



Martin Sandberg Buch, Christina Holm-Petersen og Egil Boll Hansen

Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

*Evaluering af Region Hovedstadens implementering af
forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme*

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2016

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7488-876-5
Projekt: 11125

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



**Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Alle patienter, der indgår i et pakkeforløb på hospitalet på grund af iskæmisk hjertesygdom eller hjertesvigt, skal i stabil fase tilbydes hjerterehabilitering. Region Hovedstaden har i den forbindelse udarbejdet et forløbsprogram, der kommer med anbefalinger til den sundhedsprofessionelle indsats, samt hvordan indsatsen kan optimeres i primær og sekundær sektor.

KORA har på vegne af Region Hovedstaden undersøgt, hvad status er på implementeringen af forløbsprogrammet, og hvordan samarbejdet om hjerterehabiliteringen i dag foregår. Evalueringen er gennemført af seniorprojektleder Martin Sandberg Buch, projektchef Christina Holm-Petersen og docent Eigil Boll Hansen. Herudover har stud.scient.pol. Thomas Artmann Kristensen bidraget til databehandling og datafremstilling af det elektroniske spørgeskema.

Første udgave af rapporten har været til kommentering hos Region Hovedstaden. Herefter har det færdige udkast været i eksternt review hos en forsker og en praktiker med særlig indsigt i tværsektorielt samarbejde. Endelig er der gennemført en afsluttende kvalitetssikring ved analyse- og forskningschef Vibeke Normann Andersen fra KORA.

KORA ønsker at takke de medarbejdere og ledere, der har medvirket i survey og interview og dermed for deres bidrag til gennemførelse af undersøgelsen.

Forfatterne

August 2016

Indhold

Resumé	6
1 Baggrund for evalueringen	11
1.1 Evalueringens undersøgelsesspørgsmål	11
1.2 Evalueringsdesign	11
1.2.1 Elektronisk spørgeskema	12
1.2.2 Spørgeskemaets gennemførelse og deltagere	13
1.2.3 Interviewundersøgelse blandt fagpersoner og ledere på udførende niveau	14
1.2.4 Om de anvendte metoder	15
1.3 Rapportens opbygning	16
2 Status på implementering i daglig praksis.....	17
2.1 Kendskab og oplevet relevans.....	17
2.1.1 Fagpersoner og lederes kendskab til forløbsprogrammet	17
2.1.2 Forløbsprogrammets relevans og anvendelighed	19
2.1.3 Forløbsprogrammets betydning for behandlings- og rehabiliteringsforløb	21
2.1.4 Patienternes inddragelse i tilrettelæggelsen af behandlings- og rehabiliteringsforløb.....	21
2.1.5 Brug af kommunale sundhedsfremmende tilbud	22
2.2 Resultater fra de gennemførte interview.....	23
2.2.1 Kendskab, relevans og betydning.....	23
2.3 Opsamling.....	25
3 Arbejdsgange, arbejdsdeling og tilbud.....	26
3.1 Henvisning og opstart af hjerterehabilitering	26
3.1.1 Efterbehandlingssamtaler	26
3.1.2 Risikostratificering af patienter	29
3.1.3 Mulighed for patientinddragelse og individuelt tilrettelagte forløb.....	30
3.2 Arbejdsdeling og sted for hjerterehabilitering	31
3.2.1 Til hvilket tilbud henvises patienter?.....	31
3.2.2 Hvor stor en andel af patienterne henvises til delt forløb?.....	32
3.3 Fagpersonernes kendskab til hinandens tilbud	33
3.3.1 Kendskab til kommunale tilbud	33
3.3.2 Brug af SOFT-portalen.....	34
3.3.3 Kendskab til hospitalsbaserede tilbud	34
3.4 Det kan være svært at fylde de kommunale hold	35
3.4.1 Variationer i tilbud	35
3.4.2 Uklart indhold	36
3.4.3 Delt eller helt forløb – et spørgsmål om tillid	37
3.4.4 Uklart evidensgrundlag.....	38
3.5 Fravalg og frafald.....	38
3.5.1 Henvisning til kommunal rehabilitering via Ref01	39

3.6	Ideer til forbedringer af tilbud	40
3.6.1	Organiseringen af de kommunale tilbud	40
3.6.2	Relevante tilbud, som ikke indgår i forløbsprogrammet	41
3.6.3	Kompetenceudvikling	42
3.6.4	Input til revisionen af forløbsprogrammet	42
3.7	Opsamling.....	43
4	Status på det tværsektorielle samarbejde	45
4.1	Det tværsektorielle samarbejdes forudsætninger	45
4.2	Forløbsprogrammets betydning for det tværsektorielle samarbejde	47
4.3	Status for udvikling af relationer og tillid	49
4.3.1	Variation og volumen	49
4.3.2	Mål for den gensidige tillid	50
4.3.3	Samarbejdet med almen praksis.....	50
4.4	Opsamling og forslag	50
5	Konklusioner og anbefalinger	52
5.1	Kendskab og relevans.....	52
5.2	Variation i implementering og samarbejdsflader	52
5.3	Status på udviklingen i forløbssamarbejdet	53
5.4	KORAs anbefalinger	54
5.4.1	Behov for mere ens tilbud på tværs af kommunerne.....	54
5.4.2	Behov for samarbejde og innovation på tværs af kommunegrænser.....	54
5.5	Behov for mere ens implementering på tværs af hospitaler	55
5.5.1	Kendskabet til SOFT-portalen bør øges, og kvaliteten af kommunernes beskrivelser bør være mere ens	55
5.5.2	Det bør prioriteres at monitorere frafald og fravalg.....	55
5.5.3	Øgede muligheder for at tage individuelle hensyn til patienter med særlige behov	56
5.5.4	Elektronisk program, evidens samt stillingtagen til nye diagnoser.....	56
	Litteratur	57
Bilag 1	Interviewguide – fokusgruppeinterview med ledere og nøglemedarbejdere om implementering af forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom	58
Bilag 2	Supplerende tabeller fra spørgeskemaet vedrørende udveksling af information på tværs af sektorer	62
Bilag 3	Kommentarer i det afsluttende frie kommentarfelt i spørgeskemaet	68
Bilag 4	Oversigt over kommunernes hjerterehabilitering som beskrevet på sundhed.dk	72

Resumé

Evalueringens formål og baggrund

Region Hovedstaden og kommunerne i regionen aftalte i juni 2011 et forløbsprogram, der beskriver de organisatoriske rammer og det faglige indhold af behandlingen for patienter med iskæmisk hjertesygdom samt patienter med hjertesvigt.

Forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdomme står over for at skulle opdateres, og i den forbindelse er det besluttet at gennemføre en evaluering til at understøtte de beslutninger, der skal tages vedrørende forløbsprogrammets fortsatte udvikling og konsolidering. Evalueringen er baseret på et elektronisk spørgeskema og en interviewundersøgelse, der tilsammen undersøger forløbsprogrammets implementering og betydning på udførende niveau, samt hvilke forslag de involverede ledere og fagpersoner har til fremadrettede forbedringer.

Forløbsprogrammet er kendt, og det opleves som et fremskridt

Evalueringen viser, at relevante fagpersoner fra hospitaler og kommuner kender forløbsprogrammet og oplever, at det har stor relevans for hjerterehabiliteringen. Samtidig vurderes det, at forløbsprogrammet har medvirket til, at rehabilitering indgår som en mere ligestillet del af hjertebehandlingen sammenlignet med tiden inden programmet.

Heraf følger også en oplevelse af, at flere patienter i dag tilbydes efterbehandlingssamtaler og gennemfører hjerterehabilitering, samt at patienter med hjerte-kar-sygdomme i større omfang inddrages i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og rehabiliteringsforløb som følge af forløbsprogrammet.

Det fremgår også, at hospitaler og praktiserende lægers kendskab samt antallet af henvisninger til de kommunale tilbud om patientuddannelse, rygestop, motion o.l. vurderes at være stigende (om end der stadig er plads til forbedringer). Endelig er der flere steder, hvor kommunerne har et stort patientgrundlag og et veludbygget/tværfagligt hjerteforløb, har etableret et velfungerende samarbejde og har en relativt velfungerende arbejdsdeling omkring de delte forløb mellem kommuner og hospitaler.

Disse forhold illustrerer, at forløbsprogrammet på overordnet niveau fremstår som en succes, og at der fremadrettet er et godt udgangspunkt for at konsolidere og udbygge samarbejdet om hjerterehabilitering.

Variation i implementering og samarbejdsflader

Med forløbsprogrammet er der fulgt et oplæg til nye arbejdsdelinger mellem hospitaler og kommuner om rehabiliteringen. Evalueringen har derfor undersøgt status på arbejdsgange og arbejdsdeling relateret til efterbehandlingssamtaler og risikostratificering. På dette mere konkrete niveau viser evalueringen, at der er store forskelle på, hvordan hospitaler og kommuner arbejder med forløbsprogrammet i deres hverdagspraksis.

Evalueringen viser således, at risikostratificering, rehabilitering og arbejdsdeling mellem hospitaler og kommuner foregår forskelligt fra hospital til hospital, ligesom det mange steder er sygeplejersker, der stratificerer patienterne. Rehabiliteringen og arbejdsdelingen mellem hospitaler og kommuner fremstår mindre systematisk og konsolideret de steder, hvor det primært er sygeplejersker, der er ansvarlige for risikostratificeringen, sammenlignet med de steder, hvor hospitalslæger tager et aktivt ansvar for stratificering og implementering af forløbsprogrammet.

Dette leder til en variation, som en del hospitalsansatte og stort set alle kommunalt ansatte oplever som uhensigtsmæssig. Samtidig fremstår forløbsprogrammet og risikostratificeringen for de fleste kommuner som redskaber, der kun fungerer på hospitalets præmisser. De kommunale deltagere i evalueringen efterspørger derfor et mere ligeværdigt samarbejde og en mere ensartet stratificering.

Rehabiliteringen og arbejdsdelingen med kommunerne er også mindre veletableret på de hospitaler, der har mange forskellige mindre kommuner/kommunale tilbud at forholde sig til. De hospitalsansatte pointerer i den forbindelse, at der er stor variation imellem kommunernes tilbud, hvorfor der ikke i alle tilfælde er tillid til fagligheden og kvaliteten af de tilbud, patienterne tilbydes i kommunerne. Det bekræftes således, at patienterne i et vist omfang stratificeres forskelligt på baggrund af hospitalspersonalets kendskab og tillid til de kommunale tilbud. De hospitaler, der har store kommuner/tværkommunale tilbud at henvise til, har generelt mere veludbyggede samarbejdsrelationer.

Frafald og fravalg i overgangen til kommunerne

Der mangler generelt patienter til de kommunale tilbud, og dette er en væsentlig årsag til, at de kommunalt ansatte efterspørger et mere forpligtende og ligeværdigt samarbejde med hospitalerne. Samtidig leder manglen på patienter til, at mange kommuner efterlyser, at almen praksis indtager en mere aktiv rolle i forhold til at henvise patienter til de kommunale tilbud om rehabilitering. Dette er dog ikke i forløbsprogrammet beskrevet som en opgave for almen praksis.

Som nævnt er der variationer i organiseringen af rehabiliteringen og hospitalernes tillid til det faglige niveau i kommunerne, som mindsker andelen af patienter, der henvises til rehabilitering. Der er dog også andre væsentlige forhold, som spiller ind, herunder:

- Der opleves uhensigtsmæssige overlap imellem hospitalernes og kommunernes tilbud om patientundervisning og træning, og dette gør det sværere at motivere patienterne til at tage imod kommunernes tilbud, når der fx er tale om delte forløb.
- Hospitalerne tager hensyn til patienternes ønsker (og ressourcer) til, hvor og hvordan rehabiliteringen skal foregå.
- Der er ofte ventetid på, at patienterne kan starte i den kommunale rehabilitering.
- Når henvisningerne til kommunerne skal ske på Ref01 (Henvisning til kommunal rehabilitering, som ikke hører under Sundhedsloven), er der ikke tilskud til transport, og dette leder til, at en del – især sårbare – patienter falder fra/fravælger kommunernes tilbud.
- Der er patienter, som fravælger at fortsætte i kommunerne – fx på grund af hensyn til arbejde og familie.

Der er således mange årsager til frafald og fravalg, men der mangler fælles viden, forståelse og dialog om problemets omfang, og hvad der kan gøres for at mindske det. Samtidig understøtter manglen på viden og dialog kommunernes oplevelse af, at hospitalerne "holder" på patienter på grund af manglende tillid til de kommunale tilbud.

Endelig er der i et vist omfang en oplevelse af, at arbejdsdelingen omkring de delte forløb leder til dobbeltarbejde og ressourcespild. Det kommer fx til udtryk, når hospitaler og kommuner tilbyder den samme undervisning, eller når kommunerne mangler patienter til deres tilbud.

Status på udviklingen i forløbssamarbejdet

Vurderingen er, at informationen til og fra almen praksis generelt ikke har ændret sig som led i forløbsprogrammet. Samarbejdet med almen praksis vurderes også at være uændret, og der er mange, som fremadrettet ønsker mere information fra og mere samarbejde med almen

praksis. Godt halvdelen af de kommunalt ansatte kommunikerer telefonisk med hospitalet, og der er en oplevelse af, at den information, der sendes fra hospitalet, er blevet bedre. Nogle ønsker at modtage mere information. Både hospitalsansatte og kommunalt ansatte har en oplevelse af, at de samarbejder mere med hinanden.

Generelt ligger der en udfordring i, at den gensidige tillid til hinandens tilbud godt kunne være bedre. Den ligger i dag gennemsnitligt på 6 på en skala fra 1-10 (1 lav og 10 høj). Dette dækker over store variationer, hvor der på nogle planområder er forholdsvis veletableret samarbejde og arbejdsdeling, mens der på andre planområder er store udfordringer i forhold til tillid til de mange forskellige kommunale tilbud. Der er således også et mønster i, at det har været nemmest at etablere tillid til en arbejdsdeling med fælles forløb dér, hvor der er store kommunale aktører med volumen i deres tilbud.

Fremadrettede anbefalinger

Med udgangspunkt i rapportens konklusioner har KORA følgende anbefalinger til det fremadrettede samarbejde om hjerterehabiliteringen:

Behov for mere ens tilbud på tværs af kommunerne

Som det også var tilfældet med forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes (1), beskriver forløbsprogrammet i dag, hvilke tilbud der som minimum skal være til stede i kommunalt regi. Beskrivelserne er imidlertid på overskriftsniveau, og anbefalinger til konkret organisering, indhold, tilknyttede faglige kompetencer og kvalitetssikring er ikke beskrevet. Dette leder til variation og manglende gennemskuelighed af kommunernes tilbud, som mindsker de hospitalsansattes respekt for kommunernes indsatser og derved også motivationen til at henvise patienter. Og det frustrerer fagpersoner i alle sektorer – ikke mindst dem, der kommer fra kommuner, som efter eget udsagn har investeret væsentlige ressourcer i hjerterehabiliteringen, samtidig med at de mangler henvisninger. Det fremgår også, at variationen er u hensigtsmæssig, fordi den stiller patienterne forskelligt, alt efter hvilken kommune de bor i, samtidig med at samarbejdet mellem sektorerne kompliceres.

KORA anbefaler derfor, at der arbejdes hen imod en mere forpligtende implementering af forløbsprogrammet, således at kvalitet og organisering af de kommunale tilbud fremstår mere ensartet.

Behov for samarbejde og innovation på tværs af kommunegrænser

Som det også blev konkluderet i KORAs evaluering af forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes (1), udfordres intentionerne i forløbsprogrammet af, at en del kommuners befolkningsgrundlag og økonomi er for lille til, at det er hensigtsmæssigt at etablere fuldt udbyggede patientuddannelses- og træningstilbud, der er målrettet patienter med hjerte-kar-sygdomme. Dette udgør en væsentlig barriere for ønsket om at etablere indsatser, der er mere ens på tværs af kommuner, samt for at udnytte de anvendte ressourcer i kommunerne effektivt. Samtidig er der identificeret eksempler på tværkommunale samarbejder, der understøtter implementering, effektiv ressourceudnyttelse og et tillidsfuldt samarbejde på tværs af kommuner og hospitaler (jf. beskrivelsen af vestegnskommunernes samarbejde i afsnit 3.6.1).

På den baggrund anbefales det, at der fremadrettet sættes øget fokus på mulighederne for tværgående samarbejde om tilbud på tværs af kommunegrænser.

Behov for mere ens implementering på tværs af hospitaler

Forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdomme – og især arbejdsdelingen mellem hospitaler og kommuner – er forskelligt implementeret på tværs af regionens hospitaler. Der er variation i, hvilke patientgrupper der deles med kommunerne, og hvordan patienterne stratificeres. Der er også variationer i, hvorvidt det er speciallæger, der indgår aktivt i rehabiliteringsarbejdet. Øget

involvering af hospitals- og praktiserende læger i relation til hjerterehabiliteringen fremstår derfor som et element, som i væsentlig grad understøtter en systematisk implementering af forløbsprogrammet. Hvis den lægelige involvering i rehabiliteringsarbejdet skal være mere ensartet, kunne dette være et område, som ledelsen kunne have fokus på ved fremadrettet rekruttering.

Kendskabet til SOFT-portalen bør øges, og kvaliteten af kommunernes beskrivelser bør være mere ens

Evalueringen viser, at kendskabet til SOFT-portalen (oversigt over kommuner og regioners sundhedstilbud på sundhed.dk) samt de tilgængelige beskrivelser af de kommunale tilbud er øget i tiden med forløbsprogrammet. Det fremgår dog også, at portalen langt fra spiller den rolle, som den er tiltænkt. Dette skyldes manglende kendskab/fokus på den fra hospitalsansatte og praktiserende lægers side, men formentlig spiller det også en rolle, at de kommunale tilbud er meget forskelligt beskrevet (se eventuelt oversigten i Bilag 4 for illustration).

Hvis SOFT-portalens fremadrettet skal spille en større rolle, anbefales det derfor at øge kendskabet blandt de tiltænkte henvisere samt at sikre en mere ensartet og detaljeret kvalitet af kommunernes beskrivelser.

Monitorering af frafald og fravalg

Det er en velkendt problemstilling, at det langt fra er alle relevante patienter, der gennemfører den anbefalede hjerterehabilitering, samt at dette er særligt udtalt blandt socialt udsatte patienter. Det er samtidig veldokumenteret, at de forhold, der mindsker gennemførelsesprocenten, bl.a. knytter sig til:

- Ventetid på opstart af forløb eller ventetid i forbindelse med overgange i forløb
- Geografiske afstande
- Konkurrerende sygdomme
- Lavt uddannelsesniveau og dårlig økonomi.

Det fremstår dog også som en væsentlig pointe, at systematisk viden om, hvor og hvorfor frafald opstår, kombineret med målrettede indsatser, kan øge såvel gennemførelsesprocenterne som udbyttet af rehabiliteringen markant – også for de socialt udsatte patienter (2-4).

Set i det lys er det interessant, at en af evalueringens gennemgående pointer er, at patienternes frafald fra og fravalg af hjerterehabiliteringen fremstår som en black box for de involverede fagpersoner, samt at dette i relativt stort omfang giver anledning til forestillinger og fordomme om hinanden. Mange efterlyser i den forbindelse en grundigere monitorering af, hvor og hvorfor frafaldet opstår, samt hvad der karakteriserer de pågældende patienter.

Det er KORAs vurdering, at fælles viden om ovenstående forhold samt en tværgående dialog om disse kan bidrage til at løfte det fremadrettede samarbejde om forløbsprogrammet. Samtidig vil særligt problematiske overgange, som medfører frafald, kunne identificeres, således at der kan arbejdes målrettet med at mindske frafaldet.

På den baggrund anbefales det, at det rehabiliteringsansvarlige personale på hospitaler og i kommuner systematisk registrerer frafald og fravalg samt årsagerne hertil fremadrettet. Endvidere anbefales det, at der med afsæt i den viden, som skabes, igangsættes en fælles dialog om årsager, samt hvilke løsninger der lokalt kan være med til at mindske frafaldet.

Øgede muligheder for at tage individuelle hensyn til patienter med særlige behov

Mange fagpersoner fra både kommuner og hospitaler peger på, at det er vanskeligt at tilbyde individuelle forløb med afsæt i de lokale rammer, der er opstillet for hjerterehabiliteringen. Der

er således en relativt udbredt oplevelse af, at forløbsprogrammet først og fremmest hjælper de patienter, der i forvejen kan og vil selv – dette fordi der fortrinsvis er tale om holdbaseret træning og undervisning, så de, der har individuelle behov, risikerer at komme i klemme. For nogle patienters vedkommende udgør transport en barriere, hvis de bor langt væk fra tilbuddet, eller fordi der – i modsætning til genoptræningsplanen – ikke er betalt transport ved Ref01.

Der peges også på, at psykiske efterreaktioner fylder meget for mange hjertepatienter og deres pårørende, men at der ikke altid er så meget fokus herpå i tilbuddene eller så mange muligheder for at hjælpe patienterne. Det sætter ekstra pres på kompetencer i kommunikation med patienter i krise, som er chokerede over det, der er sket for dem. En norsk undersøgelse af hjerterehabilitering har tidligere vist, at særligt de patienter, der er mest følelsesmæssigt stressede, har svært ved at gennemføre rehabiliteringsforløb (5). De involverede fagpersoner skal altså gennem efterbehandlings samtalen mestre at motivere til livsstilsændringer uden at skræmme de i forvejen angstede patienter så meget, at de risikerer handlingslammelse. Studier har tidligere vist, at compliance bliver mindre, når der anvendes skræmmeteknikker i samtaler med patienter (6). Dermed bliver mestring af disse samtaler fremadrettet også vigtigt for kompetenceudvikling.

Alt andet lige må det formodes, at fravalg og frafald vil kunne mindskes ved, at der skabes øget viden om patienterne, deres ønsker og behov.

Elektronisk program, evidens samt stillingtagen til nye diagnoser

Flere mener, at forløbsprogrammet fremadrettet bør være elektronisk, så det fx bliver lettere at revidere programmet i forhold til ny evidens, ændrede aftaler o.l. Det er for mange vigtigt, at programmet ikke er forældet. Samtidig er der også en erkendelse af, at det kan være en tidskrævende proces at blive enige om, hvad den nye evidens er.

Enkelte af evalueringens fagpersoner fortæller om en praksis, hvor nogle hospitaler og nogle kommuner tilbyder klapopererede og/eller patienter med atrieflimren efterbehandlings samtaler og rehabilitering med afsæt i forløbsprogrammet. Derfor er der også flere fagpersoner, som anbefaler, at disse diagnoser fremadrettet omfattes af forløbsprogrammet. Andre sætter spørgsmålstegn ved evidensen for også at inddrage disse grupper. KORA har ikke undersøgt dette og er derfor ikke i stand til at vurdere, hvorvidt det vil være hensigtsmæssigt at gøre programmet bredere, så det inkluderer flere diagnoser, men da det tilsyneladende allerede er etableret som uformel praksis nogle steder i Region Hovedstaden, er det vigtigt, at der tages stilling til disse spørgsmål.

Da der også hersker uklarhed om, hvilke resultater der på længere sigt er for patienterne ved at deltage i hjerterehabilitering, som den er udformet i forløbsprogrammet, anbefaler KORA, at dette gøres til genstand for fremtidige undersøgelser.

1 Baggrund for evalueringen

Region Hovedstaden og kommunerne i regionen udarbejdede i juni 2011 et forløbsprogram, der beskriver de organisatoriske rammer og det faglige indhold af behandlingen for patienter med iskæmisk hjertesygdom samt patienter med hjertesvigt¹. Forløbsprogrammet har særligt fokus på rehabilitering af hjertepatienter. På kort sigt er formålet at stabilisere sygdommen samt at forbedre patienternes funktionsniveau og livskvalitet. På længere sigt er formålet at bremse hjertesygdommens progression og mindske patienternes sygelighed og dødelighed.

Forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom står over for at skulle opdateres, og i den forbindelse har Region Hovedstaden ønsket en evaluering til at understøtte de beslutninger, der skal tages vedrørende forløbsprogrammets fortsatte udvikling og konsolidering. Evalueringen undersøger forløbsprogrammets implementering og betydning på udførende niveau, samt hvilke forslag de involverede ledere og fagpersoner har til fremadrettede forbedringer. Der er altså tale om en evaluering, som tager udgangspunkt i de involverede fagpersoners erfaringer.

Patienternes perspektiv på hjerterehabiliteringstilbuddene er ikke en del af denne undersøgelse, da patienternes perspektiv er blevet undersøgt selvstændigt.

1.1 Evalueringens undersøgelsesspørgsmål

Forløbsprogrammets betydning i de udførende led er undersøgt via gruppeinterview og en spørgeskemaundersøgelse, der afdækker, i hvilket omfang relevante fagpersoner og ledere:

- kender forløbsprogrammet og oplever, at de indgåede aftaler for stratificering, kommunikation m.m. er forståelige og relevante i den hverdag, klinikerne befinder sig i
- oplever, at forløbsprogrammet styrker samarbejdet mellem de nøglefunktioner/medarbejdere, der har ansvar for overleveringer af patienter og information på tværs af sektorer
- vurderer, at forløbsprogrammet øger relevante fagpersoners fokus på patientinddragelse og rehabilitering
- oplever at være en del af et forløbsorienteret samarbejde, hvor der er fælles viden og fælles mål for de forløb, der samarbejdes om
- ser udfordringer og muligheder for at efterleve/forbedre forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom fremadrettet.

1.2 Evalueringsdesign

Evalueringen er baseret på et elektronisk spørgeskema og en interviewundersøgelse. Kort opsummeret er evalueringen baseret på interview med i alt 62 fagpersoner fra hospitaler, kommuner og almen praksis. Endvidere er der udsendt et elektronisk spørgeskema til 329 respondenter, som repræsenterer et bredt udsnit af de faggrupper, der på tværs af sektorer er involveret i hjerterehabilitering. Spørgeskemaet opnåede en tilfredsstillende overordnet svarprocent på 59 %. Evalueringens anvendte metode præsenteres mere uddybende nedenfor.

¹ Patienter med åreforkalkningssyndrom i hjertet samt patienter med nedsat hjertepumpfunktion.

1.2.1 Elektronisk spørgeskema

Det elektroniske spørgeskema er udsendt til en bred kreds af relevante fagpersoner og ledere på tværs af almen praksis, læger og sygeplejersker på medicinske hospitalsafdelinger samt kommunalt personale i visitationen, den patientrettede forebyggelse og kommunale træningscentre. Formålet er at give et bredt billede af, hvordan forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom er blevet implementeret i de forskellige sektorer og de forskellige dele af Region Hovedstaden. Spørgeskemaet bidrager således til at beskrive status og supplere de detaljerede beskrivelser af forløbsprogrammets møde med den kliniske hverdag, som undersøges via kvalitative interviews.

Spørgeskemaet afdækker implementering på to overordnede niveauer: Et niveau skal afdække kendskab til, opbakning til, forståelse for og ejerskab til forløbsprogrammet. Vi kalder det *parathed til forandring*. Et andet niveau afdækker, i hvilken udstrækning forløbsprogrammet har ført til faktiske handlemønstre i forhold til patientgruppen og i det tværsektorielle samarbejde, som er i overensstemmelse med forløbsprogrammet. Vi kalder det for *oplevet forandring*.

Spørgeskemaet indeholder spørgsmål inden for følgende temaer:

Parathed til forandring

- Hvilken information har de forskellige faggrupper i de tre sektorer modtaget om forløbsprogrammerne og hvordan?
- Hvordan er kendskabet til forløbsprogrammerne og kriterier for risikostratificering?
- Hvordan er den faglige forståelse af indholdet af forløbsprogrammerne, og bedømmes de som relevante?
- Hvordan bedømmes kravet om efterbehandlingssamtale?
- Hvordan bedømmes behovet for et tættere tværsektorielt samarbejde?
- Er der opnået øget kendskab til indsatsmuligheder og faktisk indsats i andre sektorer?
- Hvordan bedømmes forudsætningerne for at leve op til forløbsprogrammerne og til at indgå i samarbejde med andre sektorer?

Faktisk forandring

- Hvordan bruges risikostratificering ved beslutning om rehabiliteringsforløb?
- Er der sket ændringer i den information, som sendes til og modtages fra andre faggrupper?
- Er der sket ændringer i kommunikationen med forskellige faggrupper i andre sektorer?
- Er der sket ændringer med hensyn til (fælles) planlægning af forløb?
- Er der sket ændringer i patienternes faktiske forløb, og er der sket ændringer i tilbud, som gives til patienterne?
- I hvilken udstrækning gennemføres efterbehandlingssamtaler, og er der barrierer for deres gennemførelse?
- Inddrages patienterne i større eller mindre grad?
- Er kendskabet til indsats og tilbud i andre sektorer øget?
- I hvilken udstrækning henvises der til delte rehabiliteringsforløb i kommunerne?
- Er der sket en øget henvisning til kommunale tilbud, fx rygestopkurser, diætbehandling og patientuddannelse?
- Hvem samarbejdes der med i forhold til hjertepatienterne, og hvad består samarbejdet i?
- Er der sket ændringer i samarbejdet med andre sektorer/faggrupper?
- Hvad er de vigtigste barrierer for at leve op til forløbsprogrammerne og for at udvikle samarbejdet på tværs af sektorer?

- I hvilken udstrækning bedømmes det, at forløbsprogrammet har ført til bedre forløb for patienterne?
- Får patienterne de tilbud, som er beskrevet i programmet?
- Er der opnået bedre sammenhæng for patienterne?

Spørgeskemaet har endvidere indsamlet oplysninger om sektorplacering, faggruppe, stillingsbetegnelse og geografisk placering.

1.2.2 Spørgeskemaets gennemførelse og deltagere

Undersøgelsens respondenter er udvalgt af Region Hovedstaden. Udvælgelsen er sket ved, at Enhed for Tværsektoriel Udvikling i Region Hovedstaden bad hospitaler og kommuner om at levere navne og kontaktoplysninger på personer, som forventedes at have været i berøring med forløbsprogrammet. Udvælgelsen af praktiserende læger er tilfældig, men praktiserende læger blev ved udvælgelsen fordelt efter solopraksis og kompagnifællesskab samt geografi. Enhed for Tværsektoriel Udvikling har udsendt et brev til de praktiserende læger med opfordring til at deltage i undersøgelsen. Formanden for PLO-Hovedstaden var medunderskriver på brevet. De praktiserende læger blev i brevet lovet et honorar på ca. 450 kr. for en halv times deltagelse. Brevet blev udsendt, så praktiserende læger modtog det omkring det tidspunkt, hvor KORA udsendte en mail om at deltage i undersøgelsen.

Spørgeskemaet er udarbejdet i elektronisk version i SurveyXact og distribueret pr. e-mail. Det blev distribueret samtidigt til praktiserende læger, hospitalsansatte og kommuneansatte i slutningen af februar 2016, og der blev efter henholdsvis 2 og 3 uger udsendt påmindelser til dem, der ikke havde besvaret på spørgeskemaet. Inden spørgeskemaet blev udsendt, blev det pilottestet blandt en gruppe af potentielle respondenter, hvorefter deres kommentarer blev indarbejdet i spørgeskemaet.

Tabel 1.1 viser undersøgelsens svarprocent. Spørgeskemaet blev distribueret til i alt 329 respondenter, hvoraf 52 % har gennemført hele spørgeskemaet og 7 % har svaret på dele af spørgeskemaet, hvilket giver en overordnet tilfredsstillende svarprocent på 59 %.

Tabel 1.1 Svarprocent opgjort efter ansættelse i henholdsvis kommune, hospital og almen praksis

	Antal respondenter der har modtaget spørgeskemaet	Antal besvarede og delvist besvarede spørgeskemaer	Svarprocent
Kommune	87	75	87 %
Hospital	93	64	69 %
Almen praksis	149	54	36 %
I alt	329	193	59 %

Kilde: Internetbaseret spørgeskema i foråret 2015/2016.

Som det fremgår, er svarprocenten højest blandt de kommunalt ansatte, hvor 87 % har svaret på hele eller dele af spørgeskemaet. Blandt de hospitalsansatte har 69 % svaret på hele eller dele af spørgeskemaet. Til gengæld har de praktiserende læger med 36 % en væsentlig lavere svarprocent. Svarprocenten for privatpraktiserende læger ligger på samme niveau som i tidligere spørgeskemaundersøgelser, hvorfor svarprocenten vurderes som tilfredsstillende. Den relativt lave svarprocent giver dog et forbehold i forhold til at kunne antage, at besvarelserne fra praktiserende læger er repræsentative for alle praktiserende læger.

Tabel 1.2 viser spørgeskemaundersøgelsens respondenter fordelt efter planområder.

Tabel 1.2 Fagpersonerne fordelt efter planområder

	Praktiserende læge	Hospitalsansat	Kommunalt ansat	Total
Nord	13	27	16	56
Midt	14	13	31	58
Byen	17	7	13	37
Syd	9	17	15	41
Total	53	64	75	192

Kilde: Internetbaseret spørgeskema i foråret 2016.

Tabellen viser, at knap 30 % af undersøgelsens respondenter er ansat i planområde Nord. Ligeledes 30 % er ansat i Planområde Midt. Planområde Byen og Syd har hver cirka en femtedel af respondenterne. Alle planområder er således repræsenteret i undersøgelsen. Dog er der relativt få praktiserende læger fra planområde Syd og relativt få hospitalsansatte og kommunalt ansatte fra planområde Byen.

Tabel 1.3 viser respondenterne fordelt efter deres stilling. Tabellen viser, at de praktiserende læger udgør 28 % af undersøgelsens respondenter. Sygeplejersker og fysioterapeuter udgør med henholdsvis 20 % og 23 % af undersøgelsens andre store respondentgrupper. 11 % har angivet andet-svar. Herunder har respondenterne angivet ansættelser som eksempelvis forløbskoordinator, sundhedschef og projektleder. Endelig fremgår det, at kun 6 % af undersøgelsens respondenter er hospitalslæger.

Tabel 1.3 Fagpersonerne fordelt efter stilling

	Respondenter	Procent
Praktiserende læge	53	28 %
Hospitalslæge	11	6 %
Sygeplejerske	38	20 %
Ergoterapeut	2	1 %
Fysioterapeut	45	23 %
Forebyggelseskonsulent/sundhedskonsulent	3	1 %
Visitor	4	2 %
Diætist	15	8 %
Patientvejleder	-	-
Andet, skriv hvad	21	11 %
Total	192	100 %

Kilde: Internetbaseret spørgeskema i foråret 2016.

1.2.3 Interviewundersøgelse blandt fagpersoner og ledere på udførende niveau

Parallelt med spørgeskemaet er der gennemført gruppeinterview med i alt 62 relevante sundhedsfaglige medarbejdere og ledere fra hospitaler, kommuner og almen praksis. Fordelingen af interviewdeltagere på sektorer, faggrupper og planområder fremgår af Tabel 1.4 og Tabel 1.5 nedenfor.

Tabel 1.4 Oversigt over evalueringens interviewpersoner

	Sygeplejersker	Diætister	Fysioterapeuter	Læger	Funktionsledere og nøglepersoner	I alt
Kommune	7	3	12	-	11	33
Hospital	12	2	6	4	2	26
Almen praksis	-	-	-	3	-	3
I alt	19	5	18	7	13	62

Tabel 1.5 Oversigt over interviewdeltagere fordelt på planområder og sektorer

	Kommune	Hospital	Almen praksis
Planområde Nord	6	5	1
Planområde Midt	6	6	1
Planområde Byen	9	6	
Planområde Syd	11	4	1
Bornholm	1	5	
I alt	33	26	3

Som det fremgår, er alle faggrupper og planområder repræsenteret i interviewundersøgelsen. Det fremgår dog også, at hospitalslæger og praktiserende læger er underrepræsenterede som faggrupper i interviewundersøgelsen i forhold til de centrale opgaver, de har i forløbsprogrammet.

Interviewene er gennemført for at få en detaljeret forståelse for de involverede fagpersoners anvendelse og perspektiver på forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom. Formålet med interviewene var at opnå en detaljeret og praksisnær viden om erfaringer og forudsætninger for det fremadrettede arbejde med at udvikle og konsolidere forløbsprogrammet i de udførende led samt afdække, hvilken rolle programmet spiller i den kliniske hverdag².

Interviewene giver derudover indsigt i fagpersonernes implementeringserfaringer, samt hvad der er gjort for at omsætte forløbsprogrammets principper for stratificering o.l. til nye rutiner, som understøtter et forløbsorienteret samarbejde. Endelig har interviewene haft særligt fokus på, hvilken betydning forløbsprogrammet har haft for patientbehandlingen – jf. temaer, der også indgår i det elektroniske spørgeskema.

1.2.4 Om de anvendte metoder

Behandling og præsentation af data

Alle interviews er optaget elektronisk og derefter udskrevet. Udskrifterne er efterfølgende tematiseret med udgangspunkt i evalueringens undersøgelsesspørgsmål og anvendt som afsæt for citat og analyse. Gennem rapporten anvendes citater, som illustrerer de temaer, problemstillinger og forslag, der er drøftet i interviewene. Citaterne er angivet anonymt for at sikre interviewpersonerne mulighed for at udtale sig frit. Til gengæld angives, hvilken sektor og faggruppe interviewpersonerne kommer fra.

² Et eksempel på de anvendte interviewguides fremgår af Bilag 1.

Validitet og repræsentativitet

De to sidste interviews afdækkede ikke væsentlige nye problemstillinger, hvilket indikerer, at der er opnået datamæthed i undersøgelsen. Samtidig er der god overensstemmelse mellem interviewundersøgelsen og resultaterne fra spørgeskemaet. Derfor vurderes det, at undersøgelsen står på validt indsamlede data, samt at interviewdeltagerne samlet set afspejler det forskelligartede erfaringsgrundlag, som den brede gruppe af fagpersoner, der arbejder med hjerterehabilitering, har.

1.3 Rapportens opbygning

Rapporten præsenterer de indsamlede data i nedenstående tre hovedkapitler:

Kapitel 2 præsenterer de sundhedsfagliges overordnede perspektiver på forløbsprogrammet og implementeringen heraf. Kapitlet afdækker kendskabet til programmet, opbakningen til det, de grundlæggende forudsætninger for leve op til programmet og de tilhørende arbejdsgange samt fagpersonernes vurderinger af programmets betydning for hjerterehabiliteringen.

Kapitel 3 går tæt på de arbejdsgange vedrørende henvisning og stratificering, der skal sikre, at alle hjertepatienter tilbydes et individuelt tilpasset rehabiliteringsforløb. Kapitlet beskriver endvidere en række forhold vedrørende fravalg og frafald fra hjerterehabiliteringen samt overvejelser og dilemmaer omkring organisering og arbejdsdeling.

Kapitel 4 belyser, hvilken betydning de involverede fagpersoner vurderer, at forløbsprogrammet har haft for samarbejde omkring patienternes forløb, hvorvidt forudsætningerne for at leve op til forløbsprogrammet i hverdagen er til stede, samt hvilke forslag til forbedringer evalueringen har afdækket.

Kapitel 5 opstiller – på baggrund af de foregående kapitler – evalueringens konklusioner og anbefalinger.

2 Status på implementering i daglig praksis

Evalueringen tager udgangspunkt i den antagelse, at en efterlevelse af forløbsprogrammet grundlæggende forudsætter kendskab til programmet, og hvilken indsats der forventes af praktiserende læger, hospital og kommune. Vi antager endvidere, at en succesfuld implementering forudsætter, at der blandt de involverede parter er en forståelse for forløbsprogrammet og dets sigte, og at parterne tror på, at programmet og de konkrete indsatser i dette har en gavnlig virkning for patienterne.

Dette kapitel belyser derfor fagpersonernes kendskab og opbakning til forløbsprogrammet, hvor langt implementering og konsolidering af programmet er nået, hvor brugbart forløbsprogrammet er i den daglige praksis, samt hvilke muligheder der ses for at konsolidere forløbsprogrammet yderligere fremadrettet. I forlængelse heraf afdækkes også fagpersonernes vurderinger af, om forløbsprogrammet bidrager til, at patienterne i større eller mindre grad inddrages i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og rehabiliteringsforløb, samt hvorvidt forløbsprogrammet øger andelen af patienter, der henvises til kommunale tilbud. Dette er der nemlig lagt op til i forløbsprogrammet, som lægger vægt på, at hjerterehabiliteringstilbud skal være individuelt tilrettelagt, ligesom kommunerne skal spille en aktiv rolle.

2.1 Kendskab og oplevet relevans

2.1.1 Fagpersoner og lederes kendskab til forløbsprogrammet

Tabel 2.1 viser, hvilke informationskanaler respondenterne har brugt til at opnå kendskab til forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdomme:

Tabel 2.1 Fagpersonernes angivelse af, hvordan de er blevet orienteret om forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom (det har været muligt at afgive flere svar)

	Praktiserende læge	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
Har læst beskrivelsen af forløbsprogrammet	44 %	75 %	82 %
Gennem Region Hovedstadens hjemmeside	33 %	10 %	11 %
Gennem undervisning/introduktion til forløbsprogrammet	10 %	43 %	39 %
Gennem deltagelse i konference, møder e.l.	23 %	41 %	47 %
Gennem kollega	15 %	25 %	41 %
Gennem leder	0 %	35 %	27 %
På anden måde	6 %	16 %	7 %
Er ikke blevet orienteret	25 %	3 %	3 %
Procentgrundlag (antal)	52	63	74

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Den hyppigste kilde til kendskab er beskrivelsen af forløbsprogrammet, som henholdsvis 44 % af de privatpraktiserende læger, 75 % af de hospitalsansatte og 82 % af de kommunalt ansatte har læst. En tredjedel af de privatpraktiserende læger er blevet orienteret via Region Hovedstadens hjemmeside og 23 % gennem deltagelse i konferencer, møder e.l. Disse er dermed hyppige øvrige informationskilder for praktiserende læger.

Hospitalsansatte og kommunalt ansatte er generelt blevet orienteret gennem en bred vifte af informationskanaler. En stor andel af både de hospitalsansatte (43 %) og kommunalt ansatte (39 %) er således blevet orienteret gennem undervisning og introduktion til forløbsprogrammet. Mange hospitalsansatte (41 %) og kommuneansatte (47 %) er derudover blevet orienteret gennem deltagelse i konferencer, møder e.l. For kommunalt ansatte udgør kolleger (41 %) også en hyppig kilde til kendskab.

Det fremgår således, at respondenterne generelt er velinformerede om forløbsprogrammet, men det fremgår også, at almen praksis – hvor 25 % angiver, at de slet ikke er informeret om forløbsprogrammet – har et væsentligt lavere informationsniveau end de øvrige sektorer.

Tabel 2.2 nedenfor viser, i hvilken grad informationen om forløbsprogrammet har resulteret i, at fagpersonerne har et detaljeret kendskab til indholdet af programmet.

Tabel 2.2 Fagpersonernes vurdering af, om de har et detaljeret kendskab til forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom

	Praktiserende læge	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
Ja, i meget høj grad	6 %	20 %	6 %
Ja, i høj grad	9 %	35 %	43 %
Ja, i nogen grad	50 %	33 %	38 %
Nej, kun sporadisk kendskab	27 %	10 %	11 %
Nej, har slet ikke noget kendskab	6 %	2 %	1 %
Ved ikke	2 %	0 %	1 %
Total	100 %	100 %	100 %
Antal	52	63	74

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Tabellen viser, at cirka halvdelen (55 %) af de hospitalsansatte og de kommunalt ansatte (49 %) vurderer, at de i høj eller meget høj grad har et detaljeret kendskab til forløbsprogrammet. Til sammenligning vurderer kun 15 % af de praktiserende læger, at de i høj eller meget høj grad har et detaljeret kendskab til forløbsprogrammet. Samtidig har hver tredje af de praktiserende læger vurderet, at de kun har sporadisk eller slet ikke noget kendskab til forløbsprogrammet. Den tilsvarende andel blandt hospitalsansatte og kommuneansatte er kun omkring hver tiende, hvilket igen illustrerer, at kendskabet til forløbsprogrammet er væsentligt højere her sammenlignet med de praktiserende læger.

Ovenstående forskel på kendskabet til forløbsprogrammet afspejles også, når det kommer til fagpersonernes viden om ansvarsfordelingen i konkrete rehabiliteringsforløb for patienter med hjerte-kar-sygdomme. Det fremgår således af Tabel 2.3 nedenfor, at næsten alle hospitalsansatte (90 %) vurderer, at de i alle eller de fleste tilfælde har tilstrækkelig information om, hvad der er vedkommendes, anden fagpersons og patientens ansvar. Et flertal på 80 % af de kommunalt ansatte vurderer ligeledes, at de i alle eller de fleste tilfælde er klar over ansvarsfordelingen. Heroverfor er det kun (39 %) af de praktiserende læger, der vurderer, at de i de fleste eller alle tilfælde har et klart kendskab til ansvarsfordelingen. Mere end halvdelen af de praktiserende læger vurderer således, at de kun i nogen eller i de færreste tilfælde er klar over ansvarsfordelingen.

Tabel 2.3 Fagpersonernes vurdering af, om de har tilstrækkelig information om, hvad der er vedkommendes, anden fagpersons og patientens ansvar i et behandlings- og rehabiliteringsforløb

	Praktiserende læge	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
I alle tilfælde	4 %	23 %	7 %
I de fleste tilfælde	35 %	67 %	73 %
I nogle tilfælde	49 %	5 %	14 %
I de færreste tilfælde	8 %	2 %	0 %
Ved ikke	4 %	3 %	6 %
Total	100 %	100 %	100 %
Antal	49	60	70

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

De hospitalsansatte blev også spurgt, i hvilken grad de vurderer, at deres nærmeste leder er opmærksom på, at retningslinjerne i forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdomme efterleves³. Tabel 2.4 viser svarfordelingen.

Tabel 2.4 Hospitalsansattes vurdering af, i hvilken grad de oplever, at deres nærmeste leder er opmærksom på, at retningslinjerne i forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom efterleves

	Retningslinjer efterleves
I meget høj grad	21 %
I høj grad	42 %
I nogen grad	19 %
I beskeden grad	10 %
Slet ikke	2 %
Ved ikke	6 %
Total	100 %
Antal	62

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Som det fremgår, vurderer 63 % af de hospitalsansatte, at deres nærmeste leder i høj eller meget høj grad er opmærksom på, at retningslinjerne efterleves. Samtidig er der kun 12 %, som vurderer, at deres nærmeste leder i beskeden grad eller slet ikke er opmærksom på, at retningslinjerne efterleves⁴. Spørgeskemaet indikerer således, at der er ledelsesmæssig opmærksomhed på implementeringen og overholdelsen af forløbsprogrammet på hospitalet.

2.1.2 Forløbsprogrammets relevans og anvendelighed

Tabel 2.5 viser, at fagpersonerne over en bred kam bakker op om det at have et beskrevet forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme.

³ Det er kun de hospitalsansatte, der har fået dette spørgsmål, da det primært er i denne sektor, forløbsprogrammet indeholder nye rutiner for afholdelse af efterbehandlingssamtaler og den risikostratificering, der er afgørende for, hvilket rehabiliteringsforløb patienterne modtager.

⁴ Den ledelsesmæssige opmærksomhed ser således ud til at være væsentligt større inden for forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom, end den var, da KORA i 2012 evaluerede forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes (1). Her var det kun 46 % af de adspurgte fagpersoner, som vurderede, at ledelsen i høj eller meget høj grad var opmærksomme på, om forløbsprogrammerne blev overholdt.

Tabel 2.5 Fagpersonernes vurdering af, hvor vigtigt det er at have et beskrevet forløbsprogram for hjerte-kar-sygdom

	Praktiserende læge	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
1 Ikke vigtigt	2 %	-	-
2	2 %	3 %	-
3	21 %	3 %	3 %
4	32 %	30 %	23 %
5 Meget vigtigt	33 %	64 %	74 %
Ved ikke	10 %	-	-
Total	100 %	100 %	100 %
Antal	52	63	74

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

65 % af de praktiserende læger har således angivet 4 eller 5 på skalaen, hvor 5 angiver meget vigtigt. Samtidig ses, at hele 94 % af de hospitalsansatte og 97 % af de kommuneansatte, deler denne vurdering. Det kan således konkluderes, at der er stor opbakning til forløbsprogrammet blandt spørgeskemaets respondenter.

Spørgeskemaet har også undersøgt, i hvilket omfang fagpersonerne oplever, at forløbsprogrammet – og de konkrete opgaver i dette – er anvendelige i det daglige arbejde. De fagpersoner, som vurderer, at de i nogen, høj eller meget høj grad har et detaljeret kendskab til forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdomme (jf. Tabel 2.2), er derfor blevet bedt om at angive, hvor brugbart de vurderer programmet. Svarfordelingen er vist i Tabel 2.6.

Tabel 2.6 Fagpersonernes vurdering af, hvor brugbart det beskrevne forløbsprogram for hjerte-kar-sygdom er for deres indsats

	Praktiserende læge	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
1 Ikke brugbart	-	-	-
2	6 %	-	5 %
3	29 %	36 %	22 %
4	35 %	32 %	52 %
5 Meget brugbart	18 %	29 %	18 %
Ved ikke	12 %	4 %	3 %
Total	100 %	100 %	100 %
Antal	34	56	63

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Det fremgår, at et stort flertal af de kommunalt ansatte (70 %) vurderer, at forløbsprogrammet har været brugbart for deres indsats ved at angive 4 eller 5 på skalaen. Andelen er lidt mindre blandt de hospitalsansatte (61 %) og lavest blandt undersøgelsens praktiserende læger (53 %). Ingen på tværs af faggrupperne har vurderet, at forløbsprogrammet ikke har været brugbart for deres indsats. Spørgeskemaundersøgelsen viser således også på dette punkt, at fagpersonerne vurderer forløbsprogrammet positivt.

2.1.3 Forløbsprogrammets betydning for behandlings- og rehabiliteringsforløb

Fagpersonerne er blevet bedt om at vurdere, hvilken betydning forløbsprogrammet har haft for behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb for patienter med hjerte-kar-sygdom. Svarene er samlet i Tabel 2.7 nedenfor:

Tabel 2.7 Fagpersonernes vurdering af forløbsprogrammets betydning for behandlings- og rehabiliteringsforløbene for patienter med hjerte-kar-sygdom

	Praktiserende læge	Hospitalsansat	Kommuneansat
Bedre forløb	60 %	83 %	84 %
Uændrede forløb	16 %	5 %	3 %
Dårligere forløb	-	2 %	-
Ved ikke	24 %	10 %	13 %
Total	100 %	100 %	100 %
Antal	45	59	68

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Som det fremgår, er der igen et stort flertal af fagpersonerne, som vurderer forløbsprogrammet positivt. Mere end 80 % af både de kommunale og hospitalsansatte fagpersoner vurderer således, at forløbsprogrammet har betydet bedre forløb for personer med hjerte-kar-sygdom. De praktiserende læger ligger lidt lavere i deres vurdering, men også her er der 60 %, som vurderer, at forløbsprogrammet har ført til bedre forløb. Samtidig er det væsentligt, at kun én respondent forbinder forløbsprogrammet med forringede patientforløb.

2.1.4 Patienternes inddragelse i tilrettelæggelsen af behandlings- og rehabiliteringsforløb

Fagpersonerne blev i spørgeskemaundersøgelsen bedt om at vurdere, om patienter med hjerte-kar-sygdom i større eller mindre grad inddrages i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og rehabiliteringsforløb efter indførelse af forløbsprogrammet. Svarene fremgår af Tabel 2.8.

Tabel 2.8 Fagpersoners vurdering af, om patienter med hjerte-kar-sygdom inddrages i tilrettelæggelsen af behandlings- og rehabiliteringsforløb

	Praktiserende læge	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
I større omfang	39 %	58 %	47 %
I uændret omfang	13 %	19 %	16 %
I mindre omfang	7 %	-	2 %
Ved ikke	41 %	24 %	35 %
I alt	100 %	100 %	100 %
Antal	46	59	68

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Det skal bemærkes, at en stor andel af fagpersonerne i undersøgelsen (særligt praktiserende læger og kommunalt ansatte) ikke har kunnet tage stilling til, om patienter med hjerte-kar-sygdom i større eller mindre omfang inddrages i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og rehabiliteringsforløb. Blandt dem, der har taget stilling, har det store flertal (75 %) blandt alle

grupper af fagpersoner vurderet, at patienter med hjerte-kar-sygdom i større omfang inddrages i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og rehabiliteringsforløb.

2.1.5 Brug af kommunale sundhedsfremmende tilbud

I dette afsnit rapporterer vi fagpersonernes vurdering af, i hvilken udstrækning der har været en stigning i henvisningen af hjerte-karpatienter til forskellige kommunale tilbud – bl.a. som en afledt effekt af samarbejdet omkring hjerterehabiliteringen.

I Tabel 2.9 viser vi fagpersonernes vurdering af, om patienter med hjerte-kar-sygdom i større eller mindre omfang bliver henvist til patientuddannelse i en kommune efter indførelse af forløbsprogrammet.

Tabel 2.9 Fagpersonernes vurdering af henvisning til patientuddannelse i kommune

	Praktiserende læge	Hospitalsansat	Kommuneansat
Henvises i større omfang	35 %	50 %	62 %
Henvises i uændret omfang	20 %	14 %	16 %
Henvises i mindre omfang	-	3 %	4 %
Ved ikke	46 %	34 %	18 %
I alt	100 %	100 %	100 %
Antal	46	59	68

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Som det fremgår, har en stor andel af praktiserende læger og hospitalsansatte i undersøgelsen haft svært ved at tage stilling til spørgsmålet, men flertallet af dem, der har taget stilling, har vurderet, at patienter med hjerte-kar-sygdom i større omfang henvises til patientuddannelse i kommune efter indførelse af forløbsprogrammet. Blandt kommunalt ansatte er der et markant flertal, der har vurderet, at patienter med hjerte-kar-sygdom henvises i større omfang.

Fagpersonerne i undersøgelsen er også blevet bedt om at vurdere, om rygere med hjerte-kar-sygdom i større eller mindre omfang bliver henvist til rygeafvænning efter indførelse af forløbsprogrammet. Besvarelserne er vist i Tabel 2.10.

Tabel 2.10 Fagpersoners vurdering af henvisning af rygere til rygeafvænning

	Praktiserende læge	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
Henvises i større omfang	22 %	22 %	40 %
Henvises i uændret omfang	33 %	37 %	24 %
Henvises i mindre omfang	-	.	2 %
Ved ikke	44 %	41 %	35 %
I alt	100 %	100 %	100 %
Antal	45	59	68

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Igen ses, at der i alle grupper er en stor andel, som ikke har kunnet tage stilling til spørgsmålet. Alene blandt kommunalt ansatte er der blandt dem, der har taget stilling, et flertal, som vurderer, at rygere med hjerte-kar-sygdom i større omfang henvises til rygeafvænning efter indførelse af forløbsprogrammet. Det kan tages til udtryk for, at de har oplevet at få flere henvisninger af rygere med hjerte-kar-sygdom.

Endelig er fagpersonerne i undersøgelsen blevet bedt om at vurdere, om patienter med hjerte-kar-sygdom i større eller mindre omfang henvises til diætist efter indførelse af forløbsprogrammet. Svarene fremgår af Tabel 2.11.

Tabel 2.11 Fagpersoners vurdering af henvisning til diætist

	Praktiserende læge	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
Henvises i større omfang	22 %	44 %	41 %
Henvises i uændret omfang	24 %	34 %	24 %
Henvises i mindre omfang	2 %	-	2 %
Ved ikke	51 %	22 %	34 %
I alt	100 %	100 %	100 %
Antal	45	59	68

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Også i dette tilfælde har en stor andel af fagpersonerne – særligt praktiserende læger – ikke kunnet tage stilling til spørgsmålet. Blandt praktiserende læger er det en lige stor andel, der har vurderet, at patienter med hjerte-kar-sygdom i henholdsvis større eller uændret omfang henvises til diætbehandling. Blandt hospitalsansatte og kommunalt ansatte er det et flertal blandt dem, der har taget stilling, som vurderer, at patienterne henvises til diætbehandling i større omfang efter indførelse af forløbsprogrammet.

2.2 Resultater fra de gennemførte interview

2.2.1 Kendskab, relevans og betydning

Næsten alle deltagere i interview og workshops fungerer i dagligdagen som nøglepersoner, der har særlige funktioner i relation til den hjerterehabilitering, der er beskrevet i forløbsprogrammet. Informanterne har derfor et godt kendskab til forløbsprogrammet samt deres respektive opgaver og ansvarsområder i relation til hjerterehabiliteringen. Samtidig er der (i overensstemmelse med spørgeskemaundersøgelsen) enighed om, at det har været nyttigt at få et forløbsprogram, der mere systematisk end tidligere beskriver rammerne for hjerterehabiliteringen. Det fremgår også, at programmet, især for de sygeplejersker, der holder efterbehandlingssamtaler, er brugbart som opslagsværk, når der er noget, man er i tvivl om. Endelig er der en generel oplevelse af, at forløbsprogrammet har ledt til, at der gennemføres flere og bedre rehabiliteringsforløb end tidligere. Arbejdet med rehabilitering opleves således som en mere ligestillet del af hjertebehandlingen sammenlignet med tiden inden forløbsprogrammet.

Det har taget tid at få implementeret forløbsprogrammet, og som vi senere uddyber, skyldes det både, at det for en del kommuner har taget forholdsvis lang tid at komme i gang, og at en del hospitalsansatte har skullet vænne sig til tanken om at aflevere hjertepatienter til kommunerne. I dag er der imidlertid – på og omkring de fleste hospitalsmatrikler – etableret netværk af nøglepersoner i hjerterehabiliteringen, der kender hinanden på tværs af sektorer. Nogle steder mødes de også med faste intervaller for at drøfte samarbejdet, men som vi vender tilbage til i kapitel 3, udgør dette et område, hvor der fortsat er plads til forbedring.

Det fremgår også, at forløbsprogrammet ikke er særligt kendt eller har væsentlig betydning for den bredere kreds af fagpersoner, der arbejder med hjertepatienter – og det, oplever flertallet af informanter, er fint. Forløbsprogrammets relevans og betydning er således – i overensstemmelse med programmets fokus og formål – afgrænset til de fagpersoner, der arbejder med hjerterehabilitering på hospitaler og i kommuner. Det fremgår også, at det på det enkelte hospital og i den enkelte kommune er en snæver kreds af fagpersoner, som forløbsprogrammet

har relevans og betydning for i hverdagen. På hospitalet er det typisk de sygeplejersker og terapeuter, der specifikt arbejder med hjerterehabilitering, samt i varierende grad de ansvarlige speciallæger⁵. I de kommuner, der har oprettet tilbud om hjerterehabilitering, er det typisk en-to undervisere (ofte en sygeplejerske), en diætist og en-to fysioterapeuter.

Det går dog igen som en pointe på tværs af interviews, at henholdsvis praksis- og hospitalslæger generelt har et lavere kendskab og ejerskab til forløbsprogrammet sammenlignet med de øvrige faggrupper i evalueringen⁶. Der er således et ønske om, at lægerne tager et større ansvar for rehabiliteringen/forløbsprogrammet, fordi det forbindes med bedre efterbehandlingssamtaler og bedre forløb, når lægerne aktivt er med. Denne pointe bekræftes af de informanter, som kommer fra hospitaler, hvor en eller flere læger fungerer som drivende kraft for rehabiliteringen:

Vi er gået fra at have et rehabiliteringshold ad gangen til, at der kører tre – og det er kun, fordi lægerne er engagerede.

(Hospitalsansat fysioterapeut)

Det fremstår dog som en lige så klar pointe, at der er udfordringer relateret til at skabe interesse for rehabilitering og personkontinuitet blandt de involverede læger. Disse udfordringer er illustreret i nedenstående citater:

Der er større udskiftning blandt læger end sygeplejersker. Det gør det sværere at forankre viden om forløbsprogrammet hos lægerne. Interessen er heller ikke så stor!

(Hospitalsansat, kardiologisk sygeplejerske)

I starten havde vi en rehabiliteringsansvarlig overlæge, som stod for efterbehandlingssamtaler og stratificering, men han rejste, og så opstod der en anden praksis.

(Hospitalsansat, kardiologisk sygeplejerske)

Fra kommunernes vinkel bliver det fremhævet, at praktiserende læger kender for lidt til og i for lille grad henviser patienter til de kommunale trænings- og undervisningstilbud, der er målrettet patienter med kroniske sygdomme. Som vi senere kommer ind på, bundner denne oplevelse i, at der på tværs af diagnoser og forløbsprogrammer mangler deltagere til mange af de kommunale tilbud, hvilket frustrerer kommunerne.

Ovenstående pointe er også afspejlet hos de praktiserende læger. De tre læger, der har deltaget i interview, er enten praksiskonsulenter eller deltagere i den arbejdsgruppe, der har forbedret forløbsprogrammet. De tre læger har således et godt kendskab til forløbsprogrammet, men samtidig understreger de, at programmet kun i lille omfang er kendt blandt deres kolleger. Vurderingen er, at praktiserende læger i højere grad orienterer sig imod de hjertepakker, der beskriver henvisning og udredning af potentielle hjertepatienter, samt den efterkontrol, der foregår i almen praksis, og begge dele fungerer relativt godt. Vurderingen er derfor, at forløbsprogrammet ikke har haft den store betydning for praktiserende lægers arbejde:

Jeg tror ikke forløbsprogrammet er kendt i mit bagland. Det er andre steder, vi kigger efter faglige vejledninger. Vores opgaver er heller ikke ændret – det er jo fortsat at henvise patienter til hjertepakker og tilbyde kontrol, når de er færdige med hospitalsforløb.

(Praktiserende læge)

⁵ Som vi senere kommer ind på, er ansvaret for efterbehandlingssamtaler og stratificering i stort omfang delegeret til sygeplejersker, der arbejder under supervision af læger.

⁶ Dette er også tydeligt afspejlet i Tabel 1.1 og Tabel 1.4, der viser, at det i lille omfang er lykkedes at rekruttere læger til at deltage i evalueringens interview og spørgeskema.

De praktiserende læger ser det således ikke umiddelbart som deres opgave at henvise til de kommunale rehabiliteringsforløb for hjertepatienter, hvilket er i overensstemmelse med forløbsprogrammet, hvor opgaven med at henvise til rehabilitering netop er placeret på hospitalet. Til gengæld siger de interviewede praktiserende læger, at der fortsat er behov for at styrke almen praksis' opmærksomhed på de generelle tilbud om patientuddannelse og træning, der er i de enkelte kommuner. Både kommunale fagpersoner og praktiserende læger peger i den forbindelse på, at kommunale praksiskonsulenter kan bidrage positivt med at udvikle samarbejdet. Og enkelte steder bliver der også givet konkrete eksempler på dette:

Vi har en praksiskonsulent, som har hjulpet os med at lave epikriserne, så de er, som lægerne ønsker. Og det, der står øverst nu, er målene for det videre forløb, så de hurtigt kan se, hvad der skal ske med borgeren. Tilbagemeldingen er, at lægerne er super glade for epikriserne.

(Kommunalt ansat)

Det dominerende billede er dog, at kommunerne ikke har faste praksiskonsulenter, samt at de oplever en mangelfuld kontakt og samarbejde med praktiserende læger.

2.3 Opsamling

Forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdomme er kendt, relevant og brugbart for et klart flertal af fagpersonerne fra hospitaler og kommuner i evalueringen. For de praktiserende læger gælder det omvendt, at kendskabet til forløbsprogrammet er lavt, samt at forløbsprogrammet i mindre grad opleves relevant. De interviewede praktiserende læger vurderer, at deres kolleger formentlig orienterer sig mere mod hjertepakker og DSAMs kliniske vejledninger end imod forløbsprogrammet.

Det fremgår også, at forløbsprogrammet forbindes med styrket rehabilitering (øget status), flere og mere systematiske efterbehandlingssamtaler og flere gennemførte rehabiliteringsforløb. Der er således bred opbakning til programmet og et ønske om, at det fortsat udvikles og konsolideres – især med henblik på at styrke overgangen fra hospital til kommune.

Helt overordnet bliver der peget på, at den fremadrettede udvikling bl.a. bør fokusere på følgende:

- a. Øge praksis- og hospitalslægers involvering og roller i relation til hjerterehabiliteringen
- b. Skabe øget ensartethed i tilbuddene – og det gælder både på hospital og i kommune
- c. Lave et eftersyn af de arbejdsdelinger, der er beskrevet vedrørende hele og delte forløb mellem hospitaler og kommuner
- d. Øge mulighederne for at tilrettelægge individuelle patientforløb

Disse forhold uddybes og nuanceres i det næste kapitel, som går tæt på de rutiner og arbejdsdelinger, der skal fungere i hverdagen, således at patienterne får de tilbud, der er beskrevet i forløbsprogrammet.

3 Arbejdsgange, arbejdsdeling og tilbud

Dette kapitel går tæt på de arbejdsgange, der er omkring efterbehandlingssamtaler, risikost-ratificering og planlægning af rehabiliteringsforløb samt den konkrete arbejdsdeling mellem hospital og kommuner, der har skullet implementeres i forbindelse med forløbsprogrammet. Kapitlet præsenterer i forlængelse heraf også fagpersonernes bud på relevante tilbud, der med fordel kan medtages i forløbsprogrammet.

3.1 Henvisning og opstart af hjerterehabilitering

Ved udskrivelse fra hospitalet informeres patienten om mulighederne for hjerterehabilitering, ligesom der udarbejdes en epikrise, som skal danne grundlag for efterbehandlingssamtalen. Under efterbehandlingsaftalen gennemføres der en risikoscreening, der skal danne grundlag for at vurdere, hvor det er hensigtsmæssigt, at patienten modtager sin rehabilitering. Det forudsættes ligeledes i forløbsprogrammet, at såvel hospitalernes som kommunernes hjerterehabiliteringstilbud er beskrevet og gjort tilgængelige for alle aktører på www.sundhed.dk (SOFT-portalen), således at denne information også vil kunne indgå i beslutningsgrundlaget. Nedenstående afsnit undersøger disse forhold.

3.1.1 Efterbehandlingssamtaler

Hjerterehabilitering kan ifølge forløbsprogrammet gennemføres på hospital, i kommune eller som et delt forløb mellem hospital og kommune. Hvilket forløb patienten tilbydes, fastlægges ved en efterbehandlingssamtale, der skal tilbydes på hospitalet til patienter med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt inden for 2 uger efter udskrivelse. Ved samtalen tages – med afsæt i patientens sygdomsbillede og ønsker til forløbet – stilling til hjerterehabiliteringsforløbet og dets indhold (7).

Tabel 3.1 viser, i hvilket omfang de hospitalsansatte finder efterbehandlingssamtalen relevant for patienter, der har været i behandling for hjerte-kar-sygdom (og som hører under forløbsprogrammet).

Tabel 3.1 Efterbehandlingssamtalens relevans for patienter, der har været i behandling for hjerte-kar-sygdom

Efterbehandlingssamtalens relevans	
Relevant for alle patienter	53 %
Relevant for de fleste patienter	44 %
Alene relevant for patienter med særlige udfordringer	-
Andet	2 %
Ved ikke	2 %
I alt	100 %
Antal	62

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Som det fremgår, vurderer stort set alle hospitalsansatte, der har besvaret spørgsmålet, at efterbehandlingssamtalen er relevant for alle eller de fleste patienter.

Ifølge hjerterehabiliteringsprogrammet gennemføres efterbehandlingssamtalen af kardiologisk speciallæge og/eller specialsygeplejerske med deltagelse af patienten og dennes eventuelle pårørende. I Tabel 3.2 er vist, hvem der normalt afholder efterbehandlingssamtaler.

Tabel 3.2 Forskellige fagpersoners deltagelse i efterbehandlingssamtaler

Deltagelse i efterbehandlingssamtaler	
Læge	53 %
Sygeplejerske	92 %
Fysioterapeut	16 %
Anden fagperson	2 %
Ved ikke	3 %
Procentgrundlag (antal)	61

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Stort set alle har angivet, at en sygeplejerske afholder efterbehandlingssamtaler, mens godt halvdelen har angivet, at en læge gør det – eventuelt sammen med en sygeplejerske. Af forløbsprogrammet fremgår også, at der med fordel kan tilknyttes en fysioterapeut eller andet fagligt personale, som kan bistå med gennemførelse af fysisk funktionstest (7). Det ser dog ud fra besvarelserne ud til, at det er mindre ofte, at en fysioterapeut deltager i efterbehandlingssamtaler. Det er i hvert fald alene 16 %, der har angivet, at en terapeut normalt er med til at afholde dem. Samtidig har en enkelt respondent i kommentarerne til spørgeskemaet angivet, at terapeuter kommer for sent ind i billedet.

I henhold til forløbsprogrammet skal efterbehandlingssamtalen afholdes inden for 2 uger efter udskrivelsen. Tabel 3.3 viser de hospitalsansattes vurdering af, i hvilken udstrækning det er muligt at overholde denne frist.

Tabel 3.3 Hospitalsansattes vurdering af, i hvilken udstrækning det har været muligt at afholde efterbehandlingssamtaler inden for 2 uger

Muligt at afholde efterbehandlingssamtaler inden for 2 uger	
I alle tilfælde	-
I de fleste tilfælde	39 %
I færre end halvdelen af tilfældene	26 %
Ved ikke	34 %
I alt	100 %
Antal	61

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016

En relativt stor andel (1/3) har ikke kunnet svare på, i hvilken udstrækning efterbehandlingssamtaler holdes inden for to uger. Samtidig har ingen svaret, at det sker i alle tilfælde. Blandt dem, der har kunnet tage stilling til spørgsmålet, er der imidlertid en overvægt, der vurderer, at efterbehandlingssamtalen i de fleste tilfælde afholdes inden for to uger. Der er dog også en stor andel der angiver, at det sker i færre end halvdelen af tilfældene.

Spørgsmålet er så, i hvilken udstrækning det overhovedet har været muligt at afholde efterbehandlingssamtaler. Hospitalsansattes vurdering af dette fremgår i Tabel 3.4.

Tabel 3.4 Hospitalsansatte vurdering af, i hvilken udstrækning det overhovedet har været muligt at afholde efterbehandlingssamtaler

	Overhovedet muligt at afholde efterbehandlingssamtaler
I alle tilfælde	22 %
I de fleste tilfælde	50 %
I færre end halvdelen af tilfældene	3 %
Ved ikke	25 %
I alt	100 %
Antal	60

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Besvarelserne giver ikke et præcist billede af, i hvilken udstrækning der afholdes efterbehandlingssamtaler, men hvis der ses bort fra dem, der ikke har kunnet tage stilling, har stort set alle angivet, at efterbehandlingssamtaler i de mindste sker i de fleste tilfælde. Det almindelige er således, at det har været muligt at afholde en efterbehandlingssamtale, men det har i mange tilfælde ikke været muligt inden for 2-ugers fristen.

Derved er det interessant at se på årsagerne til, at efterbehandlingssamtaler ikke altid kan gennemføres som forudsat i forløbsprogrammet. Disse er angivet i Tabel 3.5, som viser de hospitalsansattes begrundelser.

Tabel 3.5 Hospitalsansattes vurdering af årsag til, at efterbehandlingssamtaler ikke har kunnet afholdes som forudsat

	Årsag til, at efterbehandlingssamtaler ikke har kunnet afholdes
Patienten har takket nej til samtalen	62 %
Patienten er udeblevet	62 %
Arbejdspres på afdelingen	40 %
Andet	29 %
Fagligt har der ikke været behov	18 %
Samtale gennemført ved udskrivning	4 %
Procentgrundlag (antal)	45

Note: NB: Ved besvarelsen af dette spørgsmål har det været muligt at angive flere forskellige forklaringer, hvorfor svarene ikke summerer op til 100 %.

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Som det fremgår, er de hyppigste årsager, at patienterne takker nej til samtalen, samt at de udebliver fra aftalte samtaler. Der er dog også 40 %, som angiver arbejdspres på afdelingen som årsag. De, som har angivet en anden årsag, har typisk peget på kommunikationssvigt, så patienten ikke er blevet indkaldt/henvist.

Interviewinformanternes uddybende kommentarer

De gennemførte interviews viser ligeledes, at fagpersonerne finder efterbehandlingssamtaler meningsfulde, og oplevelsen er, at langt de fleste patienter tilbydes en samtale. Det bekræftes også, at de primære årsager til frafald skyldes, at patienter takker nej eller glemmer indgåede aftaler. Jævnfør svarfordelingen i Tabel 3.5 fremgår det også, at efterbehandlingssamtalen

mange steder er opdelt i en lægesamtale, der følger op på den kliniske og medicinske behandling, samt en sygeplejesamtale, der i højere grad fokuserer på rehabilitering. Dette uddybes i afsnit 3.1.2 nedenfor.

Det bliver samtidig bekræftet, at samtalerne eksempelvis på grund af arbejdspress ikke altid kan gennemføres inden for 2 uger. Enkelte har også en oplevelse af, at patienter ind imellem smutter uden om 'nettet'. Det kan fx ske ved, at de er blevet udskrevet af en ny (ofte yngre) læge, der ikke er fuldt inde i procedurerne for hjerterehabilitering, eller når patienter bliver udskrevet fra et andet hospital, der ikke er opmærksom på at henvise til rehabilitering på 'lokalhospitalet'.

3.1.2 Risikostratificering af patienter

Risikostratificeringens anvendelighed og betydning

I forløbsprogrammet er det forudsat, at en kardiologisk speciallæge – som en del af efterbehandlingssamtalen – stratificerer patienterne i forhold til at vurdere risikoen for komplikationer. Denne stratificering skal bruges til at fastlægge patienternes individuelle behandlingsmål og rehabiliteringsforløb samt eventuelle behov for individuel støtte og vejledning.

Derfor indeholdt spørgeskemaet en række spørgsmål om risikostratificering målrettet hospitalslæger. Ni ud af de 11 hospitalslæger, der indgår i spørgeskemaet, har vurderet, at de i meget høj grad eller i høj grad er fortrolige med kriterierne for risikostratificering, mens de sidste to har vurderet, at de er det i nogen grad. Seks ud af 11 læger har vurderet, at risikostratificeringen i høj grad er anvendelig ved tilrettelæggelsen af opfølgende behandling, rehabilitering og andre tilbud. Tre har angivet, at stratificeringen i nogen grad er anvendelig, mens to har angivet, at den kun i beskednen grad er anvendelig.

Der er således delte meninger om, hvorvidt stratificeringen er anvendelig i praksis, og dette går også igen i interviewene, hvor der både var oplevelser af, at der var tale om et godt redskab, og oplevelser af, at der var tale om relativt meget "*elastik i metermål*". For mange på hospitalerne er elasticiteten dog anset for positiv, fordi den giver mulighed for fleksible løsninger alt efter situationen og patientens ønsker og behov.

Der er dog en del kommunalt ansatte, som forholder sig kritisk til denne 'fleksibilitet', fordi de har en oplevelse af, at man på hospitalerne i for høj grad anvender stratificeringen efter, hvad man selv synes frem for de faglige hensyn, der er beskrevet i forløbsprogrammet. Som eksempler på ikke-faglige hensyn nævnes: at stratificeringen kan bruges til at retfærdiggøre at "holde på patienterne", at flere patienter end normalt sendes ud i kommunen, når der fx er ferie på hospitalet – eller hvis patienterne af andre årsager ikke kan eller vil træne på hospitalet.

På den anden side er der også kommunale fagpersoner, som roser de fleksible muligheder, der ligger i stratificeringen, således at det netop også er muligt at tage hensyn til patienternes ønsker. Om de fx ønsker, at deres forløb primært foregår på hospitalet eller i kommunen alt efter, hvor de oplever, at det er lettest eller mest meningsfuldt for dem at komme. Det bliver således ofte nævnt, at nogle ældre patienter er vant til og trygge ved at deltage i tilbud i kommunen, hvis de bor tæt på kommunens tilbud, mens erhvervsaktive patienter eksempelvis kan have sværere ved at retfærdiggøre over for deres arbejdsgivere, at de skal deltage i kommunale tilbud i arbejdstiden frem for tilbud på hospitalet.

Ovenstående positive og negative perspektiver på stratificeringen blev genfundet i alle planområder. Hvilket perspektiv, der dominerer blandt de kommunale fagpersoner, afhænger af, hvor velfungerende et samarbejde der opleves, samt i hvor høj grad der henvises nok patienter til de kommunale tilbud. De steder, hvor der opleves et mangelfuldt samarbejde/for få henvis-

ninger, dominerer de negative perspektiver på risikostratificeringen, mens mere positive perspektiver dominerer de steder, hvor der opleves et velfungerende samarbejde og nok henviste patienter. Samlet set er det en væsentlig andel af de kommunale fagpersoner, for hvem forløbsprogrammet og stratificeringen kommer til at fremstå som et redskab, der mest fungerer på hospitalets præmisser, mens kommunerne er henvist til at fungere som en underordnet leverandør, hvis opgaver varierer alt efter, hvad der p.t. passer bedst for de hospitalsansatte.

Efterbehandlingssamtaler og stratificering i praksis

Det fremstår som en væsentlig pointe, at efterbehandlingssamtaler, stratificering og rehabilitering er organiseret forskelligt fra hospital til hospital. Som eksempler nævnes, at det er forskelligt, om/hvilke arbejdssted der anvendes til at vurdere patienternes funktionsniveau, ligesom det mange steder er sygeplejersker frem for læger, der udfører risikostratificeringen. Det er således alene informanter fra Amager, Glostrup, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, der angiver, at læger står for/medvirker til risikostratificeringen. Som illustreret i nedenstående citat fremgår det samtidig, at lægerne på disse hospitaler spiller en aktiv rolle med at implementere og drive forløbsprogrammet i hverdagen:

Alt, der har med rehabilitering at gøre, er lavstatus på lægesiden, men vi arbejder på at ændre det. [...] Det er det, der også er specielt ved det her sted, her er lægerne meget inde over. Man kan jo vælge at dele det i to spor, hvor man kører rehabilitering og medicinsk forløb hver for sig. Men her har vi lagt det sammen. Og det er jeg sikker på, er det bedste for patienterne.

(Hospitalsansat kardiolog)

På de øvrige hospitaler (Herlev, Hvidovre, Gentofte, Hillerød og Bornholm) fremgår det af interviewene, at risikostratificeringen er delegeret til sygeplejersker, som arbejder under supervision af læger. Denne arbejdsdeling opleves ikke som et problem af de sygeplejersker, der står for efterbehandlingssamtalerne, dels fordi de føler sig kompetente til opgaven, dels fordi de – efter eget udsagn – har god adgang til sparring fra læger, når de oplever et behov for det. Der er dog et mønster i, at sygeplejerskerne oplever, at adgangen til sparring fra lægerne fungerer bedst de steder, hvor de fysisk er placeret tæt på hinanden. Når dette ikke er tilfældet, kan oplevelsen godt være, at man som sygeplejerske lidt skal komme "med hatten i hånden". Det fremgår samtidig som en forholdsvis klar pointe, at rehabiliteringen – og arbejdsdelingen med kommunerne – ikke er lige så konsolideret de steder, hvor det primært er sygeplejersker og terapeuter, som er ansvarlige for efterbehandlingen.

3.1.3 Mulighed for patientinddragelse og individuelt tilrettelagte forløb

Som beskrevet i afsnit 3.1.1 er det en del af intentionen med efterbehandlingssamtalen, at denne skal inkludere patientens ønsker. Under interviewene fremgik det, at det nogle gange fører til, at der skal tænkes i mere individuelle tilbud for at efterkomme patientens ønsker. Det kan fx være, hvis patienten er for socialt sårbar til at deltage på hold. Ved interviewene var der forskellige bud på, i hvor høj grad der er mulighed for at tilbyde individuelt tilrettelagte forløb. Nogle mente, at de havde mulighed for at imødekomme individuelle behov, mens andre oplevede, at det, at træningen som udgangspunkt foregik i hold, kunne være en barriere herfor – specielt i relation til sprogbarrierer, psykisk sygdom og angstreaktioner.

Der var også forskellige bud på, om de havde egentlige tilbud i forhold til pårørendeinddragelse. Nogle steder tilbydes de pårørende at deltage i forskellige fælles informationsmøder, nogle steder i et egentligt pårørendeforum; andre steder sammen med patienterne. Enkelte steder er der også mulighed for individuelle samtaler med pårørende og patient. De pårørende informeres derudover om hjerteforeningens tilbud etc.

3.2 Arbejdsdeling og sted for hjerterehabilitering

Pointerne fra de foregående afsnit udspringer af, at der i forløbsprogrammet er beskrevet en ny arbejdsdeling mellem hospital og kommune hvad angår hjerterehabilitering, i og med at der lægges op til, at dele af hjerterehabiliteringen vil kunne foregå i fælles forløb eller helt i kommunen. Den fysiske træning er som udgangspunkt kategoriseret som specialiseret genoptræning i Sundhedsstyrelsens pakkeforløb for både patienter med iskæmisk hjertesygdom og for patienter med hjertesvigt, men der lægges i forløbsprogrammet op til, at det 12 uger lange træningsforløb for udvalgte patientgrupper vil kunne deles mellem hospital og primærsektor (7). Et forløb kan således foregå:

- kun på hospital
- i delt forløb mellem hospital og kommune
- kun i kommune

Det er derfor i forbindelse med denne undersøgelse blevet undersøgt, i hvor høj grad forløbene – som angivet i forløbsprogrammet – deles mellem hospital og kommune.

3.2.1 Til hvilket tilbud henvises patienter?

Tabel 3.6 viser hospitalsansattes vurdering af, hvor patienter med hjerte-kar-sygdom hyppigst henvises til med henblik på hjerterehabilitering.

Tabel 3.6 Hospitalsansattes vurdering af, hvor patienter med hjerte-kar-sygdom hyppigst henvises til med henblik på hjerterehabilitering

	Hjertesvigt	Stabil angina pectoris	Akut koronarsyndrom (AKS)
Hyppigst udelukkende på hospital	68 %	12 %	31 %
Hyppigst i delt forløb mellem hospital og kommune	20 %	49 %	59 %
Hyppigst udelukkende i kommune	3 %	20 %	-
Ved ikke	9 %	19 %	10 %
I alt	100 %	100 %	100 %
Antal	59	59	59

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Den største andel hospitalsansatte (godt to tredjedele) har vurderet, at patienter med hjertesvigt hyppigst henvises til hjerterehabilitering udelukkende på hospital. De resterende vurderer, at hjerterehabilitering for patienter med hjertesvigt hyppigst foregår i et delt forløb. I planområde Byen er det en lige stor andel af de hospitalsansatte, der har angivet rehabilitering udelukkende på hospital og rehabilitering i delt forløb som det hyppigste. Det tyder på, at der i dette område er en nogenlunde ligelig fordeling af hjerterehabilitering på de to typer af forløb, mens det i de øvrige planområder er mest almindeligt med forløb udelukkende på hospital.

Når det gælder patienter med stabil angina pectoris, har halvdelen af de hospitalsansatte vurderet, at hjerterehabilitering hyppigst foregår i et delt forløb mellem hospital og kommune, mens en femtedel vurderer, at hjerterehabiliteringen hyppigst udelukkende finder sted i kommune. Bemærk, at en femtedel i dette tilfælde ikke har kunnet tage stilling. I planområde Midt og Byen har henholdsvis ingen og kun få angivet, at hjerterehabilitering for denne patientgruppe udelukkende foregår på hospital.

Endelig har knap 60 % vurderet, at hjerterehabilitering af patienter med akut koronarsyndrom (AKS) hyppigst gennemgår hjerterehabilitering i et delt forløb mellem hospital og kommune. Knap en tredjedel har dog vurderet, at hjerterehabiliteringen i disse tilfælde hyppigst foregår udelukkende på hospital.

3.2.2 Hvor stor en andel af patienterne henvises til delt forløb?

De hospitalsansatte i surveyen blev også bedt om at angive, hvor stor en andel af patienter med hjerte-kar-sygdom, de skønner, bliver henvist til rehabilitering i et delt forløb mellem hospital og kommune. Hospitalsansattes besvarelse af dette spørgsmål er vist i Tabel 3.7.

Tabel 3.7 Hospitalsansattes vurdering af andel patienter med hjerte-kar-sygdom med rehabilitering i delt forløb mellem hospital og kommune (procentandel)

	Hjertesvigt	Stabil angina pectoris	Akut koronarsyndrom (AKS)
0-25 %	41 %	17 %	22 %
26-50 %	14 %	12 %	10 %
51-75 %	10 %	22 %	20 %
76-100 %	2 %	12 %	19 %
Ved ikke	34 %	37 %	29 %
I alt	100 %	100 %	100 %
Antal	59	59	59

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Som det fremgår, har en stor andel af de hospitalsansatte i surveyen haft vanskeligt ved at skønne, hvor stor en andel af patienter med hjerte-kar-sygdom der henvises til rehabilitering i et delt forløb mellem hospital og kommune, jf. den forholdsvis store andel af respondenter, som har svaret ved ikke. Langt den største andel af dem, der har taget stilling, har vurderet, at mindre end halvdelen af patienterne med hjertesvigt henvises til rehabilitering i et delt forløb. I område Byen ligger besvarelserne dog på en skønnet andel mellem 26 og 75 %, således at det kan antages, at omkring halvdelen gennemføres i et delt forløb. Når det gælder patienter med stabil angina pectoris eller akut koronarsyndrom (AKS), er der stor spredning i hospitalsansattes skøn over, hvor stor en andel der henvises til rehabilitering i et delt forløb mellem hospital og kommune. Når det gælder patienter med stabil angina pectoris, tyder besvarelserne på, at praksis i planområde Byen er, at omkring halvdelen af patienterne har hjerterehabilitering i et delt forløb. Besvarelserne fra de øvrige områder vedrørende stabil angina pectoris og besvarelserne vedrørende akut koronarsyndrom (AKS) udviser i alle planområder en sådan spredning, at det er vanskeligt at udlede, hvad der er normal praksis.

I Tabel 3.8 er vist, om forskellige fagpersoner vurderer, at patienter med hjerte-kar-sygdom henvises til rehabilitering i kommunerne i større, uændret eller mindre omfang efter indførelse af forløbsprogrammet.

Tabel 3.8 Fagpersoners vurdering af, om patienter med hjerte-kar-sygdom i større eller i mindre omfang henvises til rehabilitering i kommunerne

	Praktiserende læge	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
I større omfang	45 %	58 %	56 %
I uændret omfang	23 %	12 %	16 %
I mindre omfang	-	-	3 %
Ved ikke	32 %	31 %	25 %
I alt	100 %	100 %	100 %
Antal	47	59	68

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016

Tabellen viser, at et betydeligt flertal af dem der har taget stilling, i alle tre grupper af fagpersoner vurderer, at patienter med hjerte-kar-sygdom i større omfang henvises til rehabilitering i kommunerne efter indførelse af forløbsprogrammet. Den største andel, som vurderer, at der henvises i uændret omfang, er blandt praktiserende læger.

Som vi senere vil komme ind på, viste interviewene, at der i nogle af planområderne er et velkørende samarbejde og en forholdsvis klar arbejdsdeling, mens der i andre planområder hersker nogen frustration herom. Under interviewene var der også flere kommunale informanter, der kom ind på, at de gerne så, at flere praktiserende læger ville henviser til de kommunale rehabiliteringstilbud. Dette er imidlertid ikke i forløbsprogrammet beskrevet som de praktiserende lægers opgave.

3.3 Fagpersonernes kendskab til hinandens tilbud

Kendskab til hinandens tilbud må anses for at være et vigtigt element i en vellykket arbejdsdeling i rehabiliteringsforløb. Afsnittet undersøger derfor, om praktiserende læger, hospitalsansatte og kommunalt ansatte har fået forbedret deres kendskab til indsats og tilbud på hospital og i kommune til patienter med hjerte-kar-sygdom.

3.3.1 Kendskab til kommunale tilbud

Hospitalsansatte og praktiserende læger er i surveyen blevet spurgt, om de inden for de seneste par år har fået større viden om kommunernes tilbud til patienter med hjerte-kar-sygdom. Kommunalt ansatte og praktiserende læger er samtidig blevet spurgt, om de har fået større viden om tilbuddene på hospital.

I Tabel 3.9 er vist fagpersonernes svar om deres kendskab til tilbud i kommunerne.

Tabel 3.9 Praktiserende lægers og hospitalsansattes vurdering af, om de inden for det seneste par år har fået større viden om kommunernes tilbud til patienter med hjerte-kar-sygdom

	Praktiserende læge	Hospitalsansat
Har fået større viden	44 %	84 %
Har <i>ikke</i> fået større viden	50 %	16 %
Ved ikke	6 %	-
I alt	100 %	100 %
Antal	50	61

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Særligt kendskab til tilbud i kommunerne er i denne sammenhæng interessant, fordi disse er noget af det nye i forløbsprogrammet. Svarene viser, at et flertal af de hospitalsansatte (84 %) har angivet, at de inden for de seneste par år har fået større viden om kommunernes tilbud til patienter med hjerte-kar-sygdom. Blandt praktiserende læger er det godt 40 %, mens 50 % oplever, at de ikke har fået større viden. Surveyen understøtter således billedet fra interview (jf. afsnit 2.2.1) om, at praktiserende læger i relativt lille omfang har viden om de kommunale tilbud under forløbsprogrammet.

3.3.2 Brug af SOFT-portalen

I forlængelse af ovenstående undersøgte spørgeskemaet, hvorvidt SOFT-portalen på sundhed.dk anvendes som kilde til viden om de kommunale tilbud. Det fremgår i den forbindelse⁷, at under en femtedel af de hospitalsansatte (18 %) har benyttet SOFT-portalen på sundhed.dk til at søge information om kommunale tilbud, mens det gælder 44 % af de praktiserende læger i undersøgelsen. SOFT-portalen spiller således en større rolle for praktiserende læger end for de hospitalsansatte, om end der i begge grupper er et flertal, der slet ikke anvender portalen.

Ved interviewene med almen praksis og hospitalsansatte blev det bekræftet, at langt de fleste fagpersoner i almen praksis og på hospitaler ikke anvender sundhed.dk i en grad, der giver dem et overblik over de kommunale tilbud. Det fremgik også, at de fagpersoner, der anvender sundhed.dk, ikke oplever, at de kommunale beskrivelser giver et tilstrækkeligt dækkende billede af hjerterehabileringsindhold, opbygning, undervisningskompetencer osv. i den enkelte kommune. Endelig blev det fremhævet, at der er stor forskel på de enkelte kommuners beskrivelser – både hvad angår detaljegraden samt indhold, opbygning og undervisningskompetencer. Dette er en pointe, der også illustreres i den oversigt, KORA har udarbejdet på baggrund af de kommunale beskrivelser (se Bilag 4).

3.3.3 Kendskab til hospitalsbaserede tilbud

Tilbuddene på hospitalerne har ikke nødvendigvis ændret sig så meget i løbet af de senere år – bortset fra at arbejdsdelingen med kommunerne kan have ændret længden på nogle tilbud. Det potentielt øgede samarbejde kan dog potentielt have ændret de praktiserende lægers og de kommunale fagpersoners kendskab til tilbuddene. I Tabel 3.10 er vist fagpersonernes svar på spørgsmålet, om deres kendskab til tilbuddene på hospital til patienter med hjerte-kar-sygdom har ændret sig.

Tabel 3.10 Praktiserende lægers og kommunalt ansattes vurdering af, om de inden for det seneste par år har fået større viden om tilbuddene på hospital til patienter med hjerte-kar-sygdom

	Praktiserende læge	Kommunalt ansat
Har fået større viden	58 %	69 %
Har <i>ikke</i> fået større viden	32 %	26 %
Ved ikke	10 %	6 %
I alt	100 %	100 %
Antal	50	70

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

⁷ Tabel ikke vist.

Et flertal af både praktiserende læger (58 %) og af kommunalt ansatte (69 %) i undersøgelsen har angivet, at de inden for de seneste par år har fået større kendskab til tilbuddene på hospital til patienter med hjerte-kar-sygdom. Dette bekræftes i de gennemførte interview, hvor de deltagende praktiserende læger udtalte sig positivt om de hjertepakker, der er implementeret inden for de seneste år.

Samlet set er der altså en tendens mod, at respondenterne vurderer, at deres kendskab til hinandens tilbud er øget inden for de seneste par år, men som de kommende afsnit vil vise, er der mange steder udfordringer med forventningerne til konkrete henvisninger og arbejdsdelingen.

3.4 Det kan være svært at fylde de kommunale hold

At der henvises for få patienter til de kommunale tilbud, fremstod som en væsentlig pointe på tværs af alle kommuneinterviews. Dette er – især i de kommuner, der ifølge dem selv har investeret i tilbud, så de lever fuldt op til forløbsprogrammet – en udbredt kilde til frustration, dels fordi der ikke opleves et ligeværdigt samarbejde, dels fordi de nogle steder tomme eller halvtomme hold leder til et ressourcespild, der er svært at forsvare for den enkelte kommune. De nedenstående afsnit sætter med dette udgangspunkt fokus på de variationer, som interviewene har afdækket, samt de forhold, der på godt og ondt er med til at forme det tværsektorielle samarbejde om hjerterehabiliteringen.

3.4.1 Variationer i tilbud

Et tema, der har fyldt forholdsvis meget for mange interviewede, har været oplevelsen af, at der er store variationer i, hvad der tilbydes af rehabilitering – ikke mindst i kommunerne, men også imellem hospitalerne. Rehabiliteringen gennemføres inden for den samme overordnede ramme, men sammensætningen af undervisere, antallet af undervisningsgange og træning, indholdet af undervisning og træning, hvilke test der gennemføres i forbindelse med træningen etc. varierer på tværs af hospitaler såvel som kommuner.

Hertil kommer, at kommunernes implementering er sket i forskellige tempi, og de sidste kommuner først lige er ved at komme med. Dette har øget oplevelsen af, at det er meget forskelligt, hvad der tilbydes. Mange steder er der heller ikke enighed omkring arbejdsdeling og indhold af tilbud – det gælder både på tværs af hospital og kommuner og på tværs af kommuner.

Tilsammen leder ovenstående forhold til, at der er variation i forhold til, hvordan de forskellige hospitaler stratificerer og deler forløb med kommunerne. Dette er illustreret i nedenstående citater:

Det er ekstremt meget hospitalsafhængigt. Der er stor forskel på, hvilket hospital du er på. [Hospital X] og [Hospital Y] bryster sig af at være førende på forebyggelse, så der kører det. Det kommer an på, hvilket fokus hospitalet har overordnet. Det eksisterer ikke på [Hospital Z].

(Hospitalsansat)

Hospitalsansat: Nogle kommuner har slet ikke tænkt på at ansætte folk til rehabilitering, og andre kommuner har det hele – fuldstændigt som på hospitalet. Så det er det med tilliden – tør vi stole på, at kvaliteten i kommunerne er i orden?

Interviewer: Betyder det, at der bliver stratificeret forskelligt, alt efter hvilke kommuner, det er, man henviser til?

Hospitalsansat: *Ja, der er kæmpe stor forskel på, hvilke kommuner de skal ud i. Og der er også variation mellem hospitalerne. Jeg tror, vores sygehuse klarer det godt i forhold til at efterleve forløbsprogrammet, mens der er andre steder, hvor det slet ikke spiller samme rolle.*

(Hospitalsansat)

3.4.2 Uklart indhold

Noget af det, der er mest uklare omkring de steder, hvor det ikke kører som en fast arbejdsdeling, er, hvad det egentlige indhold i tilbuddene er. Alle kommuner har i dag lagt beskrivelser af deres hjertetilbud på SOFT-portalen, men som angivet i afsnit 3.3 er portalen ikke så kendt og anvendt som forudsat i forløbsprogrammet, samtidig med at de kommunale beskrivelser er meget forskellige, hvad angår indhold og detaljeringsgrad.

Uklarheden gælder både undervisningen og træningen. Hvad angår undervisningen, så er der flere steder uklarhed for de hospitalsansatte om, hvorvidt kommunerne tilbyder tværfaglig undervisning. Det vil fx sige, om undervisningen også har et sygeplejefagligt element, eller primært tager udgangspunkt i fysioterapi. De kommunalt ansatte oplever omvendt, at der i for høj grad er overlap mellem hospitaler og kommuners undervisning, således at det bliver svært at motivere patienterne til også at deltage i undervisningen i kommunen. Et synspunkt er også, at det kan være svært at samle patienterne på relevante hold, fordi det er forskelligt, hvad de allerede har fået:

Det er svært at differentiere. Vi har så få til undervisning. Nogen har fået på hospitalet, andre har ikke fået noget. Så det er svært at starte dem sammen, når de ikke har samme udgangspunkt.

(Kommunalt ansat)

Der er for mange, som ikke ved, at det er tænkt som en kombination, hvor det kommunale bygger videre på hospitalets undervisning. Og der mangler en dialog omkring dette.

(Kommunalt ansat)

En kommunalt ansat fortæller om den oplevede årsag hertil:

Problemet er nok, at både kommuner og region har lænet sig op af samme beskrivelse, da de tilrettelagde undervisningen.

I forlængelse af ovenstående er der (især de steder, der mangler henvisninger til de kommunale tilbud) en oplevelse af, at arbejdsdelingen i forløbsprogrammet giver dobbeltarbejde og ressourcespild, fordi begge sektorer i et vist omfang skal have det samme beredskab, hvis de skal kunne dække patienternes individuelle behov.

Hvad angår træningen, så er der igen forskel på, i hvor høj grad de hospitalsansatte har tillid til kvaliteten af det kommunale tilbud. Denne påvirkes i negativ retning, når de oplever, at tilbuddene er svingende:

Jeg har daglig kontakt med kommunerne, så kendskabet er der, men hver gang der er kommet noget godt op at køre, så rejser den kommunale sygeplejerske eller fysioterapeut. Der er stor udskiftning. Så tilliden er der, men jeg er tit usikker på kvaliteten af det, jeg henviser til. Derfor har vi også beholdt et grundforløb, som alle får. Så er vi sikre på, at de i hvert fald får det grundlæggende, selvom de kommer i kommunen.

(Hospitalsansat)

På hospitalerne kan de også være usikre på, om arbejdsdelingen risikerer at føre til brudte forløb med ventetid til følge for patienterne:

Vi har prøvet at køre delte forløb, men det er der overhovedet ikke på [navn på hospital], fordi det giver ikke mening, at de kører specialiseret, og det kører super godt i seks uger, og når så de skal ud til kommunerne, så er der fire ugers ventetid – det duer ikke, så mister man jo momentum. Vi har også registreret, om de fortsatte, og vi kan se, at der er et meget stort frafald i overgangen til kommunen. Derfor bruger vi ikke delte forløb mere.

(Hospitalsansat)

Risikoen for, at delte forløb øger frafaldet, kan altså i nogle tilfælde føre til færre delte forløb.

3.4.3 Delt eller helt forløb – et spørgsmål om tillid

Graden af gensidig tillid og fælles viden påvirker ifølge de interviewede på såvel hospitaler som i kommunerne samarbejdet og stratificeringen af hjertepatienter på hospitalet⁸. Følgende citater illustrerer pointen:

Det er blevet nemmere, efter jeg har talt med [navn på hospitalsansat] og været ude og spise frokost med sygeplejerskerne og fortælle om vores tilbud – relationsdannelse. Og jeg tror, deres stratificering afhænger af, om de er trygge ved, at patienterne kommer ud til vores tilbud.

(Kommunalt ansat)

Som det fremgår, lægges der som afsæt for et godt samarbejde vægt på relationsdannelse mellem nøglepersoner i hjerterehabiliteringen. Der er samtidig flere steder en oplevelse af, at samarbejdet udvikler sig positivt. Graden af gensidig tillid varierer dog meget på tværs af kommuner og hospitaler, og alle steder bliver der peget på, at der fortsat er plads til forbedring:

Nogle gange har jeg hørt borgere tale om, at det her er da bedre, end de havde hørt. Så har jeg haft lyst til at ringe og høre, hvad det handler om!

(Kommunalt ansat)

Vi har siddet i alle mulige fora siden 2009. Nu må de snart have tillid til, at vi kan! Der er sundhed.dk, og der kan de læse om vores tilbud, men det gør de ikke. Det er sikkert at sende borgerne ud i kommunerne!

(Kommunalt ansat)

Men jeg tænker, hospitalet ved heller ikke, hvad de får. Jeg forstår reelt godt deres tilbageholdenhed, for de ved, hvad de tilbyder, men de ved ikke... Og de skal forholde sig til alle de ni kommuner, der ligger i optageområdet, og vi tilbyder ikke det samme på nogen af områderne eller diagnoserne. Og selvom det er vedrørende et tilbud, vi alle sammen har, så er det ikke det samme tilbud.

(Kommunalt ansat)

Flere kommer i denne sammenhæng ind på, at de savner en mere entydig standard for, hvad det er, kommunerne skal tilbyde, samt håndfast viden om indholdet i de kommunale tilbud. Omvendt er der også kommunalt ansatte, der er frustrerede over ikke at blive mødt med tilstrækkelig tillid. Samtidig har de en oplevelse af, at tilliden til de kommunale tilbud ændrer sig med situationen. Det vil sige, når hospitalet er 'ferieramt', eller der er tale om patienter, som

⁸ Det bliver samtidig påpeget, at denne pointe gælder på tværs af alle de forløbsprogrammer, der er udarbejdet.

passer dårligt ind i hospitalets tilbud, så oplever mange kommunale informanter, at hospitalet har mere tillid til, at kommunen kan klare det. Eller som en kommunalt ansat fortæller:

Det er problematisk, at patienter, der egentlig skulle i delt forløb, henvises til hele forløbet i kommunen, fordi de ikke kan/vil komme på hospitalet. Så kan de pludselig godt træne hos os, selvom stratificeringen siger noget andet.

(Kommunalt ansat)

Nogle hospitalsansatte fortæller – i tråd med tabellerne Tabel 3.6 og Tabel 3.7, at der også er forskelle i arbejdsdeling relateret til sygdom, således at langt de fleste patienter med angina pectoris kommer i delt eller helt kommunalt forløb, mens de fleste hjertesvigtspatienter kommer på hospitalsforløb.

3.4.4 Uklart evidensgrundlag

En række af de interviewede kobler det, at der ikke er et egentligt evidensbaseret grundlag for tilbuddene med variationen og det uklare indhold:

Variation bunder i, at vi stadig ikke ved, hvad der er bedst. Når man ikke ved, hvad der er bedst, så bliver der også udsving.

(Hospitalsansat)

Når grundlaget ikke er entydigt, eller det ikke er klart, hvad der virker, så fremstår det nemlig mere uforpligtende eller i højere grad som værende op til fortolkning eller holdninger. Der var også en række fagpersoner, som problematiserede den efter deres opfattelse manglende evidens for, at de delte forløb virker, samtidig med at de delte forløb af mange ses som en kilde til øget frafald i sektorovergangen til kommunen:

Men man må også være opmærksom på, at kommunerne aldrig har vist, at det er effektivt derude. Der er ingen videnskabelig dokumentation for, at det, de laver, virker. Vi ved, at det, der bliver tilbudt i hospitalsregi, virker. Nu har jeg som læge et dokumenteret forløb på sygehuset og en udokumenteret behandling i kommunen. Så jeg henviser jo ikke til noget, jeg ikke ved, om virker. Jeg har været ude i kommunen og lave arbejdstest før og efter det kommunale forløb, og det viste ingenting. Derfor er det svært at sende patienter derud. Det er noget, vi har talt meget om i kardiologisk regi, og det er altså en barriere.

(Hospitalsansat læge)

For disse fagpersoner fremstår forløbsprogrammet som et eksempel på, at politisk og administrative hensyn vægtes over faglig viden, og dette er også med til at give variation i udmøntningen af forløbsprogrammet.

3.5 Fravalg og frafald

I den gennemførte survey er der ikke spurgt nærmere ind til begrundelser for patienters fravalg og frafald i forbindelse med forløbsprogrammets tilbud. Af de gennemførte interviews fremgik det, at de, der havde patienter nok at tage af, generelt ikke havde forholdt sig så meget hertil, mens dem, der manglede patienter til deres tilbud, var meget optaget af, om der var fravalg og frafald i forløbet.

Der var dog ingen systematiske opgørelser over hverken fravalg eller frafald, hvorfor det fremstod som en væsentlig pointe, at årsager til fravalg af eller frafald fra tilbud var omgærdet af

fornemmelser frem for viden. De fornemmelser, som de interviewede fagpersoner havde, handlede om 1) matchet mellem patienternes ønsker og de forhåndenværende tilbud – at det eksempelvis betød meget for erhvervsaktive patienter, at de kunne passe deres arbejde frem for at deltage i tilbud, der lå i arbejdstiden, samt at nogle patienter havde det svært med holdundervisning og -træning, og 2) praktiske og økonomiske forhold – at det eksempelvis var svært for ældre og gangbesværede at bevæge sig langt efter træning, om det så var i kommunen eller på hospitalet, samt at det var en økonomisk barriere for nogle ældre patienter, at der ikke var betalt transport i forbindelse med de kommunale tilbud.

Derudover havde nogle fagpersoner i kommunerne en oplevelse af, at patienter faldt fra eller fravalgte tilbud, fordi de oplevede, at der var for stort et overlap med det, de havde fået tilbudt på hospitalet. Dette gjaldt i særlig grad undervisningstilbud. En række kommunale fagpersoner i områder med mindre veletablerede arbejdsdelingsrelationer med hospitalerne havde samtidig en forestilling om, at hospitalerne holder på patienterne, som derfor ikke kommer i de kommunale tilbud.

3.5.1 Henvisning til kommunal rehabilitering via Ref01

Det indgår i forløbsprogrammet, at henvisning til de kommunale tilbud om rehabilitering skal ske via en Ref01-henvisning, mens der – hvis hjerteforløbet har resulteret i en funktionsnedsættelse – henvises til kommunal genoptræning via en genoptræningsplan. I forlængelse heraf fremgår det på tværs af sektorer og planområder, at der henvises relativt få patienter via Ref01, hvorfor de kommunale rehabiliteringstilbud i stort omfang mangler patienter.

Dette forklares for det første med, at Ref01-henvisningen giver ikke adgang til at få hjælp til/dækket udgifter til transport, hvilket ifølge interviewpersonerne leder til, at (især sårbare) patienter fravælger de kommunale tilbud, fordi de ikke kan overskue eller har råd til transporten. Mange kommunale fagpersoner efterlyser derfor, at den patientrettede forebyggelse lige-stilles med den specialiserede genoptræning for at øge antallet af henvisninger til de kommunale tilbud samt for at mindske social ulighed:

Forløbsprogrammet passer bedst til de velfungerende patienter. De dårlige sorteres i høj grad fra på grund af transport og økonomi.

(Kommunalt ansat)

Dette perspektiv på Ref01 deles af mange hospitalsansatte, dels fordi rutinerne for henvisning opleves uvante og besværlige sammenlignet med henvisning via genoptræningsplan, dels fordi oplevelsen er, at mange patienter fravælger den kommunale undervisning:

Det er noget rod, at de på hospitalet får en specialiseret genoptræningsplan med ret til transport, men hvis de får det samme tilbud i kommunen, er det på en Ref01, og der er der ikke kørsel.

(Hospitalsansat)

Ifølge flere hospitalsansatte er konsekvensen, at de patienter, der ikke magter at transportere sig selv, i stedet tilbydes et hospitalsforløb, eller alternativt at patienterne kun bliver henvist til den kommunale genoptræning. Dette bekræfter således oplevelsen af, at der mangler patienter til de kommunale undervisningstilbud. Som vi tidligere har været inde på (jf. afsnit 3.4), spiller det også en rolle, at der mange steder opleves uklarhed og/eller uhensigtsmæssige overlap imellem den undervisning, der tilbydes på hospitalet, og den undervisning, der tilbydes i kommunerne.

3.6 Ideer til forbedringer af tilbud

Nedenstående afsnit beskriver følgende konkrete forslag til forbedringer af tilbud, som er af-dækket via interviewundersøgelsen:

- Mere ensartet og eventuelt tværkommunal organisering af de kommunale tilbud
- Øget fokus på psykosociale indsatser samt individuelle forløb for sårbare patienter
- Kompetenceudvikling målrettet patientinddragelse og støtte af patienter i krise
- Inklusion af klappatienter og patienter med atrieflimren i forløbsprogrammet

3.6.1 Organiseringen af de kommunale tilbud

Det fremstår på tværs af interview og sektorer, at mange kommuner har et for lille befolkningsgrundlag til, at det er ressourceeffektivt at oprette og drive et tilbud om hjerterehabilitering, som indeholder de elementer og den tværfaglighed, der er lagt op til i forløbsprogrammet, samtidig med at der er mulighed for løbende optag og individuelt tilpassede forløb.

Derfor er der også enkelte eksempler på kommuner, der helt har valgt at købe hjerterehabiliteringen fra hospitalet, samt kommuner, der overvejer at gøre det samme fremadrettet. Herudover er der flere kommuner, som vælger at samle deres forløb på tværs af diagnoser for at opnå en tilstrækkelig patientvolumen. Erfaringerne med denne fremgangsmåde er blandede. På den ene side er der kommuner, som har gode erfaringer med at opdele den fysiske træning efter patienternes funktionsniveau, hvorved træningen bliver mere målrettet og effektiv. Andre har til gengæld gjort den erfaring, at det er svært eksempelvis at blande hjertepatienter med KOL-patienter.

Som illustreret i nedenstående citat er der også mange hospitalsansatte, som i udgangspunktet forholder sig skeptisk til ideen om blandede hold:

Det er svært at sende hjertepatienter ud i kommunen, og så står de dér med en terapeut og blandede hold. Vi kan samle samme diagnose på ét hold, for vi har patienter fra otte kommuner, men kommunerne har sværere ved det. Det hører vi fra dem.

(Hospitalsansat)

Disse forhold giver – for både hospitalspersonale og kommunalt ansatte – anledning til en del overvejelser omkring udformningen af forløbsprogrammet og organiseringen af de kommunale tilbud, som præsenteres nedenfor. Helt overordnet er der mange, som efterlyser, at forløbsprogrammet mere præcist og forpligtende beskriver minimumsniveauet for de kommunale tilbud om rehabilitering, samt at programmet fremadrettet implementeres mere ens på tværs af såvel kommuner som hospitaler. Herudover giver en del interviewpersoner udtryk for, at der af hensyn til de erhvervsaktive i større omfang bør være adgang til tilbud uden for almindelig arbejdstid.

I forlængelse af ovenstående pointer bliver Frederiksberg og Københavns Kommuner samt kommunerne i Vestegnssamarbejdet fremhævet positivt, fordi de har et tilstrækkeligt stort befolkningsgrundlag til at kunne etablere specifikke tilbud om hjerterehabilitering, som fuldt lever op til ambitionsniveauet i forløbsprogrammet. I forlængelse heraf efterlyser en del interviewpersoner, at andre kommuner i højere grad deler viden med hinanden og samarbejder om at udbyde fælles forløb med afsæt i den model, der er udviklet på Vestegnen, hvor Albertslund varetager hjerterehabiliteringen på vegne af 7 kommuner (se casebeskrivelse næste side).

Case: Vestegnskommunernes samarbejde om hjerterehabilitering

Da forløbsprogrammet for hjertekarsygdomme blev introduceret, besluttede vestegnskommunerne at fortsætte det tværkommunale samarbejde, som i perioden 2010-2012 var etableret gennem Vestegnsprojektet (8).

Formålet var at etablere et tilbud om hjerterehabilitering med et tilstrækkeligt stort patientgrundlag til at opretholde et tværfagligt og specialiseret tilbud, der levede op til anbefalingerne i forløbsprogrammet. Hjerterehabiliteringen blev derfor samlet i et tilbud, der drives af Albertslund Kommune. Der er indgået en aftale om solidarisk finansiering, hvor kommunerne deler udgifterne til tilbuddet med afsæt i, hvor mange borgere de hver især har fået henvist. Samtidig er der etableret fast samarbejde med Glostrup Hospital, som dels bidrager med personale til dele af den kommunale undervisning, dels deltager i faste samarbejds møder med vestegnskommunerne.

Ved de gennemførte interviews fremgik det, at erfaringerne overvejende er positive. De fordele, der blev fremhævet på tværs af sektorer var følgende:

- Patientgrundlaget er stort nok til, at der kan oprettes diagnosespecifikke hjerte-hold, ligesom der er mulighed for at planlægge individuelle forløb til patienter med særlige behov.
- Det er muligt at opretholde et tværfagligt tilbud, hvor underviserne har specialistviden og mulighed for at fokusere på hjerteholdene.
- Det er muligt at oprette hold på ydertidspunkter, som er målrettet erhvervsaktive.
- Der er fælles viden og tillid i samarbejdet på tværs af de kommunale undervisere og deres samarbejdspartnere fra hospitalerne.
- Der har været et samarbejde om at styrke kvaliteten i henvisningerne, hvilket betyder, at parterne er tilfredse med indholdet og kvaliteten.
- Der henvises nok patienter til at fylde de kommunale forløb.

Af ulemper bliver følgende fremhævet:

- Andelen af henvisninger er til tider større end kapaciteten på de kommunale tilbud, hvilket i perioder har ført til for lang ventetid på de kommunale forløb.
- Den geografiske afstand til tilbuddet i Albertslund leder til større fravalg/fracfald blandt de patienter, der har svært ved selv at stå for transporten. Ref01-problematikken med, at der ikke ydes hjælp til transport, er således særligt udtalt i casen.

Alt i alt vurderer de involverede interviewpersoner dog, at erfaringerne fra Vestegnen er så gode, at de bør kunne anvendes andre steder i regionen, hvor individuelle kommuner har for lille befolkningsgrundlag til at opretholde egne tilbud om hjerterehabilitering.

3.6.2 Relevante tilbud, som ikke indgår i forløbsprogrammet

Respondenterne i surveyen blev bedt om at tage stilling til, om der er tilbud, som er relevante for patienter med hjerte-kar-sygdom, men ikke er beskrevet i forløbsprogrammet. Godt halvdelen af respondenterne har ikke kunnet tage stilling, men i alt 20 % har svaret 'ja' til spørgsmålet.

Flere respondenter har savnet en psykosocial indsats, der retter sig mod fx angst og depression, eksempelvis samtaler med psykolog. Psykosociale forhold og psykosocial støtte er beskrevet i forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom, lige som opmærksomhed på stress og depression i behandlings- og rehabiliteringsforløbet er beskrevet. Det, som nogle respondenter har savnet, er formodentlig – i tråd med de gennemførte interview – flere handlemuligheder. Endvidere nævnes fx motionstilbud/vejledning og tilbud til etniske minoriteter, som ikke taler dansk og derfor ikke kan deltage i holdundervisning.

Disse temaer dukkede også op under interviewene, ligesom de genfindes i den patientundersøgelse, som indgår i evalueringen af hjerteforløbsprogrammet (9). De interviewede fagpersoners oplevelse er således generelt, at psykiske efterreaktioner er et svagt punkt i de eksisterende tilbud, og "det er tit halvdelen af patienternes sygdom" (hospitalsansat). Samt at der mangler værktøjer til at håndtere disse.

Dilemmaet er, når vi screener for depression, at hvis nogle er deprimerede, kan vi kun sende dem til egen læge. Vi har ingen læger eller psykologer, vi kan sende dem hen til. Vi har et par gange fået lov til at ringe til egen læge, fordi vi er bekymrede. Men vi har ingen muligheder her for at hjælpe dem.

(Hospitalsansat)

Det var også en generel oplevelse, at de socialt svageste patienter har det med at falde ud af tilbuddene. Det gælder bl.a. dem, der ikke magter at deltage i holdaktiviteter; dem, der er for fysisk dårlige til at deltage i træningen på grund af deres permanente generelle fysiske formlåen, samt dem, der ikke taler og forstår dansk.

De interviewede gav i den forbindelse udtryk for, at en mere systematisk viden om, hvor og hvorfor frafald og fravalg opstår, vil kunne danne afsæt for at se, hvor der skal sættes ind for at øge andelen af patienter, der får rehabilitering.

3.6.3 Kompetenceudvikling

Muligheden for at inddrage patienter og tilrettelægge individuelle forløb hænger bl.a. sammen med fagpersonernes sundhedspædagogiske kompetencer, samt i hvilket omfang der er fokus på patientinvolvering i efterbehandlingssamtaler m.m. Det fremgår i den forbindelse, at mange fagpersoner på tværs af kommuner og hospitaler har deltaget i regionens undervisning om sundhedspædagogik og motiverende samtaler. De er glade for tilbuddene og vurderer generelt, at de er klædt på til deres opgaver. Samtidig efterlyser mange (især dem, der holder efterbehandlingssamtaler) dog kompetencer (men også i høj grad rammer) til at tage sig af patienter og pårørende i krise samt sårbare patienter generelt.

3.6.4 Input til revisionen af forløbsprogrammet

På to planområder nævner såvel hospitals- som kommunalt ansatte, at de mener, at klappatienter og patienter med atrieflimren fremadrettet bør være med i forløbsprogrammet. Flere steder er man tilsyneladende allerede begyndt at inkludere disse patienter:

Jeg ved ikke, hvorfor og hvor det blev besluttet. Det gav bare mening, at klap kom herud også. Sygeplejersken fra [navn på kommune], som underviser herude, har lavet et helt modul, der hedder klap, fordi der var så mange. [Navn på kommune] er nu også begyndt at lave klapforløb.

(Kommunalt ansat)

De hospitalsansatte refererer bl.a. til, at der er kommet en ny klinisk retningslinje, som siger, at klappatienter skal have rehabilitering. I forlængelse heraf er der også flere, som opfordrer til, at forløbsprogrammet fremadrettet gøres elektronisk, fordi de vurderer, at dette vil gøre det lettere at opdatere og genformidle programmet, i takt med at der fx kommer ny evidens, ændrede aftaler m.m.

Andre kommenterer, at det i det hele taget bør være meget mere præcist, hvilke patienter der skal gå hvor. Et andet forslag er, at kommunerne bør tænkes ind allerede ved efterbehandlingssamtalen for at minimere ventetid ved overgangen fra hospital til kommune.

Endelig italesætter nogle af de interviewede problematikken i, at mange kronikere har flere kroniske sygdomme på én gang. I den forbindelse var der enkelte, som pointerede, at det måske burde overvejes, om der skal være et forløbsprogram for patienter med multisygdom. Men omvendt hælder flertallet af interviewdeltagere til, at det er en fordel at have et specifikt program, der arbejder målrettet med hjertesygdom.

3.7 Opsamling

Efterbehandlingssamtalerne fremstår som et centralt omdrejningspunkt for hjerterehabileringen, ligesom der er bred opbakning til samtalerens formål og indhold blandt relevante fagpersoner. Samtidig fremgår det, at flertallet af fagpersoner har fået væsentlig mere viden om hinandens tilbud i de seneste år (om end der stadig er plads til forbedring). Gensidigt kendskab til hinandens tilbud (som i henhold til afsnit 3.3 udvikler sig positivt), samt større kendskab til og bedre beskrivelser af de kommunale tilbud på SOFT-portalene, fremhæves som en del af de fremadrettede løsninger. Kompetenceudvikling målrettet mødet med patienter og pårørende i krise samt bedre muligheder for at tilbyde en psykosocial indsats til disse patienter efterspørges ligeledes som relevante fremadrettede fokusområder.

Evalueringen viser også, at stort set alle patienter i dag får tilbudt en efterbehandlingssamtale, samt at flertallet af samtaler afholdes inden for to uger fra udskrivelsen. De væsentligste årsager til aflyste samtaler er angivet at være fravalg og udeblivelser fra patienternes side samt arbejdspress på afdelingen. Der deltager stort set altid en sygeplejerske i efterbehandlingssamtalerne, mens lægers og især terapeuters deltagelse varierer. Dette er også afspejlet i risikostatificeringen, som i relativt stort omfang foretages af sygeplejersker frem for kardiologiske speciallæger. Der er opbakning til, at patienterne skal risikostratificeres, men også delte meninger om anvendeligheden af forløbsprogrammets stratificeringsvejledning. De fleste hospitalsansatte vurderer, at vejledningen giver en god og overordnet ramme med mulighed for fleksible løsninger, der tager hensyn til patientens behov og ønsker. Omvendt er der også hospitalsansatte, som efterlyser mere præcise og systematiske rammer for stratificeringen og ikke mindst arbejdsdelingen med kommunerne. Disse perspektiver går igen i de fleste kommuner, hvor langt de fleste oplever, at arbejdsdelingen mellem hospitaler og kommuner samt stratificeringen er for upræcis. Hvor meget disse perspektiver fylder, afhænger i høj grad af, hvor velfungerende et samarbejde der opleves, samt i hvilket omfang der mangler patienter til kommunernes tilbud. Det fremstår i den forbindelse som en væsentlig tværgående pointe, at der på alle planområder både er uklarhed og nogle steder uenighed omkring de arbejdsdelinger for hjerterehabileringen, der er beskrevet i forløbsprogrammet.

Det fremgår således, at der er en række grundlæggende udfordringer relateret til variation i tilbud, mangel på fælles viden, gensidig tillid, dialog samt manglende opbakning til forløbsprogrammets arbejdsdelinger, som endnu ikke er adresseret fuldt ud. I den forbindelse fremhæver evalueringens fagpersoner nedenstående forhold som relevante omdrejningspunkter for det videre arbejde med at konsolidere forløbsprogrammet:

- Efterbehandlingen organiseres mere ensartet på både hospitaler og i kommunerne, samt at kommunerne i højere grad samarbejder om tilbud på tværs af kommunegrænser.
- Fælles viden om årsager til fravalg og frafald kombineret med dialog og konkrete indsatser, der har til formål at mindske frafaldet blandt udvalgte grupper og/eller problematiske overgange i patientforløbet.
- Henvisningen til de kommunale tilbud forenkles, således at den patientrettede forebyggelse ligestilles med den fysiske træning med hensyn til henvisningsprocedure og tilskud til transport.

Forudsætningerne for det videre arbejde med disse forhold uddybes og nuanceres i kapitel 4.

4 Status på det tværsektorielle samarbejde

Dette kapitel belyser, i hvilken udstrækning praktiserende læger, hospitalsansatte og kommunalt ansatte vurderer, at de rette forudsætninger er til stede for, at forløbsprogrammet kan fungere i det daglige arbejde. Endvidere belyses, hvordan samarbejdet har udviklet sig i perioden med forløbsprogrammet, samt hvilke muligheder og udfordringer der ses for fortsat udvikling af det tværsektorielle samarbejde omkring hjertebehandlingen.

4.1 Det tværsektorielle samarbejdes forudsætninger

I Tabel 4.1 er vist, i hvilken udstrækning fagpersonerne i undersøgelsen vurderer, at de rette forudsætninger er til stede for, at forløbsprogrammet kan fungere i det daglige arbejde.

Tabel 4.1 Fagpersonernes vurdering af, om de rette forudsætninger er til stede for, at forløbsprogrammet kan fungere i det daglige arbejde

	Praktiserende læge	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
De rette forudsætninger er (stort set) til stede	49 %	72 %	84 %
De rette forudsætninger er ikke til stede	6 %	15 %	7 %
Ved ikke	45 %	13 %	9 %
I alt	100 %	100 %	100 %
Antal	51	61	70

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Et flertal af de hospitalsansatte og kommunalt ansatte vurderer, at de rette forudsætninger er til stede for, at forløbsprogrammet kan fungere i det daglige arbejde. Andelen, der oplever, at de rette forudsætninger *ikke* er til stede, er samtidig relativt lille.

Omkring halvdelen af de praktiserende læger har ikke kunnet tage stilling til, om de rette forudsætninger er til stede for et godt samarbejde mellem almen praksis og kommune, men blandt dem, der har taget stilling, vurderer flertallet, at det er tilfældet.

I forlængelse af ovenstående er de, som har svaret negativt, blevet bedt om at beskrive, hvilke barrierer der er for et godt samarbejde. Praktiserende læger nævner hyppigst forskellig faglighed, manglende fælles information om borgerne, manglende tid og utilstrækkelig mulighed for elektronisk kommunikation. Hospitalsansatte nævner hyppigst forskellig faglighed, manglende tid, og at brug af it til fx henvisning er for besværlig. En hospitalsansat har svaret, at hospitalet er tilknyttet flere forskellige kommuner, som vil have det på hver deres måde, mens en anden savner, at man mødes personligt. De kommunalt ansatte har hyppigst nævnt, at muligheden for elektronisk kommunikation er utilstrækkelig, og at der er manglende fælles information om borgere. Nogle kommunalt ansatte har endvidere angivet, at de oplever, at der i de øvrige sektorer mangler viden om og/eller tillid til de kommunale tilbud.

Ventetid bliver også nævnt som en hæmmende faktor. For eksempel har en praktiserende læge skrevet, at der er lang ventetid til hospitalslaboratorium, og en hospitalsansat har nævnt lang ventetid til træning. En anden hospitalsansat har skrevet:

En stor del af rehabiliteringsforløbet er holdundervisning, hvor 8-12 patienter mødes på et hold. Når rehabiliteringen (fase 2) kan deles ud på 5 kommuner og et hospital,

mangler der alle 6 steder patienter til at kunne fylde holdene op. Det har fået den konsekvens, at mange steder skal patienterne vente op til 3 måneder, før de kan starte på et hold.

Behovet for at styrke samarbejdet specifikt i relationen mellem de forskellige sektorer afdækkes i tabellerne 4.2-4.4 nedenfor.

Tabel 4.2 viser, hvordan praktiserende læger og kommunale fagpersoner vurderer behovet for at forbedre samarbejdet mellem almen praksis og kommune.

Tabel 4.2 Fagpersonernes vurdering af behovet for at forbedre samarbejdet mellem almen praksis og kommune om patienter med hjerte-kar-sygdom

	Praktiserende læge	Kommunalt ansat
I meget høj grad	6 %	21 %
I høj grad	24 %	31 %
I nogen grad	33 %	27 %
I beskeden grad	16 %	7 %
Slet ikke	4 %	-
Ved ikke	18 %	14 %
Total	100 %	100 %
Antal	51	61

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Det fremgår, at godt halvdelen af de kommunalt ansatte vurderer, at der i meget høj grad eller i høj grad er behov for at forbedre samarbejdet mellem almen praksis og kommune, mens kun 30 % af de praktiserende læger i undersøgelsen vurderer behovet som højt eller meget højt. Samtidig ses, at en større andel af de praktiserende læger (20 %) end de kommunalt ansatte (7 %) vurderer, at der slet ikke eller kun i beskeden grad er behov for et forbedret samarbejde.

Hvad angår samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne, viser Tabel 4.3, hvordan hospitalsansatte og praktiserende læger vurderer behovet for at forbedre dette.

Tabel 4.3 Fagpersonernes vurdering af behovet for at forbedre samarbejdet mellem almen praksis og hospital om patienter med hjerte-kar-sygdom

	Praktiserende læge	Hospitalsansat
I meget høj grad	12 %	8 %
I høj grad	22 %	31 %
I nogen grad	47 %	31 %
I beskeden grad	12 %	5 %
Slet ikke	4 %	2 %
Ved ikke	4 %	23 %
I alt	100 %	100 %
Antal	51	61

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Det fremgår af Tabel 4.3, at ca. 40 % af de hospitalsansatte og ca. en tredjedel af de praktiserende læger i høj eller meget høj grad ser et behov for at forbedre samarbejdet mellem

almen praksis og hospital. Samtidig ses igen, at en større andel af de praktiserende læger (16 %) end af kommunalt ansatte (7 %) vurderer, at der slet ikke eller kun i beskeden grad er behov for et forbedret samarbejde.

Hvad angår fagpersonernes vurdering af behovet for at forbedre samarbejdet mellem hospital og kommune om hjerte-karpatienter, er resultaterne vist i Tabel 4.4.

Tabel 4.4 Fagpersonernes vurdering af behovet for at forbedre samarbejdet mellem hospital og kommune om patienter med hjerte-kar-sygdom

	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
I meget høj grad	12 %	23 %
I høj grad	34 %	42 %
I nogen grad	33 %	17 %
I beskeden grad	8 %	11 %
Slet ikke	-	-
Ved ikke	13 %	7 %
I alt	100 %	100 %
Antal	61	71

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2016.

Blandt hospitalsansatte er det 46 % og blandt kommunalt ansatte 65 %, som har vurderet, at der i meget høj grad eller i høj grad er et behov for at forbedre samarbejdet mellem hospital og kommune om hjerte-karpatienter. Alene en lille andel af disse faggrupper har vurderet, at behovet er beskeden. Svarene adskiller sig således også her fra de overordnede besvarelser i Tabel 4.1, hvor omkring 70 % af de hospitalsansatte og kommunalt ansatte angav, at de rette forudsætninger er til stede for et godt samarbejde mellem hospital og kommune. Det må altså være andet og mere end forudsætningerne, som de mener, bør forbedres.

4.2 Forløbsprogrammets betydning for det tværsektorielle samarbejde

I det følgende opsummeres fagpersonernes besvarelser om kommunikation og samarbejde mellem praktiserende læger, hospital og kommune om patienter med hjerte-kar-sygdom, og om forløbsprogrammet har betydet ændringer i de informationer, der sendes mellem sektorerne. De tilhørende tabeller findes i Bilag 2.

Hospitalsansattes og kommunalt ansattes vurdering af samarbejde med almen praksis

Både de hospitalsansatte og de kommunalt ansatte angiver, at de primært samarbejder med almen praksis ved at sende/modtage skriftlig information om en patient. Det fremgår samtidig, at både hospitalsansatte og kommunalt ansatte, der har taget stilling, i langt de fleste tilfælde vurderer, at der ikke er sket ændringer i den information, de modtager fra almen praksis om patienter med hjerte-kar-sygdom. Samtidig er der et betydeligt flertal, som vurderer, at de modtager for lidt information fra almen praksis.

Praktiserende lægers og kommunalt ansattes vurdering af samarbejde med hospital

Et stort flertal af de praktiserende læger og næsten alle kommunalt ansatte angiver, at samarbejdet med hospitalsafdelinger primært er baseret på udveksling af skriftlig information om

patienterne. Godt halvdelen af de kommunalt ansatte har endvidere angivet, at de ind imellem er i telefonisk kontakt med hospital om behandling/forløb.

Blandt praktiserende læger, der har taget stilling, har et flertal vurderet, at der ikke er sket ændringer i den information, de modtager fra hospital om patienter med hjerte-kar-sygdom. De resterende praktiserende læger og et stort flertal af de kommunalt ansatte har vurderet, at de modtager mere relevant information, og/eller at det sker hurtigere. Det fremgår samtidig, at flertallet af praktiserende læger og kommunalt ansatte har vurderet, at den information, de modtager fra hospital, har et passende omfang og er brugbar. Der er dog i begge grupper et stort mindretal, der har vurderet, at de modtager for lidt information.

Angående den information, der sendes fra almen praksis til hospitalerne, er der et lille flertal af praktiserende læger, der vurderer, at de efter forløbsprogrammets indførelse sender flere oplysninger til hospital om patienter med hjerte-kar-sygdom, og/eller at det sker hurtigere. Heroverfor vurderer næsten alle kommunalt ansatte, der har taget stilling, at der ikke er sket ændringer i de oplysninger, de sender til hospitalet.

Et stort flertal af de praktiserende læger har angivet, at der ikke er sket ændringer i, hvor ofte de taler med, korresponderer med eller mødes med læge, sygeplejerske eller anden faggruppe på hospital om patienter med hjerte-kar-sygdom. Til gengæld er der et flertal af kommunalt ansatte, der har taget stilling, som har vurderet, at det sker oftere.

Hospitalsansattes og praktiserende lægers vurdering af samarbejde med kommuner

Når det kommer til samarbejdet med kommunerne, angiver en tredjedel af de praktiserende læger, at de ikke eller stort set ikke samarbejder med kommuner om patienter med hjerte-kar-sygdom, mens knapt halvdelen har angivet, at de har e-mailkorrespondance om behandling/forløb. Hospitalsansatte har typisk angivet, at de samarbejder med kommunen ved at sende skriftlig information om patienter. Det fremgår samtidig, at hverken praktiserende læger eller hospitalsansatte forbinder forløbsprogrammet med ændringer i den information, de modtager fra kommunen om patienter med hjerte-kar-sygdom.

En stor andel af både praktiserende læger og hospitalsansatte har ikke kunnet tage stilling til, om den information, de modtager fra kommunen om patienter med hjerte-kar-sygdom, har et passende omfang. Det kan skyldes, at de ikke har oplevet at modtage information fra kommunen. Blandt praktiserende læger, der har taget stilling, er det til gengæld et flertal, der angiver, at omfanget er passende og brugbart. Blandt hospitalsansatte, der har taget stilling, er der omvendt et flertal, som angiver, at de modtager for lidt information.

Blandt praktiserende læger, der har taget stilling, har et stort flertal angivet, at der ikke efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i de oplysninger, de sender til kommunen, og det store flertal af læger vurderer heller ikke, at kommunikationen er hyppigere. Blandt hospitalsansatte er det et lille flertal af dem, der har taget stilling, der har angivet, at de sender flere oplysninger, og/eller at det sker hurtigere, samt at de oftere er i kontakt med kommunerne efter indførelsen af forløbsprogrammet.

Opsamling

Surveyen tegner overordnet et billede af, at samarbejdet mellem aktørerne i hjerterehabileringen primært er baseret på skriftlig kommunikation, samt at informationen mellem de forskellige parter generelt ikke har ændret sig som følge af forløbsprogrammet. Det fremgår samtidig, at mange hospitalsansatte og kommunalt ansatte fremadrettet ønsker mere information fra almen praksis.

Hvad angår kommunikationen mellem kommuner og hospitaler, er der små tendenser til, at kommunikationen er blevet bedre, og at man oftere er i kontakt med/samarbejder med hinanden. Der er dog fortsat plads til forbedring, og især de kommunalt ansatte efterlyser mere information fra hospitalerne.

4.3 Status for udvikling af relationer og tillid

Som beskrevet i kapitel 3 er der varierende grader af gensidig tillid mellem hospitaler og kommuner i relation til hinandens tilbud som led i hjerterehabiliteringsforløbsprogrammet. I den ene ende af skalaen er der en relativ høj tillid; i den anden er der særligt blandt kommunerne en del frustration og en oplevelse af, at det er svært komme i dialog med hospitalet om udvikling af samarbejdet:

Vi er mere afhængige af dialogen, end de er. Den er ikke så vigtig for dem. Reelt har de jo et tilbud, de synes er fint, og ellers sender de dem ud på en GOP. Det har de gjort i lang tid, det fungerer for dem. Men nu er der bare det her, der hedder et forløbsprogram, og vi har svært ved at leve op til det. Eller – jeg er klar over, at noget af det er min beslutning om ikke at sætte noget i værk, men det er for ikke at lave et tilbud, som jeg næsten på forhånd ved, ender med at være ressourcespild.

(Kommunalt ansat)

Der er således en tilsvarende variation gående fra veludbygget samarbejde til lav grad af samarbejde. Gensidig tillid bliver i litteraturen om tværsektorielt samarbejde om patienter beskrevet som et vigtigt element i en velfungerende samarbejdsrelation (10). Samtidig er det noget af det, det kan tage tid at oparbejde og vedligeholde over tid.

Der var mistro på hospitalerne i udgangspunktet – og det gælder alt, ikke kun hjerterehabilitering. Den er måske på tilbagetog, jeg ved det ikke.

(Kommunalt ansat)

4.3.1 Variation og volumen

Som også beskrevet i litteraturen (11) betyder organisatoriske forhold og den kompleksitet, det medfører at skulle samarbejde med flere forskellige enheder – med flere forskellige tilbud – også noget her. Der er således en sammenhæng i, at det har været nemmere at opbygge en velfungerende arbejdsdeling om forløb, der hvor ikke kun det hospitalsmæssige, men også det kommunale tilbud har en vis volumen.

Overordnet set kan man sige, at der er tre forskellige arbejdsdelingsrelationer: 1) hvor det kører i faste, delte forløb, 2) hvor der er tale om en langsom udvikling mod flere delte forløb, men udviklingen har været langsommere end fx forløbsprogrammerne for KOL og diabetes, og 3) hvor der som udgangspunkt ikke er tale om delte forløb.

Hvis vi skal udlede mønstre, så forholder det sig generelt sådan, at det har været nemmere at udvikle et velkørende og forudsigeligt samarbejde og arbejdsdeling der, hvor begge aktører har en vis volumen. Hvor et hospital skal samarbejde med mange forskellige små og måske i højere grad skiftende tilbud, er det sværere at få en arbejdsdeling med delte forløb op at stå.

Ligesom evalueringen af forløbsprogrammerne for KOL og diabetes viste (1), så er oplevelsen af, at der er for store variationer i indholdet af de kommunale rehabiliteringstilbud, således en barriere for at udvikle samarbejdet og arbejdsdelingen. En barriere er også, når tilbuddene bliver så skrøbelige, at de er afhængige af enkeltpersoner.

De gode relationer holder op, når folk rejser. Men det hjælper, når vi kan ringe til hinanden og afklare ting.

(Kommunalt ansat)

Både de kommunalt- og hospitalsansatte vurderer, at der er behov for en mere systematisk dialog. Der er en del medarbejderudskiftning, og oplevelsen er, at der ikke bliver gjort noget for at opbygge nye relationer, når nye medarbejdere starter. Der er således behov for fokus på, at det er en vedvarende opgave at vedligeholde relationerne, således at de ikke kun bliver tilfældige eller individorienterede.

Det afhænger af personerne. Hvilken læge eller sygeplejerske der lige er på arbejde. Nogle har været ude og se os, og de henviser mere, men når der så kommer nyt personale, så ryger henvisningerne. Så det er meget personbåret.

(Kommunalt ansat)

Der forsvandt patienter, da vi rykkede til [navn på hospital] fra [navn på hospital]. Der forsvandt noget personkontinuitet i overgangen, og vi måtte arbejde på at få antallet af henvisninger op igen.

(Kommunalt ansat)

Den relationelle dimension af samarbejdet er således vigtig, men de fleste steder er den også relativt uudviklet – både på tværs af kommuner og på tværs af kommuner og hospital. Samtidig er det en pointe, at relationen er sårbar, når den afhænger af få personer, fordi der ikke er volumen i tilbuddet.

4.3.2 Mål for den gensidige tillid

Interviewdeltagerne er ved alle interview blevet bedt om at vurdere den gensidige tillid i samarbejdsrelationerne på en skala fra 1 (lav) til 10 (høj). Den gennemsnitlige vurdering ligger på 6, men dette dækker over variationer gående fra 2-4, når interviewdeltagerne vurderer, at den gensidige tillid er lav, til 8-10, når den er høj. Der, hvor vurderingen er høj, skyldes det typisk, at der er et konkret kendskab til hinanden på tværs af sektorer, fx ved at man har mødt hinanden til undervisning, samarbejds møder, gensidige besøg i hinandens undervisning, eller at man ved, at de fx har mange dygtige terapeuter. Der, hvor den er lav, har de kommunalt ansatte typisk en oplevelse af, at hospitalerne ikke har tillid til det kommunale tilbud og følgelig holder på patienterne.

4.3.3 Samarbejdet med almen praksis

Flere kommunale informanter kommer ind på, at samarbejdet med de praktiserende læger generelt kunne være bedre. Også de hospitalsansatte informanter kommer ind på, at de praktiserende læger ofte ikke er så synlige i samarbejdet, og at de ikke har en oplevelse af, at de praktiserende læger fungerer som tovholdere i forløbet. Som tidligere angivet har der kun deltaget meget få læger i interviewundersøgelsen, så det har ikke været muligt at afdække lægernes perspektiver systematisk – ud over de pointer, der allerede er angivet i afsnit 2.2.1.

4.4 Opsamling og forslag

Flertallet af deltagerne i evalueringen oplever overordnet, at de rette forudsætninger for, at forløbsprogrammet kan fungere i hverdagen, er til stede. Til gengæld er der også mange (især i relationen mellem hospitalerne og kommunerne), som vurderer, at der er et behov for at forbedre det konkrete samarbejde.

I forlængelse af ovenstående tegner surveyen overordnet et billede af, at samarbejdet mellem aktørerne i hjerterehabiliteringen primært er baseret på skriftlig kommunikation, samt at informationen mellem de forskellige parter generelt ikke har ændret sig som følge af forløbsprogrammet. Det fremgår samtidig, at mange hospitalsansatte og kommunalt ansatte fremadrettet ønsker mere information fra almen praksis. Hvad angår kommunikationen mellem kommuner og hospitaler er der små tendenser til, at kommunikationen er blevet bedre, og at man oftere er i kontakt med/samarbejder med hinanden. Der er dog fortsat plads til forbedring, og især de kommunalt ansatte efterlyser mere information fra hospitalerne.

I forlængelse af ovenstående er der mange steder en udfordring i, at den gensidige tillid til hinandens tilbud godt kunne være bedre. Den ligger i dag gennemsnitligt på 6 på en skala fra 1-10 (1 lav og 10 høj). Dette dækker over store variationer, hvor der på nogle planområder er et forholdsvis veletableret samarbejde og arbejdsdeling, mens der på andre planområder er store udfordringer i forhold til tillid til i særlig grad de mange forskellige kommunale tilbud.

Der er således også et mønster i, at det har været nemmest at etablere tillid til en arbejdsdeling med fælles forløb dér, hvor der er store kommunale aktører med volumen og ensartede tilbud. Der, hvor kommunerne ikke i sig selv har et tilstrækkeligt befolkningsunderlag, er der nogle steder et tværkommunalt samarbejde (fx på Vestegnen samt mellem Rudersdal, Gentofte og Lyngby-Taarbæk Kommuner). I forbindelse med mindre tilbud er det ofte en udfordring for kommunerne at vise/sikre, at der er robusthed og kontinuitet i tilbuddet.

Nogle fagpersoner påpegede, at frafald og gensidig tillid potentielt kunne forbedres ved, at kommunale fagpersoner mere aktivt var koblet på afslutningen af hospitalsforløbet, fx ved at deltage med introduktion til de kommunale forløb, og hvad formålet med disse er – dette for at styrke/få en mere personlig overgang til kommunerne.

5 Konklusioner og anbefalinger

Formålet med evalueringen har været at skabe viden om implementeringen af forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdomme, som Region Hovedstaden og kommunerne kan bruge i det fremadrettede arbejde med at revidere og konsolidere programmet.

5.1 Kendskab og relevans

Helt overordnet viser evalueringen en række positive resultater vedrørende kendskab og oplevet relevans og betydning af forløbsprogrammet:

- Relevante fagpersoner fra hospitaler og kommuner kender forløbsprogrammet og oplever, at det har stor relevans for hjerterehabiliteringen.
- Forløbsprogrammet har medvirket til, at rehabilitering indgår som en mere ligestillet del af hjertebehandlingen sammenlignet med tiden inden programmet.
- Hospitalerne har ledelsesmæssig opmærksomhed på at overholde forløbsprogrammet.
- Flere patienter tilbydes efterbehandlingssamtaler, ligesom oplevelsen er, at flere gennemfører hjerterehabilitering.
- Oplevelsen er også, at patienter med hjerte-kar-sygdomme i større omfang inddrages i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og rehabiliteringsforløb.
- Antallet af henvisninger til de kommunale tilbud om patientuddannelse, rygestop, fysisk træning m.m. vurderes at være stigende (om end der stadig er plads til forbedringer).
- Flere steder, hvor kommunerne har et stort patientgrundlag og et veludbygget/tværfagligt hjerteforløb, er der etableret et velfungerende samarbejde og en relativt velfungerende arbejdsdeling mellem kommuner og hospitaler om de delte forløb.

Disse forhold illustrerer, at forløbsprogrammet på overordnet niveau fremstår som en succes, og at der fremadrettet er et godt udgangspunkt for at konsolidere og udbygge samarbejdet om hjerterehabilitering. I den forbindelse fremstår øget involvering af hospitals- og praktiserende læger i relation til hjerterehabiliteringen som et væsentligt middel til at understøtte den videre udvikling.

5.2 Variation i implementering og samarbejdsflader

Med forløbsprogrammet er der fulgt et oplæg til nye arbejdsdelinger mellem hospitaler og kommuner om rehabiliteringen. Evalueringen har derfor undersøgt status på arbejdsgange og arbejdsdeling relateret til efterbehandlingssamtaler og risikostratificering. På dette mere konkrete niveau viser evalueringen, at der er store forskelle på, hvordan hospitaler og kommuner arbejder med forløbsprogrammet i deres hverdagspraksis.

Evalueringen viser således, at risikostratificering, rehabilitering og arbejdsdeling mellem hospitaler og kommuner foregår forskelligt fra hospital til hospital, ligesom det mange steder er sygeplejersker, der stratificerer patienterne. Rehabiliteringen og arbejdsdelingen mellem hospitaler og kommuner fremstår mindre systematisk og konsolideret de steder, hvor det primært er sygeplejersker, der er ansvarlige for risikostratificering, sammenlignet med de steder, hvor hospitalslæger tager et aktivt ansvar for stratificering og implementering af forløbsprogrammet.

Dette leder til en variation, som en del hospitalsansatte og stort set alle kommunalt ansatte oplever, er u hensigtsmæssig. Samtidig fremstår forløbsprogrammet og risikostratificeringen

for de fleste kommuner som et redskab, der kun fungerer på hospitalets præmisser. De kommunale deltagere i evalueringen efterspørger derfor et mere ligeværdigt samarbejde og en mere ensartet stratificering.

Rehabiliteringen og arbejdsdelingen med kommunerne er også mindre veletableret på de hospitaler, der har mange forskellige mindre kommuner/kommunale tilbud at forholde sig til. De hospitalsansatte pointerer i den forbindelse, at der er stor variation imellem kommunernes tilbud, hvorfor der ikke i alle tilfælde er tillid til fagligheden og kvaliteten af de tilbud, patienterne tilbydes i kommunerne. Det bekræftes således, at patienterne i et vist omfang stratificeres forskelligt på baggrund af hospitalspersonalets kendskab og tillid til de kommunale tilbud. Hospitaler, der har store kommuner/tværkommunale tilbud at henvise til, har generelt mere veludbyggede samarbejdsrelationer.

Frafald og fravalg i overgangen til kommunerne

Der mangler generelt patienter til de kommunale tilbud, og dette er en væsentlig årsag til, at de kommunalt ansatte efterspørger et mere forpligtende og ligeværdigt samarbejde med hospitalerne. Samtidig leder manglen på patienter til, at mange kommuner efterlyser, at almen praksis indtager en mere aktiv rolle i forhold til at henvise patienter til de kommunale tilbud om rehabilitering. Dette er dog ikke i forløbsprogrammet beskrevet som de praktiserende lægers opgave.

Som nævnt er der variationer i organiseringen af rehabiliteringen og hospitalernes tillid til det faglige niveau i kommunerne, som mindsker andelen af patienter, der henvises til rehabilitering. Der er dog også andre forhold, som spiller ind, herunder:

- Der opleves uhensigtsmæssige overlap imellem hospitalernes og kommunernes tilbud om patientundervisning og træning, og dette gør det sværere at motivere patienterne til at tage imod kommunernes tilbud, når der fx er tale om delte forløb.
- Hospitalerne tager hensyn til patienternes ønsker (og ressourcer) i forhold til, hvor og hvordan rehabiliteringen skal foregå.
- Der ofte er ventetid på, at patienterne kan starte i den kommunale rehabilitering.
- Når henvisningerne til kommunerne skal ske på Ref01, er der ikke tilskud til transport, og dette leder til, at en del – især sårbare – patienter falder fra/fravælger kommunernes tilbud.
- Patienter, der fravælger at fortsætte i kommunerne, fx på grund af hensyn til arbejde og familie.

Der er således mange årsager til frafald og fravalg, men der mangler fælles viden, forståelse og dialog om problemets omfang, og hvad der kan gøres for at mindske det. Samtidig understøtter manglen på viden og dialog kommunernes oplevelse af, at hospitalerne holder på patienterne på grund af manglende tillid til de kommunale tilbud.

Endelig er der i et vist omfang en oplevelse af, at arbejdsdelingen omkring de delte forløb leder til dobbeltarbejde og ressourcespild. Det kommer fx til udtryk ved, at hospitalerne og kommunerne tilbyder den samme undervisning, eller når kommunerne mangler patienter til deres tilbud.

5.3 Status på udviklingen i forløbssamarbejdet

Vurderingen er, at informationen til og fra almen praksis generelt ikke har ændret sig som led i forløbsprogrammet. Samarbejdet med almen praksis vurderes også at være uændret, og der er mange, som fremadrettet ønsker mere information fra og mere samarbejde med almen praksis. Godt halvdelen af de kommunalt ansatte kommunikerer telefonisk med hospitalet, og

der er en oplevelse af, at informationen, der sendes fra hospitalet, er blevet bedre. Nogle ønsker at modtage mere information. Både hospitalsansatte og kommunalt ansatte har en oplevelse af, at de samarbejder mere med hinanden.

Generelt er der en udfordring i, at den gensidige tillid til hinandens tilbud godt kunne være bedre. Den er i dag gennemsnitligt på 6 på en skala fra 1-10 (1 lav og 10 høj). Dette dækker over store variationer, hvor der på nogle planområder er forholdsvis veletableret samarbejde og arbejdsdeling, mens der på andre planområder er store udfordringer i forhold til tillid til de mange forskellige kommunale tilbud. Der er således også et mønster i, at det har været nemmest at etablere tillid til en arbejdsdeling med fælles forløb dér, hvor der findes store kommunale aktører med volumen i deres tilbud.

5.4 KORAs anbefalinger

Med udgangspunkt i rapportens konklusioner har KORA følgende anbefalinger til det fremadrettede samarbejde om hjerterehabiliteringen:

5.4.1 Behov for mere ens tilbud på tværs af kommunerne

Som det også var tilfældet med forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes (1), beskriver forløbsprogrammet i dag, hvilke tilbud der som minimum skal være til stede i kommunalt regi. Beskrivelserne er imidlertid på overskriftsniveau, og anbefalinger til konkret organisering, indhold, tilknyttede faglige kompetencer og kvalitetssikring er ikke beskrevet. I realiteten er der stor variation og en oplevelse af, at det er svært at gennemskue kommunernes tilbud. Det er med til at mindske de hospitalsansattes respekt for kommunernes indsatser og derved også motivationen til at henvise patienter. Dette frustrerer fagpersoner i alle sektorer – ikke mindst dem, der kommer fra kommuner, som efter eget udsagn har investeret væsentlige ressourcer i hjerterehabiliteringen, samtidig med at de mangler henvisninger. Det fremgår samtidig, at variationen er uhensigtsmæssig, fordi den stiller patienterne forskelligt alt efter, hvilken kommune de bor i, samtidig med at samarbejdet mellem sektorerne kompliceres.

KORA anbefaler derfor, at der arbejdes hen imod en konkretisering af indholdet i de kommunale tilbud samt en mere forpligtende implementering af forløbsprogrammet i kommunerne, således at kvalitet og organisering af de kommunale tilbud fremstår mere ensartet.

Det er dog samtidig en væsentlig pointe, at deling af flere forløb mellem hospitaler og kommuner også forudsætter, at hospitalerne kan dele flere forløb, uden at det underminerer den faglige bæredygtighed og økonomien i deres tilbud. I modsat fald kan deling af forløb føre til ineffektive løsninger for hospitalet, hvilket kan være en barriere for øget samarbejde.

5.4.2 Behov for samarbejde og innovation på tværs af kommunegrænser

Som det også blev konkluderet i KORAs evaluering af forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes (1), udfordres intentionerne i forløbsprogrammet af, at en del kommuners befolkningsgrundlag og økonomi er for lille til, at det er hensigtsmæssigt at etablere fuldt udbyggede patientuddannelses- og træningstilbud, der er målrettet patienter med hjerte-kar-sygdomme. Dette udgør en væsentlig barriere for ønsket om at etablere indsatser, der er mere ens på tværs af kommuner, samt for effektiv anvendelse af de ressourcer, der anvendes i kommunerne. Samtidig er der identificeret eksempler på tværkommunale samarbejder, som understøtter implementering, effektiv ressourceudnyttelse og et tillidsfuldt samarbejde på tværs af kommuner og hospitaler (jf. beskrivelsen af vestegnskommunernes samarbejde i afsnit 3.6.1).

På den baggrund anbefales det, at der fremadrettet sættes øget fokus på mulighederne for tværgående samarbejde om tilbud på tværs af kommunegrænser.

5.5 Behov for mere ens implementering på tværs af hospitaler

Forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdomme – og især arbejdsdelingen mellem hospitaler og kommuner – er forskelligt implementeret på tværs af regionens hospitaler. Der er variation i, hvilke patientgrupper der deles med kommunerne, og hvordan patienterne stratificeres. Der er også variationer i, hvorvidt speciallæger indgår aktivt i rehabiliteringsarbejdet. Øget involvering af hospitals- og praktiserende læger i relation til hjerterehabileringen fremstår derfor som et element, der i væsentlig grad understøtter en systematisk implementering af forløbsprogrammet. Hvis den lægelige involvering i rehabiliteringsarbejdet skal være mere ensartet, kunne dette også være et område, som ledelsen kunne have fokus på ved fremadrettet rekruttering.

5.5.1 Kendskabet til SOFT-portalens bør øges, og kvaliteten af kommunernes beskrivelser bør være mere ens

Evalueringen viser, at kendskabet til SOFT-portalens (oversigt over kommuner og regioners sundhedstilbud på sundhed.dk) samt de tilgængelige beskrivelser af de kommunale tilbud er øget i tiden med forløbsprogrammet. Det fremgår dog også, at portalen langt fra spiller den rolle, som den er tiltænkt. Dette skyldes manglende kendskab/fokus på den fra henvisernes side, men formentlig spiller det også en rolle, at de kommunale tilbud er meget forskelligt beskrevet (se eventuelt oversigten i Bilag 4).

Hvis SOFT-portalens fremadrettet skal spille en større rolle, anbefales det derfor at øge kendskabet blandt de tiltænkte henvisere samt at sikre en mere ensartet og detaljeret kvalitet af kommunernes beskrivelser.

5.5.2 Det bør prioriteres at monitorere frafald og fravalg

Det er en velkendt problemstilling, at det langt fra er alle relevante patienter, der gennemfører den anbefalede hjerterehabilering, og at dette er særligt udtalt blandt socialt udsatte patienter. Det er samtidig veldokumenteret, at de forhold, der mindsker gennemførelsesprocenten, bl.a. knytter sig til:

- Ventetid på opstart af forløb eller ventetid i forbindelse med overgange i forløb
- Geografiske afstande
- Konkurrerende sygdomme
- Lavt uddannelsesniveau og dårlig økonomi

Det fremstår dog også som en væsentlig pointe, at systematisk viden om, hvor og hvorfor frafald opstår, kombineret med målrettede indsatser, kan øge såvel gennemførelsesprocenterne som udbyttet af rehabiliteringen markant. Dette også gælder socialt udsatte patienter (2-4).

Set i det lys er det interessant, at én af evalueringens gennemgående pointer er, at patienternes frafald og fravalg fra hjerterehabileringen fremstår som en black box for de involverede fagpersoner, samt at dette i relativt stort omfang giver anledning til forestillinger og fordomme om hinanden. Mange efterlyser i den forbindelse en grundigere monitorering af, hvor og hvorfor frafaldet opstår, samt hvad der karakteriserer de pågældende patienter.

Det er KORAs vurdering, at fælles viden om ovenstående forhold samt tværgående dialog om disse kan være med til at løfte det fremadrettede samarbejde om forløbsprogrammet. Samtidig vil særligt problematiske overgange, som leder til frafald, kunne blive identificeret, således at der kan arbejdes målrettet med at mindske frafaldet.

På den baggrund anbefales det, at det rehabiliteringsansvarlige personale på hospitaler og i kommuner fremadrettet systematisk registrerer frafald og fravalg og årsagerne hertil. Endvidere anbefales det, at der med afsæt i den viden, som skabes, igangsættes en fælles dialog om årsager og hvilke løsninger, der lokalt kan være med til at mindske frafaldet.

5.5.3 Øgede muligheder for at tage individuelle hensyn til patienter med særlige behov

Mange fagpersoner fra både kommuner og hospitaler peger på, at det er vanskeligt at tilbyde individuelle forløb med afsæt i de lokale rammer, der er opstillet for hjerterehabiliteringen. Der er således en relativt udbredt oplevelse af, at forløbsprogrammet først og fremmest hjælper de patienter, der i forvejen kan og vil selv. Dette er bl.a., fordi der fortrinsvis er tale om holdbaseret træning og undervisning, så de, der har individuelle behov, risikerer at komme i klemme. For nogle patienters vedkommende peges der også på transport som en barriere, hvis de bor langt væk fra tilbuddet, eller fordi der – i modsætning til ved genoptræningsplanen – ikke er betalt transport ved Ref01.

Der peges også på, at psykiske efterreaktioner fylder meget for mange hjertepatienter og deres pårørende, men at der ikke altid er så meget fokus herpå i tilbuddene eller så mange handlemuligheder for at hjælpe patienterne. Dette sætter ekstra pres på kompetencer i kommunikation med patienter i krise, som er chokerede over det, der er sket for dem. En norsk undersøgelse af hjerterehabilitering har tidligere vist, at særligt de patienter, der er mest følelsesmæssigt stressede, har svært ved at gennemføre rehabiliteringsforløb (5). De involverede fagpersoner skal altså i efterbehandlings samtalen mestre at motivere til livsstilsændringer uden at skræmme de i forvejen angstpatienter så meget, at de risikerer handlingslammelse. Studier har tidligere vist, at compliance bliver mindre, når der anvendes skræmmeteknikker i samtaler med patienter (6). Dermed bliver mestring af disse samtaler fremadrettet også vigtigt for kompetenceudvikling.

Alt andet lige må det formodes, at fravalg og frafald vil kunne mindskes ved, at der skabes øget viden om patienterne, deres ønsker og behov.

5.5.4 Elektronisk program, evidens samt stillingtagen til nye diagnoser

Flere mener, at forløbsprogrammet fremadrettet bør være elektronisk, så det fx bliver lettere at revidere programmet i forhold til ny evidens, ændrede aftaler o.l. Det er for mange vigtigt, at programmet ikke er forældet. Samtidig er der også en erkendelse af, at det kan være en tidskrævende proces at blive enige om, hvad den nye evidens er.

Enkelte af evalueringens fagpersoner fortæller om en praksis, hvor nogle hospitaler og kommuner tilbyder klapopererede og/eller patienter med atrieflimren efterbehandlings samtaler og rehabilitering med afsæt i forløbsprogrammet. Derfor er der også flere fagpersoner, som anbefaler, at disse diagnoser fremadrettet skal være omfattet af forløbsprogrammet. Andre sætter spørgsmålstegn ved evidensen for også at inddrage disse grupper. KORA har ikke undersøgt dette og er derfor ikke i stand til at vurdere, hvorvidt det vil være hensigtsmæssigt at gøre programmet bredere, så det inkluderer flere diagnoser, men da det tilsyneladende allerede er etableret som uformel praksis nogle steder i Region Hovedstaden, er det vigtigt, at der tages stilling til disse spørgsmål.

Da der også hersker uklarhed om, hvilke resultater der i det hele taget er på længere sigt for patienterne ved at deltage i hjerterehabilitering, som den er udformet i forløbsprogrammet, anbefaler KORA, at dette gøres til genstand for fremtidige undersøgelser.

Litteratur

- (1) Buch MS, Holm-Petersen C, Hansen EB. Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type-2 diabetes. Evaluering af programmernes implementering i udførende led. København: KORA; 2013.
- (2) Buch MS. Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. Erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområdet. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.
- (3) Meillier L. I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret hjerterehabilitering. Aarhus: Region Midtjylland; 2007.
- (4) Rasmussen SR, Borst L, Albæk J. Evaluering af gode rammer for hjerterehabilitering - et partnerskabsprojekt. 2 bd. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- (5) Mildestvedt T, Meland E. Examining the "Matthew Effect" on the motivation and ability to make lifestyle changes in 217 heart rehabilitation patients. *Scandinavian Journal of Public Health* 2007; 35(2):140-147.
- (6) Hasenfeld Y. Worker-Client Relations: Social Policy in Practice. In: Hasenfeld Y, editor. *Human Services as Complex Organizations*. 2nd ed. London: Sage; 2010. p. 405-425.
- (7) Region Hovedstaden. Forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme. [U. st.]: Region Hovedstaden; 2011.
- (8) Region Hovedstaden. Vestegnsprojektet - evalueringsrapport. København: Region Hovedstaden; 2013.
- (9) Forskningsenheden for Kroniske Sygdomme. Patientoplevelser i hjerteforløb - devaluering af forløbsprogram for hjerte-karsygdomme, maj 2016. København: Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Forskningsenheden for Kroniske Sygdomme; 2016.
- (10) Holm-Petersen C, Buch MS, Jørgensen O. Ledelse over grænser. Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet. København: Væksthus for Ledelse; 2014.
- (11) Holm-Petersen C, Buch MS. Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. København: KORA; 2014.

Bilag 1 Interviewguide – fokusgruppeinterview med ledere og nøglemedarbejdere om implementering af forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom

Introduktion til interviewform (anonymitet eller tilstræbt, optages på digital optager).

Præsentation af interviewer og referent samt kort præsentation af projektet.

Evaluerings af forløbsprogrammet – fokus på, hvordan forløbsprogrammet søges omsat til praksis og meningsfuldhed/relevans i jeres hverdag, samt hvad jeres roller er i den forbindelse.

Præsentation af informanter (fornavn, stilling og antal år på afdeling) – særlige opgaver og ansvarsområder med relevans for forløbsprogrammet/hjerterehabilitering...

Kendskab til forløbsprogrammerne

Hvor godt kender jeres medarbejdere, relevante kolleger og samarbejdspartnere til indholdet i forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom?

Hvor godt kender I forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom – hvordan er I informeret om det (fx læst beskrivelsen, deltaget i gåhjemmøder o.l.)?

Er kendskabet detaljeret/ikke detaljeret?

Ledelse og implementering

Hvordan er implementeringen grebet an i jeres organisationer?

Hvilken rolle spiller I og andre ledere/nøglepersoner i jeres organisation i forhold til implementering af forløbsprogrammet?

Forklar og uddyb

I hvilken grad oplever I, at jeres overordnede ledere er opmærksom på, om I og jeres medarbejdere efterlever retningslinjerne i forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom?

Hvordan bliver jeres rolle/ansvar i implementeringsarbejdet understøttet?

Faglige kompetencer i forhold til forløbsprogrammet

Har I og jeres medarbejdere de rette faglige kompetencer til leve op til forløbsprogrammets anbefalinger?

Har forløbsprogrammet haft betydning for jeres faglige ledelsesstrategi, fx i forhold til rekruttering og opkvalificering af medarbejdere?

Betyder forløbsprogrammet, at der er behov for nye tilbud om kompetenceudvikling?

Fælles skolebænk o.l. aktiviteter – deltagelse og erfaringer?

Anvendelighed og anvendelse

Hvad har forløbsprogrammet betydet for jer/jeres medarbejders daglige arbejde med hjerte-kar-sygdom?

På en skala fra 1 (ikke vigtigt) til 5 (meget vigtigt), hvor vigtigt vurderer I, at det er at have forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom?

Er der elementer i forløbsprogrammet, som er overflødige/irrelevante?

Er der elementer, som er særligt vigtige?

Får patienterne efter jeres vurdering de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet?

Forklar og uddyb

Er der mønstre i, hvem der får tilbuddene, er der nogle grupper, der overses?

Hvor er de potentielle udfordringer?

Problemstillinger i relation til fravalg og frafald – hvordan adresseres de?

Udvikling i det tværsektorielle samarbejde

Er der ting, der har ændret sig i forhold til jeres samarbejde med kommuner/sygehuse/almen praksis om hjertepatienter i de seneste par år?

Forklar og uddyb

Er der skabt et øget kendskab til hinandens tilbud på tværs af sektorerne?

Forklar og uddyb

Kender I/jeres personale kommunernes tilbud om rehabilitering for hjertepatienter?

Hvad ser I som henholdsvis fremmende og barriere for henvisningen til de kommunale tilbud (træningstilbud, patientuddannelse, andre)?

Har I en oplevelse af, at medarbejdere og ledere taler oftere sammen på tværs om hjertepatienter efter forløbsprogrammet?

Hvis ja: Hvordan og hvorfor?

Tilgængelighed når man har behov for at kontakte hinanden? Udvikling i perioden med forløbsprogrammet?

Oplever I, at der er kommet nye opgavefællesskaber og/eller nøglefunktioner, der letter overleveringen af patienter og information på tværs af sektorer?

Er der opnået øget tillid til kvaliteten af hinandens tilbud/arbejde på tværs af sektorerne?

På en skala fra 1 (lav) til 10 (høj), hvor høj er den gensidige respekt for hinanden på tværs af sektorerne?

Udvikling i patientrettet (sam)arbejde

I hvor høj grad er behandling og forløb forbedret for patienten/borgeren med hjertesygdom?

Kan I give eksempler?

Har det nogen betydning for jer, at forløbsprogrammet er knyttet til en enkelt diagnose?

Forklar og uddyb

Har jeres bidrag til, at koordination og samarbejde med kommuner og almen praksis kommer til at fungere, ændret sig i det seneste par år?

Hvis ja: Hvordan?

Har jeres syn på koordination og samarbejde med kommunerne ændret sig i løbet af de seneste par år?

Kan I komme med eksempler på særlige indsatser, initiativer eller løsninger, som hjælper jer/kan hjælpe andre i samarbejdet om de kronisk syge hjertepatienter?

Efterbehandlingssamtaler stratificering og tovholderfunktion

I hvilke udstrækning gennemføres systematiske efterbehandlingssamtaler med henblik på at strukturere rehabiliteringen?

I hvilken udstrækning anvendes risikostratificeringen, når en patients rehabiliteringsforløb skal tilrettelægges?

I hvilken grad finder I/jeres medarbejdere stratificeringen anvendelig? Er der fx blevet bedre mulighed for at tilrettelægge individuelt tilpassede forløb med afsæt i risikostratificeringen?

Udarbejder I behandlings-/rehabiliteringsplaner?

I hvor høj grad bliver planerne efter jeres vurdering efterlevet?

Til praksis- og hospitalslæger: Hvilke opgaver er der forbundet med at være tovholder?

Er forudsætningerne for at kunne udfylde rollen som behandlingsansvarlig læge (på hospitalet)/tovholder (praktiserende læge) efter jeres mening tilstede? Uddyb og perspektivér – hvad hører de fra personalet og andre læger?

Handlinger over for patienter for at hjælpe dem godt videre

Er der forskel på graden af patientinddragelse i dag frem for tidligere?

Er der efter jeres oplevelse i højere grad fokus på at fortælle patienterne om deres forløb – hvor de skal hen, hvad der skal ske, hvem de kommer til at møde osv.?

Elektronisk kommunikation på tværs af sektorer

Hvordan kommunikerer I elektronisk på tværs af sektorer? Anvender I korrespondancer – hvorfor/hvorfor ikke?

Får I relevante informationer – hvad mangler typisk?

Nye behov for oplysninger – fx tilbagemeldinger fra kommuner?

Følger de relevante informationer med rettidigt – hvad gør I, når der mangler oplysninger?

Forventninger og ønsker fremadrettet?

Det fremadrettede samarbejde

Er der noget, I specielt mangler i jeres hverdag, som kan hjælpe til at få et bedre samarbejde om kronisk syge hjertepatienter? Fx overblik og ensartethed?

Hvad er jeres bedste råd til dem, der skal videreføre arbejdet med at udvikle og implementere forløbsprogrammer (hvis nu I kunne bestemme)?

Afsluttende spørgsmål

Synes I, der er noget, vi mangler at spørge om?

Har I spørgsmål til os?

Bilag 2 Supplerende tabeller fra spørgeskemaet vedrørende udveksling af information på tværs af sektorer

Bilagstabel 2.1 Hvordan samarbejdes med almen praksis (læge eller andet praksispersonale) om patienter med hjerte-kar-sygdom?

	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
Modtager skriftlig information om patient	33 %	57 %
Sender skriftlig information om patient	65 %	59 %
E-mailkorrespondance om behandling/forløb	13 %	16 %
Telefonisk kontakt om behandling/forløb	27 %	22 %
Holder møde om behandling/forløb	7 %	1 %
Anden samarbejdsform, skriv hvilken	17 %	7 %
Intet eller stort set intet samarbejde	18 %	19 %
Procentgrundlag (antal)	60	69

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.2 Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i den information, du modtager fra almen praksis om patienter med hjerte-kar-sygdom?

	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
Modtager mere relevant information og hurtigere	8 %	7 %
Modtager mere relevant information, men ikke hurtigere	3 %	6 %
Modtager samme information, men hurtigere	3 %	4 %
Ingen ændringer	42 %	36 %
Modtager færre informationer	2 %	1 %
Ved ikke	42 %	45 %
Total	100 %	100 %
Antal	60	69

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.3 Vurderer du, at den information, du modtager fra almen praksis om patienter med hjerte-kar-sygdom, har et passende omfang?

	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
Ja, omfanget er passende og brugbart	15 %	19 %
Nej, for lidt information	30 %	44 %
Nej, for meget og ikke brugbar information	2 %	1 %
Ved ikke	53 %	36 %
Total	100 %	100 %
Antal	60	69

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.4 Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i de oplysninger, du sender til almen praksis om patienter med hjerte-kar-sygdom?

	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
Sender flere oplysninger og hurtigere	28 %	17 %
Sender flere oplysninger, men ikke hurtigere	7 %	15 %
Sender ikke flere oplysninger, men hurtigere	7 %	1 %
Ingen ændringer	28 %	33 %
Sender færre oplysninger	2 %	-
Ved ikke	28 %	33 %
Total	100 %	100 %
Antal	60	69

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.5 Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i, hvor ofte du taler med, korresponderer med eller mødes med læge eller sygeplejerske i almen praksis om patienter med hjerte-kar-sygdom?

	Hospitalsansat	Kommunalt ansat
Ja, sker oftere	17 %	12 %
Nej, har uændret omfang	53 %	45 %
Sket sjældnere	2 %	3 %
Ved ikke	28 %	41 %
Total	100 %	100 %
Antal	60	69

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.6 Hvordan samarbejdes med hospital om patienter med hjerte-kar-sygdom?

	Praktiserende læge	Kommunalt ansat
Modtager skriftlig information om borger	77 %	90 %
Sender skriftlig information om borger	40 %	16 %
E-mail korrespondance om behandling/forløb	33 %	22 %
Telefonisk kontakt om behandling/forløb	21 %	52 %
Holder møde om behandling/forløb	4 %	13 %
Anden samarbejdsform, skriv hvilken	2 %	23 %
Intet eller stort set intet samarbejde	10 %	10 %
Procentgrundlag (antal)	48	69

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.7 Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i den information, du modtager fra hospital om patienter med hjerte-kar-sygdom?

	Praktiserende læge	Kommunalt ansat
Modtager mere relevant information og hurtigere	13 %	28 %
Modtager mere relevant information, men ikke hurtigere	4 %	10 %
Modtager samme information, men hurtigere	15 %	7 %
Ingen ændringer	40 %	20 %
Modtager færre informationer	-	1 %
Ved ikke	29 %	33 %
Total	100 %	100 %
Antal	48	69

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.8 Vurderer du, at den information, du modtager fra hospital om patienter med hjerte-kar-sygdom, har et passende omfang?

	Praktiserende læge	Kommunalt ansat
Ja, omfanget er passende og brugbart	56 %	55 %
Nej, for lidt information	29 %	25 %
Nej, for meget og ikke brugbar information	4 %	1 %
Ved ikke	10 %	19 %
Total	100 %	100 %
Antal	48	69

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.9 Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i de oplysninger, du sender til hospital om patienter med hjerte-kar-sygdom?

	Praktiserende læge	Kommunalt ansat
Sender flere oplysninger og hurtigere	21 %	6 %
Sender flere oplysninger, men ikke hurtigere	15 %	3 %
Sender ikke flere oplysninger, men hurtigere	10 %	1 %
Ingen ændringer	38 %	48 %
Sender færre oplysninger	-	1 %
Ved ikke	17 %	41 %
Total	100 %	100 %
Antal	48	69

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.10 Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i, hvor ofte du taler med, korresponderer med eller mødes med læge, sygeplejerske eller anden faggruppe på hospital om patienter med hjerte-kar-sygdom?

	Praktiserende læge	Kommunalt ansat
Ja, sker oftere	10 %	38 %
Nej, har uændret omfang	77 %	28 %
Sket sjældnere	4 %	3 %
Ved ikke	8 %	31 %
Total	100 %	100 %
Antal	48	68

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.11 Hvordan samarbejdes med kommune om patienter med hjerte-kar-sygdom?

	Praktiserende læge	Hospitalsansat
Modtager skriftlig information om patient	33 %	15 %
Sender skriftlig information om patient	23 %	70 %
E-mailkorrespondance om behandling/forløb	46 %	13 %
Telefonisk kontakt om behandling/forløb	13 %	33 %
Holder møde om behandling/forløb	6 %	17 %
Anden samarbejdsform, skriv hvilken	4 %	18 %
Intet eller stort set intet samarbejde	33 %	13 %
Procentgrundlag (antal)	48	60

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.12 Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i den information, du modtager fra kommune om patienter med hjerte-kar-sygdom?

	Praktiserende læge	Hospitalsansat
Modtager mere relevant information og hurtigere	10 %	7 %
Modtager mere relevant information, men ikke hurtigere	4 %	5 %
Modtager samme information, men hurtigere	6 %	3 %
Ingen ændringer	48 %	53 %
Ved ikke	31 %	32 %
Total	100 %	100 %
Antal	48	60

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.13 Vurderer du, at den information, du modtager fra kommune om patienter med hjerte-kar-sygdom, har et passende omfang?

	Praktiserende læge	Hospitalsansat
Ja, omfanget er passende og brugbart	33 %	14 %
Nej, for lidt information	17 %	25 %
Nej, for meget og ikke brugbar information	8 %	-
Ved ikke	42 %	61 %
Total	100 %	100 %
Antal	48	59

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.14 Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i de oplysninger, du sender til kommune om patienter med hjerte-kar-sygdom?

	Praktiserende læge	Hospitalsansat
Sender flere oplysninger og hurtigere	13 %	32 %
Sender flere oplysninger, men ikke hurtigere	4 %	3 %
Sender ikke flere oplysninger, men hurtigere	4 %	5 %
Ingen ændringer	58 %	34 %
Ved ikke	21 %	25 %
Total	100 %	100 %
Antal	48	59

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilagstabel 2.15 Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i, hvor ofte du taler med, korresponderer med eller mødes med terapeut, sundhedskonsulent eller anden faggruppe i kommune om patienter med hjerte-kar-sygdom?

	Praktiserende læge	Hospitalsansat
Ja, sker oftere	6 %	34 %
Nej, har uændret omfang	77 %	39 %
Sker sjældnere	-	2 %
Ved ikke	17 %	25 %
Total	100 %	100 %
Antal	47	59

Kilde: Internetbaseret survey i foråret 2015/2016.

Bilag 3 Kommentarer i det afsluttende frie kommentarfelt i spørgeskemaet

Praktiserende læger

- Efter Københavns praktiserende lægers laboratorium er lukket, er der blevet væsentligt længere ventetid på Holtker samt Ekko. Der er ligeledes blevet meget mere omstændeligt at henvise. Der savnes ofte i epikriserne en tydelig plan med medicineringen. Ligeledes savnes en tydelig plan for eventuel seponering af medicin. Edifact-kommunikation med kommunen fungerer rigtig fint. Meget kompetente hjemmesygeplejersker.
- For lang ventetid på udredning i pakkeforløbet: Lovet ventetid kan ikke overholdes. Vanskeligheder med længere ventetid på udredning på hjerte-kar-problemer, som ikke er dækket af forløbsprogram.
- Den meget hurtige udskrivelse fra sygehusene giver almenlægen et betydeligt pres – ikke mindst fra plejehjem/aflastningspladser m.m.
- Jeg synes, pakkeforløbene har givet en hurtigere udredning af flere, og godt det ligger i den Dynamiske henvisning. Meget bedre samarbejde og forståelse fra kardiologerne over for vores udfordringer med uklare patientsymptomer. Jeg har aldrig fået læst hele forløbsbeskrivelsen, da den er for lang, og der konstant kommer vejledninger etc. Jeg synes, at man, som RADS fx gør, skal lave en ultrakort resumévejledning til de praktiserende læger. Jeg synes, der har været for få undervisnings-tilbud i regionen om denne forløbsbeskrivelse. Stort problem at kommunerne ikke har de samme tilbud, og at de ikke opdaterer SOFT. Det gør det svært at anbefale og benytte.
- Ønske om færre forkortelser/fagudtryk fra hospitalet i epikriserne.
- Jeg må med skam meddele, at jeg ikke var bekendt med forløbsprogrammet. Det har simpelthen forbigået min opmærksom, selvom jeg er flittig bruger af sundhed.dk. Jeg synes hjertepatienterne – også før programmet – har haft høj prioritet og fået generelt god og kompetent behandling såvel på hospital som i primær sektor, så jeg har ikke savnet et forløbsprogram.
- Patienterne puttes mere i kasser, og hvis ikke de passer i kassen, er tilbuddet af diagnostik og behandling dårligere. Hvis de passer i kassen, er forløbet bedre og hurtigere end før.
- Jeg har aldrig hørt om dette forløbsprogram!!!!!!
- Speciallæger i kardiologi i speciallægepraksis løfter en stor del af arbejdet med hjertepatienter for os i almen praksis. De yder god service og sender os epikriser og lægger et relevant program for patienten. De er i flere tilfælde hurtigere til at se patienten. Jeg vil nok bruge hjertepakker mere, men kardiologisk afdeling løfter et stort arbejde i det akutte med den voksende strøm af AKS-patienter, som sendes, fordi patienterne henvender sig med mindre og lidt atypiske klager, som ingen i dag tør sidde overhørig. Derfor fordeler jeg mine henvisninger, som jeg synes, er mest fornuftigt, og i sidste ende er det vel nok for hospitalerne, samtidig med at det er mere omkostningsfuldt.
- Kommunikation mellem almen praksis og kommunerne er forbedret i de senere år på grund af øget mulighed for e-kommunikation med kommunernes forskellige instanser (bortset fra arbejdsfastholdelsesindsatsen). Det er en udvikling, der er sket helt uafhængig af forløbsprogrammerne, men tidsmæssigt sammenfaldende med indførelsen af dem. Det er fortsat ikke muligt at e-kommunikere fra almen praksis til hospitalerne, men det går fint med de praktiserende speciallæger. Bedre e-kommunikationsmuligheder fra praksis til hospitalerne er en vigtig forudsætning for gode patientforløb, uanset hvilken sygdom eller lidelse der er tale om. Almen praksis kan modtage e-kommunikation fra hospitalerne.
- Almen praksis har brug for hurtig udredning og vurdering. Største barriere er, fra henvisning til patienten ses. Har henvist patienter i januar, som har fået tid i juni. Det er ikke godt nok.

	<ul style="list-style-type: none"> • Vi har rigtig god adgang til kardiologisk vurdering i speciallægepraksis, hvortil stort set alle vores elektive hjertepatienter henvises. Vi kan efter aftale få en subakut tid i løbet af få dage samt telefonisk rådgivning. De har langt kortere ventetid for de elektive hjertepatienter, end hvad hospitalerne kan tilbyde. Desuden bliver patienten set af den samme speciallæge hver gang, og forløbet er mere strømlinet og overskueligt for patienten. Hvis en patient er ude af stand til at medvirke til fx en cykeltest på grund af fysisk handicap, demens e.l., og jeg skønner, at der er brug for en hospitalsundersøgelse for afklaring, bruger jeg hjertepakkehenvielse til hospitalsambulatorium.
	<ul style="list-style-type: none"> • Jeg synes, at det fungerer godt, at der er en drejebog for, hvilke oplysninger hospitalet skal bruge, når man henviser en patient. Jeg oplever også, at meget få patienter bliver afvist, når henvisningen er lavet efter retningslinjerne. Der er altid god faglig rådgivning ved opringning til kollega på hospitalet.
	<ul style="list-style-type: none"> • Angående spørgsmål omhandlende kommunens tilbud har vores kommune lige tilsluttet sig hjerte-kar-forløbsprogrammet, der er endnu ikke afholdt kursus.
Hospitalsansat	<ul style="list-style-type: none"> • Kunne tænke mig en enklere udgave, som var lettere at bruge som et opslagsværk. Jeg synes, at selv pixiudgaven er en udfordring at bruge. Det er det kommunikative set-up, som efter min mening kunne være mere klart.
	<ul style="list-style-type: none"> • Jeg synes, der mangler en klar beskrivelse af, hvad specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse (hospital) er i forhold til ikke specialiseret (kommune). Som det er nu, vil ikke alle blive undervist af en hjertesyggeplejerske i kommunen. Hvordan sikrer man en faglig kvalitet, når der ikke er defineret krav til underviserens kvalifikationer? Der mangler en rød tråd i den store mængde patientinformation, og sundhed.dk er ikke særlig brugervenlig for patienterne og ikke særlig informativ. Jeg tænker, at man kunne låne hospitalsyggeplejersker ud til kommunernes undervisning om hjertet, det ville give bedre sammenhæng og kvalitet i undervisningen og skabe et tættere samarbejde.
	<ul style="list-style-type: none"> • Der er forsinkelser på, hvornår en patient møder en terapeut, fordi der er en henvisningsgang, som kan være blevet længere end før. Dette oplever vi hyppigt, når vi kommer i gang. (Før kunne vi fra sengeafsnittet gå med henvisningen i hånden til os selv.) Man kan også føle, at det er sværere at forlænge en patient på hospitalet for ikke at blive mistænkeliggjort i at holde på patienter, som er særligt sårbare og har komplicerede forløb, hvor der stadig er brug for det tværfaglige. Der er også patienter, som visiteres til 100 % kommunalt forløb, som kommer retur, fordi der er problemstillinger, som er komplekse, og de ikke var synlige ved stratificeringen. Eller der var så megen brugerindflydelse, at de gik direkte i kommunen i stedet for et delt forløb. Der er patienter, der præsterer dårligt til arbejdstesten, så man reelt ikke presser dem maksimalt og ved, om de får problemer ved anstrengelse – eksempelvis hvis de kunne presse sig mere ved en anden aktivitet end cykling. Der mangler terapeuter ved arbejdstesten, som kunne forklare noget om træning for de patienter, som kun vælger en test og intet forløb. (Der kan være tale om patienter, som træner for meget af frygt for ikke at blive "sunde nok".) Der er også patienter, som får gode råd om træning af sygeplejen (fordi der ikke er terapeuter her), uden at de har den fornødne viden om træningsdosis og eventuel komorbiditet m.m.
	<ul style="list-style-type: none"> • Det havde været nemmere, hvis alle forløbsprogrammer var mere overskuelige – skrevet over samme læst med samme overskrifter og ordvalg. Skønt hvis der blev lavet EN database i denne forbindelse, og alle, der ønsker at indsamle informationer, kunne blive henvist til selv at trække disse ud af denne ENE database. Aktuelt forventes det, at vi "fodrer" 3 databaser i relation til hjerte-kar-patienter. Det er unødvendigt tidskrævende!!!!
	<ul style="list-style-type: none"> • Vi screener patienterne for angst og depression, men vi har ikke noget gratis psykologtilbud til dem, som de ellers har i forhold til diætist og fysioterapeut.
	<ul style="list-style-type: none"> • Jeg har en kommentar til spørgeskemaet: Som diætist er størsteparten af spørgsmålene irrelevante, fordi vi ikke er dem, der henviser...
	<ul style="list-style-type: none"> • Vores udfordring er at leve op til kravene om ventetid. Vi oplever, at patienter ofte ikke starter til træning to efter event.

	<ul style="list-style-type: none"> Jeg synes, at der ofte er for lang ventetid imellem træningen på hospital og træningen i kommunen. Flere af vores patienter venter i op til 8 uger, inden de kan fortsætte deres delte forløb. Det er også et problem for nogen, at der ikke er kørsel, når man skal overgå til træning i kommunen, da det taber mange af de lidt dårligere patienter i delte forløb. Samtidig har nogle kommuner lavet ekstra tests i forhold til, om man kan indgå i forløbsprogrammet (fx at man skal klare 7 rejse-sætte sig gentagelser for at få træningen), hvilket igen gør, at nogle af de lidt svagere patienter ikke kan få det samme tilbud som de bedre.
	<ul style="list-style-type: none"> Som afdelingsterapeut er det ikke mig personlig, der behandler patienterne. Jeg har været med til koordinering af indsatsen og samarbejdsaftale med kommune o.l.
	<ul style="list-style-type: none"> Samarbejdet mellem hospital og kommune er efter min opfattelse meget sparsom, i vores tilfælde er det kun, fordi vi er blevet inddraget som undervisere på forløbsprogrammerne for hjerter i Vestegnen, at vores kommunikation er blevet øget. Det, at vi jævnligt kommer i sundhedshuset i Albertslund og taler med fysioterapeuterne, der er med til at skabe dialog omkring udfordringer med arbejdet omkring hjertepatienter, det har også ført til fælles undervisning samt skabt en dialog omkring nogle af patientforløbene, som aldrig ville være blevet drøftet, hvis ikke der var en personlig relation.
	<ul style="list-style-type: none"> Jeg vil anbefale, at den diæt-mæssige del af hjerterehabilitering udelukkende varetages af kliniske diætister og ikke andet kostuddannet personale.
	<ul style="list-style-type: none"> Jeg er ansat efter indførelsen af forløbsprogrammerne og kan derfor ikke vurdere ændringer.
	<ul style="list-style-type: none"> Forløbsprogrammet har primært hævet de steder, hvor rehabiliteringen har været mangelfuld. Andre steder, hvor rehabiliteringen har været god før forløbsprogrammet, har den haft ringe effekt. Mindre betydning.
	<ul style="list-style-type: none"> Problematisk at der ikke er ens tilbud i kommunerne, når hospital samarbejder med mange kommuner.
	<ul style="list-style-type: none"> Jeg mangler i særlig grad en dialog med kommunen for at optimere tilrettelæggelsen af patientforløb. ALLE patienter bør monitoreres på samme måde for at kunne evaluere effektivitet af rehabiliteringsforløb. I øjeblikket inkluderes kun i database dem, som indgår i hospitalsbaseret rehabiliteringsforløb som udgangspunkt. Rehabilitering på egen hånd, gerne med data fra patient-gadgets/devices (blodtryk, vægt, skridttæller, gps-motions app, pulsmåler m.fl.) bør kunne indgå i de samlede data, som ligger til grund for evaluering af forløbet.
Kommunalt ansat	<ul style="list-style-type: none"> Det er ærgerligt, at patienter, der har deltaget i mini-hjerteundervisning på hospitalet, er mindre tilbøjelige til at vælge den større undervisningspakke i kommunen, da de allerede har haft lidt undervisning. De ved jo ikke, hvad det er, de ikke ved, og de får derfor ikke den viden, egenomsorg og sygdomsindsigt, der er mulig. Ved delte forløb i kommunen har vi fået kortere tid til "udslusning" til foreningslivet og derved en større risiko for, at borgerne ikke fortsætter med træning på egen hånd. Synes der for ofte sker tilfælde, hvor hjertepatienter slet ikke får tilbudt en genoptræningsplan, selvom det er et lovkrav. I min kommune har vi kun erfaring med træningsdelen – opstarter først patient-skole til maj. For os har forløbsprogrammet betydet fysiske tværsektorielle møder, studiebesøg på hospitalet og dermed større kendskab til den verden. Jeg bilder mig ind, at vi også før forløbsprogrammet samarbejdede godt om hjerte-kar-forløb, og at patienter oplevede sammenhæng. Programmerne gør det ikke alene. Det er hele organiseringen omkring det, der gør en forskel. Jeg har ikke kunnet svare på en del af de spørgsmål, der omhandlede "før og efter forløbsprogrammet", da jeg ikke har arbejdet her længe nok til at vide, hvordan det var før forløbsprogrammet. Der burde stå mere tydeligt i forløbsprogrammet, at hjerteundervisningsforløbet primært skal foregå i kommunen og kun foregå på hospitalet for den mindre velafgrænsede og velbeskrevne gruppe af hjerteborgere, hvor det er relevant. Dette for at undgå, at borgeren modtager undervisningsforløbet begge steder. Almen praksis' rolle i forhold til at samarbejde mere med kommunen om hjerterehabiliteringstilbud/alkohol/rygestoptilbud m.m. burde være mere konkret og afklarende beskrevet i forløbsprogrammet. Det er meget svært at se en ensretning i den lægefaglige vurdering for, hvornår borger skal tilbydes specialiseret forløb eller tilbud i kommunen. Det er meget forskelligt for de enkelte hospitaler samt for den enkelte patient.

-
- Som udgangspunkt tror jeg, at hver fagperson ALTID forsøger at gøre det bedste for den patient, de sidder over for. Det er derfor et spørgsmål om manglende viden om, hvilke tilbud der rent faktisk findes i eksempelvis kommuner, og måske en manglende tiltro til, at andre fagpersoner og regi også kan magte opgaven, der mangler. Derudover er det jo ikke uvæsentligt, at sygeplejersker og fysioterapeuter på hospitalet faktisk føler, at hvis ikke de skal give borgerne det fulde tilbud i deres regi, så vil de miste deres hjertebarndom og måske deres job...
-
- Jeg har kun perifer kontakt med borgerne i forløbsprogrammet, idet jeg underviser 1 gang om måneden som sygeplejerske. Jeg har møder med og får information om borgerne fra samarbejdspartnerne i kommunen. Forløbsprogrammet i kommunen er tilrettelagt i fællesskab med de forskellige faggrupper ud fra intentionerne i hjerte-forløbsprogrammet.
-
- GOP er mangelfulde i forhold til sygdomsforløb, ofte er kun en cykeltest beskrevet. Det vil sige ingen anamnese. Har indtryk af, at hospitalet "holder" på borgerne.
-
- Vores vurdering er baseret på et tyndt grundlag på grund af få henvisninger Ref01.
 - Der er mange, der takker nej til tilbuddet på grund af manglende mulighed for kørsel til tilbuddet.
-
- Det ville være interessant at registrere, hvor mange patienter der er, og hvor mange der egentlig burde henvises til kommunen. Jeg tror, der er flere, end vi får henvist, og det er ærgerligt, når vi står klar i kommunen til at varetage opgaven. Jeg oplever, at muligheden for at fortsætte i nærmiljøet med træning og gåture er mere optimal, når gruppeforløbet er i kommunen.
-
- Det skal påpeges, at min rolle i forhold til forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdomme er meget lille, hvilket er årsagen til, at jeg har besvaret flertallet af spørgsmålene med "Ved ikke". I XX Kommune ligger patientuddannelse, rygestoptilbud m.m. i Forebyggelsescentret, som modtager Ref01-henvisninger og har samarbejdet med almen praksis. Min andel som visitator består udelukkende af at modtage genoptræningsplaner fra hospitalerne og at visitere den rent fysiske træning foruden at sende en besked til Forebyggelsescentret om, at der er modtaget en genoptræningsplan til hjerterehabilitering. Personalet på forebyggelsescentret vil således have langt bedre forudsætning for at svare på spørgsmålene om ændringer i praksis sammenlignet med tiden før forløbsprogrammets indførelse.
-
- Godt med/som 'baggrundsmateriale' til/med henblik på en lokal forløbsbeskrivelse. Spændende når der kommer en opdatering.
-
- Kommentar til besvarelsen: Jeg har været nødt til at sætte kryds i "Ved ikke" flere gange, da det ikke er muligt for mig at sammenligne før og efter forløbsprogrammet, da jeg ikke kender forholdene før dets indførelse.
-
- Der er meget lidt dialog mellem praktiserende læge og kommuner omkring borgere med hjerteproblemer. Dialogen er primært med hospitalet; det gør det lidt vanskeligt at svare på nogle af spørgsmålene.
-
- Jeg har ikke arbejdet med hjertepatienter før forløbsprogrammerne.
-
- Ved ikke hvordan det gøres, men vi får næsten ingen hjertepatienter henvist fra de praktiserende læger. Vores kommer direkte fra hospitalet. Tænker at borgerne er derude og mange med angst for at bevæge sig m.m. Hvis man har "et gammelt AMI"/og eller hjerteoperation e.l., så bliver man ikke henvist. Det er ærgerligt!
-
- Der er forbedring med ikke alle borgere i målgruppen henvises til rehabiliteringsforløb.
-

Bilag 4 Oversigt over kommunernes hjerterehabilitering som beskrevet på sundhed.dk⁹

⁹ Oversigten er udarbejdet i marts 2016, og den sammenfatter de mest centrale elementer vedrørende den kommunale hjerterehabilitering, som den er beskrevet på sundhed.dk.

Kommune	Ventetid	Varighed træning	Varighed undervisning	Indledende individuel samtale	Trænings-sessioner	Træningsform	Undervisere	Afsluttende samtaletræning	Undervisningsform
Albertslund, Brøndby, Glostrup, Hvidovre, Høje-Taastrup, Vallensbæk og Ishøj		12 uger			2 gange 1 time ugentligt		Fysioterapeut, sygeplejerske og diætist		
Allerød	Løbende optag	–	–	–	Forløbsprogram-mets minimum	–	–	–	Forløbsprogram-mets minimum
Ballerup	–	6-12 uger	10 uger 2½ time om ugen	Ja, med fysio-terapeut	2 gange om ugen	–	–	–	–
Bornholm	10 arbejdsdage	3 måneder	6 uger 1 gang om ugen	Ja	2 gange 1 time ugentligt	Holdtræning	Fysioterapeut, sygeplejerske, læge og diætist	–	Holdundervisning
Dragør	Først til mølle 3 gange om året	Sammenlagt 2 gange om ugen		Ja	–	–	Fysioterapeut og sygeplejerske	–	Holdundervisning
Egedal	–	–	7 torsdage à 2-3 timers va- righed	–	20 trænings- gange af 55 min. varighed plus én ugentlig selvtræ- ning	–	–	Ja, med fremad- rettet plan	–
Fredensborg	–	10-12 uger	–	Ja	2 gange om ugen 1-1½ time	–	Fysioterapeut, sygeplejerske, læge og diætist	–	Holdundervisning og individuelle kostsamtaler
Hørsholm	–	6-12 uger	–	Ja	2 gange om ugen à 75 minutter	Holdtræning	Fysioterapeut	Ja	Holdundervisning
Frederiksberg	–	6-12 uger	–	Ja	2 gange om ugen à 75 minutter	Holdtræning	Fysioterapeut	Ja	Holdundervisning
Frederikssund	Har ingen hjerterehabilitering								
Furesø	–	Kontinuerlig	–	Ja, med fysio- terapeut som ind- ledning til at finde det rette træningstilbud	2 gange om ugen 1½ time	Holdtræning i Fitness World Primært spinning	Fysioterapeut	–	Holdundervisning 6 gange med for- skellige temaer
Gentofte Har samarbejde med Ru- dersdal og Lyngby-Taarbæk Kommuner	Løbende optag	–	–	–	Ja	–	–	–	Holdundervisning

Kommune	Ventetid	Varighed træning	Varighed undervisning	Indledende individuel samtale	Trænings-sessioner	Træningsform	Undervisere	Afsluttende samtaletræning	Undervisningsform
Gladsaxe	–	–	6 uger 1 gang om ugen à 2½ timers varighed	Ja, med kardiologisk konsulent	2 gange om ugen	–	Fysioterapeut og sygeplejerske	–	Holdundervisning
Gribskov	Løbende optag	–	–	–	–	–	Fysioterapeut, sygeplejerske og diætist	–	Gruppe
Halsnæs	Har ingen hjerterehabilitering, men kører kurser, som frivillige, kronisk syge borgere gennemfører: "Lær at tackle din kroniske sygdom" 6 gange med én gang om ugen à 2½ times varighed								
Helsingør	Løbende optag	Samlet 12 uger Undervisning 5 gange 2 timer		Ja, med sygeplejerske og fysioterapeut	2 gange om ugen gennem de 12 uger	–	Fysioterapeuter	Ja, med fysioterapeut og sygeplejerske	Holdundervisning
Herlev		Samlet 12 uger		Mulighed for alle borgere i Herlev. Gratis motionsvejledning ved træningsvejleder	2 gange om ugen gennem de 12 uger	Styrke og kondition	Fysioterapeut, sygeplejerske, diætist og læge	–	Holdundervisning 1 gang om ugen gennem de 12 uger
Hillerød	Egenbetaling	–	–	–	En gang om ugen 1 time	–	–	–	–
København	–	Op til 12 uger	–	Ja	–	–	–	–	Holdundervisning
Lyngby-Taarbæk	Har samarbejde med Gentofte og Rudersdal Kommuner, men i øvrigt er kommunens tilbud ikke beskrevet								
Rudersdal Har samarbejde med Gentofte og Lyngby-Taarbæk Kommuner	–	6-12 uger	3 moduler 2 timer	Ja	–	–	–	–	–
Rødovre		10 uger	–	Ja	2 gange om ugen	–	–	Telefonisk opfølgning efter ½ år	Holdundervisning
Tårnby	Løbende optag	6-12 uger plus teori om træning 2 gange gennem de 12 uger	4 gange 1 time gennem de 12 uger	–	2 gange om ugen 1 gang	–	Sygeplejerske	–	Holdundervisning



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00