøll

Nykøbing

Lægeseekretær Dorit Kjær Madsen
 Lægeseekretær Tina Annette Stilund
 Lægeseekretær Lisa Thorø
 Lægeseekretær Tina Schultz
 Lægeseekretær Jeannette Christensen
 Fysioterapeut Berit Christensen

Næstved

Læge Jens Fredrik Thorsen
 Sygeplejerske Birgitte Andersen
 Sygeplejerske Inge-Björg Genckel
 Fysioterapeut Pernille Villumsen
 Diætist Jane Jessen
 Lægeseekretær Mette Bundgaard
 Lægeseekretær Janne Eeg Vilhelmsen
 Lægeseekretær Annette Dalsgaard Hilstrøm

Roskilde

Ledende overlæge Gunnar Jensen
 Ledende oversygeplejerske Karin Johansen
 Koordinator Lone Jespersen
 Sygeplejerske Lotte Helmark
 Ledende overfysioterapeut Anne Birthe Madsen
 Fysioterapeut Birgitte Blume
 Afdelingsfysioterapeut Anne Marie Bell

Slagelse

Overlæge Jens Christian Toft
 Sygeplejerske Karen Birgit Bruun
 Fysioterapeut Gitte Maria Bardum-Larsen
 Diætist Helle Grebe Nielsen
 Lægeseekretær Tove Bjerg Schacht

C) Deltagerliste DHRD workshop d. 6.-7. juni 2013.

Ann-Dorthe Zwisler	<i>Overlæge</i>	adz@regionsjaelland.dk	Styregruppe (Holbæk)
Lotte Helmark	<i>Sygeplejerske</i>	kche@regionsjaelland.dk	Styregruppe (Roskilde)
Liv Nørregaard Skøtt	<i>Specialkonsulent</i>	lnsk@regionsjaelland.dk	Region Sjælland
Manon de Jongh	<i>Organisationskonsulent</i>	mdj@u-k.dk	Udviklingskonsulenterne
Anne Birkedal	<i>Sundhedskonsulent</i>	anne.birkedal@koege.dk	Køge Kommune
Anne Mette Aaris	<i>Afdelingssygeplejerske</i>	amaar@regionsjaelland.dk	Nakskov
Birgitte Andersen	<i>Sygeplejerske</i>	bia@regionsjaelland.dk	Næstved
Birgitte Blume	<i>Fysioterapeut</i>	bbl@regionsjaelland.dk	Roskilde
Birgitte Schnack Nielsen	<i>Diætist</i>	bsne@regionsjaelland.dk	Roskilde
Birthe Runoberg Nielsen	<i>Oversygeplejerske</i>	brni@regionsjaelland.dk	Næstved
Britta Nielsen	<i>Sygeplejerske</i>	bnen@regionsjaelland.dk	Nykøbing Falster
Dorthe Jensen	<i>Fysioterapeut</i>	djn@regionsjaelland.dk	Nykøbing Falster
Hans Burchardt	<i>Afdelingslæge</i>	hbur@regionsjaelland.dk	Roskilde
Helle Sztuk	<i>Sundhedskonsulent</i>	helsz@lolland.dk	Lolland Kommune
Jane Jessen	<i>Diætist</i>	jaj@regionsjaelland.dk	Næstved
Jens Thorsen	<i>Overlæge</i>	jfth@regionsjaelland.dk	Næstved
Karen Birgit Bruun	<i>Sygeplejerske</i>	kbbr@regionsjaelland.dk	Slagelse
Karin Johansen	<i>Oversygeplejerske</i>	kjoh@regionsjaelland.dk	Roskilde
Karsten Rasmussen	<i>Fysioterapeut</i>	kkrn@regionsjaelland.dk	Nykøbing Falster
Lene Jørgensen	<i>Diætist</i>	lejo@regionsjaelland.dk	Nykøbing Falster
Lisbeth Thingsted	<i>Overlæge</i>	ltae@regionsjaelland.dk	Nykøbing Falster
Lisbeth Ullvit	<i>Fysioterapeut</i>	lu@regionsjaelland.dk	Køge
Maria Rothgart Petersen	<i>Fysioterapeut</i>	mrped@regionsjaelland.dk	Slagelse
Niels Gadsbøll	<i>Overlæge</i>	nga@regionsjaelland.dk	Køge
Pernille Villumsen	<i>Fysioterapeut</i>	prs@regionsjaelland.dk	Næstved
Stina Hansen	<i>Sygeplejerske</i>	smhs@regionsjaelland.dk	Holbæk
Susanne Hjort Jensen	<i>Sygeplejerske</i>	shje@regionsjaelland.dk	Køge
Susanne Rygner	<i>Praksiskonsulent</i>	rygner@dadlnet.dk	Praksis
Susanne Rørvold	<i>Sygeplejerske</i>	srr@regionsjaelland.dk	Roskilde
Søren Danielsen	<i>Fysioterapeut</i>	soed@regionsjaelland.dk	Holbæk
Henriette Knold Rossau	<i>Forskningsassistent</i>	hekr@si-folkesundhed.dk	SIF