

# Referat af møde i det tværsektorielle forum for hjerte og karsygdomme

Tid: Mandag den 11. april 2011 klokken 15.00 – 17.00

Sted: Kronikerenheden, lokale 507, Østre Allé, Aalborg

Dagsorden:

1. SIF rapporten november 2010: Kortlægning af de kommunale rehabiliteringstilbud til borgere med KOL, hjerte-karsygdom og type 2 diabetes i de nordjyske kommuner. Hvordan kan vi bruge den? v. Jens Aarøe
2. Registrering – databaser – et overblik. Hvad kan de forskellige kommunale systemer og sygehus systemer og hvordan bruges de? v. Jens Aarøe
3. Status for henvisninger v. Birgitte Kvist
4. Temadag: videre drøftelse (Selvmord efter AMI).
5. Eventuelt.

Afbud:

Annette Mark Andersen

Vivian Aaby Grauting

Bente Øllgaard

Charlotte Færch

## Referat

Til orientering:

Tværsektorielt Forum for Hjerte og Karsygdommes forslag til en ny sygdomsspecifik sundhedsaftale blev forelagt den Administrative Styregruppe til godkendelse den 26. april. Forslaget blev positivt modtaget i DAS, og få supplerende spørgsmål forsøges nu afklaret.

### **Ad. 1. SIF rapporten ”Rehabiliteringstilbud i nordjyske kommuner” november 2010. Hvordan kan vi bruge den?**

I det efterfølgende refereres der til SIF rapportens tabeller. Den lokale rapport er fra november 2010.

#### **Tabel 1: Antal hold og antal deltagere der påbegynder hold**

I rapporten fra SIF kan Nordjylland fremvise flotte resultater indenfor de tre kronikerområder. Af tabellen fremgår det, at Læsø ikke har hold på hjerteområdet, og der er ikke registreret indberetninger fra Jammerbugt

og Rebild. Jammerbugt har altid hold, idet man arbejder med løbende optag. Rebild har også hjerterehabiliteringshold.

### **Tabel 2 og 3: Indholdet i de kommunale forløb, diagnoseopdelt eller samlet – varighed af forløb (træning og undervisning)**

Materialet illustrerer, at rehabilitering afvikles forskelligt i kommunerne. Ensartethed er ikke nødvendigvis en målsætning, og der er forklaringer på, hvorfor man har tilrettelagt tilbuddene forskelligt: Brønderslev: Man lærer gruppen bedre at kende og kan derfor justere løbende efter at man opnår erfaringer. Aalborg: De dårligste borgere får 12 ugers træning, fordi de flytter sig for lidt på de 8 uger man tilbyder resten af gruppen. Jammerbugt: man tilrettelægger individuelt, nogle borgere får eksempelvis 16 uger imens andre, med et andet behov, kun modtager 6 ugers rehabilitering.

### **Tabel 4: Orientering af almen praksis**

Det er kun lovligt at give besked videre til almen praksis med patientens samtykke. Denne opnås under forundersøgelsen hvor borgerne skriver under. I Morsø ringer en forløbskoordinator til de borgere som udebliver, og der kommunikeres med almen praksis via en korrespondancemeddelelse. Generelt er man i almen praksis interesseret i at modtage besked, i det omfang en patient ikke har gennemført deres rehabiliteringstilbud. Det diskuteres hvorvidt det er lovligt at orientere en henvisende læge om en borger, som aldrig er dukket op til rehabilitering, og som dermed ikke har givet samtykke i kommune.

Ved afslutning af forløb i kommune: hvad skal meldes tilbage til praktiserende læge? Det skal drøftes, om forum skal varetage opgaven med at afdække informationsniveauet i tilbagemeldingerne.

### **Tabel 5: Opfølgning efter forløb**

Tabellen illustrerer, at der følges op på borgerne efter endt rehabilitering. Hvad er vigtigst og hvor ofte bør der følges op på borgerne efter endt rehabilitering? Erfaringen i Aalborg er, at borgerne møder op til tre og seks måneders samtaler og at flere ikke møder op til 12 måneders samtalen (har fået tid med v. afslutning af forløb). I Brønderslev indkaldes til individuelle 12 måneders samtaler, her møder alle op (borgerne kontaktes m. tid op til 12. mdr. opfølgning). Metode til indkaldelse kan have betydning for om borgerne møder til opfølgning.

### **Tabel 7: Evaluering, Tests og spørgeskemaer**

Det kunne værdifuldt, hvis man fandt en række parametre som *alle* måler på, så man kan sammenligne. (se drøftelserne under pkt. 2)

## **Ad. 2. Registrering – databaser – et overblik. Hvad kan de forskellige kommunale systemer og sygehus systemer og hvordan bruges de?**

Når der opereres med begrebet "systemer" dækker det over kommunernes journaliseringssystemer. Der kan trækkes informationer ud af disse systemer.

For at understøtte Birgitte Kvists arbejde i bestyrelsen for den nationale hjerterehabiliteringsdatabase er Forum enig om, at der skal arbejdes med hvilke data (om borgere) det er vigtige at kunne trække ud af systemerne. Et umiddelbart svar kan være: KRAM faktorerne og selvoplevet livskvalitet. Spørgsmålet er, om de kommunale systemer kan levere disse data?

Flere kommuner anvender SF12, som også er brugt i sundhedsprofilundersøgelsen. Derfor har man noget at måle op imod, hvis man anvender SF12. Forum beslutter, at det skal undersøges, hvordan SF 12 kan fungere i sygehussektoren. Herefter vil dette blive bragt ind i arbejdet med den nationale hjerterehabiliteringsdatabase.

### **Ad. 3. Status for henvisninger**

Området er inde i en positiv udvikling, og alle kan snart modtage henvisninger fra praksis. Pt. er genoptræningsplanen den bedste løsning rent teknisk, og det ville være optimalt med en epikrise eftersendt, se bilag.

### **Ad. 4. Temadag: videre drøftelse (Selvmord efter AMI)**

Det besluttes af afholde en temadag omkring psykiske reaktioner efter en hjertebegebenhed. (Eksempelvis med fokus på selvmord, depression og angst). Der arbejdes på at finde psykiatere og psykologer, der kan fortælle om emnet, evt. fra Bispebjerg Hospital. Desuden den psykolog der var tilknyttet Vesthimmerland / Mariager Fjord kommunes projekt i 2010.

Målgruppen for temaeftermiddagen: Forum, forløbsledere, de kommunale medarbejdere indenfor rehabiliteringen, almen praksis via NordKap, sygehusenes rehabiliteringsenheder, UCN, etc.

Temadagen afholdes medio september 2011, Helen Rasmussen er tovholder på temadagen.

### **Ad. 5. Eventuelt**

Ingen punkter under eventuelt

**Næste møder i forum er d. 6. juni og d. 29. august**