

Evaluering

Overdragelse af den ikke-medicinske del af
Hjerterehabilitering Fase II fra Regionshospitalet
Viborg til Skive og Viborg kommuner



midt regionmidtjylland
Regionshospitalet Viborg, Skive



VIBORG
KOMMUNE



SKIVEKOMMUNE

Indhold:

	side
1. Indledning	3
2. Udgangspunkt	3
3. Målgruppe og opgavefordeling	4
4. Arbejdsgange	6
5. Tilrettelæggelse	7
a. Projektorganisation	
b. Kompetenceudvikling af kommunale medarbejdere	
c. Organisering af de kommunale rehabiliteringstilbud	
d. Kapacitet og ressourcer	
e. Tilrettelæggelse af de kommunale opgaver	
6. Kommunale erfaringer	11
a. Kompetencer	
b. Deltagelse	
7. Dokumentation og monitorering	13
8. Resultater	15
a. Population og deltagelse	
b. Forbedring af sundhedstilstanden	
c. Klinisk og brugeroplevet kvalitet	
d. Omkostninger pr. capita	
9. Perspektivering	23
Bilag	

1. Indledning

Hjerter medicinsk Ambulatorium på Regionshospitalet Viborg indledte i efteråret 2014 et banebrydende tværsektorielt samarbejde indenfor hjerterehabilitering sammen med Skive og Viborg kommunes sundhedscentre

Hjerterehabiliteringen i Midtklyngen var tilrettelagt i overensstemmelse med anbefalingerne i det daværende forløbsprogram, således at fase II foregik på Regionshospitalet, mens kommunerne tilbød fase III -rehabilitering.

Der havde tidligere været drøftelser mellem hospital og kommuner omkring mulighederne for at øge deltagelsen i hjerterehabiliteringen i fase II, der var temmelig lav - specielt for borgere fra Skive Kommune.

Et hovedformål med det tværsektorielle samarbejde var derfor at øge deltagelsen i hjerterehabilitering ved at flytte dele af tilbuddet nærmere til borgerne.

Samarbejdet førte til en planlagt opgaveoverdragelse af den ikke-medicinske del af hjerterehabilitering fase II fra regionshospitalet til kommunerne fra 1. februar 2015.

Hermed foreligger en evaluering af processen omkring selve opgaveoverdragelsen og resultaterne af det første år med kommunal ikke-medicinsk hjerterehabilitering fase II.

2. Udgangspunkt

Ved start af projektet blev der taget udgangspunkt i eksisterende arbejdsgange og samarbejde tværsektorielt omkring rehabilitering af hjertepatienter

Det daværende forløbsprogram med fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe, opdelte hjerterehabilitering i tre faser:

Fase I er den akutte behandling indtil udskrivelsen.

Fase II er fra udskrivelsen indtil patienten er tilbage i erhverv og/eller er i stand til at klare hverdagens aktiviteter.

Fase III er den sene opfølgingsfase og vedligeholdelse.

Forløbsprogrammet anbefalede, at rehabiliteringen i fase II foregik på hospitalet af hensyn til patientsikkerheden.

Nationalt er der stort frafald i deltagelse i Hjerterehabilitering Fase II, dels grundet geografi, hvor borgeren skal køre langt for at komme til træning med mere, og dels grundet tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket også har vist sig i Midtklyngen.

I dag kender man tilstanden i patienternes koronararterier, hvilket man ikke gjorde tidligere. Det har minimeret risikoen for uforudsete hændelser.

Der er evidens for at det nytter noget at deltage i genoptræning – både når det gælder overlevelse og livskvalitet.

Derfor var det relevant med en fornyet vurdering af mulighederne for at øge deltagelsen i hjerterehabilitering ud fra den seneste, faglige viden.

I Region Syd har der været afprøvet modeller med delt rehabilitering, hvor de første 6 uger foregår på hospitalet og de sidste 6 uger i kommunalt regi og planlagt som et langt forløb på 12 uger.

Hjertemedicinsk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg, har deltaget i et forskningsprojekt i samarbejde med Århus Universitetshospital. Her blev der trukket lod mellem patienterne i forhold til, om Hjerterehabilitering Fase II skulle foregå enten på hospitalet eller i kommunalt regi. Data herfra blev offentliggjort ved ph.d.- forsvar i januar 2015.

Forskningsprojektet viste overordnet, at hjerterehabilitering har samme kvalitet begge steder, idet der ingen statistisk signifikante forskelle var i kvaliteten.

Det så ud til at hjerterehabilitering på forsvarlig vis kunne foregå i kommunerne. Der var samme patientsikkerhed i begge sektorer.

Hjertemedicinsk Ambulatorium tog i efteråret 2014 kontakt til klyngekommunerne (Skive, Viborg og Silkeborg Kommune) med henblik på at starte et kvalitetsløft med overdragelse af dele af hjerterehabiliteringen fase II. Viborg og Skive Kommune havde længe været interesserede, mens Silkeborg Kommune afventede en dialog med Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg.

Sundhedsaftalerne 2015- 2018 bygger overordnet på værdier, og det er en ambition med sundhedsaftalerne, at skabe mere integrerede sundhedsydelse til gavn for borgerne. Opgaveoverdragelsen af Hjerterehabilitering Fase II er et eksempel på integration, hvor borgerne qua et tæt tværsektorielt samarbejde oplever et sundhedsvæsen med én indgang og et "flettet" forløb på tværs af sektorer.

3. Målgruppe og opgavefordeling

Hjerterehabilitering Fase II består af medicinsk behandling, pædagogiske opgaver i forhold til patientundervisning, ændring og fastholdelse af livsstilsfaktorer og fysisk træning.

Hjertemedicinsk ambulatorium har det lægefaglige ansvar for patienten under hele rehabiliteringsforløbet, fase II. Den medicinske behandling bliver fortsat varetaget af Hjertemedicinsk Ambulatorium.

Følgende opgaver er overdraget til kommunerne:

- Fysisk træning
- Kostintervention
- Patientuddannelse
- Rygestop
- Opsporing af depression og angst
- Psykosocial indsats

Målgruppe/patientkategorier

Målgruppen for opgaveoverdragelsen er alle patienter, der hidtil har været omfattet af regionshospitalet tilbud om hjerterehabilitering, fase II:

Udredte borgere med STEMI/NSTEMI, hjertesvigt/hjerteklapsygdom eller stabil angina pectoris, der lægefagligt er vurderet til at kunne overgå til genoptræning med mere i kommunalt regi.

Det drejer sig om patienter med følgende behandlingsformer:

- PCI (ballonudvidelse)
- CABG (by-pass operation)
- Hjerteklap-operation
- Udelukkende medicinsk behandling

Meget komplekse patienter med komplikationer er ikke omfattet af målgruppen.

Målgruppen for opgaveoverdragelsen er således bredere end målgruppen for det daværende forløbsprogram, der alene omfattede iskæmikere. Den svarer i store træk til målgruppen for det nye forløbsprogram.

Patientgrupper, der i det nye forløbsprogram generelt anbefales rehabilitering på hospital ¹ har hidtil også været omfattet af opgaveoverdragelsen, såfremt den enkelte patient lægefagligt er vurderet egnet til rehabilitering i kommunalt regi.

¹ Patienter med ICD-pacemaker samt patienter med klapsubstitution og samtidig hjertheinsufficiens.

4. Arbejdsgange

Forud for opgaveoverdragelsen blev der i fællesskab udarbejdet flow charts over forløbet både for den iskæmiske hjertepatient og patienten med hjertesvigt, jf. bilag 1.

Omdrejningspunktet i arbejdet var at tydeliggøre fastholdelsen af det lægelige ansvar for patienten i hjerteambulatoriet samtidig med en kommunal opgaveløsning i forhold til den ikke-medicinske rehabiliteringsindsats.

Især var det vigtigt at præcisere, at udgangspunktet for den kommunale opgaveløsning var den lægelige vurdering af den enkelte patient i forbindelse med opfølgingsbesøg i Hjertemedicinsk Ambulatorium ca. 14 dage efter udskrivning.

For patienter med hjertesvigt og andre patienter, hvor der er tvivl om de er egnede til kommunal fase II-rehabilitering indgår en arbejdstest i grundlaget for vurderingen.

Kommunerne skulle således ikke handle på den genoptræningsplan, de modtog på patienten ved udskrivelse før de modtog en korrespondance-meddelelse om, at patienten var vurderet klar til kommunal træning ved besøget i hjerteambulatoriet.

Tilsvarende rapporterer kommunerne patienternes deltagelse i og resultater af den kommunale rehabilitering tilbage til Hjerteambulatoriet, der derefter har patienten til en afsluttende kontrol ved læge og sygeplejeske.

Under arbejdet med arbejdsgange var der særligt fokus på overgange såsom kontakt fra Hjertemedicinsk Ambulatorium til Sundhedscentre og tilbage igen. Der var enighed om at sende korrespondancemeddelelser som supplement til genoptræningsplanen. Både overskrift og indhold i korrespondancemeddelelserne blev aftalt – se selve opgaveoverdragelsesdokumentet. 2

Telefonkontakt blev aftalt, hvis kommunernes personale havde brug for gode råd eller svar på spørgsmål, eller behov for kontakt i akutte situationer, og her blev bestemte telefonnumre aftalt. Især i starten var det vigtigt at holde en tæt, tværsektoriel kontakt.

I forbindelse med beskrivelsen af arbejdsgange og udarbejdelsen af flow charts skulle selve monitoreringen af resultaterne af opgaveoverdragelsen også aftales, jf. afsnit 7-8.

² Opgaveoverdragelse af dele af Hjerterehabilitering Fase II, februar 2015.

5. Tilrettelæggelse

Projektorganisation

Hospitalet har stillet en koordinator til rådighed, som har forestået mødeindkaldelser, referater m.m. Vi brugte på ledelsesniveau og medarbejder niveau tværsektorielt møde tid sammen i efteråret 2014 på at udfærdige et overdragelses dokument, fælles undervisning, vidensdeling, sidemandsoplæring m.m.

Der har været tæt dialog om opgaven og opfølgende ledelsesmøder i hele forløbet. Det har medvirket til opbygning af relationer med gensidig respekt og forståelse for hinandens forskellige organisationer og projektdeltagerne vurderer, det har haft stor betydning for hele forløbet og i forhold til udfordringer undervejs.

De tilsagn og klare gensidige tilkendegivelser om at kommune/hospital er fælles om ejerskabet og vi arbejder som et team på alle niveauer i opgaveløsningen, er blevet virkelighed og opleves af alle parter, som en helt klar styrke i netop denne opgaveoverdragelse.

Det samme gælder den tydelige tilkendegivelse fra hospitalet bl.a. om fagligt back up – og "åben linje" ind i hospitalet ved fx behov for vidensdeling eller akut opstået hjertesymptom.

Det, at det tværsektorielle samarbejde i praksis virker og vi sammen følger borgeren tæt, uanset om han/hun er i kommunalt eller hospitals regi, har medvirket til et trygt forløb for både borgere og medarbejdere.

Kompetenceudvikling af kommunale medarbejdere

Efter en individuel vurdering af de kommunale medarbejders kompetencer blev der tilbudt studiedage på Hjertemedicinsk Afdeling – både sengeafsnit, ambulatorium og i fysioterapien - så kommunens sygeplejersker og fysioterapeuter fik mulighed for at få kendskab til patientens samlede forløb, og at deltage i samtaler, fysisk træning, start- og slutttest og den mere pædagogiske indsats.

Der blev undervist i Hjertesygdomme, forløbsprogrammet og Klinisk Retningslinie for Hjertesygdomme, symptomer og rehabilitering, medicin med mere, samt tilbudt undervisning i genoplivning.

Der blev ligeledes aftalt genopfriskning og ajourføring af kompetencer på tværs af kommuner samt sparringsmøder efter behov.

Kommunerne har haft stor glæde af det meget tætte samarbejde med sygeplejerskerne i hjerteambulatoriet og samarbejdet sundhedscentre imellem – det har været stærkt medvirkende til, at opgaveoverdragelsen er blevet en succes.

Organisering af det kommunale rehabiliteringstilbud

Den kommunale rehabiliteringsindsats blev i både Skive og Viborg Kommune fysisk placeret i Sundhedscentrene. Organisatorisk er der imidlertid forskel på de to kommuners fordeling af opgaverne. I Viborg Kommune er rehabiliteringsteamet, der varetager de kommunale indsatser over for borgere med kroniske sygdomme (§119-rehabilitering), organisatorisk placeret i sundhedscenteret. Derimod er de terapeuter, der udfører genoptræning efter sundhedslovens §140 er ledelsesmæssigt forankret i en anden afdeling. Det har givet kommunen nogle udfordringer i forhold til planlægningen af den konkrete opgaveløsning omkring hjerterehabiliteringen.

I Skive Kommune har det været enklere, idet både kronikerindsatsen og genoptræningen efter sundhedslovens §140 ledelsesmæssigt er placeret i sundhedscenteret.

Kapacitet og ressourcer

Begge kommuners udgangspunkt har været, at den øgede kommunale indsats omkring hjerterehabiliteringen skulle finansieres af besparelser på kommunens betalinger til specialiseret genoptræning på Regionshospitalet Viborg.

Det har imidlertid været vanskeligt for kommunerne i etableringsfasen at vurdere omfanget af de nye, kommunale opgaver. Et hovedformål med opgaveoverdragelsen var at øge antallet af patienter, der deltog i hjerterehabilitering fase II – men ingen kunne på forhånd vide hvor mange patienter, der ville benytte sig af det nye, kommunale tilbud.

Beslutningsprocesserne omkring tilførsel af ressourcer til løsning af rehabiliteringsopgaverne har været forskellig i de to kommuner som konsekvens af forskelle i organisation og kompetencefordeling. I Viborg blev der ansat en fysioterapeut på 37 timer og i Skive en fysioterapeut på 32 timer til opgaven. Desuden skulle der afsættes ressourcer til udstyr, kompetenceudvikling mv.

Tilrettelæggelse af de kommunale opgaver

Fra starten af opgaveoverdragelsen var det vigtigt, at Viborg og Skive Kommune gjorde forløbene så ens som muligt. Imidlertid er rammer og organisering forskellig i de 2 kommuner og nogle ting har derfor udviklet sig lidt forskelligt. Begge kommuner lever op til kvalitetskravene og indholdet i aftalen om opgaveoverdragelse.

Grundlæggende er begge kommuners *tilbud* fysisk træning 2 gange ugentlig i 8 uger med mulighed for at forlænge forløbet med yderligere 4 uger efter behov. Det svarer til regionshospitalets tidligere tilbud. Der er kun få patienter, der ønsker forløbet forlænget med 4 uger. Begge kommuner tilbyder som udgangspunkt træning på hold med løbende optag.

Der er altid 2 kommunale medarbejdere på holdtræningen - som udgangspunkt en terapeut og en sygeplejerske.

Desuden har begge kommuner tilbud om patientundervisning, kostintervention, opsporing af angst og depression, psykosocial indsats samt rygestop. De to kommuners tilbud er dog ikke helt identiske.

Kommunerne tager første kontakt til patienterne umiddelbart efter at have modtaget en genoptræningsplan i forbindelse med udskrivelse af patienten. Her kvitterer kommunen for modtagelsen af genoptræningsplanen og forklarer patienten, at de vil blive kontaktet igen når hjerteambulatoriet har meldt dem klar til at starte rehabilitering i kommunalt regi.

I Viborg Kommune er første kontakt skriftlig, mens en terapeut eller sygeplejerske ringer patienten op, hvis vedkommende er fra Skive. Mange patienter benytter den mundtlige kontakt til at stille spørgsmål om rehabiliteringen og somme tider også spørgsmål vedrørende deres sygdom og almene befindende.

Viborg Kommune har været udfordret på den fysiske kapacitet i sundhedscenteret - der manglede plads i træningssalen, hvilket gjorde det nødvendigt at tænke anderledes. Derfor er træningen organiseret, så den ene af de 2 ugentlige træningstimer foregår udendørs i naturen - den anden på centret. Det har været til stor tilfredshed blandt borgerne - flere giver udtryk for at de er glade for det og bliver inspireret af det. Der har ikke været borgere der har meldt fra på den baggrund.

Begge kommuner oplever behov for at kunne tilbyde mere end én træningsform og mulighed for at træne på flere niveauer, fx ved at træne individuelt frem for at deltage i holdtræning. Nogle af disse patienter vil gerne deltage i centerets andre tilbud omkring hjerterehabiliteringen - undervisning, diætistvejledning mv. Begge kommuner oplever også at der er nogle patienter, der vælger at skifte fra holdtræning til individuel træning undervejs i rehabiliteringsforløbet.

Det er dermed fortsat ikke ukompliceret at tilrettelægge den kommunale træningskapacitet optimalt.

Begge kommuner tilrettelagde fra start patientundervisningen som en temadag, lige som regionshospitalet tidligere gjorde. Begge kommuner tilbyder undervisningen i tæt samarbejde med Hjerteforeningen.

Skive Kommune har holdt fast ved temadagen, mens Viborg Kommune fra 1. september 2015 har valgt at tilbyde patientundervisningen som en række moduler, der kan placeres hen over forløbet og vælges til og fra. Det skete på baggrund af en oplevelse af, at nogle af borgerne var udfordret af at blive undervist en hel dag. Pårørende indbydes fortsat til at deltage i den sygdomsspecifikke undervisning.

Begge kommuner har modtaget positive tilbagemeldinger på deres model for patientundervisningen. I Viborg sætter patienterne pris på friheden til at planlægge deres deltagelse i undervisningen når det passer bedst. I Skive kommer der derimod tilbagemeldinger om at det er lettest for både patient og pårørende kun at skulle have fri fra arbejde én gang for at deltage i patientundervisning. Skive Kommune overvejer aktuelt patientundervisningens form og indhold.

Diætistvejledning indgår som en del af patientundervisningen i begge kommuner. Derudover tilbydes individuel kostvejledning efter behov.

Patientundervisningen suppleres i Skive med et forløb omkring kost, der er et tilbud i tilknytning til træningen i sundhedscenteret. Her giver sundhedscenterets diætist holdundervisning.

I Viborg er der tilbud om at deltage i madværksteder, hvor der samtidig med praktisk madlavning undervises i hjertesund kost.

6. Kommunale erfaringer

Det har været en stor, spændende og udfordrende opgave for kommunerne at overtage den ikke-medicinske del af hjerterehabiliteringen fase II i kommunerne.

Borgeren er i hele forløbet tilknyttet hjerteambulatoriet, hvilket er anderledes end øvrige genoptræningsopgaver, hvor borgeren er afsluttet til egen læge. Det betyder at organiseringen af netop dette hjerterehabiliteringsforløb blevet en ny måde at arbejde på, som har givet det tværsektorielle samarbejde og sammenhængende forløb en ny, positiv dimension helt i tråd med værdierne bag Sundhedsaftalen.

Kompetencer

Generelt matcher opgaven udviklingen af kommunale kompetencer i indenfor almen genoptræning efter Sundhedslovens § 140. Flere og flere kommunale terapeuter har faglige special-kompetencer, som sættes i spil i forbindelse med overdragelse af nye opgaver. Det sammenholdt med udviklingen i diagnostik og behandling inden for hjertespecialet og heraf følgende accelererede forløb i hospitalsregi gennem de seneste år gjorde, at kommunerne var parat til at afprøve den ikke-medicinske hjerterehabilitering fase II i kommunalt regi.

Desuden kunne kommunerne tilføre rehabiliteringsindsatsen yderligere, pædagogiske kompetencer. Arbejdet med den enkelte borger i borgerens eget hjem og lokalmiljø en kommunal spidskompetence. Udgangspunktet er at finde frem til borgerens motivation og bygge videre herpå i forløbet.

Det kommunerne i høj grad også kan bidrage med, er fagpersonernes store kendskab til, hvilke muligheder borgerne har for at kunne fortsætte med hjertevenlig livsstil ude i lokalområderne – også når rehabiliteringsforløbet er slut.

Kommunerne har et tæt samarbejde med Hjerteforeningen og det øvrige foreningsliv. Kommunerne har også selv flere åbne sundhedsindsatser i gang, som borgeren evt. sammen med pårørende kan gøre brug af, fx. indenfor KRAM - Kost Rygning Alkohol Motion.

Deltagelse

Flere deltager i fysisk træning end tidligere. Det vurderes at have flere årsager. Kortere afstand til træning og bedre muligheder for at passe træningen sammen med arbejde er centrale.

Men også andre ting har betydning. Vi vurderer det har en høj grad af betydning at vi er enige med hospitalet om, at træning er en del af behandlingen, og at det sammen med en kort orientering om forløbet formidles til borgeren ved udskrivelsen og/eller ved kontrolsamtale på i Hjerteambulatoriet.

Et fåtål af borgere, der har deltaget i fase II, bliver henvist til og har ønsket hjerterehabilitering fase III.

Sundhedscentrenes medarbejdere kender de lokale tilbud, drøfter dem med borgerne og henviser til dem ved afslutning af rehabiliteringsforløbet i sundhedscenteret.

Mange borgere opbygger kontakter og netværk under forløbet i sundhedscenteret, som danner udgangspunkt for fortsat træning.

En stor del af borgerne fortsætter deres træning i hjerteforeningens regi – Hjerter Motion. Foreningen har træningshold både i Skive og Viborg og i oplandet. Sundhedscentrene har et godt samarbejde med de lokale afdelinger af hjerteforeningen, som også tilbyder Hjertecafé i forbindelse med træning.

Derudover er der mange træningsmuligheder i bl.a. motionscentre og idrætsforeninger.

7. Dokumentation og monitorering

En anden væsentlig og vigtig opgave, der har fyldt meget, er dokumentation og dataregistrering. Lige som indsatserne over for borgerne vedrørende fase II hjerterehabilitering er blevet 'flettet sammen' på tværs af hospital og kommuner, har der været et behov for også at kunne dokumentere og monitorere på tværs.

Dokumentationen skal

- Opfylde behovet for udveksling af faglige oplysninger om de enkelte borgere
 - Fra hospital til kommune: Genoptræningsplan og korrespondancemeddelelse
 - Fra fra kommune til hjerteambulatoriet: Meddelelse om træningsstart og slutstatus
- Kunne lægges ind i fagsystemer som dokumentation vedr. det enkelte borgerforløb
- Give et tværsektorielt overblik over borgernes forløb gennem fase II – både på individuelt og aggregeret niveau
- Give både kommuner og hospital mulighed for at dokumentere egen indsats på indikatorer, der ikke er af fælles interesse
- Omfatte de indikatorer, der indgår i den nationale monitorering via DHRD
- Opfylde Datatilsynets krav vedr. udveksling af personfølsomme data
- Ikke kræve særlige IT-kundskaber hos de medarbejdere, der skal dokumentere
- Være fleksibelt – kunne tilpasses i takt med opbygningen af viden og erfaring i prøveperioden
- Være mindst muligt ressourcekrævende – minimere dobbeltregistreringer

Hverken kommunernes fagsystemer eller hospitalets EPJ-system er velegnede til at opfylde disse krav. Den nationale monitorering via DHRD omfatter kun en lille del af de data, der er nødvendige for samarbejdet. Data er indrapporteret til DHRD fra hjerteambulatoriet i prøveperioden, men der har ikke kunnet hentes data ud igen.

Resultatet blev en fælles regnearksløsning. Forløbskoordinatoren i hjerteambulatoriet har været omdrejningspunktet. Kommunerne har leveret data ind til forløbskoordinatoren – dels meddelelse om start på kommunal rehabilitering (eller at patienten har sagt nej til deltagelse ved første kontakt med kommunen), dels slutstatus på den kommunale fase II-rehabilitering. For indholdet i slutstatus, jf. bilag.

Regnearket er opbygget så det følger borgerens flow gennem fase II-rehabiliteringen. Hospital og kommuner bidrager hver især med data. Jf. bilag.

Monitoreringen af projektets resultater er således sket på grundlag af det fælles regneark.

Som grundlag for leverancen af data til det fælles regneark har de to kommuner holdt styr på egne borgere og data i hver deres regneark, der ud over de fælles indikatorer har omfattet oplysninger af særlig interesse internt i det enkelte sundhedscenter.

Det har været en ny udfordring for de kommunale sundhedscentre at skulle leve op til en grad af dokumentation og datadisciplin som krævet i forbindelse med opgaveoverdragelsen – både som grundlag for det tværsektorielle samarbejde og af hensyn til nationale krav til monitorering af området. Det har været positivt for kommunerne at opleve, at de kommunale data rent faktisk er blevet brugt ved hjerteambulatoriets kontakt med borgerne efter afslutning af det kommunale forløb

I efteråret 2015 blev det besluttet at evaluere resultaterne af opgaveoverdragelsen ved hjælp af Triple Aim konceptet. Indikatorerne til resultatevalueringen blev valgt med udgangspunkt i de data, der var tilgængelige i den allerede aftalte dokumentation og monitorering.

8. Resultater

Det blev som nævnt besluttet at evaluere resultaterne af opgaveoverdragelsen ud fra Triple Aim konceptet. Evalueringen tog i vidt omfang udgangspunkt i mål og indikatorer, der monitoreres i Dansk Hjerter Rehabiliterings Database. Hjerterambulatoriet har indberettet oplysninger til databasen gennem en årrække.

Til trods herfor viste det sig, at det ikke var muligt at få rapporter fra DHRD baseret på de indberettede data. Det har dermed heller ikke været muligt at sammenligne projektets resultater med en base-line, men alene at belyse hvordan hjerterehabiliteringen efter opgaveoverdragelsen lever op til de opstillede mål og indikatorer.

Evalueringen består således i en vurdering af resultaterne af fase II-rehabiliteringen efter opgaveoverdragelsen på forskellige parametre, jf. driverdiagram i bilag

- Forbedringen af de deltagende borgeres sundhedstilstand fra start til slut på fase II-forløbet sammenlignet med nationale mål/standarder
- Kvalitetsindikatorer vedrørende deltagelsen i fase II rehabilitering sammenlignet med nationale mål/standarder
- Sammenligning af omkostningerne pr. capita til fase II-rehabilitering før og efter opgaveoverdragelsen
- Opgørelse af den samlede økonomi for hhv. hospital og kommuner ved opgaveoverdragelsen

De nationale mål/standarder, der er anvendt som målestok for projektets resultater er formuleret i forhold til det tidligere forløbsprograms målgruppe, iskæmikere. Projektets bredere målgruppe, hvor også patienter med hjertesvigt indgår, gør det alt andet lige sværere at leve op til de nationale standarder.

I forhold til Triple Aim modellen er det fravalgt at undersøge den brugeroplevede kvalitet – det kunne være meget relevant og interessant, men har ikke været muligt inden for projektperiodens tids- og ressourcemæssige rammer.

Population og deltagelse

Populationen er borgere fra Skive og Viborg Kommune med hjertesygdom, der er set i hjerterambulatoriet på Regionshospitalet Viborg til indledende rehabiliteringssamtale i perioden 1. januar til 31. december 2015. Det drejer sig om 435 borgere – 161 fra Skive Kommune og 274 fra Viborg Kommune. Borgerne har været indlagt/behandlet på forskellige hospitaler - 72% på Regionshospitalet Viborg, 27% på Århus universitetshospital og enkelte på andre hospitaler.

Samtlige deltagende borgere er henvist til fase II-rehabilitering i kommunerne fra hjerterambulatoriet på Regionshospitalet Viborg. 290 borgere er vurderet egnede og har i ambulatoriet sagt ja til deltagelse i hjerterehabilitering.

Mål 1:

Mindst 35% af alle hjertepatienter indlagt på en kardiologisk afdeling deltager i hjerterehabilitering.

Resultat:

64% af patienterne i populationen er vurderet egnede og har sagt ja til at deltage i hjerterehabilitering Fase II.³

Tabel 1: Deltagelse i hjerterehabilitering for forskellige patientgrupper

	Antal	Andel %	Deltagelse i rehab %*
Iskæmikere	240	55%	74%
Ballonudvidelse (PCI)	165		71%
Bypass (CABG)	55		84%
Med. beh. forkalkning (KAG)	16		69%
Blodprop (AMI)	4		75%
Klappatienter	52	12%	67%
Klapopererede	40		85%
Kikkertoperation (TAVI)	12		8%
Hjertesvigt	139	32%	42%
Andre (rørproteser)	4	1%	75%
I alt	435	100%	63%

* egnede patienter, der siger ja til rehabilitering både ved besøg i hjerteambulatoriet og ved efterfølgende kontakt med kommunen

Iskæmikere, der var målgruppen for det gamle forløbsprogram for hjerterehabilitering, udgør 55% af populationen, mens 44% består af patienter fra den nye del af den udvidede målgruppe, der omfattes af det nuværende forløbsprogram. Heraf udgør patienter med hjertesvigt de 32%.

60 patienter blev ikke vurderet som egnede ved besøg i ambulatoriet. 53 patienter sagde nej tak til deltagelse i hjerterehabilitering i hjerteambulatoriet. Desuden sagde 42 patienter ja til deltagelse i hjerteambulatoriet, men nej ved den efterfølgende kontakt med kommunen.

³ Region Midtjyllands BI-system giver desværre ikke mulighed for at opgøre det præcise antal indlagte patienter. Det vurderes dog, at populationen kun i begrænset omfang afviger fra det samlede antal indlagte patienter.

36 af de 42 patienter, der har sagt nej til deltagelse ved kontakt med kommunen, er fra Viborg. Det kunne eventuelt indikere at forskellen i tilrettelæggelsen af den første kontakt i de to kommuner har haft betydning.

Deltagelsen er højst blandt iskæmikerne (75%), specielt de bypass-opererede, mens den er lidt lavere blandt klappatienterne (68%). Det skyldes, at kun en enkelt af de 12 klappatienter, der har fået en kikkertoperation, har været egnet og samtidig selv ønsket at deltage i rehabilitering. Blandt de klapopererede er deltagelsen derimod meget høj – 85%.

Deltagelsen blandt patienter med hjertesvigt ligger markant lavere end i de øvrige grupper (42%). Det skyldes både, at der er flere, der ikke vurderes som egnede, og flere, der siger nej til at deltage i Fase II rehabiliteringen.

Forbedring af sundhedstilstanden

Forbedring af sundhedstilstanden måles primært på udviklingen i arbejdskapacitet. Målingen forudsætter at borgeren gennemfører en test både i forbindelse med start- og slut samtalen. En del borgere fravælger dog sluttesten. Det kan skyldes at rehabiliteringsforløbet er blevet afbrudt, men også at borgeren har trænet individuelt og ikke føler det naturligt at skulle testes, eller at borgere, der i øvrigt har gennemført et træningsforløb på hold ikke ønsker at blive testet, fordi de ikke synes, det gør nogen udbytte, de selv kan bruge til noget.

Det selvoplevede helbred måles også i forbindelse med start- og slut samtalen. Patienterne udfylder et SF12 skema og drøfter resultaterne med terapeut/sygeplejerske.

Tabel 2: Påbegyndte og afsluttede rehabiliteringsforløb

	I alt	Skive	Viborg
Påbegyndte forløb (start samtale)	275	120	155
Afsluttede forløb ⁴	256	111	145

Arbejdskapacitet

⁴ Afsluttede forløb er alle forløb, hvor kommunen har sendt et slutschema til Hjereteambulatoriet uanset om borgeren har gennemført forløbet eller ej. Gennemførte forløb er defineret ved at borgeren har deltaget i både start- og sluttest.

Af de afsluttede forløb har i alt 191 borgere gennemført start- og sluttest, således at udviklingen i arbejdskapacitet kan måles. Arbejdskapaciteten er målt med BORG-test, som også blev anvendt på Regionshospitalet Viborg før opgaveoverdragelsen.

Mål 2:

Mindst 80% af de borgere, der deltager i fysisk træning, øger deres arbejdskapacitet med mindst 10%.

Resultat:

81% af de borgere, der har gennemført både start- og sluttest, har øget deres arbejdskapacitet med mindst 10%.

84% af iskæmikere og klap-patienter har øget arbejdskapaciteten med mindst 10%, mens andelen er noget lavere blandt patienter med hjertesvigt, 70%.

Selvoplevet helbred

Både Skive og Viborg Kommune har gennemført målinger af borgernes selvoplevede helbred før og efter Fase II deltagelse. Det er dog først undervejs i projektperioden, det er sket på en måde, der efterfølgende kan opgøres. For Skives vedkommende foreligger der resultater for 79 borgere, for Viborgs vedkommende for 60 borgere.

Skive Kommune har opgjort sine data ved hjælp af et scoringsredskab til SF12, der er tilgængeligt på nettet. Der opgøres en samlet score for hhv. fysisk og psykisk helbred (PCS og MCS). Viborg Kommune har opgjort sine resultater i et survey-program, der gør det muligt at følge ændringerne i svarene på de enkelte spørgsmål.

KKR har formuleret et mål for udviklingen i selvoplevet helbred for kronikere, der deltager i rehabiliteringsforløb⁵

Mål 3:

Mindst 75% af de borgere, der deltager i fysisk træning oplever en forbedring af deres helbred.

Resultat:

⁵ KKR, Forslag til kvalitetsmål for kommunale tilbud til borgere med kronisk sygdom. SMART-mål nr. 6: Selvoplevet helbred: 75% af de deltagere, der gennemfører et rehabiliterings-forløb oplever en forbedring af deres selvoplevede helbred.

I Skive Kommune oplever 77% af de testede borgere en forbedring af deres fysiske helbred. 58% oplever en forbedring af deres mentale helbred.

I Viborg Kommune steg andelen af borgere, der opfattede deres helbred som godt eller vældig godt fra 76% ved start til 90% ved slut.

For Skive-borgerne er den gennemsnitlige forbedring af score på fysisk helbred er 6,4%-point, mens den for psykisk helbred er 3,3%-point.

Viborg-borgerne giver også udtryk for, at de oplever en klar forbedring af deres samlede helbred fra start til slut på Fase II-forløbet. I betragtning af, at borgerne netop er blevet behandlet for en livstruende tilstand er der forbavsende mange, der opfatter deres helbred som godt eller vældig godt fra start. Samme mønster genfindes for Skive-borgerne.

I Skives opgørelse er der en tydelig forskel på borgernes opfattelse af udviklingen i deres fysiske og deres psykiske helbred. Dette mønster tegner sig ikke så klart i Viborgs opgørelsesmetode, men det vurderes alligevel, at noget tilsvarende også gør sig gældende hos Viborg-borgerne.

Klinisk og brugeroplevet kvalitet

Som indikatorer på klinisk og brugeroplevet kvalitet i opgaveoverdragelsen er andelen af indlagte borgere, der efterfølgende deltager i hjerterehabilitering allerede omtalt, jf. mål 1.

Desuden er dels antallet af borgere, der deltager i fysisk træning, dels andelen af borgere, der gennemfører mindst 80% af den planlagte træning valgt som indikatorer. Begge indikatorer indgår også i DHRD. Desuden indgår patientsikkerhed og deltagelse i patientundervisning som kvalitetsindikatorer.

Projektdeltagerne har ikke haft tid og ressourcer til at måle selvstændigt på brugeroplevet kvalitet – men der er flere opmærksomhedspunkter, hvor det ud fra de foreliggende resultater kunne være interessant at spørge nærmere ind til borgernes oplevelse.

Deltagelse i træning

Mål 4:

Flere borgere deltager i fysisk træning som følge af opgaveoverdragelsen

Resultat⁶:

2013: 170 borgerforløb

2015: 275 borgerforløb

I 2013 havde Skive og Viborg Kommune tilsammen 170 borgere, der deltog i hjerterehabilitering på Regionshospitalet Viborg. I 2015 havde kommunerne tilsammen 275 borgere, der deltog i kommunal hjerterehabilitering. Det er en stigning på 62%.

I Skive steg antallet af deltagende borgere fra 57 til 120 (110%), mens det i Viborg steg fra 113 til 155 (37%).

Når stigningen i antallet af deltagende borgere er så meget større i Skive end i Viborg skyldes det uden tvivl primært de geografiske forhold. For Skiveborgere er afstanden til træningsstedet blevet reduceret med ca. 65 km (tur/retur). For Viborgborgere har afstanden stort set været uændret, da Sundhedscenter Viborg ligger tæt på Regionshospitalet.

Sundhedscenter Viborg har spurgt de borgere, som ikke har ønsket at modtage tilbuddet om rehabilitering fase 2 om grunden hertil. Enkelte har takket nej på grund af afstand. En del har ønsket at deltage i undervisningen, men få hjemmetræningsprogrammer og dermed træne hjemme. Andre angiver manglende motivation, anden sygdom eller dårlig almentilstand.

Mål 5:

Mindst 70% af de borgere, der påbegynder fysisk træning gennemfører mindst 80% af den planlagte træning.

Resultat:

66% af borgere, der har trænet på hold har gennemført mindst 80% af den planlagte træning.

⁶ 2013 er valgt som basis-år fordi det er det sidste hele år, hvor alle der deltog i hjerterehabilitering fase II fik specialiseret genoptræning. Borgere, der blev udskrevet med en genoptræningsplan i slutningen af 2014 blev henvist til træning i kommunalt regi. Regionshospitalet Viborg omorganiserede i 2014 patientforløbene med henblik på øget deltagelse, så 2013-tallene undervurderet formentlig deltagelsen i hjerterehabilitering fase II på Regionshospitalet Viborg lige op til opgaveoverdragelsen.

Tilbuddet om fysisk træning i fase 2 har i forsøgsperioden omfattet holdtræning 2 gange ugentlig i 8 uger. Det svarer til det tidligere tilbud på Regionshospitalet Viborg. Ca 15% af borgerne har dog valgt at træne individuelt og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Det lykkes ikke helt at nå målsætningen om at 70% skal deltage i mindst 80% af den planlagte træning. Der er en vis forskel på kommunerne på dette punkt, idet 74% når op på 80% deltagelse i Skive mens det tilsvarende tal for Viborg er 59%.

Det skal fremhæves, at disse tal ikke er fuldt dækkende for den faktiske deltagelse. Borgere, der undervejs i forløbet skifter fra holdtræning til individuel træning indgår rent registreringsmæssigt på lige fod med afbrudte træningsforløb og påvirker gennemførelsesprocenten negativt.

Svigtpatienter gennemfører samlet set træningen i samme omfang som iskæmikere. I Skive er svigtpatienternes deltagelse endda højere end iskæmikernes, mens det er omvendt i Viborg.

Patientsikkerhed

Mål 6:

Sikkerheden for borgerne er høj. Ingen får behov for indlæggelse i forbindelse med træning

Resultat:

2 borgere er sendt til observation på Hjerterafdelingen. Ingen af dem havde kardielle problemer.

Deltagelse i patientundervisning

Mål 7:

Mindst 45% af de borgere, der påbegynder fysisk træning deltager også i patientundervisning.

Resultat:

44% har deltaget i patientundervisning.

Der findes ikke noget nationalt mål for deltagelsen i patientundervisning. Målet på 50% er således fastsat af projektets deltagere. Målet er ambitiøst set i forhold til den

tidligere deltagelse i patientundervisning på Regionshospitalet Viborg, der lå på omkring 30%.

Samlet set har 44% af de borgere, der har deltaget i fase II-rehabilitering i kommunerne også deltaget i patientundervisningen.

En større andel af borgerne fra Skive har deltaget i patientundervisning (50%) end i Viborg (40%). Svigtpatienter deltager mindre hyppigt end andre i Skive (42%), mens det er modsat i Viborg (49%).

Diætist-vejledning

I alt 143 borgere, svarende til 52% af alle har modtaget vejledning fra en diætist. Ernæringsvejledning indgår som en del af patientundervisningen i begge kommuner. Derudover sker der i enkelte tilfælde individuel vejledning og anden vejledning på hold i begge kommuner.

I Skive Kommune foregår ernæringsvejledningen næsten kun på hold – dvs i patientundervisningen plus i "Hjertecaféen". Hjertecaféen er et tilbud i regi af Hjerteforeningen, hvor kommunens diætist byder ind med et forløb. Der er kun få borgere, der får individuel vejledning hos en diætist. 60% af alle, der har påbegyndt fase II-forløbet, deltager i diætistvejledning.

Den samlede deltagelse i diætistvejledning hos borgere, der har påbegyndt fase II-forløbet er 46%. Ca 40% af de deltagende borgere har fået individuel ernæringsvejledning.

Omkostninger pr. capita

Før opgaveoverdragelsen betalte kommunerne en fast takst pr. borger pr. træningsbesøg på Regionshospitalet. Der er på landsplan fastsat 3 mulige takster for specialiseret genoptræning, og Skive og Viborg Kommuner betalte som hovedregel den midterste, der i 2013 var på 983 kr pr. borger pr. besøg. Der var fra start en klar forventning i kommunerne om at de kunne levere samme indsats som hospitalets for færre penge.

Mål 8:

De gennemsnitlige omkostninger til fysisk træning pr. deltagende borger falder som følge af opgaveoverdragelsen.

Resultat:

2013: Udgifter pr. borgerforløb 10.700 kr

2015: Udgifter pr. borgerforløb 3.300 kr

Det er imidlertid ikke samme indsats som Regionshospitalets, kommunerne har stået over for at skulle levere. Antallet af borgere, der har deltaget i fase II hjerterehabilitering er stærkt øget. Dermed kommer den samlede, kommunale økonomi i opgaveoverdragelsen i fokus.

Beregninger viser, at økonomien for Viborg Kommune samlet set giver en mindreudgift på ca. ½ mill kr – det er et fald på ca. 35% i omkostningerne samtidig med at der er sket en stigning på 35% i antallet af borgere, der har deltaget i hjerterehabiliteringen.

For Skive Kommunes vedkommende viser beregningerne, at økonomien samlet set balancerer i forhold til tidligere, samtidig med at dobbelt så mange borgere deltager i hjerterehabilitering som tidligere.

9. Perspektivering

Afslutningsvis skal det forbilledligt gode samarbejde mellem hospital og kommuner igen fremhæves som helt afgørende for en vellykket opgaveoverdragelse. Trykke og tilfredse borgere/patienter, fine resultater og mange sidegevinster for ledere og medarbejdere i begge sektorer.

Det nye forløbsprogram udvider tilbuddet om fysisk træning fra 8 uger til 12 uger. Både Skive og Viborg Kommune oplever at en stor del af patienterne/borgerne er klar til at afslutte deres fase II-forløb efter 8 uger, så man kan frygte at andelen af borgere, der gennemfører mindst 80% af den planlagte træning vil falde når tilbuddet udvides.

Sidegevinsterne optræder i form af indbyrdes relationer og kendskab til hinandens arbejde, metoder og vilkår, samt læring i forhold til at få det tværsektorielle samarbejde til at fungere. Helt overordnet er det viljen til samarbejde og ønsket om sammen at skabe et tilbud, der imødekommer borgernes/patienternes behov og ønsker bedst muligt, der har været omdrejningspunktet.

Projektdeltagerne ser forløbet som eksemplarisk i forhold til Sundhedsaftalens værdier og målsætninger. Det er deres håb, at de positive erfaringer med at "flette sammen" om hjerterehabiliteringen vil kunne inspirere til lignende projekter der vil gavne andre patientgrupper.

Bilag

- Bilag 1 Evalueringsgruppens sammensætning
- Bilag 2 Flowchart Hjerterehabilitering
- Bilag 3 Flowchart Herterehabilitering for hjertesvigtspatienter med EF mindre end 50%
- Bilag 4 Driverdiagram, evaluering af resultaterne af non-farmakologisk hjerterehabilitering fase II i Viborg og Skive kommuner 1. februar 2015 – 31. januar 2016

Evalueringsgruppens sammensætning

Marianne Toppenberg, leder af Sundhedscenter Viborg

Marianne Balsby, leder af Skive Sundhedscenter

Annette Fenger, Hjertemedicinsk Afdeling, Kvalitetsteam, RH Viborg

Marianne Lønvig, afdelingssygeplejerske Hjertemedicinsk Amb., RH Viborg

Helle Mark Mogensen, forløbskoordinator Hjertemedicinsk Amb., RH Viborg

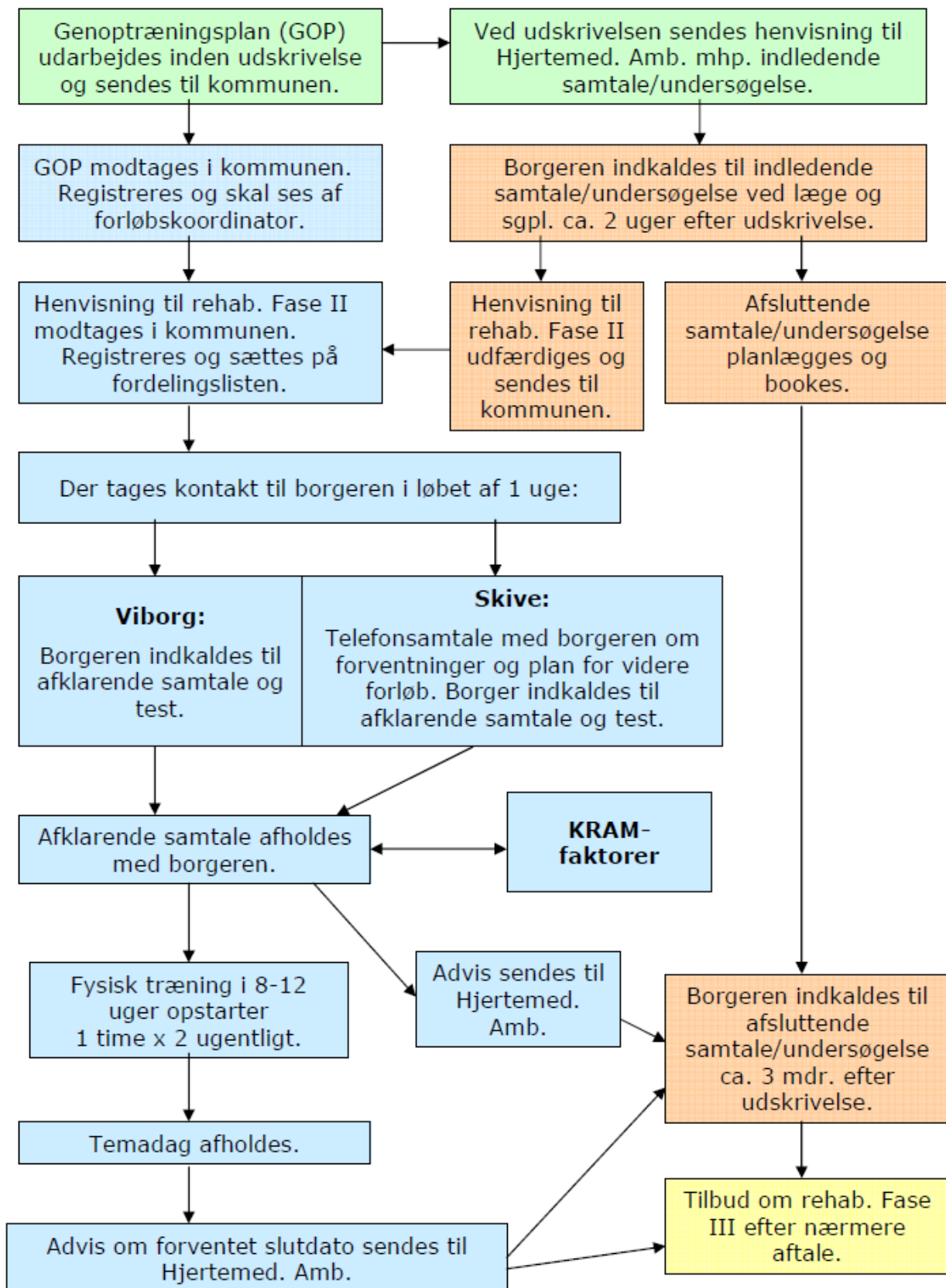
Malene Hollingdal, kardiologisk overlæge, Hjertemedicinsk Afdeling, RH Viborg

Poul Schmidt, ledende terapeut, Akutafdelingen, RH Viborg

Jenny Humeniuk, chefkonsulent, Skive Kommune (sekr.)

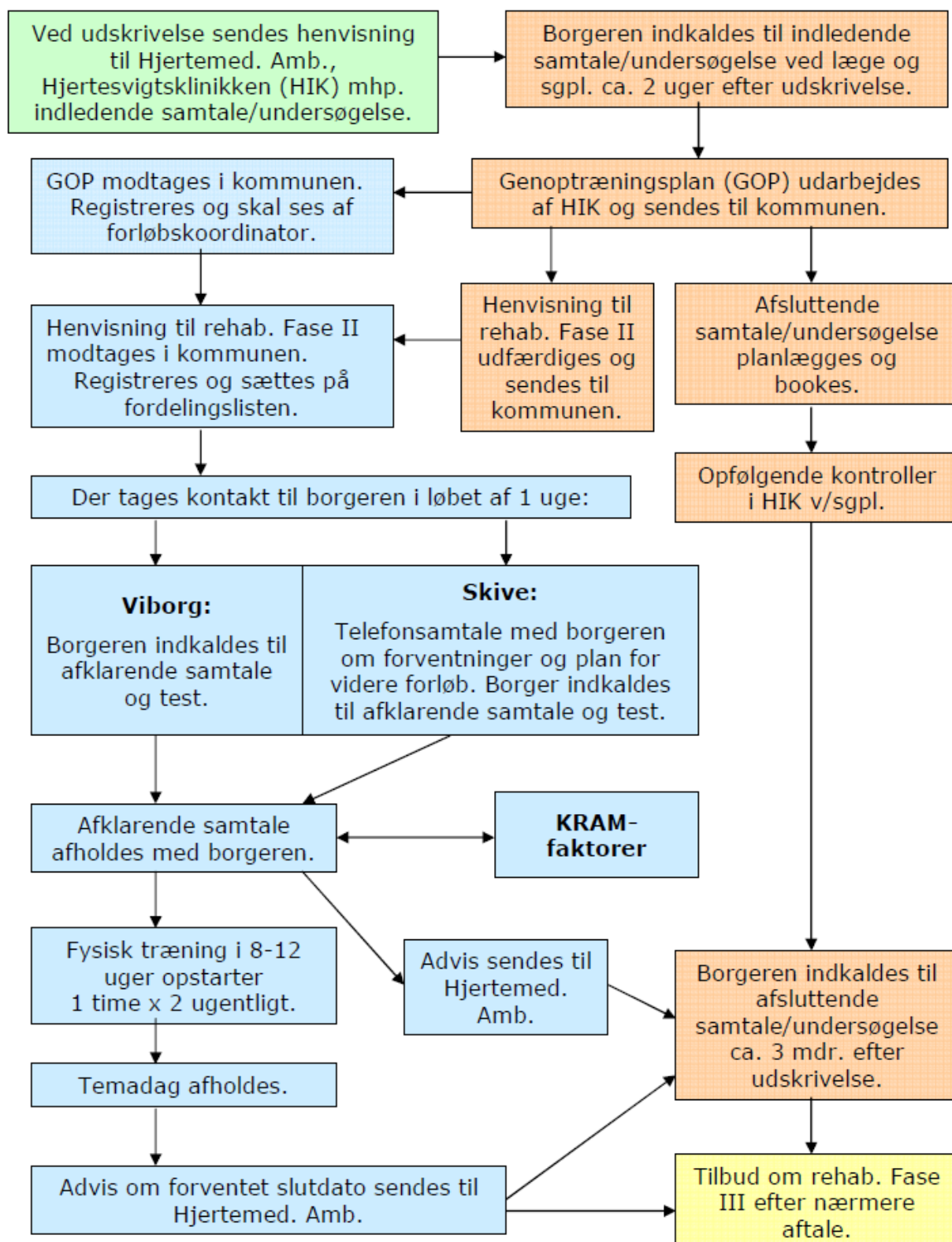
Hjerterehabilitering

Flowchart til personale



Hjerterehabilitering for hjertesvigtspatienter med EF mindre end 50%

Flowchart til personale



Driver-diagram

Projekt: Evaluering af resultaterne af non-farmakologisk hjerterehabilitering fase II i Viborg og Skive Kommune 1. februar 2015 – 31. januar 2016

Population: Borgere fra Skive og Viborg km henvist til fase II-rehab i perioden 1. januar -31. december 2015

