

## Handleplan:

# Beskrivelse af rehabiliteringstilbud til borgere med kronisk sygdom i Svendborg Kommune - med fokus på hjertekarsygdomme, KOL og diabetes

Godkendt af Sundheds- og Forebyggelsesudvalget den 13. august 2009

Udarbejdet af arbejdsgruppe bestående af:

- Edith Hovgaard, visitator, Myndighedsafdelingen
- Hanne Nissen, fysioterapeut, Trænende terapeuter
- Karen Lis Madsen, hjemmesygeplejerske, Hjemmepleje Vest
- Kirsten Ellegaard, hjemmesygeplejerske, Hjemmepleje Øst
- Yvonne Stensdal, leder af hjemmesygeplejerskerne i Hjemmepleje Øst
- Vivi Brandt Rasmussen, projektkoordinator på Kræftrehabiliteringsprojektet, Sundhedsafdelingen
- Mette Hviid Boris, faglig konsulent, Myndighedsafdelingen
- Mette Machon Balle, sundhedskonsulent, Forebyggelsessekretariatet

## **Indholdsfortegnelse**

<b>1. INDLEDNING</b>	<b>3</b>
1.1 Baggrund	3
1.2 Formål	4
1.3 Målgrupper	4
<b>2 INDHOLDET I REHABILITERINGSTILBUDET I SVENDBORG KOMMUNE</b>	<b>7</b>
<b>3 ORGANISERING AF REHABILITERINGSTILBUDET</b>	<b>9</b>
<b>4 EVALUERING OG MONITORERING</b>	<b>11</b>
<b>5 ØKONOMI</b>	<b>11</b>
<b>6 IMPLEMENTERING</b>	<b>11</b>
<b>7 REFERENCER</b>	<b>13</b>
<b>BILAG 1 ELEMENTER I REHABILITERINGSTILBUDET</b>	<b>14</b>
1 Den indledende samtale	14
2 Træningstilbud	15
3 Kostvejledning	16
4 Erhvervsafklaring	18
5 Rygestoptilbud	19
6 Mestringskursus – uddannelse for borgere med kronisk sygdom	20
7 Udvidet tilbud - ekstra samtaler efter behov	21
8 Den afsluttende samtale	22
<b>BILAG 2 STRATIFICERING AF HJERTEPATIENTER PÅ SYGEHUSET</b>	<b>24</b>
<b>BILAG 3 BUDGET</b>	<b>26</b>

## 1. Indledning

### 1.1 Baggrund

I dag lever op mod hver tredje dansker med en kronisk sygdom, og tallet er stigende. Samtidig stiger antallet af danskere, der lever med mere end én kronisk sygdom. Kronisk sygdom medfører forringet livskvalitet for mange og øget behov for offentlige ydelser.

I Svendborg Kommunes Strategi for kronisk syge<sup>1</sup> fokuseres arbejdet på kronikerområdet i første omgang på hjertekarsygdomme, KOL og diabetes. Disse sygdomme regnes blandt de største kroniske folkesygdomme og har derfor et væsentligt ressourcetræk i såvel det regionale som det kommunale system.

Valget af de tre sygdomme hænger endvidere sammen med, at de er beskrevet mht. arbejdsdeling i Sundhedsaftalerne<sup>2</sup>, de indgår som de primære sygdomme i "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark", som er en strategi for hvordan kommuner, sygehuse og almen praksis i Region Syddanmark skal tilrettelægge arbejdet med kronisk syge i Region Syddanmark. Desuden er man i øjeblikket i gang med at udvikle forløbsprogrammer på tværs af sektorer i Region Syddanmark på netop hjerte-, KOL- og diabetesområdet.

Denne handleplan beskriver den rehabiliteringsindsats, som det vil være hensigtsmæssigt at tilbyde kronisk syge, så de kan lære at mestre hverdagen som kronisk syg.

### Hjertekarsygdom

Hjertekarsygdom er skyld i betydeligt nedsat livskvalitet for et meget stort antal danskere. I 2005 døde 17.581 personer af hjertekarsygdom i Danmark, og sygdommen er således den hyppigste dødsårsag i Danmark.

Hjertekarsygdomme er en af de sygdomsgrupper, der påfører det danske samfund størst økonomisk belastning<sup>3</sup>.

Selv om der er sket et fald i befolkningens udsættelse for nogle af risikofaktorerne for udvikling af en hjertekarsygdom (fx rygning), vurderes det, at ca. 305.000 mennesker lever med en kronisk hjertekarsygdom<sup>4</sup>. Dette skyldes bl.a. at der er sket en væsentlig forbedring i behandlingsmetoder og dermed overlevelse<sup>5</sup>.

### KOL

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en folkesygdom, der har stor betydning for sygelighed, livskvalitet og arbejdsevne i den danske befolkning<sup>6</sup>. I 2001 var KOL den

<sup>1</sup> Strategi for kronisk syge i Svendborg Kommune. Vedtaget i Sundheds- og Forebyggelsesudvalget den 7. maj 2009.

<sup>2</sup> Sundhedsaftaler 2008. Grundaftaler. BILAG. Kommunekontaktrådet. Region Syddanmark.

<sup>3</sup> Folkesundhedsrapporten 2007. Statens Institut for Folkesundhed.

<sup>4</sup> Folkesundhedsrapporten 2007. Statens Institut for Folkesundhed

<sup>5</sup> 2008. Hjertestatistik. Fokus på køn og sociale forskelle. Udgivet af Hjerteforeningen i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2008.

<sup>6</sup> Folkesundhedsrapporten 2007. Statens Institut for Folkesundhed.

fjerde hyppigste dødsårsag i Danmark, kun overgået af hjertesygdomme, kræft og karsygdomme i hjernen.

Den hyppigste årsag til KOL er rygning, og det estimeres, at op til 40% af rygere udvikler KOL<sup>7</sup>.

### **Diabetes**

Diabetes er en kronisk sygdom, som ubehandlet kan have alvorlige konsekvenser. Der kan opstå komplikationer fra hjerte-kredsløb, nyrer, øjne og nervebaner, fx blodprop i hjerte eller hjerne, nyresvigt, nedsat syn eller blindhed, nedsat følesans og fodsår. De fleste af disse komplikationer kan forebygges eller udsættes gennem tidlig opsporing og effektiv behandling.

De største risikofaktorer for udvikling af diabetes er alder, overvægt/fedme, mangel på fysisk aktivitet samt forkert/for meget mad.

Diabetes koster hvert år samfundet mange penge, og det kan ud fra internationale studier anslås, at 8-10% af de samlede sundhedsomkostninger går til behandling af diabetes<sup>8</sup>.

## **1.2 Formål**

Formålet med denne handleplan er at beskrive et rehabiliteringstilbud til voksne kronisk syge i Svendborg Kommune.

Rehabiliteringstilbuddet skal indeholde elementer, der for det første sikrer, at borgerne oplever en smidig overgang mellem sektorer, og for det andet matcher de behov, som kronisk syge borgere har.

En af udfordringerne ift. kronisk syge er at mobilisere og understøtte den kronisk syges evne til at udøve egenomsorg, herunder gennemføre livsstilsændringer. Egenomsorg skal forstås som en aktivitet, som en borger udfører for at forebygge sygdom eller fremme egen sundhed. Styrket egenomsorgsevne kan bidrage til, at personen bliver i stand til at leve bedst muligt med sin sygdom, og at yderligere progression af sygdommen forebygges<sup>9</sup>. Evnen til at udøve egenomsorg kan opbygges gennem fx patientuddannelse.

## **1.3 Målgrupper**

Rehabiliteringsindsatsen i Svendborg Kommune fokuseres i første omgang på borgere, der har en diagnosticeret sygdom, og som har brug for en rehabiliterende indsats<sup>10</sup>. På sigt kan målgruppen efter behov indskrænkes til kun at omfatte nydiagnosticerede borgere.

<sup>7</sup> Folkesundhedsrapporten 2007. Statens Institut for Folkesundhed.

<sup>8</sup> Folkesundhedsrapporten 2007. Statens Institut for Folkesundhed.

<sup>9</sup> Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idé-katalog. Sundhedsstyrelsen 2006.

<sup>10</sup> Der henvises til ”Strategi for kronisk syge i Svendborg Kommune” samt til ”Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet” for de præcise definition af rehabilitering.

Borgerne rekrutteres fra sygehus og praktiserende læger. Borgerne skal således henvises til rehabiliteringstilbuddet på baggrund af en vurdering af borgerens rehabiliteringspotentiale. Med dette menes, borgerens grad af motivation for at indgå i et rehabiliteringsforløb, dvs. i første omgang få en indledende samtale med en sundhedsprofessionel.

Målgruppens størrelse kan estimeres på baggrund af registerdata og personlige oplysninger fra lokale fagpersoner, men det er svært at vurdere, hvor stor en andel af målgruppen der vil blive henvist og hvor stor en andel, der ønsker at deltage i rehabiliteringen. Målgruppen må således justeres løbende.

## Hjertekarsygdom

Hjertekarsygdomme dækker både karsygdomme uden for hjertet (ca. 1/3) og hjertesygdomme (ca. 2/3). Den største sygdomsgruppe inden for hjertesygdomme er iskæmisk hjertesygdom, som er betegnelsen for åreforkalkning af hjertets kranspulsårer, hvilket kan resultere i angina pectoris (hjertekrampe) eller blodprop i hjertet<sup>11</sup>.

I Svendborg Kommune kan det estimeres, at der er ca. 3.360 borgere i Svendborg Kommune over 18 år, der har en langvarig hjertekarsygdom (over 6 mdr.), og at ca. halvdelen af disse er under 65 år<sup>12</sup>.

Der indlægges gennemsnitligt 1.072 borgere fra Svendborg Kommune per år med hjertekarsygdom, og cirka 40 % af indlæggelserne sker blandt borgere under 65 år<sup>13</sup>.

Der er social ulighed ift. indlæggelser med hjertekarsygdom. Der er således mindre end halvt så stor risiko for at blive indlagt med hjertekarsygdomme blandt personer med lang videregående uddannelse ift. personer med uddannelse svarende til 8-10. klasses niveau<sup>14</sup>.

Målgruppen for rehabiliteringsindsatsen i Svendborg Kommune er primært borgere, der har en nydiagnosticeret hjertekarsygdom, og som vurderes at have et rehabiliteringspotentiale af

- sygehuset i Svendborg eller Odense
- praktiserende læger

Borgere med hjertesygdom vil primært blive henvist fra sygehuset, hvorimod borgere med karsygdomme i højere grad vil blive henvist fra de praktiserende læger. Hjerteafdelingen på Svendborg Sygehus estimerer, at de kan henvise ca. 150 Svendborg-borgere per år til et kommunalt rehabiliteringsforløb, hvor ca. 50 % er under 65 år<sup>15</sup>. Det vurderes, at de praktiserende læger vil kunne henvise ca. 50

<sup>11</sup> Folkesundhedsrapporten 2008, s. 74

<sup>12</sup> Folkesundhedsrapporten 2007. Statens Institut for Folkesundhed. Tallet er baseret på, at Svendborg Kommune udgør ca. 1,1% af den samlede befolkning i Danmark.

<sup>13</sup> Hjertestatistik for nye kommuner og regioner. Udgivet af Hjerteforeningen i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed. 2006.

<sup>14</sup> Folkesundhedsrapporten 2007. Statens Institut for Folkesundhed.

<sup>15</sup> Personlige oplysninger fra Claus Tveskov, administrerende overlæge på Hjerteafdelingen på Svendborg Sygehus. Vurderet på baggrund af erfaringer med borgere fra Faaborg - Midtfyn og Nyborg Kommuner.

borgere med hjertekarsygdomme eller med alvorlig risiko for at udvikle hjertekarsygdomme.

Af de 200 borgere med hjertekarsygdomme vil ikke alle have behov for/ønske om at deltage i alle elementer af rehabiliteringen, jf. næste afsnit. I bilag 2 ses et estimat af, hvordan borgerne forventes at fordele sig på de enkelte elementer.

## Diabetes

Diabetes er en sygdom, der i korte træk kendetegnes ved kroppens manglende evne til at *producere* insulin (type I) eller manglende evne til at *udnytte* insulin (type II).

Diabetes type I er en autoimmunsygdom, der debuterer hos børn eller voksne. Sygdommen skyldes destruktion af bugspytkirtlens evne til at producere og udskille insulin.

Diabetes type II er en stofskiftesygdom karakteriseret ved forhøjet blodsukker og unormalt kulhydrat-, protein- og fedtstofskifte. Sygdommen skyldes insulin resistens i skeletmuskulaturen og samtidig defekt i bugspytkirtlen, som forårsager at bugspytkirtlen ikke kan kompensere for den nedsatte følsomhed for insulin i skeletmuskulaturen.

Begge diabetes typer kan ubehandlet have alvorlige konsekvenser.

På baggrund af registerdata fra Sundhedsstyrelsen kan det estimeres, at der er ca. 2644 borgere, der har diabetes i Svendborg Kommune<sup>16</sup>. På samme baggrund kan det estimeres, at der hvert år opstår ca. 267 nye tilfælde af diabetes i Svendborg Kommune. Ca. 40 % af disse er under 60 år. Der kan i registrene ikke skelnes mellem diabetes type I og type II, men det vurderes, at ca. 85% af de kendte tilfælde af diabetes er type II<sup>17</sup>.

Der er social ulighed i fordelingen af diabetes mellem socialgrupper. Der er således tre gange højere diabetesforekomst blandt uuddannede arbejdsløse end blandt erhvervsaktive med mindst et års uddannelse<sup>18</sup>.

Målgruppen for rehabiliteringsindsatsen i Svendborg Kommune er primært borgere, der har en nydiagnosticeret diabetes-sygdom, og som vurderes at have et rehabiliteringspotentiale af

- sygehuset i Svendborg eller Odense
- praktiserende læger

Det vurderes, at der kan henvises ca. 80 Svendborg-borgere per år til et kommunalt rehabiliteringsforløb. Det forventes, at der vil være ca. samme fordeling på de forskellige elementer i rehabiliteringen, som det er anslået under hjerteområdet (se bilag 2).

<sup>16</sup> Det nationale diabetesregister 2007. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2009:1. Tallene er baseret på, at Svendborg Kommune udgør ca. 1,1% af den samlede befolkning i Danmark.

<sup>17</sup> Folkesundhedsrapporten 2007. Statens Institut for Folkesundhed.

<sup>18</sup> Folkesundhedsrapporten 2007. Statens Institut for Folkesundhed.

## **KOL**

Kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL, er en kronisk uhelbredelig sygdom i luftvejene og lungerne, hvor lungevævet langsomt nedbrydes. Den primære årsag til KOL er rygning.

Det kan estimeres, at der i Svendborg Kommune er ca. 4730 borgere med KOL<sup>19</sup>.

Målgruppen for rehabiliteringsindsatsen i Svendborg Kommune er primært borgere med diagnosen KOL, som føler sig begrænset i deres daglige aktivitet på grund af sygdommen, dvs. grad 3 eller derover på MRC-skalaen<sup>20</sup>. Borgerne kan henvises fra både sygehus og praktiserende læge, såfremt det vurderes, at borgeren har et rehabiliteringspotentiale.

Det vurderes, at der kan henvises ca. 120 Svendborg-borgere per år til et kommunalt rehabiliteringsforløb. Det forventes, at der vil være ca. samme fordeling på de forskellige elementer i rehabiliteringen, som det er anslået under hjerteområdet (se bilag 2).

## **2 Indholdet i rehabiliteringstilbuddet i Svendborg Kommune**

Rehabiliteringstilbuddet i Svendborg Kommune er et fleksibelt tilbud, som kan sammensættes afhængig af borgerens behov. Udviklingen af tilbuddet har taget udgangspunkt i erfaringer fra andre kommunale rehabiliteringstilbud til kronisk syge, nationale og regionale anbefalinger samt beskrivelserne om bl.a. arbejdsdeling beskrevet i sundhedsaftalerne<sup>21</sup>.

Rehabiliteringen omfatter flg. elementer:

- indledende samtale
- træning
- mestringskursus – uddannelse for borgere med kronisk sygdom
- ekstra samtaler efter behov
- vejledning ift. erhverv
- kostvejledning
- rygestoptilbud
- afsluttende samtale

Der er ikke entydig evidens for effekten af rehabilitering på de tre sygdomsområder, men der er en række studier, der tyder på en positiv effekt mht. sygelighed, genindlæggelser, livskvalitet og dødelighed, særligt på hjerteområdet<sup>22</sup>.

<sup>19</sup> Folkesundhedsrapporten 2007. Statens Institut for Folkesundhed. Tallet er baseret på, at Svendborg Kommune udgør ca. 1,1% af den samlede befolkning i Danmark.

<sup>20</sup> KOL – kronisk obstruktiv lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. Sundhedsstyrelsen 2007.

<sup>21</sup> Diverse publikationer fra Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed samt Region Syddanmark, jf. rerenecelsten.

<sup>22</sup> Zwisler AD, Nissen NK, Madsen M, DANREHAB-gruppen. Hjerterehabilitering - en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget. Medicinsk Teknologivurdering - puljeprosjekter 2006; 6(10). København: Sundhedsstyrelsen, Bispebjerg Hospital og Statens Institut for Folkesundhed; 2006.

Rehabiliteringsindsatsen indledes under indlæggelse eller hos den praktiserende læge og fortsætter til patienten er tilbage i erhverv eller er blevet i stand til at klare hverdagens aktiviteter så godt som muligt.

Det kommunale rehabiliteringsforløb indledes med en samtale, hvor behov og ønsker for indholdet i rehabiliteringsforløbet afdækkes. Desuden opstilles der mål for, hvad der ønskes nået i løbet af rehabiliteringsforløbet. Forløbet afsluttes med en samtale, hvor der følges op på målene, og der lægges en plan for, hvordan de opnåede mål kan fastholdes i de eksisterende kommunale, private og frivillige tilbud.

### Model for rehabiliteringsindsats i Svendborg Kommune

Nedenfor ses en model for, hvordan det kommunale rehabiliteringstilbud for kronisk syge i Svendborg Kommune ser ud. De forskellige elementer i rehabiliteringsforløbet beskrives i bilag 1 med hensyn til:

- Mål/forventet effekt
- Indhold
- Metode
- Personale
- Fysiske rammer
- Kvalitetssikring og dokumentation
- Ressourcer



Samt Vejledning om hjerterehabilitering. Sundhedsstyrelsen, 2004

### 3 Organisering af rehabiliteringstilbuddet

Der lægges i sundhedsaftalerne særligt vægt på overgangen fra sygehusenes og de praktiserende lægers rehabiliteringstilbud til de kommunale rehabiliteringstilbud.

En henvisning til en indledende samtale og et individuelt sammensat rehabiliteringsforløb i Svendborg Kommune skal derfor ske via OUH Odense og OUH Svendborg Sygehus ud fra specifikt udarbejdede kriterier (se bilag 2 som eksempel på stratificering på hjerteområdet).

Henvisningen kan også ske gennem den praktiserende læge, der vurderer, at en given borger har et rehabiliteringspotentiale og derfor behov for et rehabiliteringstilbud. Den praktiserende læge kan henvise ud fra et fagligt skøn og dermed ud fra helt åbne kriterier. Skulle et større antal borgere end forventet have behov for et rehabiliteringstilbud, kan der blive behov for at udarbejde specifikke henvisningskriterier.

Rehabilitering af borgere i Svendborg Kommune er en tværfaglig opgave, som inddrager medarbejdere fra flere forskellige fagområder. Der er således behov for dels at etablere en overordnet funktion, der koordinerer selve tilbuddet og sikrer sammenhæng på tværs i organisationen, dels at etablere et korps af medarbejdere der arbejder med udførelsen af rehabiliteringstilbuddene til kronisk syge.

#### Rehabiliteringskonsulent

Rehabiliteringskonsulenten har den overordnede rolle i forhold til implementering og drift af rehabiliteringstilbuddene til kronisk syge i Svendborg Kommune.

Rehabiliteringskonsulenten skal være bindeleddet mellem sygehuset/praktiserende læge og ressourcepersonerne. Alle henvisninger fra sygehus og praktiserende læger til rehabiliteringstilbud vurderes af rehabiliteringskonsulenten, der derefter involverer de respektive fagpersoner. Som udgangspunkt tager ressourcepersonerne første kontakt til borgeren og aftaler et tidspunkt for den indledende samtale. På hjerteområdet foretages den indledende samtale af en rehabiliteringssygeplejerske på sygehuset, hvorfor den første henvendelse fra kommunen som oftest vil ske fra terapeuterne som opfølgning på den almene genoptræningsplan.

Rehabiliteringskonsulenten skal desuden:

- Koordinere undervisningstilbuddene, lokaler og undervisere
- Undervise på mestringskurset (uddannelse for borgere med kronisk sygdom) og være gennemgående figur på alle moduler
- Yde faglig sparring og være netværksfacilitator for ressourcepersonerne
- Være ansvarlig for den kvalitetsmæssige udvikling, dokumentation og evaluering af rehabiliteringstilbuddene

Rehabiliteringskonsulenten forankres i første omgang i Sundhedsafdelingen og fungerer som tovholder på implementeringen. Efter implementeringsfasen kan det vurderes, hvorvidt forankringen i Sundhedsafdelingen er hensigtsmæssig.

## **Ressourceperson**

Ressourcepersonerne er hjemmesygeplejersker, der er ansat i Svendborg Kommunes Ældreområde. Der uddannes ressourcepersoner indenfor hjertekar, KOL og diabetes, således at der på sigt er mindst tre personer i hhv. område Vest og Øst, der kan varetage indledende og afsluttende samtaler.

Forankringen i hjemmesygeplejen er ideel, fordi hjemmesygeplejerskerne i forvejen har en række af de kompetencer, som det er nødvendigt at have for at kunne arbejde dels med styrkelse af egenomsorgen hos borgerne, dels med koordination af forløb i samarbejde med forskellige fagpersoner både internt og eksternt i kommunen.

Ressourcepersonerne skal foretage den indledende samtale og på den baggrund sammensætte det individuelle rehabiliteringsforløb samt foretage den afsluttende samtale. Endvidere vil de også være undervisere på udvalgte dele af mestringskurset samt være borgerens bindeled til kommunen. Ressourcepersonerne vil også tage sig af borgere med behov for forløbskoordination/udvidet tilbud om ekstra samtaler.

Ressourcepersonerne refererer ledelsesmæssigt til deres egen sektionsleder. Rehabiliteringskonsulenten, som har det overordnede ansvar for indholdet og udviklingen af rehabiliteringstilbuddet, jf. ovenfor, tager sig af den løbende faglige sparring mellem ressourcepersonerne på tværs af område Øst og Vest. Ressourcepersonerne fungerer desuden som faglige samarbejdspartnere for rehabiliteringskonsulenten ift. videreudvikling af rehabiliteringstilbuddet samt udvikling af dokumentations- og evalueringsplan.

## **Stratificering**

Ressourcepersonerne vil på baggrund af den indledende samtale stratificere borgeren, både ud fra de oplysninger, der foreligger fra sygehuset eller den praktiserende læge, samt ud fra egen vurdering. Stratificeringen vil være grundlaget for sammensætningen af det individuelle rehabiliteringstilbud. På hjerteområdet vil stratificeringen blive foretaget på sygehuset, hvorfor ressourcepersonerne kun tager kontakt til en indledende samtale, såfremt det af sygehuset vurderes, at der er behov for forløbskoordination/udvidet tilbud om ekstra samtaler.

Det er vigtigt at møde borgeren i vanlige omgivelser for at kunne danne sig et indtryk af borgerens reelle situation. Også evt. pårørendes opfattelse/beskrivelse af borgeren kan være en medvirkende faktor i stratificeringen. Derfor skal den indledende samtale som udgangspunkt foregå i borgerens hjem. Den afsluttende samtale kan i højere grad gennemføres på ressourcepersonens kontor, afhængig af den enkelte borgers situation.

## **Kommunikation og IT- understøttelse**

Der skal udarbejdes en oversigt over udvekslingen af den elektroniske kommunikation mellem sektorer. Der skal indgås aftaler med sygehus og praktiserende læger vedrørende kommunikationen. Aftalerne skal være i overensstemmelse med Sundhedsaftalerne og øvrige aftaler omkring kommunikation mellem parterne.

Der skal således udarbejdes en kommunikationsplan, som beskriver alle elementer i kommunikationen mellem sygehus, kommune og praktiserende læger. Desuden skal planen beskrive præcist, hvem der tager sig af hvad i kommunen.

Der skal registreres i Care, hvilket betyder, at der skal oprettes et særligt faneblad til at registrere i.

### **Rollefordeling**

Indsatsen i Svendborg Kommune skal koordineres med sygehusene i Svendborg og Odense samt de lokale praktiserende læger, så der er en klar rollefordeling ift. hvem der gør hvad hvornår. Der skal således udarbejdes oversigter over arbejdsdelingen mellem sygehus, praktiserende læger og kommune på hvert sygdomsområde. Der tages udgangspunkt i faserne 1, 2A, 2B og 3, jf. Sundhedsaftalerne.

## **4 Evaluering og monitorering**

Der skal udarbejdes en evalueringsstrategi, lige som der skal udarbejdes en plan for den løbende dokumentation (hvad tilbydes, hvem og hvor mange benytter sig af tilbuddene, hvem henviser etc.).

## **5 Økonomi**

I bilag 3 ses en oversigt over de anslåede udgifter til etablering og drift af rehabiliteringstilbud på hjerte-, KOL- og diabetesområdet i Svendborg Kommune.

Da målgruppens størrelse er svær at estimere, er budgettet ligeledes et bud med mange ubekendte.

Udgifterne til et rehabiliteringstilbud for ca. 200 borgere med hjertekarsygdom, 120 borgere med KOL og 80 borgere med diabetes forventes at være ca. 1.76 mio. kr. per år.

## **6 Implementering**

Rehabiliteringstilbuddet til kronisk syge igangsættes i flere tempi, således at målgruppen langsomt øges. I første omgang etableres tilbud på hjerteområdet, da sygehuset allerede samarbejder med Faaborg Midtfyn og Nyborg Kommuner vedrørende hjerterehabilitering. Sygehuset udfører således de indledende samtaler, hvor borgernes behov for rehabilitering afdækkes. Når rehabiliteringstilbuddene på hjerteområdet har kørt i ca. et halvt år udvides målgruppen til også at omfatte borgere med diabetes og KOL.

### **Udkast til implementeringsplan på hjertekarområdet:**

1. december 2009  
Rehabiliteringskonsulent ansat

1. januar 2010

Ressourcepersoner i hjemmesygeplejen udpeget.

Terapeuter udpeget/ansat.

Forberedelse af igangsættelsen af rehabiliteringstilbuddet pågår i januar og februar.

1. marts 2010

Alle elementer i rehabiliteringstilbuddet på hjertekarområdet er planlagt og igangsat.

**Udkast til implementeringsplan på KOL- og diabetesområdet:**

Der skal sideløbende med hjerterehabiliteringen ske et udviklingsarbejde omkring tilbud på KOL og diabetesområdet.

1. september 2010

Ressourcepersoner i hjemmesygeplejen udpeget.

Terapeuter udpeget/ansat.

Forberedelse af igangsættelsen af rehabiliteringstilbuddet pågår i september.

1. oktober 2010

Alle elementer i rehabiliteringstilbuddet på KOL- og diabetesområdet er planlagt og igangsat.

## 7 Referencer

DANREHAB-forsøget. Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2006; 6(10). København: Sundhedsstyrelsen, Bispebjerg Hospital og Statens Institut for Folkesundhed; 2006.

Det nationale diabetesregister 2007. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2009:1.

Folkesundhedsrapporten 2007. Statens Institut for Folkesundhed.  
Forløbsprogram for kronisk sygdom. Generisk model. Sundhedsstyrelsen 2008

Hjertestatistik. Fokus på køn og sociale forskelle. Udgivet af Hjerteforeningen i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2008.

Hjertestatistik for nye kommuner og regioner. Udgivet af Hjerteforeningen i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed. 2006.

Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabiliteringsforum Danmark.

Indsatsen for personer med kronisk sygdom. Vejledning – version oktober 2008. Region Syddanmark

KOL – kronisk obstruktiv lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. Sundhedsstyrelsen 2007.

Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idé-katalog. Sundhedsstyrelsen 2006.

Strategi for kronisk syge i Svendborg Kommune. Vedtaget i Sundheds- og Forebyggelsesudvalget den 7. maj 2009

Sundhedsaftaler 2008. Grundaftaler. BILAG. Kommunekontaktrådet. Region Syddanmark.

Vejledning om hjerterehabilitering. Sundhedsstyrelsen, 2004

Zwisler AD, Nissen NK, Madsen M, DANREHAB-gruppen. Hjerterehabilitering - en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen

## Bilag 1 Elementer i rehabiliteringstilbuddet

### 1 Den indledende samtale

#### Mål/forventet effekt

At afdække borgernes behov for rehabilitering

#### Indhold

Allerede ved henvisningen fra praktiserende læger og sygehuset foretages en vurdering af patienten ift. egenomsorgsevne, erhvervsuddannelse, socialt netværk og belastninger i livet i øvrigt (for hjertepatienter se bilag 2). Sygehuset sender oplysningerne ved udskrivelse af patienten og efter aftale med patienten, samtidig med en behandlings- og genoptræningsplan, som edifact til rehabiliteringskonsulenten i Svendborg Kommune. Praktiserende læger sender ligeledes oplysningerne elektronisk som edifact.

Henvisningen fungerer som en pejling, der kan bruges af ressourcepersonerne ift. at vurdere borgerens rehabiliteringsbehov.

Rehabiliteringskonsulenten modtager henvisningerne og videresender til de relevante ressourcepersoner i det aktuelle hjemmeplejeområde. Ressourcepersonen tager indenfor de første 14 dage kontakt til borgeren for at tilbyde en indledende samtale. På hjerteområdet foretages den indledende samtale af en rehabiliteringssygeplejerske på sygehuset.

#### Den indledende samtale

I samtalen vurderes og drøftes borgerens helhedssituation samt borgerens behov for:

- Fysisk træning
- Mestringskursus – uddannelse for borgere med kronisk sygdom
- Kostvejledning
- Erhvervsafklaring (for erhvervsaktive)
- Rygestop
- Forløbskoordination/ekstra samtaler med ressourcepersonen

I samtalen vurderes og drøftes borgerens helhedssituation, og der tilbydes de relevante elementer af rehabilitering, som passer til borgerens behov. Der opstilles i samarbejde med borgeren mål for, hvad der ønskes opnået ved rehabiliteringsindsatsen. Resultatet af samtalen noteres i borgerens rehabiliteringsplan i det elektroniske omsorgssystem Care. Der udleveres en kopi til borgeren.

Resultatet af samtalen sendes til rehabiliteringskonsulenten til orientering samt til den praktiserende læge, såfremt borgeren er indforstået med dette. Rehabiliteringskonsulenten koordinerer og planlægger herefter det konkrete forløb for borgeren.

Samtalen forventes at vare ca. 1½ time og skal foregå i borgerens eget hjem.

#### Metode

Der benyttes metoder fra den motiverende og anerkendende samtale i dialogen med borgeren samt en samtaleguide.

### **Personale samt kompetencer**

Der skal uddannes hjemmesygeplejersker, som kan varetage de indledende samtaler. Hjemmesygeplejerskerne skal have solid viden om rehabilitering, indsigt i de kommunale serviceområder, viden om sundhedsfaglige problemstillinger samt kompetencer inden for den motiverende samtale.

### **Fysiske rammer**

Der skal være et kontor til rådighed for rehabiliteringskonsulenten og ressourcepersonerne. Den indledende samtale skal så vidt muligt foregå i borgernes hjem.

### **Kvalitetssikring og dokumentation**

Der gøres noter om borgerens rehabiliteringsplan i Care. Der følges op på om målene fra den indledende samtale er nået ved den afsluttende samtale (se nedenfor).

### **Ressourcer**

Hver borger tilbydes en indledende samtale af ca. 1½ times varighed. Derudover skal der afsættes ca. ½ time til transport og dokumentation til hver samtale.

## **2 Træningstilbud**

### **Mål/forventet effekt**

At deltagerne opnår viden om og forståelse for fysisk aktivitets betydning for sundhed og livskvalitet.

At deltagerne får mulighed for at afprøve forskellige former for fysisk aktivitet og inspireres til at integrere motion i deres hverdag på længere sigt.

At deltagerne forbedrer sin grundfunktion.

### **Indhold**

Træningstilbuddet er det "samlende element" i rehabiliteringen, idet alle får tilbudt 6 ugers træning. Der etableres træningstilbud som holdtræning, der foregår to gange om ugen på faste tidspunkter. Der er løbende optag på holdene.

Træningen består af en fælles opvarmning efterfulgt af individuel træning på træningsmaskiner med hovedvægt lagt på kredsløbstræning. Der kan undervises i forskellige træningsformer efter deltagernes ønsker og behov – f.eks. stavgang, træning med store bolde, intervaltræning. Der lægges i undervisningen vægt på, at forberede deltagerne til fortsættelse med en form for fysisk aktivitet efter afslutningen på rehabiliteringsforløbet.

### **Metode**

Såfremt der foreligger en genoptræningsplan fra sygehuset, trænes efter denne. Hver deltager arbejder ud fra individuelle mål og træningsplaner, og fører selv træningsdagbog.

Ved start af træningsforløbet testes deltagerne med følgende tests:

- Borg 15 anstrengelsesskala
- Euroqol 5d
- Vas-skala

Testene gentages ved afslutning af forløbet.

### **Personale**

Der skal være to terapeuter til stede på hvert hold.

Udover faglig viden i forhold til hjerte-karsygdomme, KOL og diabetes skal terapeuterne være bekendt med

- Motivationsteori
- Hjertemassage
- Håndtering af åndedrætsbesvær for KOL-syge
- Håndtering af akutte tilfælde af insulin chok og andre akutte tilstande

### **Fysiske rammer**

Træningsfaciliteter med udstyr til kredsløbstræning til 8 deltagere.

### **Kvalitetssikring og dokumentation**

Trænings- og testresultater dokumenteres i CARE.

### **Ressourcer**

Timeforbrug per uge, såfremt der hele tiden skal være to hold i gang, der kan have løbende optag:

2 hold á 1½ time, 2 gange ugentlig med 2 terapeuter = 12 timer

Transporttid, planlægning, dokumentation, indkaldelse mm ca. 8 timer ialt.

Derudover tid til netværksmøder mm.

## **3 Kostvejledning**

### **Mål**

At patienterne opnår viden om og forståelse for kostens betydning for generel sundhed og gennem vejledningen opnår handlekompetence (Bruun Jensen B, Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden, 2000) til at kunne implementere de nye kostvaner i hverdagen.

### **Indhold**

Der skal være mulighed for individuel kostvejledning for de, der har særlige behov ift. underernæring og overvægt eller ved behov for støtte ift. kostomlægning generelt. Ift. de underernærede er det vigtigt med hurtig indgriben. Ift. de overvægtige, er det vigtigt med en afklaring af motivationen ved den indledende samtale.

Til gruppeundervisningen inddeles patienterne efter niveau og problematikker, således at undervægtige er på ét hold og overvægtige på et andet hold. På den måde kan undervisningen målrettes, og patienterne opnår en følelse af ejerskab og høj grad af relevans.

Der sammensættes et undervisnings- og vejledningsforløb over 13 uger med fremmøde ca. hver tredje uge (1 – 3 timers varighed) jf. skema nedenfor.

Undervisningsforløbet skal indeholde flg. elementer:

- Gennemgang af hjertevenlig/diabetesvenlig kost
- Praktisk madlavning
- Varedeklarationer
- Drikkevarer – alkohol
- Generelle alkoholanbefalinger, med fokus på overforbrug

Emnerne i kostvejledningen kan være:

- Gennemgang af patientens kost med udgangspunkt i egen kostregistrering
- Fedt og fedtkvalitet
- Fed fisk
- Frugt og grønt
- Alkohol
- Fastsættelse af mål for kostændringer

Patienterne får hver udleveret en personlig dagbog/logbog, hvor de kan notere refleksion, spørgsmål og idéer i. Patienternes vægt og taljemål vil ligeledes blive noteret, så de kan følge udviklingen og holde motivationen.

### **Metode**

I vejledningstimerne benyttes en samtaleguide, som bygger på elementer fra Den Motiverende Samtale og Stages of Change modellen<sup>23</sup>.

### **Personale**

Professionsbachelor i Human ernæring eller Klinisk Diætist til undervisningen og vejledningen.

Udover faglig viden, desuden viden om:

- Motiverende samtale
- Pædagogisk viden
- Egenkontrol og hygiejnebevis

### **Fysiske rammer**

Godkendt køkken til tilberedning af mad (fx på en skole) samt lokale til gruppeforløb og individuelle samtaler.

### **Kvalitetssikring og dokumentation**

Der benyttes individuelle vejledningstimer, idet undersøgelser har vist, at individuelle programmer er bedre til at opnå målene vedr. hjerterehabilitering<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> Miller, R. William og Rollnick, Stephen: Motivations samtalen, Kristal, A.R et al: How can stages of change best be used in dietary interventions?

<sup>24</sup> <http://www.hjerterehab.dk/rehab/html/index6.html>

Patientens ægtefælle eller anden nær familie inddrages i forløbet, idet undersøgelser viser, at patienter med god opbakning har større sandsynlighed for at gennemføre et rehabiliteringsforløb og fastholde livsstilsændringerne senere<sup>25</sup>.

Der er evidens for, at kostændringer med henblik på kolesterolreduktion kan nedsætte risikoen for blodpropper og mindske dødeligheden. Det er endvidere bevist, at fed fisk og n-3 fedtsyrer reducerer dødelighed<sup>26</sup>.

På baggrund af en gennemgang af den foreliggende litteratur konkluderede Ernæringsrådet i 1996, at hjertevenlige kostvaner kan nedsætte risikoen for blodpropper og mindske dødeligheden hos patienter med iskæmisk hjertesygdom<sup>27</sup>.

### **Ressourcer**

Gruppeforløb: 10 borgere på et hold. 2 gange gruppeundervisning. Nettotimer for diætist = 10 timer inkl. forberedelse.

Individuelle forløb: 3 gange en times rådgivning. Nettotimer for diætist = 6 timer per forløb inkl. forberedelse.

Desuden udgifter til indkøb af madvarer til tilberedning af mad.

### **Evaluering**

Formål:

Med det formål løbende at forbedre og tilpasse rehabiliterings tilbuddet evalueres der midtvejs i forløbet og efter hver afsluttet vejledningsforløb.

Der evalueres på følgende faktorer:

- Patientens konkrete viden om kost
- Patientens oplevelse af undervisningen
- Patientens oplevelse af vejledningen
- Patientens oplevelse af handlekompetence i hverdagen

Metode:

Der evalueres via evalueringsskemaer, som patienten får udleveret ved sidste time sammen med svarkuvert.

## **4 Erhvervsafklaring**

### **Mål/forventet effekt**

At den enkelte borger støttes i og opnår handlekompetence til ønsket arbejdsfastholdelse.

### **Indhold**

Åbent tilbud for erhvervsaktive med information fra Jobcenter vedrørende arbejdsfastholdelse, omskoling/revalidering, flexjob, pension mm.

### **Metode**

<sup>25</sup> <http://www.hjerterehab.dk/rehab/html/clean.html>

<sup>26</sup> Astrup, Arne: Menneskets Ernæring. 340ff

<sup>27</sup> Ernæringsrådet 1996: Kostens betydning for patienter med åreforkalkning i hjertet

Tilbydes som ca. 2 timers holdundervisning med information og rådgivning en gang om måneden.

### **Personale**

Jobrådgiver fra Jobcentret.

### **Fysiske rammer**

Et lokale beliggende centralt i forhold til transportmuligheder.

### **Kvalitetssikring og dokumentation**

Udvikles i samarbejde med Jobcentret.

### **Ressourcer**

Tilbuddet indpasses i Jobcentrets daglige drift. Der arbejdes på, om rehabiliteringsforløbet eventuelt kan benyttes af Jobcentret som aktiveringstilbud.

## **5 Rygestoptilbud**

### **Mål/forventet effekt**

At deltagerne holder op med at ryge og støttes i fastholdelse af rygestoppet.

### **Indhold**

Alle rygere kan ved den indledende samtale henvises til et rygestoptilbud. Der henvises til det eksisterende kommunale rygestoptilbud på apoteket, dvs. enten et gruppeforløb eller et individuelt forløb.

### **Metode**

Der anvendes metoden fra det nationale STOP - koncept, som allerede benyttes i samarbejdet med apotekerne. I undervisningen kan arbejdes med inddragelse af pårørende.

For detaljerede oplysninger om metoden henvises til [www.stoplinien.dk](http://www.stoplinien.dk)

### **Personale**

Der skal benyttes rygestopinstruktører, der er uddannet efter det nationale STOP - koncept.

### **Fysiske rammer**

Rygestopkurset foregår i apotekernes lokaler.

### **Kvalitetssikring og dokumentation**

Der indtastes data til Rygestopbasen, som er en kvalitetssikringsdatabase, hvor man kan måle sig med øvrige udbydere af rygestopkurser efter samme koncept. Der foretages desuden opfølgning på effekten af rygestopkurset efter 6 måneder. Der tages udgangspunkt i det etablerede samarbejde med apotekerne.

### **Ressourcer**

Der benyttes det eksisterende tilbud, som allerede er aftalt med apotekerne i Svendborg Kommune.

## **6 Mestringskursus – uddannelse for borgere med kronisk sygdom**

### **Mål/forventet effekt**

At deltagerne får handlekompetencer til at mestre livet som kronisk syg, herunder bl.a. at opøve evnen til at kunne lytte til egen krop, vide hvad de skal gøre for at få det bedre, afklare egne værdier samt kunne sætte egne mål.

At deltagerne får støtte til at gå fra patient med kronisk sygdom til borger med kronisk sygdom. Uddannelsen indeholder blandt andet følgende emner:

- Mestring af og viden om sygdommen (forskellige sygdomme)
- At leve med sin sygdom, sine aktiviteter og deltagelse i familie- og samfundsliv
- Involvering af pårørende
- Medicinadministration
- Stress
- Seksualitet
- Navigation i sundhedsvæsenet samt i kommunens tilbud generelt
- Patientforeningers rolle (hvem er de, hvad kan de etc.)
- Tilskudsordninger til medicin og hjælpemidler
- Rejser
- Forsikringsordninger

### **Metode**

Inspireret af "Lær at leve med kronisk sygdom" vil forløbet forme sig som en blanding af undervisning ved sundhedspersonale og erfaringsudveksling mellem deltagerne. Et 8 ugers forløb en gang om ugen á 2 timer med et deltagerantal på mellem 10 – 12. Gruppen starter og slutter sammen. Der etableres så vidt muligt "netværksgrupper" i forlængelse af undervisningen.

### **Personale**

Rehabiliteringskonsulenten vil være den gennemgående underviser i hele forløbet. Underviseren vil have mulighed for, at invitere andre undervisere med undervejs (ergoterapeut ift. aktivitet og deltagelse i samfundslivet, hjemmesygeplejerske ift. medicinadministration, sexolog ift. seksualitet, socialrådgiver etc.)

Den gennemgående underviser skal:

- Have indgående kendskab til sygdommene og sundhedsvæsenet
- Have viden om mestringsteori
- Have pædagogiske kompetencer
- Være uddannet i den motiverende samtale

### **Fysiske rammer**

Et undervisningslokale beliggende centralt i forhold til transportmuligheder.

### **Kvalitetssikring og dokumentation**

Kvalitetssikring skal udvikles.  
Dokumentation i CARE.

## **Ressourcer**

Rehabiliteringskonsulent: ca. 30 timer pr. hold.

Ressourcepersoner: 5 timer per hold

Diætist: 4 timer per hold

Øvrige eksterne underviseres (fx sexolog, psykolog/psykoterapeut): ca. 3 moduler per forløb.

## **7 Udvidet tilbud - ekstra samtaler efter behov**

### **Mål/forventet effekt**

At særligt sårbare borgere med hjertekarsygdom, diabetes og/eller KOL oplever særlig støtte ift. at få et så aktivt og deltagende hverdagsliv som kronisk syg som muligt

### **Indhold**

I overensstemmelse med Martin Sandberg Buch skal det udvidede tilbud forstås således, at ressourcepersonerne fungerer som både coach, blæksprutte og/eller guide for borgeren<sup>28</sup>.

Dette vil sige:

Coachrollen: Der arbejdes på at styrke borgerens egenomsorg via uddannelse, sociale kontakter til andre borgere og inddragelse af pårørende

Blæksprutterollen: Hjælper og støtter borgeren ift. at 'finde rundt' i rehabiliteringsforløbet og vejen til et godt, og velfungerende liv som kronisk syg.

Guiderollen: Hjælper med at 'finde rundt' i behandlingssystemet ved, at informere og guide borgerne til de forskellige offentlige og private tilbud, der findes på sygdomsområdet.

### **Metode**

Det udvidede tilbud om ekstra samtaler tilbydes borgeren i det omfang, det af ressourcepersonen vurderes at være nødvendigt. Dog som udgangspunkt to samtaler udover den indledende og afsluttende samtale (jf. erfaringer fra Kræftrehabiliteringsprojektet).

Der benyttes metoder fra den motiverende og anerkendende samtale.

Der tages udgangspunkt i egenomsorgsmodellen.

### **Personale**

Samtalerne/forløbskoordinationen udføres af ressourcepersonerne, ansat i hjemmesygeplejen. Ressourcepersonerne skal:

- Have god indsigt i det kommunale og regionale system
- Være uddannet i den motiverende/anerkendende samtale
- Have god kontakt til det øvrige kommunale system
- Tæt samarbejde og sparring med rehabiliteringskonsulenten

<sup>28</sup> Sandberg Buch, M. Guide til udvikling af forløbskoordination i en kommunal kontekst. (Mette HBs notat fra 17. nov. 2008)

- Have indsigt i de hyppigste sundhedsmæssige problematikker som kronisk syg

### **Fysiske rammer**

Det vurderes individuelt, om det er nødvendigt at have samtalen i borgerens eget hjem, eller om samtalen kan foregå på ressourcepersonens kontor.

### **Kvalitetssikring og dokumentation**

Rehabiliteringskonsulenten har ansvaret for den faglige kvalitet og udarbejdelse af dokumentationsplan.

### **Ressourcer**

Det forventes, at ca. 25% af de inkluderede borgere i rehabiliteringstilbuddet kan have brug for forløbskoordination/ekstra samtaler. Som udgangspunkt tilbydes to ekstra samtaler. Der benyttes ca. 1 time per samtale samt ½ time til dokumentation og transport.

## **8 Den afsluttende samtale**

### **Mål/forventet effekt**

At sikre, at overgangen fra rehabiliteringsforløbet til hverdagslivet foregår så smidigt som muligt.

At borgerne oplever at have en "livline", inden de kastes ud i "livet som kronisk syg"

### **Indhold**

Når borgeren har gennemgået de elementer af rehabiliteringen, der ved den indledende samtale blev aftalt, får borgeren tilbudt en afslutningssamtale. Samtalen handler om, hvordan borgeren fremover skal fastholde de livsstilsændringer, som den kroniske sygdom har medført (medicinbrug, aktivt liv, deltagelse i samfundslivet etc.)

Samtalen tager udgangspunkt i de aftalte mål ved den indledende samtale og i borgerens nuværende helhedssituation.

Der udarbejdes mål og handleplaner for fremtiden og der vurderes på evt. opfølgende besøg. Konklusion og mål noteres i rehabiliteringsplanen i Care og sendes til rehabiliteringskonsulenten samt praktiserende læge, såfremt borgeren er indforstået med dette.

### **Metode**

Den motiverende/anerkendende samtale.

### **Personale**

Den afsluttende samtale foretages af den samme hjemmesygeplejerske (så vidt muligt), som foretog den indledende samtale.

### **Fysiske rammer**

Samtalen foregår i borgerens hjem.

### **Kvalitetssikring og dokumentation**

Skal udvikles.

### **Ressourcer**

Hver borger tilbydes en afsluttende samtale af ca. 1 times varighed. Derudover skal der afsættes ca. ½ time til transport og dokumentation til hver samtale.

## Bilag 2 Stratificering af hjertepatienter på sygehuset

Når patienterne indlægges tager rehabiliteringssygeplejerskerne på Hjerterafdelingen kontakt til patienten, og der udarbejdes en personlig hjerteplan. Herunder vurderes patientens egenomsorgsevne og ønske om/behov for de forskellige elementer i hjerterehabiliteringen.

På baggrund af erfaringer fra Faaborg-Midtfyn Kommune vurderes det, at kommunen vil modtage borgere til tilbuddene med følgende fordeling:

- 50% har behov for/ønske om deltagelse i træningsforløb
- 50% har behov for/ønske om deltagelse i mestringskursus
- 25% har behov for/ønske om forløbskoordination/udvidet tilbud om samtaler
- 15% har behov for/ønske om ekstra kostvejledning
- 50% har behov for/ønske om deltagelse i modul for erhvervsaktive
- 10% har behov for/ønske om deltagelse i rygestopkursus
- 100% tager i mod tilbud om en afsluttende samtale

Der stratificeres i øjeblikket på baggrund af nedenstående i projektet mellem sygehuset i Svendborg og Faaborg Midtfyn og Nyborg Kommuner.

Patienter, der umiddelbart ikke har behov for tilbud om forløbskoordination/flere samtaler er kendetegnet ved:

### **Erhvervsuddannelse:**

- Alle patienter med mere end faglært uddannelse
- Patienter > 55 år med faglært uddannelse

og

### **Socialt netværk:**

- Patienter som bor med partner eller ægtefælle

De patienter der i modsætning til ovenstående har en ringe egenomsorgsevne tilbydes et udvidet tilbud om forløbskoordination/ekstra samtaler. Disse patienter er kendetegnet ved:

### **Erhvervsuddannelse:**

- Patienter under / lige med 55 år med faglært uddannelse
- Alle patienter med mindre end faglært uddannelse

eller

### **Socialt netværk:**

- Patienter uden samlever
- Patienter i beskyttet bolig eller på plejehjem
- Patienter der ved indlæggelsen modtager hjælp til personlig pleje

eller

**Patienter med lavt niveau af social støtte i kombination med subjektivt vurderet høj belastning i livet:**

- Økonomi
- Boligproblemer
- Arbejdsproblemer
- Relation til partner
- Relation til familie eller børn
- Anden sygdom
- Sygdom i nær familie

## BILAG 3 Budget

Der er i budgettet gjort flg. forudsætning:

- antallet af borgere, der deltager i tilbuddet fordeler sig jævnt over årets 12 måneder.

### Implementering af rehabiliteringstilbud på hjertekar-, KOL- og diabetesområdet

	2009	2010	2011 og fremover
Rehabiliteringskonsulent	45.833	550.000	550.000
Hjertekar		509.548	558.150
Kol + diabetes		152.765	650.050
<b>I alt</b>	<b>45.833</b>	<b>1.212.313</b>	<b>1.758.200</b>

### Opgaver og kompetencer for medarbejdere i rehabiliteringstilbuddet

#### Rehabiliteringskonsulent:

Kompetencer:

Rehabiliteringskonsulent skal både kunne have det overordnede overblik over administration, dokumentation og evaluering af alle elementerne i tilbuddet, og samtidig gennemføre patientundervisning for de kronisk syge samt yde faglig sparring og være netværksfacilitator for alle de øvrige medarbejdere i tilbuddet. Rehabiliteringskonsulent skal have projektlederegenskaber, viden om mestringsteori, pædagogiske kompetencer samt være uddannet i den motiverende samtale.

Opgaver:

- Overordnet planlægning, koordinering og udvikling af rehabiliteringsindsatsen i Svendborg Kommune
- Udvikling af patientuddannelsesstilbuddet og underviser på alle moduler
- Kompetenceudvikling af og afholdelse af netværksmøder med øvrige medarbejdere i rehabiliteringstilbuddet
- Ansvar for udvikling af dokumentation og løbende monitorering af alle elementer i rehabiliteringstilbuddet
- Udvikling af evalueringsplan og gennemførelse af evaluering
- Ansvar for kvalitetssikring og -udvikling

#### Ressourcepersonerne i Hjemmesygeplejen (hjemmesygeplejersker):

Kompetencer:

Hjemmesygeplejerskerne skal have solid viden om/erfaring indenfor rehabilitering, indsigt i de kommunale serviceområder, viden om sundhedsfaglige problemstillinger samt kompetencer inden for den motiverende samtale.

Opgaver:

- Afholdelse af indledende og afsluttende samtaler
- Afholdelse af ekstra samtaler for ressourcetsvage borgere med særlige behov
- Sikring af daglig dokumentation
- Undervisning på udvalgte moduler i patientuddannelsen
- Bidrage til den faglige udvikling af rehabiliteringstilbuddet

#### Terapeuterne (ergo- og fysioterapeuter):

Kompetencer:

Udover faglig viden i forhold til træning af borgere med hjerte-karsygdomme, KOL og diabetes, skal terapeuterne være bekendt med

- Motivationsteori
- Hjertemassage
- Håndtering af åndedrætsbesvær for KOL-syge
- Håndtering af akutte tilfælde af insulin chok og andre akutte tilstande

Opgaver:

- Differentieret træning af borgere med forskellige sygdomme og med forskellige funktionsniveauer
- Foretage forskellige tests af borgerne ved forløbets start og afslutning
- Sikring af daglig dokumentation
- Bidrage til den faglige udvikling af rehabiliteringstilbuddet

**Diætisten:**

Kompetencer:

Uddannet klinisk diætist eller lignende. Skal kunne varetage både gruppebaseret undervisning og individuel vejledning, dvs. skal have kompetencer indenfor den motiverende samtale og pædagogiske metoder.

Opgaver:

- Gruppebaseret undervisning herunder madlavning
- Individuel rådgivning af borgere med forskellige sygdomme og med forskellige funktionsniveauer
- Sikring af daglig dokumentation
- Bidrage til den faglige udvikling af rehabiliteringstilbuddet

**Eksterne undervisere (psykolog, sexolog mfl.):**

De eksterne undervisere skal sikre, at borgerne rustes til livet som kronisk syg, herunder særlige ift. håndtering af psykosociale problemstillinger.