



Dato: 10. februar 2012  
Sagsnr.: 201001914-34

## **Referat af 10. møde i underarbejdsgruppen for sundhedsfremme og forebyggelse.**

Afbud fra Kirsten Johansen, Jens Erik, Margit Iversen  
Der arbejdes på udpegning af repræsentant i stedet for Svend Erik Trane

### **1. Godkendelse af referat af 9. møde**

Materiale fra møde om KOL er nu fremsendt – sendes ud sammen med referatet og sættes på næste møde.

Diabeteskoordinator i Fredericia er 10 timer ikke 18  
Referatet godkendt.

### **2. Hjerteområdet**

Vi havde inviteret repræsentanter fra de 3 sygehuse, hvor der i dag er tilbud til hjertepatienter, til at komme og fremlægge deres tilbud.

#### **Vibeke Pind, Vejle Sygehus**

Hjerterehabilitering, Vibekes oplæg er vedhæftet referatet.

Alle pt'er med diagnoserne indkaldes automatisk pr brev.

Hjerteklapopererede kommer primært til træning og ekko-kontrol.

Hjertesvigtspatienter på iskæmisk baggrund får dele af hjerterehabiliteringstilbuddet i kombination med forløb i HSK.

Henvielse videre til kommunen efter 6 uger via genoptræningsplan.

Patientens egen handleplan – forløb på sygehus, i kommunen og egen læge

Ved opstart får alle arbejdstest/BORG15 og mulighed for samtale med fysioterapeut.

Knap halvdelen siger ja tak til diætistsamtale.

Gennemgang af hjerteskolene – 4 gange med forskellige temaer 1½ time/ gang.

Individuelt forløb som erstatning for hjerteskolene planlægges efter behov eks hørehæmmede, ikke dansk talende – her samles de 4 temaer til en gang.

Det trænes 3 gange om ugen i 6 uger.

Løbende stratificering, kan ændre sig undervejs i forløbet.

Deltagelse:

15 har sagt nej tak resten har sagt ja til det hele eller dele af det – 285.

De 15 – ældre eller anden kronisk sygdom, enkelte opfatter sig om raske

De 128 fortsætter ikke i tilbud i kommunen – der laves analyse af årsag til frafald.

146 fortsætter på genoptræningsplan til Vejle kommune. Ved afslutning har 108 gennemført hele programmet i Vejle kommune – frafald skyldes anden sygdom, eller at de træner selv.

Forløbet gennemføres på det sygehus, som ligger bedst for borgerens bopæl – Vejle/Kolding – og fortsætter herefter i hjemkommune.

Rigtig godt samspil med Vejle kommune

Samarbejde med praksis – bestille kopi af svar til egen læge, der ringes til alle læger, når borgeren sluttes – fremover bliver det nok kun ved den sårbare patient.

Forløbskoordinator der står for indkaldelser, registreringer, opfølgning på udeblivelser og justering af forløb

Programmet fortsætter også efter kronikermidlernes ophør med små justeringer.

### **Mette Rytto Pedersen, Kolding sygehus**

Forløbet i Kolding ligner meget det i Vejle – det har hele tiden været tæt samarbejde med kommunen.

Der trænes dog kun 2 x uge træning.

Der er kun lægesamtale ved start, opfølgning sker kun hos den praktiserende læge.

Der kører også forløb for hjertesvigtspt'er – 8 uger på sygehuset, herefter 12 uger i kommunen.

Køres med lukkede hold.

Alle borgere ringes op mhp forløb, også selvom de ikke har været indlagt på Kolding sygehus

Det er opfattelsen, at ingen siger nej tak

Ca 240 borgere i alm rehab

Ca 30 hjertesvigtspt'er

Der også mulighed for individuelle forløb, hvis borgeren ikke kan profitere af hold.

Kvartalsmøder med kommunen, også møder med praksis og praksispersonale. Der har været midler til fælles uddannelse.

Stratificeringen bruges også

Der har været projekt for specielt udsatte.

Den psykiske del er ikke så højt prioriteret, man afholder nu seance, hvor tdl pt holder oplæg – som en ekstra gang.

Bachelorstuderende fra sygeplejeuddannelsen er ved at lave projekt om borgere med 2. etnisk baggrund.

### **Lotte Marker Fredericia sygehus**

6 uger i sygehus og 6 uger i kommunen, team omkring hjerteskolens.

Der ringes og skrives til pt ang opstart, løbende opstart også på skolen – det giver meget gensidig sparring.

6 x undervisning 5 kvarter og herefter træning

diætist

læge

psykosocialt

ad hoc møder med kommunerne – det kører godt nu med både Fredericia og Middelfart Kommune hver 6 uger kommer fys fra kommunen ind – kører med Fredericia – der skal hankes op i Middelfart kommune.

Der kommunikeres via mail – ikke via edifakt ved opstart

10 – 20 % fortsætter ikke i kommunen

årsag til frafald : demens, transport, magter ikke, fravælger pga job, træner hårdere selv, enkelte kvinder – situationen i hjemmet.

Har forsøgt med pårørende med, men de kan ikke fastholdes.

Bruger stratificeringen, men med lidt andre ord – månedligt tværfagligt møde, hvor pt'er gennemgås.

Alle bruger diætisten, opfølgning når det samlede tilbud er ved at være færdigt.

Birthe ønsker stratificeringsmodellen uddybet, mener vi det samme?

Annette – skal undervisningen differentieres ift forskellig stratificering? Eller skal der bruges en anden model.

Annette Kring rejser spørgsmål omkring hvordan vi kvalitetssikre de individuelle tilbud. Eks de meget sårbare – det er meget ressourcekrævende, hvis det skal være individuelt.

### **Marianne, Vejen kommune**

Ikke tæt kontakt til sygehuset

Ca fra Sydvestjysk 50 %, Kolding 50 % og så lidt fra sygehus Sønderjylland, men det er på vej ned  
Forskelligt serviceniveau på de to sygehuse.

Sydvestjysk – 8 ugers sammenlagt forløb overfor 12 uger i Kolding

Sydvestjysk tilbyder 6 ugers specialiseret genoptræning.

Tilbud på tværs af diagnosegrupper – det giver bedst mening, og det er heller ikke underlagt nok til  
diagnosespecifikke tilbud.

Forløb med genoptræningsplan suppleres med forløb på 8 uger, som rent kommunalt tilbud på tværs  
af diagnoser. Løbende optag.

To fuldtidsforløbskoordinatorer – det er ikke lykkedes at få etableret fast samarbejde med sygehus-  
afdelingerne, men Marianne forventer, at det kommer.

Forløbskoordinatorernes funktion er primært internt i kommunen – bruger meget tid i forhold til  
sygedagpengeområdet.

Sygehusene må meget gerne kontakte forløbskoordinatorerne ved udsatte borgere.

### **Anne Mette, Fredericia**

Er bygget op sammen med Fredericia sygehus.

Visiteres til tilbud som ligger i forlængelse af tilbud på sygehuset, vægt på mestring

Tværfagligt team

Hjerterehab 1 – 6 uger

Hjerterehab 2 – 8-10 uger, borgere som har sværere ved at komme i gang

Bruger også Borg 15

Sund og glad – sygemeldte borgere, forløb i træningshal sammen med arbejdsmarkedsafdeling og  
genoptræning

Lær at leve med kronisk sygdom

Rygestop – screening af alle borgere, som henvises til genoptræning, også hjerteborgere

Godt samarbejde med sygehuset

### **Kirsten, Kolding**

Hjerterehabilitering efter indlæggelse fremsendt på skrift

Afdelingen for Træning og Rehabilitering, Sundhedsområdet, Kolding kommune, tilbyder reha-  
biliteringsforløb for hjertepatienter.

Hjerterehabiliteringsforløbene tilrettelægges så det giver mening for patienten/borgeren. Der  
udarbejdes i fællesskab mellem fagperson og borgeren en samarbejdsaftale med mål og øn-  
sker til forløbet.

Borgeren opfordres til at overveje sine forventninger og mål for forløbet inden opstarten.

Formålet med hjerterehabiliteringsforløb er at

- Erfare hvordan hjertepatienten passer godt på sig selv
- Opleve tryghed ved at bevæge sig
- Møde andre borgere i lignende situation
- Forebygge at sygdom udvikler sig
- Forebygge genindlæggelse på sygehus

Hjerterehabiliteringsforløb i kommunen tilbydes

- når der er en henvisning til almen genoptræning fra en kardiologisk læge på sygehuset.
- når borgeren har en hjertesygdom og ønsker at bedre sin livskvalitet

Hjerterehabilitering forløber over 6 – 12 uger og består af individuelle samtaler, holdtræning, undervisning og opfølgning.

Når genoptræningsplanen er modtaget fra sygehuset, kontaktes borgeren om en samtale med en fysioterapeut fra hjerterehabiliteringsteamet til afklaring af hvilket forløb, der er relevant for denne borger, hjertesvighold, ischæmihold, 6 eller 12 ugers forløb eller samtræning for individuelle forløb.

Der er løbende optag.

Pårørende kan deltage i dele af forløbet efter aftale med terapeuterne.

Hjerterehabiliterings forløbets indhold:

- Forsamtale 1 time
- Holdtræning 2 x ugentlig a` 1½ time i 6 uger. Den særligt sårbare borger kan få 12 uger. Træningsforløbet afsluttes med en test, 1 times varighed, og aftaler om på hvilken måde borgeren vil holde sig i gang efter afslutningen. Samtræning tilbydes til hjertepatienter med individuelle behov.
- Undervisning i træningsprincipper, krop og bevægelse, sund kost, medicin, viden om at leve med kronisk sygdom
- Opfølgende telefonsamtale 6 mdr. efter afsluttet forløb

Undervisningens forløb:

Træningsprincipper, krop og bevægelse varetages af fysioterapeuter og er en del af træningen. Sundkost varetages af en diætist og tilbydes individuelt til borgere med behov. Typisk 1 time pr. borger

Medicin, psykiske reaktioner, forebyggelse, sex og samliv varetages af sygeplejersker. Hvert hold får 2 timer. De udvidede hold på 12 uger får tilbudt 2 timer mere.

At leve med kronisk sygdom er integreret i ovennævnte undervisning

Ud over gruppeundervisning er der mulighed for individuelle samtaler.

### **Lis, Middelfart**

90 % af borgerne henvises fra Fredericia sygehus.

Ca 50 pr år

6 uger på genoptræningshold 2 gange om ugen

herefter tilbud om kronikermotion 2 gange om ugen i 3 måneder, hvis man vil, 35 til 40 % tager imod dette, herefter fortsætter stort set alle selv med træning

lær at leve med kronisk sygdom

rygestop

### **Annette, Vejle**

Tilbuddene ligner de andre kommuner

Samarbejdet med jobcentret er en udfordring

140 modtager tilbuddet om træning.

Hvis de udebliver, kontaktes de.

Hvor mange gange skal vi kontakte borgeren, hvis de ikke reagerer eller udebliver?

Claus, almen praksis

- pt'erne er meget tilfredse, når de har været igennem forløb – både på sygehus og kommuner, de har haft godt udbytte. Specielt arbejdstest er god, mange er bange for, hvad kan de tåle?
- Også gerne tilbagemelding til egen læge, også når borgeren slet ikke møder op.

Vejle sygehus er i gang med opfølgning efter 12 måneder – vi får data til udvalget, når de er klar. Alle kommer til årsopfølgningen.

### **Opsamling**

Den gruppe, som ikke tager imod tilbuddet, er meget interessant – har de ikke behovet eller skal tilbuddet være anderledes for at nå dem, obs tidspunkt for dem, der skal tilbage til job.

Der er også en gruppe, som vi ikke har tilbud til nogen steder.

Stratificeringsmodellen – skal vi kigge mere på den?

Anne Mette – ICF bruges i Esbjerg – aktivitet og deltagelse – det giver god mening ind i disse forløb

Annette inddrager Steno-model, Annette vil gerne komme med oplæg til næste møde.

### **3. Drøftelse af formidling til almen praksis**

Vis info indtil videre

Der arrangeres møde om diabetes i marts, vi afventer, hvordan det forløber

Claus – gerne nyhedsbrev til praksis med ændringer

God idé at lade praksiskonsulent redigere inden udsendelse.

### **4. orientering om møde med enheden for kvalitet omkring audit**

Hanne og Lis har haft møde den 2/2 med kvalitetsenheden.

De vil meget gerne komme med udspil til, hvordan man kunne arbejde med audit i forhold til forløbsprogrammerne – der kommer udspil til vores møde i maj.

### **5. evt.**

Kortlægning af kroniker-skoler

Birthe orienterer om, at der er gennemført undersøgelse af tilbuddene på sygehusene og i kommunerne i Sygehus Lillebælt.

Venlig hilsen

Lis Huge