

Evaluering af 'Gode rammer for hjerte-rehabilitering – et partnerskabsprojekt'



Susanne Reindahl Rasmussen

Louise Borst

Jens Albæk

Dansk Sundhedsinstitut

Marts 2011

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2011

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

Denne publikation er delt i to.

Hoveddel: ISBN 978-87-7488-666-2 (elektronisk version)

Bilagsdel: ISBN 978-87-7488-667-9 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 2326

Design: DSI

Forord

I de senere år har der i stigende grad været fokus på, hvordan sygehuse og kommuner kan arbejde sammen om genoptræning og rehabilitering. I dette projekt er man gået et skridt videre, idet der er indgået et partnerskab mellem offentlige og private aktører om hjerterehabilitering på tværs af sektorgrænserne.

Formålet med projektet har været at etablere et partnerskab, der inden for rammerne af eksisterende kliniske retningslinjer udvikler og evaluerer et samlet koncept for hjerterehabilitering. Herudover har det også været hensigten at få afprøvet idéen om partnerskab i praksis, for derved at vurdere om den kan være med til at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb i arbejdet med hjerterehabilitering.

Ideen til projektet 'Gode rammer for hjerterehabilitering' er udtænkt i et samarbejde mellem medarbejdere i Region Syddanmark, Faaborg-Midtfyn Kommune, Hjerteforeningen og læger på Svendborg Sygehus, mens Nyborg Kommune først indgik i partnerskabet efter ansøgning om og tildeling af projektmidler. Projektledelse og formandskabet for styregruppen for projektet har været placeret i Afdelingen for Kommunesamarbejde i Region Syddanmark med den daglige ledelse placeret samme sted.

Projektet er evalueret ud fra et perspektiv, der omfatter de fire områder: organisation, teknologi, patienter og økonomi.

I samarbejde med partnerskabet er projektbeskrivelse og evaluering blevet udarbejdet og tilrettelagt i Dansk Sundhedsinstitut (DSI) af senior projektleder Susanne Reindahl Rasmussen, ergoterapeut, MPH og ph.d., og senior projektleder Pia Kürstein Kjellberg, cand.scient.adm., ph.d. Effektevalueringen og den økonomiske evaluering er varetaget af Susanne Reindahl Rasmussen, mens patienternes perspektiv på rehabiliteringstilbuddet er evalueret i samarbejde med senior projektleder Jens Albæk, cand.techn.soc., ph.d., som desuden har varetaget den organisatoriske evaluering. Praktikant og projektassistent Louise Borst, stud.scient.anth. har deltaget i planlægning, gennemførelse og afrapportering af den organisatoriske evaluering og den kvalitative del af patientevalueringen.

DSI ønsker at takke alle de deltagende patienter og medarbejdere i Region Syddanmark, Faaborg-Midtfyn og Nyborg Kommuner og Hjerteforeningen samt læger fra almen praksis for stort engagement og et godt samarbejde.

Projektet er finansieret af Forebyggelsesfonden, Nyborg og Faaborg-Midtfyn Kommuner, OUH Svendborg Sygehus, Region Syddanmark og Hjerteforeningen. Dansk Sundhedsinstitut har endvidere bidraget med økonomiske midler til evalueringen.

Evalueringen er internt reviewet af undertegnede.

Jes Søgaard
Direktør, professor
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	9
1. Indledning – partnerskab om hjerterehabilitering.....	19
1.1 Rapportens målgruppe.....	19
1.2 Opdragsgiver, finansiering og samarbejde om evalueringen	19
1.3 Evalueringens grundlag.....	20
1.4 Rapportens opbygning	20
2. Formål og succeskriterier.....	21
2.1 Formål med projektet	21
2.2 Succeskriterier	21
2.3 Formål med evalueringen.....	22
3. Beskrivelse af interventionen og organiseringen	23
3.1 Organisering af tilbuddet om hjerterehabilitering.....	24
3.1.1 Opgavedeling.....	24
3.1.2 Kontroller	26
3.1.3 Kommunikation.....	26
3.2 Inklusion af patienter.....	26
3.3 Stratificering af patienterne.....	26
3.4 Partnerskabets organisering	27
4. Baggrund for hjerterehabilitering	29
4.1 Danske retningslinjer for hjerterehabilitering og definitioner af rehabilitering	29
4.1.1 Ansvarsområder ved rehabilitering	31
4.1.2 Nyt forslag til form, indhold og styring af hjerterehabiliteringsforløb.....	33
4.2 Evidens om hjerterehabilitering på sygehuse	34
4.3 Erfaringer med hjerterehabilitering i Danmark.....	35
4.3.1 Hjerterehabilitering i en samlet geografisk enhed.....	35
4.3.2 Socialt differentieret hjerterehabilitering	35
4.3.3 Hjerterehabilitering i kommunalt regi	36
4.3.4 De tre projekters betydning.....	36
5. Data og metoder	37
5.1 Organisation	38
5.2 Metode i den organisatoriske evaluering	38
5.2.1 Programteori.....	39
5.2.2 CMO-model for programevaluering af hjerterehabiliteringsprojekt.....	40
5.2.3 Interview.....	43
5.2.4 Telefoninterview.....	43

5.2.5	Dokumentstudier.....	44
5.3	Deltagelse og effekt.....	44
5.3.1	Patienternes deltagelse.....	44
5.3.2	Klinisk effekt.....	44
5.3.3	Dataindsamling og databehandling	46
5.4	Patienterne.....	46
5.4.1	Spørgeskema.....	46
5.4.2	Interview med patienter	47
5.4.3	Analyse af interview	48
5.5	Kommunale omkostninger.....	48
5.5.1	Personalets tidsforbrug	49
5.5.2	Transport.....	49
5.5.3	Lokaler.....	49
5.5.4	Hjerteforeningens ydelser	50
5.5.5	Andet.....	50
6.	Resultater	51
6.1	Organisation	51
6.1.1	Ledelse og den overordnede styring.....	51
6.1.2	Partnerskabsaftalen.....	53
6.1.3	Forventningsafstemning.....	53
6.1.4	Central projektledelse og lokal involvering	54
6.1.5	Tværgående ledelse mellem parterne.....	55
6.1.6	Hjerteteam	55
6.1.7	Kommunikation.....	55
6.1.8	Kulturelle forskelle.....	56
6.1.9	Den fælles hjerteplan – og ønsker om en fælles journal.....	57
6.1.10	Samarbejde mellem sygehus og kommune	57
6.1.11	Hjerteforeningen – den private partner	59
6.1.12	Alment praktiserende læger – begrænset involvering	62
6.1.13	Planen for de alment praktiserende lægers deltagelse i hjerterehabiliteringen.....	62
6.1.14	De praktiserende lægers rolle i projektet – inddragelse og funktion	63
6.1.15	Information til almen praksis om hjerterehabiliteringsprojektet.....	63
6.1.16	Praktiserende læger og forløbskoordination	64
6.1.17	Praktiserende læger og kommunikation om hjerterehabilitering.....	65
6.1.18	De praktiserende læger og Hjerteforeningen	65
6.2	Deltagelse og klinisk effekt.....	66
6.2.1	Frafald og deltagelse i projektet.....	66
6.2.2	Grunddata om deltagere	67
6.2.3	Grunddata om de der ikke deltog.....	69
6.2.4	Deltagelse i hjerterehabiliteringen.....	70
6.2.5	Klinisk effekt.....	77
6.3	Patienterne.....	87

6.3.1	Spørgeskema – tilfredshed med hjerterehabilitering	88
6.3.2	Interview med patienterne.....	95
6.3.3	Patienternes oplevelse af informationen om hjerterehabilitering	95
6.3.4	Patienternes oplevede udbytte, forløbskoordinatorens rolle og de fysiske rammer	95
6.4	Kommunale omkostninger.....	97
6.4.1	Faaborg-Midtfyn Kommune	97
6.4.2	Nyborg Kommune	99
7.	Diskussion.....	103
7.1	Organisering	103
7.1.1	Skabelsen af partnerskabet	103
7.1.2	Styregruppen – udvikling af opgaven og ejerskab	104
7.1.3	Styregruppen og projektledelsen	105
7.1.4	Kommunikation.....	105
7.1.5	Hjerteplanen.....	106
7.1.6	Brugen af forskellige elektroniske kommunikationsmidler	106
7.1.7	Forventningsafstemning og udviklingsproces.....	106
7.1.8	Forløbskoordination – modellen og den løbende konstruktion af en rolle	108
7.1.9	Udvikling af partnerskab og hjerterehabilitering på længere sigt.....	108
7.1.10	Ledelse versus styring	109
7.1.11	Sammenfatning af organisatoriske resultater	109
7.2	Baggrundsdata, deltagelse og klinisk effekt	112
7.2.1	Validitet.....	112
7.2.2	Opgørelser	113
7.2.3	Baggrund for sammenligning med to andre projekter	113
7.2.4	Deltagelse – succeskriterier	114
7.2.5	Klinisk effekt af hjerterehabilitering	115
7.3	Patienternes perspektiv.....	116
7.3.1	Spørgeskema	116
7.3.2	Sammenhæng mellem tilfredshed og deltagelse.....	117
7.3.3	Interview.....	118
7.4	Økonomi.....	119
8.	Konklusion	121
8.1	Perspektivering	122
8.2	Anbefalinger	123
	Litteratur	125

Resumé

Formålet med evalueringen

Formålet med evalueringen af projektet har været:

1. At vurdere effekten af at implementere eksisterende retningslinjer for hjerterehabilitering i et nyt partnerskab mellem offentlige og ikke offentlige organisationer.
2. At belyse fordele og ulemper ved at basere arbejdet med hjerterehabilitering på de fem elementer: Hjerterplaner, en kommunal forløbskoordinator, hjertegrupper, målrettet inddragelse af Hjerterforeningen som ressource og en fælles kommunikationsplatform.
3. At diskutere muligheden for og fordelagtigheden af at anvende samme fem elementer i andre kommuner samt i forhold til øvrige sygdomsområder.

Som en konsekvens af, at projektet udviklede sig løbende, har evalueringens fokus ændret sig tilsvarende. Det har fx ikke været relevant at evaluere anvendelsen af en kommunikationsplatform, der ikke blev etableret. Til gengæld har evalueringen inddraget forhold, som er opstået i projektprocessen. Vi har således evalueret, hvordan samarbejdet har været organiseret og har fungeret – herunder hvilke ting der har været vanskelige at etablere og involvere i den daglige drift. Det har været vores hensigt at søge at beskrive det organisatoriske udbytte, som opstod gennem de initiativer, der blev taget af projektets deltagere i retning af at skabe sammenhæng og udvikling.

Projektet er evalueret ud fra et perspektiv, der omfatter organisation, teknologi, patientperspektiv og økonomi.

Konklusion

Overordnet er det lykkedes at etablere nye og velfungerende samarbejdsrelationer om hjerterehabilitering som fx brugen af forløbskoordinatorer og den gruppebaserede rehabilitering. Samtidig er det et resultat i sig selv, at disse resultater er opnået i en kompleks organisatorisk kontekst med flere interesser. Det er imidlertid ikke lykkedes at realisere samtlige af de planlagte tiltag. Den elektroniske kommunikationsplatform er således ikke blevet realiseret. Samarbejdsfladen til almen praksis er ikke blevet udfoldet i samme grad som planlagt. Samtidig er det ikke lykkedes at inddrage den private aktør, Hjerterforeningen, som en central partner.

Herudover kan vi konkludere:

- ♦ At patienterne følte sig informerede om egen sygdom og behandling. Der var stor tilslutning til og tilfredshed blandt patienterne med tilbuddet om samtaler og kontroller på sygehus.
- ♦ Patienterne var overvejende tilfredse med tilbuddet om fysisk genoptræning. De var derimod mindre tilfredse med den psykiske støtte, som de og deres pårørende fik tilbudt. Godt halvdelen af patienterne oplevede, at der i nogen eller i høj grad var sammenhæng i tilbuddet om hjerterehabilitering på tværs af sektorerne.
- ♦ En stor del af de patienter, som havde brug for et rygestoptilbud henholdsvis kostomlægning var ikke tilfredse med det kommunale tilbud i forhold til det, de havde brug for. Der var ligeledes en stor del af de patienter, der havde brug for hjælp eller rådgivning til at håndtere arbejdsmæssige konsekvenser af hjertesygdommen, som har savnet at få denne hjælp.

- ◆ Patienterne, som deltog i informationsmøderne i Hjertereforeningen, har været tilfredse.
- ◆ Partnerskabets forventning om, at hjertepatienterne efter endt forløb fik styrket eller reetableret deres tilknytning til arbejdsmarkedet, blev imødekommet; 72 % af de, der var i arbejde ved indlæggelsen, var det fortsat 12 måneder efter.

Partnerskabets fire succeskriterier blev delvist nået:

1. Succeskriteriet for deltagelse i samtaler med rehabiliteringssygeplejerske på sygehus og i sygehuskontrollerne blev nået for gruppen med det udvidede forløb, men ikke for gruppen med standardforløb.
2. Succeskriteriet for rygestop blev nået i begge grupper, når rygestopprocenten ved 12 måneders kontrollen kun baseres på det antal patienter, der var status på.
3. Det lykkedes ikke at få givet tilbuddet om hjerterehabilitering til alle relevante hjertepatienter.
4. Ligesom det heller ikke var alle patienter, som deltog i den fysiske træning på sygehus.

De kliniske målsætninger blev også nået delvist:

1. Målene for både total- og LDL kolesterolet blev fuldt ud nået.
2. Behandlingsmålene for det systoliske og diastoliske blodtryk blev derimod ikke helt nået (det systoliske blodtryk var gennemsnitligt på 134 mm Hg ved 12 måneders kontrollen, mens det diastoliske blodtryk var 80 mm Hg).
3. Næsten $\frac{3}{4}$ af hjertepatienterne var overvægtige ved 12 måneders kontrollen (Body Mass Index'et (BMI'et) var på 28,6 kg/m² i gennemsnit).

De samlede omkostninger til etablering og drift af kommunal hjerterehabilitering beløb sig i alt til 640.000 kr. i Nyborg Kommune (40 patienter deltog mindst én gang i et af de kommunale tilbud) og til 972.000 kr. i Faaborg-Midtfyn Kommune (64 patienter deltog mindst én gang i et af de kommunale tilbud)¹.

Anbefalinger

Til kommuner, der ønsker at indgå i et partnerskab med regionen og eksterne samarbejdspartnere om implementering af et tilbud om hjerterehabilitering, har vi følgende anbefalinger:

◆ *Partnerskabsaftale*

- Det har vist sig at være forbundet med en række fordele at udarbejde og indarbejde en partnerskabsaftale mellem de involverede parter.
- Det er i den sammenhæng vigtigt at sikre sig:
 - At de relevante parter er repræsenteret.
 - At der lægges vægt på, at hensigten er at fastholde en fælles ramme for gennemførelsen af aktiviteten, men at det samtidig understreges, at parterne har forskellige interesser.
 - At ansvarsfordeling og et eventuelt økonomisk mellemværende er afklaret.

¹ Der har også indgået andre hjertepatienter i det kommunale tilbud end de, der har været inkluderet gennem projektet; men omfanget heraf er ikke kendt.

♦ *Løbende udvikling af samarbejdsrelationer*

- Det har været givende for projektets gennemførelse at anvende en række ad hoc grupper i udviklingen af praksis for samarbejde, herunder ikke mindst arbejdet med udvikling af fælles 'fraser' (en form for samtaleguide) til brug for bl.a. visitationssamtaler og kontroller på sygehuset. Der kan her peges på i hvert fald to afgørende forhold:
 - Opnåelsen af en fælles og aftalt terminologi og gensidig forståelse af indholdet af og praksis i den fælles indsats – i dette tilfælde hjerterehabilitering.
 - Opnåelsen af et gensidigt personkendskab. Det er en vigtig forudsætning for et godt samarbejde på tværs af sektorer – og potentielt også på tværs af forvaltninger og afdelinger i henholdsvis kommuner og på sygehuse.

♦ *Forløbskoordination*

- I dette projekt har det været en stor fordel at specialisere varetagelsen af forløbskoordinationen til en enkelt person i hver kommune.
- Det er vigtigt at understrege, at dette resultat er opnået gennem tilknytning af forløbskoordinatorer med stor faglig kompetence og erfaring.
- Samtidig har forløbskoordinationen haft en form, der har udspillet sig som en dialog og i et samspil med fagpersoner. Den har således ikke været reduceret til en logistisk funktion, som det ses i en række andre tilfælde, hvor begrebet 'forløbskoordination' anvendes.

♦ *Tilbud om hjerterehabilitering*

- Det har vist sig, at en individuel hjerteplan til formidling af de kliniske mål for den enkelte patient har været brugbar. På sigt kan det anbefales, at den bliver elektronisk.
- Der bør være særlig opmærksomhed på at støtte patienterne og deres pårørende psykisk.
- Kommunerne bør overveje, hvordan de får opfanget og tilgodeset de forholdsvis få patienter, der har brug for støtte til rygestop og kostomlægning samt håndtering af de arbejdsmæssige konsekvenser efter hjertesygdom.
- Endelig kan det anbefales, at der bliver fokuseret på overgangen mellem genoptræning/rehabilitering og vedligeholdelse, da det især har vist sig at være vanskeligt at få borgerne til at deltage i vedligeholdelsesfasens tilbud.

Evalueringens grundlag

Evalueringen af 'Gode rammer for hjerterehabilitering – et partnerskabsprojekt' er baseret på 122 patienter fra Nyborg eller Faaborg-Midtfyn Kommuner, som i perioden 28. juli 2008 til 27. juli 2009 blev indlagt med iskæmisk hjertesygdom på OUH Svendborg Sygehus (tidligere Sygehus Fyn).

Efter at patienterne havde accepteret at deltage i det tværsektorielle tilbud om hjerterehabilitering, blev de stratificeret til enten et kommunalt standardforløb eller et udvidet rehabiliteringsforløb med mulighed for ekstra støtte i form af fx individuel fysisk genoptræning eller flere samtaler.

Hjerterehabiliteringen omfattede: Medicinsk behandling, fysisk genoptræning (seks uger på sygehus og efterfølgende seks ugers kommunal genoptræning), psykosocial støtte, samtalegrupper (i alt 12 møder i kommunalt regi) og 2-3 informationsmøder, som blev varetaget af kommunerne i samarbejde med Hjertereforeningen. Herudover var der et kommunalt tilbud om vejledning i hjertelig kost samt støtte til rygeophør, mens Hjertereforeningen afholdt informationsmøder. Endelig var der fastlagt i alt

fire ambulante kontroller; 1, 3, 6 og 12 måneder efter indlæggelse. De alment praktiserende læger varetog 6-månders-kontrollen, mens de øvrige kontroller blev afholdt af sygehusets personale.

Metoder

Dansk Sundhedsinstitut har gennemført en ekstern evaluering af organisering, effekt og økonomi samt patienternes perspektiv på hjerterehabiliteringen.

Organisation: Den organisatoriske del af evalueringen er gennemført som en interviewundersøgelse med anvendelse af individuelle interview, individuelle telefoninterview, gruppeinterview og fokusgruppeinterview. De omfatter dels medarbejdere på sygehus, i kommunerne samt i Region Syddanmark og dels alment praktiserende læger og folk fra Hjertereforeningen (både lokale personer og en person fra hovedkontoret).

Herudover er den skriftlige dokumentation fra projektforsløbet blevet gennemgået med henblik på at opnå indsigt i udviklingen af projektet.

Effekt: Den sundhedsmæssige effekt af interventionen samt patienternes arbejdsmarkedstilknøytning er baseret på før- og eftermålinger med henblik på at beregne:

1. Andelen af patienter, som opnår de medicinske behandlingsmål for fx blodtryk, kolesterolværdier m.fl. samt gennemsnitlige værdier og ændringer over tid for de to hjerterehabiliteringsgrupper (udvidet og standardforløb) henholdsvis for alle deltagere i hjerterehabiliteringen.
2. Ændringer i forhold, der vedrører livsstil (rygerstatus, BMI og kondition) og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Der er herudover foretaget en evaluering af graden af deltagelse i projektet, dette er i forhold til i) deltagelse i hjerterehabiliteringen og ii) deltagelse i forskellige dele af hjerterehabiliteringstilbuddet. Endelig har vi evalueret i hvilket omfang, der er udført en test for depression samt resultatet heraf.

Oplysningerne er primært baseret på baseline data på individniveau (indsamlet under patienternes indlæggelse, ved den indledende samtale og/eller visitationssamtalen) henholdsvis ved 12 måneders kontrollen. Der er ikke gennemført statistiske signifikanstest, da antallet af inkluderede patienter ikke er tilstrækkeligt stort samtidig med, at de to kommuner ikke har givet helt det samme tilbud om hjerterehabilitering.

Patienter: Patienternes tilfredshed og vurdering af sammenhæng i hjerterehabiliteringsforløbet er undersøgt gennem spørgeskemaer, som er udsendt af rehabiliteringssygeplejersken samtidig med indkaldelsen til 12 måneders kontrollen på sygehus. I alt har 92 af de 122 hjerterehabiliteringspatienter besvaret spørgeskemaet (75 %). Herudover er der afholdt to fokusgruppeinterview med udvalgte patienter med henblik på at undersøge deres tilfredshed med informationen om hjerterehabiliteringen samt deres udbytte heraf.

Økonomi: De kommunale omkostninger ved kommunal hjerterehabilitering er beregnet for hver af de to kommuner Nyborg og Faaborg-Midtfyn for projektperioden 1. april 2008 - 31. oktober 2009. Beregninger er baseret på de kommunale regnskaber og de tidsregistreringer eller eventuelle skøn, der er foretaget af det involverede personale. Der er således foretaget en omkostningsberegning, der omfatter personaleforbrug, betaling af Hjertereforeningen, transport og andet (fx materialer og redskaber). Omkostningerne er søgt fordelt på etablering og drift.

Resultater

Organisering

Ønsket om overordnet styring og ledelse gav sig udtryk i, at man i styregruppen valgte, at projektet skulle være organiseret som et partnerskab. En helt central ledelsesmæssig udfordring i projektet har derfor vedrørt forventningsafstemning.

Et af de typiske forhold, der blev fremhævet af de interviewede, var forskellen i kultur mellem sygehus og kommune. Fra flere sider blev der peget på, at den mangelfulde forventningsafstemning kunne have været undgået, hvis projektet havde haft en introduktions- eller pilotfase. Hvis den indledende forventningsafstemning har været en mere omfattende proces end forventet både på styregruppe- og på projektgruppeniveau, så tyder det til gengæld på, at processen er vendt til en positiv erfaring retrospektivt.

Projektledelsen fra regionen har haft succes med at blande styregruppens initiativer med lokale aktiviteter på tværs af faggrupper og sektorer. Der er her opnået væsentlige resultater i retning af at skabe et fælles sprog og en fælles kultur. De mange initiativer, der er taget i retning af indførelse af fælles sprog og indgåelse af aftaler på tværs af fag og sektorer i projektet, kan ses som bestræbelser på at bringe ledelse og kontrol ned på det udførende niveau i hjerterehabileringen. Det er væsentligt at fastholde, at disse initiativer, der i høj grad har haft indblanding fra regionens projektleder, har haft denne funktion ud over det praktiske og logistiske. På denne måde kan etableringen af de mange ad hoc arbejdsgrupper og afholdelse af fælles projektmøder for alle praktikerne ses som en bottom-up bevægelse i projektet som supplement eller modsætning til projektets top-down ledelse.

Angående de to kommunale forløbskoordinators organisatoriske placering var det et gennemgående statement fra de interviewede i styregruppe og blandt ledere og medarbejdere, der medvirkede i projektet, at forløbskoordinatorerne ikke havde nogen eksplicitte ledelsesmæssige beføjelser. Forløbskoordinatorerne har haft til opgave at koordinere indsatserne, men uden at have beføjelser til at gennemføre et særligt fagligt indhold eller metoder til teamsamarbejde eller lignende blandt de involverede fagpersoner. Med andre ord, har der været mangel på formel ledelse i det, vi kan kalde 'mellemrummet' mellem enhederne på tværs af sektorer. Den ledelsesindsats, som den regionale projektledelse har stået for, har fungeret på et overordnet niveau af projektstyring og har ikke udgjort en ledelse af samarbejdet.

Kommunikation er et væsentligt aspekt af samarbejdet mellem parterne på tværs af sektorer samt om og med patienten. Et af de første elementer i planlægningen af hjerterehabileringsprojektet omhandlede derfor skabelsen af en platform for kommunikation. På baggrund af en indledende research forud for igangsættelse af projektet besluttede man dog, at de eksisterende kommunikationsveje kunne opfylde behovet for elektronisk kommunikation mellem parterne. Man har derfor valgt ikke at udvikle en elektronisk kommunikationsplatform. I stedet valgte man at tilbyde kurser og oplæring i de allerede eksisterende elektroniske kommunikationsværktøjer til relevant personale.

Evalueringen pegede på, at kommunikationen i flere henseender blev oplevet som mangelfuld, og at de kommunale medarbejdere efterlyste oplysninger om patientens almentilstand, sociale og andre ikke-kliniske forhold, som kunne indgå i deres vurdering af patienten ved indledningen af den kommunale del af rehabiliteringen. Kommunikationsprocessen har ifølge nogle af de interviewede aktører været præget af kulturforskelle i den betydning, at parternes fokuspunkter varierer.

For at kunne anvende den fælles hjerteplan som kommunikationsmiddel kan det opstilles som et krav, at uensartetheden i kommunikationssystemerne reduceres. Der peges således på et ønske om at gå et skridt videre fra hjerteplanen til en egentlig elektronisk kommunikationsform bl.a. formuleret som et ønske om en fælles elektronisk journal.

Samarbejdet mellem sygehus og kommunerne har været det centrale omdrejningspunkt i projektet. Accepten i begge systemer af anvendelse af systematisk stratificering af patienterne har været et væsentligt udviklingspunkt.

For kommunerne har samarbejdet og kontakten til Hjerteforeningen været et nyt kapitel. Forholdet blev præget af, at det var kommunernes indtryk fra projektets initiering, at Hjerteforeningen ville kunne yde et stort bidrag til organiseringen og gennemførelsen af rehabiliterings fase 3, hvor fokus er på sociale og psykiske forhold. Men det viste sig at være vanskeligt at få denne rolle etableret. Der var stor forskel på Hjerteforeningens tiltænkte rolle, og den rolle de rent faktisk kom til at udfylde. Samlet tegner der sig et billede af, at konstruktionen med mere aktiv involvering af Hjerteforeningen og etablering af et samarbejde fra Hjerteforeningen til kommunerne ikke har fået tilstrækkelig opmærksomhed gennem opbygningen af projektet.

De alment praktiserende lægers position i projektet var influeret af placering og rolle som 'personlig' læge. Evalueringen har fokuseret på, at de alment praktiserende lægers involvering i projektet ikke har været fremtrædende. Fra nogle af initiativtagerne og medlemmer af projektets styregruppe ses dette som en udfordring, der har været stor i det aktuelle projekt og forventes at være det fremover. Det har været en udbredt opfattelse, at de praktiserende læger har været mindre synlige i projektet end ønsket. Det har været vanskeligt at få et konkret samarbejde etableret. Den manglende kontakt blev påpeget af medarbejdere på både sygehus og i kommunen.

De initiativer, der blev taget for at skabe koordination og sammenhæng mellem den rehabiliterende indsats i almen praksis og i kommunerne, blev taget på et felt, hvor der ikke var særligt mange forudgående erfaringer. Dette syntes at stå i kontrast til koordinationen mellem almen praksis og sygehuse, hvor der er langvarige erfaringer med at forsøge at indarbejde netop sammenhæng og koordination. Informationen til de praktiserende læger om eksistensen af et tværsektorielt tilbud om hjerterehabilitering med tilhørende kommunal forløbskoordination synes således ifølge de praktiserende læger selv at have været varierende fra god og fyldestgørende information til stort set ingen. Sammenfattende kan det siges om information om projektet til de praktiserende læger, at denne er faldet særdeles uensartet ud, og dette hænger dårligt sammen med de forventninger, der var til de praktiserende lægers involvering og rolle i projektet. Det kunne forventes, at der blev opbygget en tæt kontakt mellem de kommunale forløbskoordinatorer og de praktiserende læger. Denne kontakt varierede imidlertid meget fra situation til situation – eller fra læge til læge.

Deltagelse og klinisk effekt

Baggrundsoplysninger: Blandt de 122 patienter, som blev inkluderet i projektet, er 46 fra Nyborg Kommune (23 i et udvidet – og 23 i et standardforløb) og 76 fra Faaborg-Midtfyn Kommune (31 i et udvidet – og 45 i et standardforløb). Der var 91 mænd og 31 kvinder. Gennemsnitsalderen ved indlæggelse på sygehus var 63 år for mændene (spredning: 39-86 år) og 68 år for kvinderne (spredning: 41-91 år). Knap en tredjedel af deltagerne var i arbejde ved indlæggelsen, mens godt halvdelen var på efterløn/alderspension, og ca. hver tiende var på førtidspension.

Deltagelse: Fire patienter blev formelt afsluttet inden projektafslutning grundet anden alvorlig sygdom, mens seks døde.

Der var forholdsvis stor tilslutning til samtalerne og kontrollerne på sygehuset; fra gruppen med det udvidede forløb var der 70 %, der var vedholdende og deltog i mindst tre samtaler/kontroller², mens der var 84 % i gruppen med standardforløbet³.

Knap så stor var deltagelsen i den fysiske træning; 55 % af hjerterehabiliteringspatienterne deltog i fuldt omfang i den fysiske træning på sygehus versus 45 % i den kommunale træning (minimum otte fremmøder ud af 12).

Deltagelsen i de kommunale gruppesamtaler var mindre endnu; 37 % deltog fuldt ud (minimum otte fremmøder ud af 12). Endnu færre var mødt frem til de kommunale temamøder/informationsmøder, her deltog 23 % af patienterne i 2-3 møder, mens 12 % var til stede ved ét møde.

I alt har 65 hjerterehabiliteringspatienter (53 %) fået udført en depressionstest (fem patienter var allerede i medicinsk behandling for depression, hvorfor de ikke fik den udført). Rehabiliteringssygeplejerskerne har opfordret 11 af de testede patienter (17 %) til at gå til egen læge med henblik på videre behandling. Det har fire gjort ifølge patienternes egne oplysninger ved tre måneders kontrollen.

Klinisk effekt: Det er ikke lykkedes at nå behandlingsmålet for det systoliske blodtryk (130 mm Hg). Det gennemsnitlige systoliske blodtryk i gruppen med det udvidede forløb faldt ganske lidt (fra 135 ved baseline til 133 mm Hg ved 12 måneders kontrollen), mens det steg tilsvarende i gruppen med standardforløbet (fra 132 til 135 mm Hg). For begge grupper holdt det diastoliske blodtryk sig derimod lige omkring det ønskede mål på 80 mm Hg både ved baseline og ved 12 måneders kontrollen.

For begge grupper er den gennemsnitlige totale kolesterol-værdi og LDL-kolesterolet ved 12 måneders kontrollen faldet til under målsætningen på 4,5 mmol/l henholdsvis 2,5 mmol/l.

Det gennemsnitlige BMI lå for begge grupper over grænsen for normal-vægt ved baseline. Ved 12 måneders kontrollen var det steget yderligere: 1,3 kg/m² i gruppen med det udvidede forløb (fra 27,8 til 29,1 kg/m²) versus 0,7 kg/m² i gruppen med standardforløbet (fra 27,5 til 28,2 kg/m²)⁴.

Den største succes i forhold til rygeophøret ses i gruppen med standardforløbet, hvor rygeophørsprocenten var på 57 ved 12 måneders kontrollen (otte af de 14, som var rygere ved indlæggelsen, var blevet eks-rygere) versus 25 i gruppen med det udvidede forløb (fem af de 20, som var rygere ved indlæggelsen, var blevet eks-rygere)⁵.

Med hensyn til konditionen er der sket en mindre forbedring i begge grupper fra start til slut af den seks ugers fysiske træning på sygehus: 3,0 ml/kg/min. i gruppen med det udvidede forløb (fra 27,3 ml/kg/min. til 30,3 ml/kg/min.) versus 1,7 ml/kg/min. i gruppen med standardforløbet (fra 30,3 ml/kg/min. til 32,0 ml/kg/min.). Den kommunale beregning af konditallene efter endt træning er ikke sammenlignelig med sygehusets beregninger og heller ikke mellem kommunerne.

Beskæftigelse

For de 38 hjertepatienter, som var i arbejde ved baseline er det lykkedes for 26 personer (68 %) at forblive på arbejdsmarkedet. Tre (8 %) var arbejdsløse ved 12 måneders kontrollen, mens fem (13 %) var gået på efterløn (gennemsnitalder 62 år, spredning 56-68 år) og to var døde. Der mangler oplys-

² En af samtalerne (indledende samtale/visitationssamtalen) og i begge kontroller (tre måneders kontrollen og 12 måneders kontrollen).

³ Når vi har fraregnet de personer, som var døde eller formelt var blevet afsluttet før tid grundet anden alvorlig sygdom, var deltagelsesprocenten 83 i gruppen med det udvidede forløb versus 86 i gruppen med standardforløbet.

⁴ Et BMI på 25 kg/m² eller mere anses for overvægt.

⁵ I gruppen med standardforløbet stiger rygeophørsprocenten til 67 versus 41 i gruppen med det udvidede forløb, hvis den kun baseres på de patienter, der var rygestatus på ved 12 måneders kontrollen.

ninger på to personer. Endelig er der én af dem, der var arbejdsløse ved baseline, som var i arbejde 12 måneder efter indlæggelsen.

Patientperspektiv

På baggrund af spørgeskemabesvarelsenerne⁶ fremgår følgende:

Informationsniveauet har været forholdsvis højt; mindst 79 % af patienterne med det udvidede forløb følte sig i høj eller nogen grad informeret om de fire fokusområder (informeret om hjertesygdommen, om undersøgelserne, om behandlingen henholdsvis om hjertemedicinen) versus 84 % af patienterne med standardforløbet.

I begge grupper er der forholdsvis stor tilfredshed med den fysiske genoptræning på sygehus; ca. tre fjerdedele (72-76 %) af patienterne svarer, at de i høj eller nogen grad har fået tilbudt den fysiske genoptræning, som de mente, at de havde brug for, mens 12 % svarede, at de ikke har haft behov for fysisk genoptræning. Helt så stor er tilfredsheden ikke med den fysiske genoptræning i kommunen. I gruppen med det udvidede forløb, var der 71 %, som mente, at kommunen i høj eller nogen grad har tilbudt den fysiske træning, som de havde brug for, mens det var tilfældet for 64 % i gruppen med standardforløbet.

I begge grupper er der tilfredshed med sygehusets tilbud om samtaler; 76-78 % af patienterne svarede, at de i høj eller nogen grad har fået tilbudt de samtaler, de havde behov for. Når det drejer sig om det kommunale tilbud om samtaler, var det tilfældet for 45-50 % af patienterne.

Når der specifikt spørges ind til den psykiske støtte, er tilfredsheden generelt mindre. Mindst tilfredshed er der med det kommunale tilbud. Der er kun 22 % i gruppen med det udvidede forløb henholdsvis 40 % i gruppen med standardforløbet, der svarer, at de i høj eller nogen grad har fået tilbudt den psykiske støtte, de havde behov for – og det er vel at mærke, når de patienter, der ikke har haft behov for psykisk støtte eller ikke har besvaret spørgsmålet, udelades af beregningerne. Tilsvarende er der kun 26 % af patienterne i gruppen med det udvidede forløb versus 33 % fra standardforløbet, der mener, at deres nærmeste pårørende i nogen eller høj grad er blevet tilbudt den støtte, de havde brug for.

Når der igen ses bort fra de patienter, der ikke har besvaret spørgsmålene/ikke havde behov for tilbuddet om kostomlægning henholdsvis rygestop er ca. 50 % af patienterne i høj eller nogen grad tilfredse med det tilbud, de er blevet givet.

Der har været udsøgt tilfredshed med kontrolbesøgene på sygehuset; 85 % af patienterne i udvidet forløb er tilfredse eller meget tilfredse, mens det er tilfældet for 97 % af patienterne i standardforløbet.

Næsten alle patienter, der har deltaget i informationsmøderne i Hjertereforeningen, har været tilfredse eller meget tilfredse hermed (96-100 %). Der er imidlertid en stor gruppe af patienterne, som slet ikke har deltaget i møderne (53-56 %).

Det er langt hovedparten af patienterne, der svarer, at de i nogen eller i høj grad er blevet i stand til at håndtere hverdagen med hjertesygdom; 79 % i udvidet forløb og 84 % i standardforløbet.

En stor andel af de patienter (32 %), der har haft brug for hjælp eller rådgivning til håndtering af arbejdsmæssige konsekvenser af hjertesygdommen har i nogen eller i høj grad savnet denne form for hjælp/rådgivning: 64 % af patienterne i det udvidede forløb versus 44 % i gruppen med standardforløbet.

⁶ Der gøres opmærksom på, at der ikke har været stillet krav om, at hjerterehabileringspatienterne skulle deltage i et givent tilbud, for at de i spørgeskemaet kunne give udtryk for, om tilbuddet tilgodeså deres behov.

Godt halvdelen af patienterne (56-57 %) oplevede i høj eller nogen grad sammenhæng i sygehusets og kommunens tilbud om hjerterehabilitering. Det var imidlertid langt færre, der oplevede, at der var et godt samarbejde på tværs af sektorerne (sygehus til alment praktiserende læge henholdsvis sygehus til den kommunale forløbskoordinator).

Af patientinterviewene fremgår det, at mange af de interviewede patienter oplevede indlæggelsesperioden og tiden umiddelbart efter udskrivning som en stor omvæltning, og flere patienter peger på, at de ikke føler, de har fået de rette oplysninger på rette tidspunkt. At dømme ud fra patienternes udsagn er kommunikationen til patienterne til tider fejlet, men noget af denne oplevelse af mangelfuld kommunikation kan også bero på, at patientens forløb på sygehuset opleves meget intensivt og akut. På spørgsmålet om hvorvidt patienterne følte sig informerede om muligheden for at deltage i rehabilitering, udtrykte flere, at de ikke erindrer det klart.

Til gengæld var de interviewede patienter meget positive over for tilbuddet om rehabilitering. Tilbuddet opfattes generelt som et relevant tilbud, som hjælper til at tackle de problemstillinger, der opstår i forhold til at lære at leve med hjertesygdom i hverdagen. Det er bl.a. oplevelsen blandt patienterne, at rehabiliteringen har hjulpet med at få hverdagen til at fungere, både med hensyn til det fysiske og det psykiske. Ikke mindst håndteringen af de psykiske eftervirkninger af hjertesygdom blev udpeget som en helt central opgave i hjerterehabiliteringen. Patienterne lægger også vægt på den fælles erfaring som gruppeforløbene trækker på.

Patienternes oplevelse af forløbskoordinatorernes rolle var stort set entydigt positiv. Dette gælder ikke mindst forløbskoordinatorens casemanager-agtige rolle og 'sammenbindende' funktion. Patienternes oplevelse af forløbskoordinatorernes indsats bidrog i høj grad til, at det samlede rehabiliteringsforløb kunne opleves som sammenhængende. I den forbindelse kan forløbskoordinatoren, når denne optræder som en form for case manager, have afgørende betydning for, at patienten føler, at behandlingen giver mening, somme tider til trods for at nogle af de organisatoriske dele af forløbet formelt ikke har været på plads. Patienterne vægter nærhed/personkendskab, når de taler om sammenhæng, en følelse af styring og af at der bliver fulgt op på deres behandling. Deres fokus er således ikke så meget på koordination som på kontinuitet.

Sammenfattende kan man sige, at patienterne udtrykker sig meget positivt om rehabiliteringstilbudene både i kommune og på sygehus. De kommunale forløbskoordinatorer opleves som en stor hjælp, fordi de netop forstår at tage hånd om borgeren og guide gennem afdelinger og enheder, der indgår i rehabiliteringsforløbet. Selv for borgere, som ikke umiddelbart finder rehabiliteringstilbuddet relevant, er opfattelsen af forløbskoordinatoren positiv.

Økonomi

De samlede omkostninger til etablering og driften gennem 14 måneder af kommunal hjerterehabilitering beløb sig i Nyborg Kommune til 640.000 kr. (40 patienter deltog mindst én gang i et af de kommunale tilbud – hvoraf 55 % var i et udvidet forløb), mens omkostningerne i Faaborg-Midtfyn Kommune var på 972.000 kr. (64 patienter deltog mindst én gang i et af de kommunale tilbud – hvoraf 43 % var i et udvidet forløb)⁷. Omkostningerne omfatter det kommunale personales tidsforbrug, betaling af Hjerteforeningen samt omkostninger ved transport og diverse materialer m.v.

Denne evaluering omfatter alene de kommunale omkostninger ved etablering/forberedelse samt drift af kommunal hjerterehabilitering. De øvrige samarbejdspartneres omkostninger er ikke søgt estimeret.

⁷ Der har også indgået andre hjertepatienter i det kommunale tilbud end de, der har været inkluderet gennem projektet; men omfanget heraf er ikke kendt.

1. Indledning – partnerskab om hjerterehabilitering

I Sundhedsloven betones nødvendigheden af at sikre sammenhæng og kvalitet i behandlingen på tværs af sektorer for et stigende antal kronisk syge patienter. For at sikre dette skal regioner og kommuner indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af opgaverne på sundhedsområdet (§ 205 i Sundhedsloven) (1).

I sundhedsaftalerne fra 2007 mellem Region Syddanmark og Faaborg-Midtfyn henholdsvis Nyborg Kommuner blev der indgået aftale om, at de to kommuner og Region Syddanmark skulle indgå samarbejde med almen praksis og sygehuse om udvikling af sammenhængende patientforløb for kronisk syge patienter (2;3). Det var nærliggende at indgå et forpligtigende samarbejde om netop hjertepatienter, da forekomsten af hjertekarsygdom er hyppig samtidig med, at det er en diagnosegruppe, hvor behovet for koordinerede rehabiliteringstilbud efter endt behandling er stort (4).

I 2007 besluttede Nyborg og Faaborg-Midtfyn Kommuner, det daværende Sygehus Fyn (nuværende OUH Svendborg Sygehus), de alment praktiserende læger i Faaborg-Midtfyn og Nyborg Kommuner, Afdelingen for Kommunesamarbejde i Region Syddanmark og Hjertereforeningen derfor, at de ville indgå en formel toårig partnerskabskontrakt (Bilag 1) om hjerterehabilitering på tværs af sektorgrænser (se evt. den mere udførlige liste over samarbejdspartnerne i Bilag 2).

Det resulterede i nærværende projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering – et partnerskabsprojekt'. Det er etableret som et partnerskab mellem offentlige og private aktører, hvor formålet er at skabe gode rammer for hjerterehabilitering på tværs af sektorer. Inddragelsen af private aktører i dele af genoptræningsfasen – i dette tilfælde Hjertereforeningen – var uprøvet i relation til hjerterehabilitering.

Ambitionen er samtidig at få udfoldet, afprøvet og evalueret idéen om partnerskab i praksis for derved at vurdere, om den kan være med til at skabe sammenhængende patientforløb i arbejdet med systematisk hjerterehabilitering for samtlige patienter uanset udnannelsesniveau og sociale netværk. Hensigten er endvidere at etablere koordinerede forløb, hvor der er indgået klare aftaler om, hvilke parter der gør hvad og hvornår i forhold til patienternes hjerterehabilitering, som omfatter behandling, kontrol, genoptræning/rehabilitering og vedligeholdelse.

1.1 Rapportens målgruppe

Rapporten henvender sig primært til partnerskabet i dette projekt. Herudover er der også en forventning om, at andre kommunale og regionale ledere, medarbejdere og beslutningstagere inden for sundhedsområdet kan have udbytte af den. Specielt dem som arbejder med eller gerne vil udvikle (hjerter)rehabiliteringstilbud på tværs af sektorerne og overvejer at inddrage private aktører som en part i rehabiliteringen.

1.2 Opdragsgiver, finansiering og samarbejde om evalueringen

Ideen til projektet 'Gode rammer for hjerterehabilitering' er udtænkt i et samarbejde mellem medarbejdere i Region Syddanmark, Faaborg-Midtfyn Kommune, læger på OUH Svendborg Sygehus, praksiskonsulenten og Hjertereforeningen. Nyborg Kommune indgik først i partnerskabet efter ansøgning om og tildeling af projektmidler. Ønsket om at evaluere 'Gode rammer for hjerterehabilitering – et partnerskabsprojekt' kom fra Region Syddanmark på vegne af partnerskabet.

I samarbejde med partnerskabet er projektbeskrivelse og evaluering blevet udarbejdet og tilrettelagt i Dansk Sundhedsinstitut (DSI) af senior projektleder Susanne Reindahl Rasmussen, ergoterapeut, MPH og ph.d. og senior projektleder Pia Kürstein Kjellberg, cand.scient.adm., ph.d. Effektevalueringen og den økonomiske evaluering er varetaget af Susanne Reindahl Rasmussen, mens patienternes perspektiv på rehabiliteringstilbuddet er evalueret i samarbejde med senior projektleder Jens Albæk, cand.techn.soc., ph.d., som desuden har varetaget den organisatoriske evaluering. Praktikant og projektassistent Louise Borst stud.scient.anth. har deltaget i planlægning, gennemførelse og afrapportering af den organisatoriske evaluering og den kvalitative del af patientevalueringen.

Studentermødthjælp Mette Falk, Afdelingen for kommunesamarbejde Region Syddanmark har indtastet data til projektets database med hjælp fra rehabiliteringssygeplejerske Helle Hyllekilde. Dette er sket på baggrund af oplysninger i journaler m.v. samt data leveret af de forskellige parter i rehabiliteringen.

Projektet er finansieret af Forebyggelsesfonden, Nyborg og Faaborg-Midtfyn Kommuner, OUH Svendborg Sygehus, Region Syddanmark og Hjerterforeningen. Dansk Sundhedsinstitut har endvidere bidraget med økonomiske midler til udarbejdelsen af projektbeskrivelse og evalueringen af projektet.

1.3 Evalueringens grundlag

Evalueringen af 'Gode rammer for hjerterehabilitering – et partnerskabsprojekt' er baseret på 122 patienter fra Nyborg og Faaborg-Midtfyn Kommuner, som i perioden 28. juli 2008 til 27. juli 2009 blev indlagt med iskæmisk hjertesygdom på OUH Svendborg Sygehus (tidligere Sygehus Fyn). Patienterne blev efter inklusion i projektet stratificeret til enten et standardforløb eller et udvidet rehabiliteringsforløb i kommunen. Patienterne er afsluttede efter 12 måneder med en kontrol på sygehuset.

1.4 Rapportens opbygning

I kapitel 2 følger en beskrivelse af formål med projektet og med evalueringen. For at give læseren en idé om, hvordan 'Gode rammer for hjerterehabilitering – et partnerskabsprojekt' er ledet og praktisk organiseret, er der i kapitel 3 en overordnet og kortfattet beskrivelse af interventionen og organiseringen.

I kapitel 4 følger en beskrivelse af baggrunden for hjerterehabilitering samt evidens og erfaringer med hjerterehabilitering. I begge tilfælde er der foretaget en sammenfatning af litteraturen på området. Kapitel 5 omfatter en beskrivelse af de data og de metoder, vi har anvendt i de fire dele af evalueringen: Organisation, effekt, patientperspektiv og den kommunale økonomi.

Resultaterne af de fire del-analyser er præsenteret i kapitel 6. Dette kapitel er forholdsvis detaljeret af hensyn til de mange parter i projektet. Kapitlet er derfor blevet opdelt i forholdsvis mange afsnit med henblik på at guide læseren til de resultater, der har størst interesse. De læsere, som ikke orker den detaljerede gennemgang, henviser vi til resultatafsnittet i resuméet.

I kapitel 7 diskuterer vi validitet af data fra de enkelte dele af evalueringen samt resultaterne fra kapitel 6. Diskussionen danner fundament for den samlede konklusion, som fremgår af kapitel 8.

Rapporten afsluttes med en litteraturliste. Læsere, som er interesseret i rapportens bilag, kan downloade dem på Dansk Sundhedsinstituts hjemmeside: <http://dsi.dk/udgivelser/>.

2. Formål og succeskriterier

Projektet har både overordnede formål og succeskriterier samt evalueringsformål, der er formuleret med henblik på at opfylde projekts formål.

2.1 Formål med projektet

Der er to sidestillede og overordnede formål med projektet jf. ansøgningen til Forebyggelsesfonden:

- ♦ At etablere et partnerskab, som i projektperioden gennemfører et modelprojekt, der inden for rammerne af eksisterende kliniske retningslinjer udvikler og evaluerer et samlet koncept for hjerterehabilitering, herunder at sætte fokus på den sociale ulighed i hjerterehabilitering.
- ♦ At idéen om partnerskab mellem offentlige og ikke offentlige organisationer udfoldes, afprøves og evalueres i praksis for derved at vurdere, om den kan være med til at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb i arbejdet med hjerterehabilitering.

2.2 Succeskriterier

Der er herudover i projektansøgningen til Forebyggelsesfonden opstillet to overordnede succeskriterier for projektet:

- ♦ At patienterne oplever hjerterehabilitering som et systematisk, sammenhængende patientforløb med en høj grad af indflydelse på eget rehabiliteringsforløb.
- ♦ At der bliver udviklet en partnerskabsmodel, der kan finde anvendelse i samarbejdet med andre kommuner og for andre kroniske patientgrupper.

Endelig har partnerskabet forventning om, jf. projektbeskrivelsen:

- ♦ At hjertepatienters tilværelse vil blive forbedret, herunder at de får styrket eller reetableret deres tilknytning til arbejdsmarkedet.
- ♦ At de hjertepatienter, som tilbydes et hjerterehabiliteringsforløb i partnerskabet, i) oplever et sammenhængende rehabiliteringsforløb med god koordination og glidende overgange fra den ene 'behandlingsinstans' til den næste, ii) føler sig velinformerede om egen sygdom og behandlingsforløb samt iii) oplever, at de selv har stor indflydelse på egen genoptrænings- og rehabiliteringsplan.

Herudover blev der på styregruppemødet i juli 2009 taget beslutning om, at man i partnerskabet ville have eksplicite succeskriterier⁸, som lægger sig op af resultater fra to hjerterehabiliteringsprojekter på Bispebjerg Hospital (5) henholdsvis det tidligere Århus Amtssygehus (6). Der er således opstillet fire succeskriterier, der relaterer sig til patienternes deltagelse i interventionen og rygeophør:

1. Deltagelse i projektet: Alle patienter, der opfylder inklusionkriterierne for deltagelse i projektet tilbydes hjerterehabilitering.
2. Besøg hos sygeplejerske på sygehus: Mindst 80 % af patienterne, som deltager i det udvidede forløb, og mindst 90 % af patienterne, som deltager i standardforløbet, deltager i mindst én af

⁸ At opstille succeskriterier er en metode til at afgøre, om forud fastsatte mål er nået, når det ikke er et projekt, hvori der indgår en kontrolgruppe.

samtalerne (indledende samtale/ visitationssamtalen) og i begge kontroller (tre måneders kontrollen og 12 måneders kontrollen).

3. Fysisk træning på sygehus: Alle patienter, der af lægerne findes egnede til holdtræning (i betydningen at de ikke har andre alvorlige sygdomme), deltager mindst én gang i træningen.
4. Rygning: Mindst 40 % af rygerne, som deltager i det udvidede forløb, og mindst 60 % af rygerne, som deltager i standardforløbet, er stoppet med at ryge ved 12 måneders kontrollen.

2.3 Formål med evalueringen

Evalueringen af projektet er rettet mod organisering, effekt og de kommunale omkostninger ved at indgå i et partnerskab om hjerterehabilitering. Evalueringen af projektet er fra starten af projektet tilrettelagt med henblik på:

- a. At vurdere effekten af at implementere eksisterende retningslinjer for hjerterehabilitering i det nye partnerskab mellem offentlige og ikke offentlige organisationer.
- b. At belyse fordele og ulemper ved at basere arbejdet med hjerterehabilitering på de fem elementer: i) Hjerterplaner, ii) en kommunal forløbskoordinator, iii) hjertergrupper, iv) en fælles kommunikationsplatform og v) målrettet inddragelse af Hjerterforeningen som ressource.
- c. At diskutere muligheden for og fordelagtigheden af at anvende samme fem elementer i andre kommuner samt i forhold til øvrige sygdomsområder.

Som en konsekvens af styregruppens beslutning om at opstille succeskriterier for projektet indgår de fire succeskriterier (se afsnit 2.2.) også i evalueringen.

Vi vil imidlertid gøre opmærksom på, at fokus for evalueringen af projektet har flyttet sig i takt med, at projektet har ændret sig undervejs i forløbet. Dette kan ses som en naturlig følge af, at der er tale om et udviklingsprojekt, hvor parterne har taget ved lære undervejs i projektet. Fx blev partnerne først helt afklarede i forhold til form og indhold af interventionen i løbet af det første halve år efter projektstart.

Det betyder, at vi har lagt mindre vægt på evalueringen af de fem oven for nævnte elementer (punkterne b og c), idet hjertergrupperne og den fælles kommunikationsplatform fx ikke blev etableret, og Hjerterforeningen heller ikke blev inddraget i det omfang, som det var planlagt.

Konkret er revisionen af målene med projektet blevet afspejlet i evalueringsspørgsmålene for den organisatoriske evaluering og patientevalueringen. Der er derfor opstillet fem supplerende eller reviderede evalueringsspørgsmål:

1. Bliver der etableret et fælles mål med interventionen mellem partnerne i projektet, og fastholdes den fælles målsætning gennem projektet?
2. Sker der en tilpasning af de faglige kompetencer til de definerede opgaver i interventionen?
3. Sker der en udvidelse af den gensidige forståelse af arbejdsmetoder, værdier, kommunikation og koordination gennem interventionen?
4. Opnås der en udvidet forståelse for og praksis i samarbejdet mellem offentlige og private parter i hjerterehabiliteringen?
5. Er patienterne tilfredse med de leverede tilbud og sammenhængen mellem tilbuddene, og vurderer de, at de er i stand til at håndtere deres tilværelse med hjertesygdom som følge af det integrerede tilbud?

3. Beskrivelse af interventionen og organiseringen

Partnerskabet i dette projekt består af OUH Svendborg Sygehus, Faaborg-Midtfyn og Nyborg Kommuner, Hjertereforeningen, Afdelingen for Kommunesamarbejde i Region Syddanmark og almen praksis i kommunerne.

Hensigten med projektet har fra starten været at danne udgangspunkt for udvikling af en 'skabelon' for individuelt tilrettelagte, sammenhængende og forbedrede patientforløb for hjertepatienter, der kan anvendes i andre regioner/kommuner og inden for andre kroniske sygdomsgrupper.

Det overordnede formål med hjerterehabiliteringen⁹ er at forbedre patienternes funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer og gøre det muligt at vende tilbage til en personligt tilfredsstillende rolle i samfundet.

Projektet kan på et overordnet niveau karakteriseres ved:

- ◆ Målgruppen er hjertesygge patienter (afgrænsningen heraf er beskrevet i afsnit 3.2).
- ◆ Der er tale om et differentieret tilbud, som tager udgangspunkt i patientens evne til egenomsorg.
- ◆ Der er fokus på sammenhængende forløb.
- ◆ Tilbuddet omfatter: Hjælp til rygeophør, vejledning i hjerterigtig kost, fysisk genoptræning, psykosocial støtte, samtalegrupper (undervisningsforløb), medicinsk behandling, ambulant kontrol samt individuel støtte ved behov.
- ◆ Pårørende inviteres med til samtalegrupper og temadage.
- ◆ Tilbuddet er som udgangspunkt tidsafgrænset; behandlingsfasen (fase 1) og den primære rehabiliteringsfase med genoptræning (fase 2) omfatter tilsammen 12-14 uger (faseinddelingen fremgår af Figur 3.1).
- ◆ Der er indgået aftaler om, hvilken part der gør hvad og hvornår.

I forbindelse med den indgåede aftale om partnerskab har der været ønske om, at følgende fem kernelementer skulle indgå i projektet:

- ◆ Patienten får udarbejdet og udleveret en plan for hjerterehabilitering (hjerterplan), hvori mål og måleværdier på forskellige tidspunkter af rehabiliteringen fremgår. Den følger patienten og skal sikre sammenhæng mellem parterne.
- ◆ En kommunal forløbskoordinator, der skal fungere som ressource for især resourcesvage hjertepatienter og skabe sammenhæng mellem systemer.
- ◆ Lokale selvkørende grupper (hjertergrupper) der skal styrke et for (hjerter)patienten relevant lokalt netværk, også efter at det formelle rehabiliteringstilbud ophører.
- ◆ Målrettet involvering af Hjertereforeningen i arbejdet med hjerterehabilitering for at sikre sammenhæng og patientcentrering.
- ◆ En fælles kommunikationsplatform, der effektivt kan sikre den nødvendige kommunikation mellem relevante aktører.

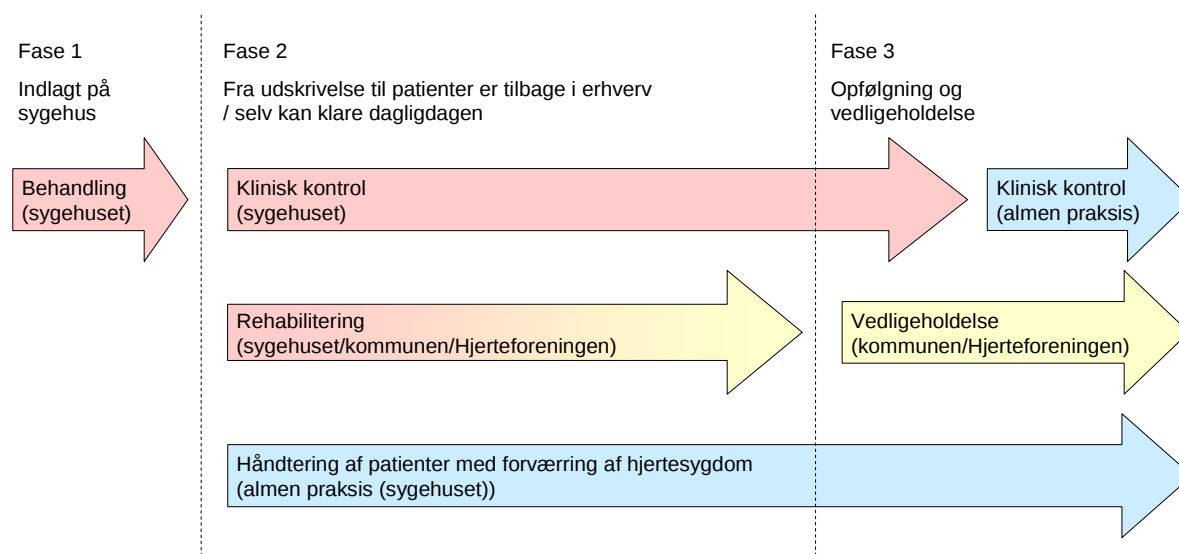
⁹ Der er ikke taget stilling til en egentlig definition af hjerterehabilitering.

Det skal allerede her bemærkes, at der ikke blev oprettet lokale selvkørende hjertegrupper i løbet af projektperioden. Derudover blev det opgivet at etablere en fælles kommunikationsplatform.

3.1 Organisering af tilbuddet om hjerterehabilitering

I publikationen fra Netværk af Forebyggende Sygehuse og Hjertereforeningen er der lagt op til, at den primære rehabiliteringsfase (fase 2) kan tilrettelægges forskelligt afhængig af lokale aftaler, ressourcer og kompetencer (7). I projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering' er det faseopdelte forløb og ansvarsfordeling udformet i henhold til Figur 3.1, der er taget fra projektbeskrivelsen for dette projekt (8).

Figur 3.1 Partnerskab om hjerterehabilitering.



Kilde: Projektbeskrivelsen Gode rammer for hjerterehabilitering – et partnerskabsprojekt (8).

Grænsen mellem specialiseret ambulant genoptræning og almindelig ambulant genoptræning er således blevet flyttet i dette projekt i forhold til sædvanlig praksis. Den fysiske genoptræning, der tidligere tog 12 uger og alene blev varetaget af sygehuset – og i øvrigt fortsat varetages af sygehuset for hjertepatienter fra de øvrige kommuner i Region Syddanmark – er nu blevet delt mellem sygehus og de to kommuner. Sygehuset varetager de første seks uger af rehabiliteringen, hvorefter kommunerne tager sig af træningen i de efterfølgende uger.

Alment praktiserende læger indgår som en tredje part i samarbejdet. Ud over den almindelige kontakt, som de har med disse hjertepatienter, så varetager de dele af den kliniske kontrol. Endelig indgår Hjertereforeningen i partnerskabet i både fase 2 og 3.

Patienternes personlige netværk indgår også i projektet – dog uden formelt ansvar. I erkendelse af at det personlige netværk formentlig spiller en stor rolle for patienters hjerterehabilitering, inviteres de pårørende til at deltage i dele af tilbuddet, fx de kommunale hjertegrupper (samtalegrupper).

3.1.1 Opgavedeling

I dette projekt varetager sygehuset al undersøgelse og behandling under indlæggelse (fase 1). Herudover har det også ansvaret for de første seks uger af rehabiliteringen (fase 2A), som består af:

- ♦ En indledende samtale og en efterfølgende visitationssamtale med rehabiliteringssygeplejerske.

- ◆ Specialiseret, ambulant genoptræning. Den varetages af et hjerterehabiliteringsteam, som består af rehabiliteringssygeplejersker og fysioterapeuter. På OUH Svendborg Sygehus er der endvidere tilknyttet en hjertesyggeplejerske.
- ◆ Medicinsk behandling.
- ◆ En hjerterplan, som sygeplejersker og læger på sygehuset udarbejder (se Bilag 3). Det er en form for vandrejournal, der indeholder mål for rehabiliteringen, patientens kliniske værdier, datoer for konsultationer, træningstilbud, m.m.

Sygehusets læger henviser patienterne til rehabilitering i kommunalt regi (formelt bliver der ordineret almindelig ambulant genoptræning), mens rehabiliteringssygeplejerskerne visiterer til standard – henholdsvis udvidet hjerterehabilitering. Det udvidede forløb gives til hjerterpatienter, der vurderes at have få ressourcer (se senere beskrivelse af stratificeringen, afsnit 3.3). Det udvidede forløb er individuelt tilpasset og med tættere opfølgning og flere samtaler med fagpersonale end i standardforløbet¹⁰.

I partnerskabsprojektet er der indgået aftale om, at varigheden af det kommunale tilbud som udgangspunkt er seks ugers genoptræning og rehabilitering (fase 2B). Det kommunale tilbud omfatter:

- ◆ Almindelig ambulant genoptræning ved en fysioterapeut.
- ◆ Deltagelse i samtalegrupper (et samtale- og undervisningstilbud). I Faaborg-Midtfyn Kommune varetages denne opgave af et team bestående af en forløbskoordinator (uddannet sygeplejerske), sygeplejersker, fysioterapeuter, en ergoterapeut og en klinisk diætist. I Nyborg Kommune varetages opgaven af et team bestående af en forløbskoordinator (uddannet sygeplejerske), en træner-terapeut, en kostkonsulent og forebyggende sygeplejersker.
- ◆ Tilbud om kostvejledning ved en klinisk diætist (Faaborg-Midtfyn Kommune) henholdsvis en kostkonsulent (Nyborg Kommune).
- ◆ Tilbud om rygestopkursus. I Faaborg-Midtfyn Kommune blev der givet tilbud om rygestopkursus på apotekerne eller individuel vejledning ved en kommunal rygestopinstruktør. I Nyborg Kommune skulle borgerne benytte sig af kommunens generelle tilbud fra entreprenøraftalen med apotekerne.

Begge kommuner har haft ansat en kommunal forløbskoordinator i projektperioden. Deres primære funktion har været at koordinere patientforløbene efter udskrivelsen fra sygehus og at være opsøgende i forhold til patienter, som kan have behov for en udvidet indsats i forhold til rehabiliteringen. Desuden har de fungeret som hjerterpatienternes og de pårørendes primære indgang til det kommunale system efter udskrivelse fra sygehus. Det kommunale tilbud, som ikke er helt enslydende, er beskrevet i detaljer i Bilag 4.

Både Nyborg og Faaborg-Midtfyn Kommuner har indgået kontrakt med Hjerteforeningens Rådgivningscenter i Odense. Det betyder, at hjertesyggeplejersker fra Hjerteforeningen har varetaget dele af undervisningsforløbet om fx psykosociale problemer (fase 2B). Endelig er hjerterehabiliteringspatienterne efter endt rehabilitering i kommunalt regi inviteret til at deltage i Hjerteforeningens generelle aktiviteter (fase 3). Vi vil her nævne, at etableringen af rehabiliteringens fase tre ikke blev realiseret som planlagt, og herunder hører manglende etablering af lokale selvkørende grupper og en reduceret involvering af Hjerteforeningen.

¹⁰ <http://www.dialog-net.dk/wm250720> (6. april 2010).

3.1.2 Kontroller

Som udgangspunkt er ansvaret for den kliniske kontrol af hjertepatienten i det første år efter indlæggelse placeret på sygehuset. I dette projekt omfatter det en 1-månedes lægelig efterkontrol i Kardiologisk ambulatorium og tre - og 12 måneders kontroller hos en rehabiliteringssygeplejerske.

Partnerskabet har en målsætning om en målrettet inddragelse af almen praksis i rehabiliteringsindsatsen i fase 3. Der er derfor indgået aftale om, at det er de alment praktiserende læger, der forestår den ambulante kontrol seks måneder efter indlæggelse. Herudover varetager de som ellers øvrig klinisk kontrol, efter patienten er afsluttet på sygehus.

3.1.3 Kommunikation

Et oprindeligt element i projektet var at skabe en elektronisk kommunikationsplatform, hvor behandlingsoplysninger samles i en database som sygehus, kommune, almen praksis og i nogen grad patienten selv skulle have adgang til. På baggrund af research foretaget i den indledende fase af projektet besluttede man, at de eksisterende kommunikationsveje (Edifact m.m.) kunne opfylde behovet for elektronisk kommunikation mellem parterne. På den baggrund valgte man, at der ikke skulle udvikles en elektronisk kommunikationsplatform – i overvejelserne heraf indgik også, at projektperioden blev anset for at være for kort til et sådant udviklingsarbejde. I stedet har man tilbudt kurser og oplæring i de allerede eksisterende elektroniske kommunikationsværktøjer til relevant personale (personlig kommunikation, projektleder)¹¹.

3.2 Inklusion af patienter

Som en del af projektet er der udarbejdet kriterier for, hvilke patienter der skulle inkluderes i tilbuddet om hjerterehabilitering. Målgruppen var patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var bosiddende i Faaborg-Midtfyn og Nyborg Kommuner, herunder patienter der har fået foretaget en ballonudvidelse eller bypassoperation samt patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom¹². Herudover har patienter med hjertesvigt fået mulighed for at følge det kommunale tilbud om fysisk træning, men denne gruppe patienter indgår ikke i evalueringen.

Alle hjertesygge patienter blev jf. ovenstående beskrivelse vurderet af en af sygehusets hjertelæger med henblik på, om det var relevant at tilbyde hjerterehabilitering. Hvis lægen vurderede, at patienten led af anden alvorlig sygdom som svær apopleksi, demens, psykiatrisk sygdom, retardering og/eller alkoholmisbrug, har vedkommende patient ikke fået tilbuddet om hjerterehabilitering (er altså blevet ekskluderet af projektet).

3.3 Stratificering af patienterne

Et vigtigt led i dette partnerskabsprojekt har været at give et differentieret tilbud om hjerterehabilitering baseret på patientens evne til egenomsorg jf. Region Syddanmarks kronikerstrategi (se evt. Bilag 5, hvor 'Kronikerfirkanten' er gengivet).

¹¹ Efterfølgende har man på OUH Svendborg Sygehus søgt om midler til udvikling af en kronikerdatabase modelleret over Fyns DiabetesDataBase (FDDb), som tænkes at opfylde de behov, der oprindeligt blev formuleret i forhold til den elektroniske kommunikationsplatform (personlig kommunikation, styregruppemedlem fra OUH Svendborg Sygehus).

¹² De inkluderede patienter har følgende ICD-10-koder: I20 (angina pectoris); I21 (akut myokardieinfarkt); I23 (akutte komplikationer efter akut myokardieinfarkt); I24 (andre former for iskæmisk hjertesygdom); I25 (kronisk iskæmisk hjertesygdom); Z95.1 (tilstand med aorta koronar bypass graft) og Z95.5 (tilstand med koronar angioplastisk implantat eller graft).

Rehabiliteringssygeplejerskerne på OUH Svendborg Sygehus og Sygehusenheden Nyborg vurderede således patientens evne til egenomsorg ved de indledende samtaler ud fra patientens erhvervsuddannelse, sociale netværk og patientens subjektive vurdering af høj belastning (økonomi, bolig- og arbejdsproblemer etc.). På basis heraf blev patienterne visiteret til et standardforløb henholdsvis et udvidet rehabiliteringsforløb med mulighed for individuel tilpasning.

3.4 Partnerskabets organisering

Den overordnede koordinering af projektet er varetaget af en styregruppe (Bilag 6) sammensat af ledelsesrepræsentanter for alle parter i partnerskabsprojektet samt en repræsentant for evaluator (9). Det er styregruppen, der har indgået den skriftlige partnerskabsaftale, som beskriver parternes interne mål med projektet, samt parternes roller og opgaver. Formandskabet for styregruppen var placeret hos en chefkonsulent i Afdelingen for Kommunesamarbejde i Region Syddanmark. Gruppen blev sekretariatsbetjent af en projektleder; en stilling der var oprettet og forankret i Afdelingen for Kommunesamarbejde i Region Syddanmark for en toårig periode (1. maj 2008-30. april 2010). Projektlederen har endvidere haft til opgave at facilitere samarbejdet mellem partnerne ved fx at indkalde til møder og hjælpe til ved nedsættelsen af ad hoc arbejdsgrupper.

Herudover har der været nedsat en projektgruppe bestående af praktikere i projektet, som mødtes jævnligt gennem projektforløbet. I projektgruppen deltog projektlederen, de kommunale forløbskoordinatorer, repræsentanter fra hjertegruppen i de to kommuner (trænende terapeuter, diætist, forebyggende sygeplejerske), en repræsentant fra Region Syddanmark, sygeplejersker fra Hjerteforeningens lokale rådgivningscenter i Odense, en rehabiliteringssygeplejerske, en fysioterapeut og en overlæge fra OUH Svendborg Sygehus. Projektgruppen har haft til opgave at konkretisere indholdet i rehabiliteringsforløbene samt udvikle redskaberne hertil fx i form af hjerteplanen og informationsfoldere til patienter og pårørende. Den har også fungeret som et forum, hvor man har holdt hinanden ajour med, hvordan det er gået med implementeringen af projektet i de enkelte enheder¹³.

¹³ Oplysningerne stammer fra referater fra møder i projektgruppen, som ikke er tilgængelige uden anvendelse af kode til login. Denne kode kan i sagens natur ikke offentliggøres her.

4. Baggrund for hjerterehabilitering

I dette kapitel inddrager vi og beskriver en del af den litteratur, der har ligget til grund for og inspireret til udviklingen af dette hjerterehabiliteringsprojekt.

Hjertesygdom har inden for de seneste 20 år udviklet sig fra primært at være en livstruende sygdom til også at være en kronisk sygdom, som skønsmæssigt 200.000 danskere lever med. I 2005 kunne 8 % af alle indlæggelser i Danmark tilskrives hjertesygdom (10;11)¹⁴. Hjertedødeligheden er i perioden 1985-2005 mere end halveret.

Formålet med hjerterehabilitering er jf. WHO's definition at forbedre hjertepatienters funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet og gøre det muligt for hjertepatienten at vende tilbage til en personligt tilfredsstillende rolle i samfundet (12)¹⁵.

4.1 Danske retningslinjer for hjerterehabilitering og definitioner af rehabilitering

I 2004 udkom der to danske publikationer om hjerterehabilitering, som begge havde til hensigt at udstikke retningslinjer for hjerterehabilitering på sygehuse. Den første af rapporterne 'Hjerterehabilitering på danske sygehuse' blev udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Netværk af Forebyggende Sygehuse i Danmark i samarbejde med Dansk Cardiologisk Selskab og Hjerteforeningen. Denne rapport samlede den internationale viden om, hvad et hjerterehabiliteringsprogram skal omfatte for at være effektivt. Herudover kom den med forslag til organisering, implementering og kvalitetssikring af hjerterehabilitering i sygehusregi (12). Vejledningen gennemgår evidensen for de kliniske retningslinjer og kommer med forslag til organisering, implementering og kvalitetssikring af hjerterehabilitering i sygehusregi. Endvidere beskrives samarbejdet mellem de kardiologiske afdelinger og primærsektoren (12).

I den efterfølgende publikation fra Sundhedsstyrelsen 'Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse' (14) tilsluttede Sundhedsstyrelsens hjerterefølgegruppe sig de anbefalinger, der var blevet fremsat i førstnævnte rapport. Det blev endvidere præciseret, at et hjerterehabiliteringsprogram bør tilrettelægges individuelt i overensstemmelse med den enkelte patients behov og ressourcer, og at det kan omfatte følgende tilbud om strukturerede undervisningsforløb, der sigter mod sundhedsfremmende adfærdssændringer, herunder:

- ♦ Rygeophør: Alle patienter med hjertesygdom bør tilrådes rygeophør og tilbydes støtte til gennemførelse heraf.
- ♦ Vejledning i hjertelig kost.
- ♦ Vurdering af fysisk funktionsniveau og tilbud om et fysisk aktivitetsprogram med henblik på at opnå enten et øget funktionsniveau eller at undgå forringelse af et tidligere højt funktionsniveau.
- ♦ Psykosociale forhold bør evalueres og inddrages i rehabiliteringen efter akut myokardieinfarkt med henblik på at diagnosticere og behandle angst og depression og mobilisere den bedst mulige støtte til patienten.

Herudover blev det understreget, at et væsentligt element i rehabiliteringen af hjertepatienter er 'den bedst mulige farmakologiske behandling'.

¹⁴ Baseret på ICD-10-koderne: I00-I15, I20-I25 og I30-I52.

¹⁵ Det er en oversættelse af WHO's definition af hjerterehabilitering fra 1993 (13).

I samme vejledning fra Sundhedsstyrelsen (14) blev der tilføjet yderligere to anbefalinger:

- ♦ At der på sygehusafdelinger, der behandler hjertepatienter, udarbejdes lokale instrukser for systematisk vurdering af behov for og gennemførelse af hjerterehabilitering.
- ♦ At der ved udskrivning fra sygehus skal udarbejdes en plan for rehabilitering, for de patienter, der findes at have et lægefagligt begrundet behov herfor.

Ifølge de to oven for omtalte danske retningslinjer fra 2004 omfatter hjerterehabilitering et integreret tilbud, der indledes under indlæggelse, fortsætter til patienten er tilbage i erhverv eller er blevet i stand til at klare hverdagens aktiviteter uden hjælp, og afsluttes med den sene opfølgings- og vedligeholdelsesfase (se faseopdelingen i Box 4.1) (12;14). I publikationen fra Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark anbefales det, at det fysiske træningsprogram har et omfang på 8-12 ugers ambulant træning (12).

Box 4.1 Tre faser i hjerterehabilitering.

Fase 1.	Den akutte behandling indtil udskrivelse fra sygehus.
Fase 2.	Fra udskrivelsen indtil patienten er tilbage i erhverv eller er blevet i stand til at klare hverdagens aktiviteter uden hjælp.
Fase 3.	Den sene opfølgings- og vedligeholdelsesfase.

Primær kilde: European Society of Cardiology (ESC) (15).

Det fremgår imidlertid klart af Sundhedsstyrelsens vejledning, at det overordnede ansvar for, at patienterne tilbydes et rehabiliteringsprogram, påhviler de sygehuse, der modtager og behandler hjertepatienter; herunder at det sygehus, der afslutter det samlede indlæggelsesforløb, er forpligtet til at tilbyde en plan for rehabilitering samtidig med, at det bør sikres, at rehabiliteringsindsatsen fortsætter i den primære sundhedssektor (14). Det er værd at bemærke, at på udgivelsestidspunktet for Sundhedsstyrelsens vejledning omfattede samarbejdet med 'den primære sektor' ifølge Sundhedsstyrelsen alene de alment praktiserende læger (kommunerne var ikke nævnt).

I 2004 og 2005 blev der gjort to tiltag for at få en fælles afklaring af rehabiliteringsbegrebet, som endnu ikke var entydigt defineret til trods for Sundhedsstyrelsens anvendelse af begrebet hjerterehabilitering. Det første tiltag kom fra en række af aktører inden for rehabiliteringsområdet¹⁶, det resulterede i *Hvidbog¹⁷ om rehabiliteringsbegrebet* (16). Baggrunden for bogen var ifølge udgiverne, at '*rehabiliteringsbegrebet i Danmark var for diffust beskrevet, at det manglede en fast og mere entydig og sammenhængende begrebsliggørelse og italesættelse*'. Med andre ord, så var opfattelsen, at '*der var brug for en fælles, national definition af rehabiliteringsbegrebet*'. Formålet med bogen var således at skabe et fælles udgangspunkt for en faglig diskussion af udviklingen af dansk rehabilitering. Der blev derfor fokuseret på det forståelses- og begrebsmæssige indhold af 'rehabilitering', uden at der blev givet konkrete anvisninger på rehabiliteringsindsatser. Hvidbogens definition af rehabilitering fremgår af den efterfølgende Box 4.2.

¹⁶ Rehabiliteringsforum Danmark, MarselisborgCentret, Socialministeriet, Den Almindelige Danske Lægeforening, Kræftens Bekæmpelse, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Syddansk Universitet (Masteruddannelsen i rehabilitering), Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter, Dansk Sygeplejeråd, Gigtforeningen, Hjælpemiddelinstitutet og Muskelsvindfonden
¹⁷ I rapporten angives det, at 'Hvidbog' skal forstås som et dokument, der blandt andet beskriver de grundlæggende elementer og centrale aspekter af rehabiliteringsbegrebet (16).

Box 4.2 Definition af rehabilitering ifølge Hvidbog.

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

Kilde: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet (2004) (16).

Sundhedsstyrelsen var imidlertid ikke repræsenteret i styregruppen, der arbejdede med udgivelsen af 'Hvidbogen'. Det betød, at Sundhedsstyrelsens definition af rehabiliteringsbegrebet i 2005 i udgivelsen *'Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed'* (17) var noget anderledes til trods for, at det blev påpeget, at der netop var taget udgangspunkt i 'Hvidbog om rehabilitering' (se Sundhedsstyrelsens definition i Box 4.3).

Box 4.3 Sundhedsstyrelsens definition af rehabilitering.

Rehabilitering er en sundhedsaktivitet, der indeholder elementer af både forebyggelse og sundhedsfremme, med det formål at patienten, som har risiko for at begrænsninger i sin fysiske, psykiske eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2005) (17).

Sundhedsstyrelsens definition af rehabilitering er 'smallere' end Hvidbogens, idet den ikke medtager, at rehabilitering foregår i 'et samarbejde mellem borger, pårørende og personale' ligesom målgruppen omtales som 'patienter'. Størst betydning har det dog, at definitionen af rehabilitering forefindes i Sundhedsstyrelsens begrebsdatabase under emneområdet 'Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed' samtidig med, at det i definitionen fremgår, at rehabilitering indeholder elementer af både forebyggelse og sundhedsfremme. Herved får rehabilitering ikke sit eget genstandsfelt. Det bliver i stedet et underbegreb til forebyggelse og sundhedsfremme og gøres synonymt med genoptræning. Sundhedsstyrelsen afslutter endvidere definitionen af rehabilitering med at anføre, at synonymer for rehabilitering er 'efterbehandling og genoptræning'. Under bemærkninger til definitionen bliver det i øvrigt anført, at patienter med hjertesygdom hører til blandt en af de patientgrupper, der har gavn af rehabilitering.

4.1.1 Ansvarsområder ved rehabilitering

Når Sundhedsstyrelsen i 2004 placerede rehabilitering som et underbegreb til forebyggelse og sundhedsfremme samt gjorde det synonymt med genoptræning, kan det ses som en forløber for det nye ansvar, som kommunerne fik i forbindelse med strukturreformen i 2007 på bl.a. forebyggelsesområdet.

Efter strukturreformen har sygehusene fortsat ansvaret for den akutte behandling og genoptræning under indlæggelse. Men den ambulante genoptræning og forebyggelsesområdet blev delt mellem sygehuse (regioner) og kommuner. Sygehusene forestår således den specialiserede, ambulante genoptræning, der forudsætter et sygehus' ekspertise og udstyr (18;19), mens kommunerne har driftsansvaret for den almindelige, ambulante genoptræning og myndighedsansvaret for al genoptræning efter udskrivning fra sygehus (jf. § 140 i Sundhedsloven) (1). Ud over disse forpligtelser har kommunerne – som før strukturreformen – ansvaret for at levere genoptræning efter ikke indlæggelseskræ-

vende sygdom (§ 86 stk. 1 i Serviceloven) (1) samt vedligeholdelsestræning (§ 86 stk. 2 i Sundhedsloven) (1). Herudover er det blevet præciseret, at kommunerne har ansvaret for sundhedsfremme og den borgerrettede del af forebyggelsen¹⁸ (jf. § 119 i Sundhedsloven) samtidig med, at de er forpligtet til at indgå samarbejdsaftaler med regionen om den patientrettede forebyggelsesindsats (§§ 203-205 i Sundhedsloven) (1).

Ingen lov om rehabilitering

Der kom imidlertid ikke en samlet lovgivning for rehabilitering og en entydig ansvarsplacering i forbindelse med strukturreformen. Rehabiliteringsbegrebet blev heller ikke indarbejdet i den eksisterende lovgivning. Men idet Sundhedsstyrelsen omtaler målgruppen for rehabilitering (jf. definitionen af rehabilitering) som 'patienter' samtidig med, at den lagde rehabilitering under forebyggelsesområdet (14), blev rehabilitering implicit et delt ansvarsområde for sygehuse og kommuner jf. kommunernes forpligtelse til at indgå samarbejdsaftaler med regionen om den patientrettede forebyggelsesindsats. Dette understøttes af, at Sundhedsstyrelsen i sine bemærkninger til definitionen af rehabilitering gør opmærksom på, at *'rehabilitering foregår på sygehuse, rehabiliteringscentre og i primærsektoren – her ofte i tæt samarbejde med professionelle fra bl.a. social-, beskæftigelses- og uddannelsessektoren (sundhedscentre)'* (14).

I Sundhedsstyrelsens udgivelse *'Forløbsprogrammer for kronisk sygdom'* fra 2008 bliver det understreget, at rehabilitering er en væsentlig del af de samlede forløbsprogrammer. Samtidig bliver det klarere, at rehabilitering er et delt ansvarsområde mellem flere parter: *'For patienter med kompleks(e), kronisk(e) sygdom(me) varetages hovedparten af de sundhedsfaglige tilbud som udgangspunkt af det specialiserede sundhedsvæsen (sygehusvæsenet og/eller speciallægepraksis). Indsats vedr. rehabilitering samt støtte til egenomsorg varetages i et samarbejde med almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen.'* Det fremgår videre, at der er et behov for stratificering af patienterne samt brug for forløbskoordination og samarbejde på et struktureret grundlag. Herudover betones det, at der er væsentlige kommunale opgaver i forbindelse med implementering og brug af forløbsprogrammer for de kroniske patienter (21).

At rehabilitering er et fælles ansvarsområde mellem regioner og kommuner er senere blevet pointeret i en fælles udgivelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og Kommunernes Landsorganisation: *'Beskrivelse af rehabiliteringsindsatsen – organisering af indsatsen i kommuner og regioner'*, som dog først er kommet i 2010 (22). I denne publikation bliver det derudover præciseret, at målet for rehabilitering er at genetablere hverdagen med størst mulig selvhjulpethed, hvilket kan ses som en tilføjelse til Sundhedsstyrelsens definition af rehabilitering fra 2004 (14). I samme publikation kommer der en tilkendegivelse af, at rehabilitering er et kompliceret område, da indsatsen ofte involverer mange lovområder, sektorer og faggrupper (22).

Manglen på en samlet lovgivning om rehabilitering og en mere grundlæggende beskrivelse af ansvarsfordeling og indhold af rehabilitering fra offentlig overordnet side har imidlertid betydet, at det i vid udstrækning har været overladt til aktørerne at indgå aftaler om, hvem der gør hvad. Samtidig har det været overladt til de fagprofessionelle at navigere rundt inden for relevant lovgivning¹⁹, når en patient har brug for det offentlige rehabiliteringsindsats for at afklare, vedligeholde eller forbedre funktionsniveauet.

¹⁸ I en publikation fra Sundhedsstyrelsen er det nærmere formål med borgerrettet henholdsvis patientrettet forebyggelse beskrevet som: *'Den borgerrettede forebyggelse har til formål at undgå, at sygdom opstår, mens den patientrettede indsats skal medvirke til at hindre, at sygdom udvikler sig yderligere, og at der opstår komplikationer i forbindelse med sygdom'* (20).

¹⁹ I del 6 af *'Rehabilitering for sundhedsprofessionelle'* er den relevante lovgivning på rehabiliteringsområdet gennemgået (23).

I erkendelse af, at det har været og fortsat er en udfordring i praksis, at rehabilitering vedrører flere kommunale fagområder og flere sektorer, nedsatte regeringen en arbejdsgruppe i foråret 2010. Den tværministerielle arbejdsgruppe (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Undervisningsministeriet) fik til opgave at udarbejde en vejledning om rehabilitering inden for rammerne af den gældende lovgivning. Vejledningen, som formentlig foreligger primo 2011, skal beskrive det eksisterende regelsæt, formålet med rehabilitering og typiske indsatser i rehabiliteringsforløb i de kommunale forvaltningsområder. Sideløbende med dette arbejde har Indenrigs- og Sundhedsministeriet sammen med Kommunernes Landsforening og Danske Regioner udarbejdet et idékatalog, der beskriver organisatoriske tiltag, som lokalt kan skabe en mere effektiv organisering af den samlede rehabiliteringsindsats på tværs af sektorer (24). Resultaterne heraf kommer vi ikke nærmere ind på, da de foreligger efter afsluttet afrapportering.

4.1.2 Nyt forslag til form, indhold og styring af hjerterehabiliteringsforløb

I 2007 udgav Netværk af forebyggende Sygehuse og Hjertereforeningen i samarbejde med Dansk Cardiologisk Selskab, Danske Regioner, Dansk Selskab for Almen Medicin, Kommunernes Landsforening og Kræftens Bekæmpelse deres forslag til form, indhold, og styring af hjerterehabiliteringsforløbet. Det kom i form af publikationen *'Hjerterehabilitering efter strukturreformen. Rehabilitering og sammenhængende patientforløb for kronisk syge. Inspiration til kommuner, regioner, almen praksis, sygehuse m.fl.'* (7). I denne publikation præsenteres en model for, hvordan rehabilitering af hjertekarpatienter kan tilrettelægges som et sammenhængende patientforløb mellem flere parter. Der er forslag til, hvilke elementer rehabiliteringen skal omfatte – de er i øvrigt i overensstemmelse med de tidligere retningslinjer (12;14) – men er her koblet sammen med den tidligere omtalte tredelte faseinddeling for hjerterehabilitering. Samtidig er både aktørerne og de ansvarlige instanser for hver fase af rehabiliteringsforløbet blevet præciseret, se Box 4.4.

Box 4.4 Indhold, aktører og styring for hjerterehabilitering fordelt på faser.

	Faser og varighed		
	Fase 1. Indledende del (dage)	Fase 2. Tidlig efterbehandling (uger - måneder)	Fase 3. Vedligeholdelse (måneder - år)
Indhold	Diagnose og prognostiske procedurer Akut behandling Visitation til efterbehandling (rehabilitering)	Optimering af symptomatisk behandling Vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling Vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling Fysisk træning Psykosocial støtte Livsstilsintervention (rygning, kost og motion) Patientuddannelse	Vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling Vedligeholdelse af ændringer i livsstil
Aktører	Akut hjerтеаfѕnit Invasive hjertespecialister Kardiologiske specialister Hjerterehabiliteringsafѕnit	Læge Sygeplejerske Diætist Fysioterapeut Psykolog og socialrådgiver	Praktiserende læge Kommunale tilbud Sygehusambulatorium Patientforeninger/klubber
Styring og reference	Sygehus	Sygehus og kommune	Kommune/praktiserende læge

Kilde: Baseret på Figurerne 2 og 3 i publikationen Hjerterehabilitering efter strukturreformen (2007) (7).

Det fremgår således, at styringen af fase 2 foreslås placeret som et fælles ansvar mellem sygehus og kommune, mens det er kommunen og alment praktiserende læge, der i fællesskab har styringen i fase 3. Hertil kommer, at udgiverne af publikationen ser det som en mulighed, at patientforeninger kan indgå som aktører i den 3. fase af rehabiliteringen. Endelig bliver det foreslået i) at inddrage differentieret hjerterehabilitering på baggrund af erfaringer fra et dansk studie (6) (omtales senere) samt ii) at gøre brug af en tovholder, som kan lette samarbejdet mellem sygehusene og mellem sygehus og kommune.

Hvor hjerterehabilitering før strukturreformen i 2007 entydigt var en opgave for sygehuse, blev der med strukturreformen lagt op til, at det er en opgave, der både vedrører kommuner, sygehuse og alment praktiserende læger. Hertil knytter Netværk af forebyggende Sygehuse og Hjertereforeningen yderligere et forslag om at inddrage Hjertereforeningen (7).

Dette lægger direkte op til etableringen af det partnerskab, som ligger til grund for dette projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering – et partnerskabsprojekt'.

4.2 Evidens om hjerterehabilitering på sygehuse

Evidensen om effekt af hjerterehabilitering, når den er varetaget på sygehuse, er sammenfattet i Bilag 7 på basis af Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2004 (14) og MTV-rapporten om hjerterehabilitering fra 2006 (4). I MTV-rapporten er man gennemgående mere kritisk i sin vurdering af betydningen af hjerterehabilitering end i Sundhedsstyrelsens vejledning. Som det fremgår i Bilag 7, er vurderingen af hjerterehabiliteringens betydning for fx dødelighed og sygelighed meget forskellig.

I Sundhedsstyrelsens vejledning er det vurderet, at:

- ♦ Hjerterehabilitering medfører en reduktion i kardiovaskulær mortalitet og forebygger nye sygdomsepisoder.

Mens det fremgår af MTV-rapporten at:

- ♦ Hvis man kun inddrager de tre forsøg med højest videnskabelig kvalitet og de 17 studier, som har en adækvat randomisering, er der på nuværende tidspunkt ikke dokumentation for, at hjerterehabilitering har statistisk signifikant effekt på den totale dødelighed og hjertedødelighed.
- ♦ Der findes ikke evidens for, at hjerterehabilitering har effekt på andelen af patienter, der får blodprop i hjertet eller får foretaget invasive indgreb.

Dog er der enighed om, at der kan forventes økonomiske besparelser for sundhedsvæsenet ved at implementere hjerterehabilitering. Endelig fremgår det også i MTV-rapporten, at hjerterehabilitering forbedrer patienternes risikofaktorer signifikant i forhold til blodtryk, kolesterolværdier og rygning.

Det skal bemærkes at ovenstående evidens for effekt af hjerterehabilitering er baseret på studier af rehabilitering udført i sygehusregi. Der foreligger endnu ikke resultater af effekten²⁰ af kommunal deltagelse i hjerterehabilitering. Ej heller er der, så vidt vi ved, dokumenteret effekt af hjerterehabilitering, når den varetages af et partnerskab på tværs af sektorgrænser.

I forhold til at indtænke et stratificeret hjerterehabiliteringstilbud er det dokumenteret, at personer med kort eller ingen erhvervsuddannelse har øget risiko for at få en hjertekarsygdom og dø af den. Personer med en kort uddannelse har desuden dårligere prognose efter blodprop i hjertet (højere dødelighed efter udskrivning og øget risiko for fornyet blodprop) end patienter med en lang uddannelse (25). Der er også viden om, at mennesker, der lever alene eller mangler fortrolige i deres sociale netværk, har dårligere prognose for overlevelse efter blodprop i hjertet end personer, der ikke lever under sådanne forhold (26). Den laveste grad af deltagelse i hjerterehabilitering forekommer blandt patienter med kort eller ingen uddannelse samt enlige patienter, der har konkurrerende diagnoser eller følgesygdomme (27).

²⁰ Når 'effekt' forstås som sygelighed (i form af fx antal indlæggelser, antal ambulatoriebesøg) og død (total dødelighed og hjertedød).

Senest viser resultaterne fra et dansk registerstudie, at sundhedsomkostningerne ved patienter med hjertesygdom er signifikant højere end ved patienter, der ikke er hjertesygge. Dette kan være et rationale for at forebygge hjertesygdom. Endvidere fremgår det, at sundhedsomkostningerne er højere for patienter med hjertesygdom, som har en livsstil, der er uhensigtsmæssig for sundhedstilstanden (rygning, højt forbrug af alkohol og fysisk inaktivitet) end for patienter med hjertesygdom, der har en sund livsstil, inden de blev hjertesygge (28). Studiet kan imidlertid ikke tages til indtægt for, at det er omkostningseffektivt at tilbyde hjertesygge patienter hjerterehabilitering.

4.3 Erfaringer med hjerterehabilitering i Danmark

Ved en systematisk litteratursøgning gennemført i Dansk Sundhedsinstituts Bibliotek i september 2009²¹ har vi identificeret tre studier om hjerterehabilitering i Danmark, som vi vurderer, er relevante i forhold til belysning af baggrunden for udformningen af projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering'. De tre studier er alle fra tiden før Strukturreformen. To af studierne var sygehusbaserede (omfattede fase 1 og 2); et treårigt studie af sammenhængende hjerterehabilitering fra Bispebjerg Hospital (DANREHAB-studiet) (4) samt et toårigt studie af socialt differentieret hjerterehabilitering på Århus Amtssygehus (6). I disse projekter på henholdsvis Bispebjerg Hospital og Århus Amtssygehus indgik kommunen ikke som aktør. Det tredje studie vedrører projektet: 'Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge' (SIKS), som omfattede etableringen af et kommunalt sundhedscenter (29). Disse studier og resultater med betydning for nærværende projekt er resumeret i de efterfølgende afsnit.

4.3.1 *Hjerterehabilitering i en samlet geografisk enhed*

DANREHAB-studiet blev udført på Bispebjerg Hospital i perioden 1997 til 2003; det indgår i øvrigt som et af projekterne i MTV-rapporten (4). I projektet blev der etableret en hjerterehabiliteringsenhed, som samlede delelementerne fra hjerterehabilitering i en enkelt og samlet geografisk enhed. Hjerterehabiliteringen omfattede lægekonsultation, ambulatoriekontrol, samt tilbud om individuelle samtaler med sygeplejerske, patientundervisning, støtte til kostomlægning og seks ugers intensiv fysisk træning (i umiddelbar nærhed af den øvrige hjerterehabilitering på hospitalet). Desuden var der tilbud om hjælp til rygestop. Tilbuddet blev tilrettelagt ud fra individuelle hensyn.

I alt var 78 % af de patienter, som accepterede at deltage i projektet (47 % af de inviterede accepterede at deltage), vedholdende med deres deltagelse²². Et af de mange resultater fra projektet var, at signifikant flere hjerterehabiliteringspatienter fik en hjertevenlig livsstil og en forbedring af deres samlede risikoprofil, sammenlignet med patienter der modtog sædvanlig efterbehandling (5).

4.3.2 *Socialt differentieret hjerterehabilitering*

Projektet 'I gang igen efter blodprop i hjertet' var et sygehusbaseret rehabiliteringsforløb på Medicinsk Kardiologisk Afdelings Rehabiliteringsenhed ved Århus Sygehus i perioden september 2002 til januar 2004. Patienter, der blev indlagt med deres første blodprop, blev inden udskrivelse (fase 1) tilbudt individuelt tilpasset rehabilitering. Ved hjælp af en systematisk tilgang til inklusion og henvisning til socialt differentieret hjerterehabilitering på baggrund af patienternes uddannelse og samlivssituation lykkedes det at øge andelen af patienter, der deltog i hjerterehabilitering til 84,5 %. Dette var en stigning på 13,3 procentpoint, når der blev sammenlignet med en historisk kontrolgruppe (6).

²¹ Søgeprotokollen er medtaget som Bilag 8.

²² Højest afbud til to af aftalerne i det planlagte forløb.

4.3.3 Hjerterehabilitering i kommunalt regi

Det første sundhedscenter i Danmark, Sundhedscenter Østerbro blev startet i 2004. Den eneste danske evaluering af effekten af rehabilitering i kommunalt regi er baseret på resultater herfra. Udviklingsprojektet 'Sammenhængende indsats for kronisk syge' (SIKS) var et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Københavns Kommune (gennem Sundhedscenter Østerbro) og de praktiserende læger på Østerbro. I projektperioden (2004-2007) fik 564 borgere et rehabiliteringstilbud på Sundhedscenter Østerbro. Indsatsen rettede sig mod rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), type 2 diabetes, hjertesygdom samt fald- og balanceproblemer (29).

Evalueringen af projektet viser overordnet set, at det lykkedes at skabe et effektivt kommunalt rehabiliteringstilbud i Sundhedscenter Østerbro samt et velfungerende samarbejde om rehabilitering på tværs af faggrupper og sektorer. Det fremhæves, at effekten af rehabiliteringen er sammenlignelig med resultater opnået i andre studier i hospitalsregi. Således opnåede borgere, som gennemførte forløbet signifikant bedre funktionsevne. I alle patientgrupper blev livskvaliteten ligeledes forbedret på parametre som fysisk funktion, alment helbred og energi (30). På baggrund af den positive effekt af rehabilitering i sundhedscentret formodes det i evalueringen, at tilbuddet vil medføre et reduceret forbrug af regionale sundhedsydelser; en forudsætning herfor er imidlertid, at de opnåede livsstilsændringer fastholdes (4;7;30).

I flere danske kommuner har man udviklet forløbsprogrammer for hjerterehabilitering – til tider kaldet 'hjerterækker'. Forløbsprogrammerne for rehabilitering på hjerteområdet har mange fællestræk, men det fremgår også, at der er stor variation i tilbuddene afhængig af de tilgængelige ressourcer og kompetencer (31). Størstedelen af forløbsprogrammerne er i implementeringsfasen eller tidlig drift. Kolding Kommune har imidlertid siden august 2007 tilbudt sammenhængende forløb for hjerterehabilitering i samarbejde med praktiserende læger og Kolding Sygehus²³.

4.3.4 De tre projekters betydning

Sammenfattende kan det konstateres, at de tre netop omtalte projekter (4;6;29) alle har haft betydning for udformningen af projektet 'Gode rammer for hjerterehabilitering'. Østerbro-projektet SIKS har således givet inspiration til det tværsektorielle samarbejde (29), mens modellen for social differentiering er baseret på resultaterne fra Århus-projektet. Som referencepunkter for den kvantitative del af evalueringen af dette projekt anvendes de kliniske evalueringsresultater fra DANREHAB-studiet og deltagelsesgraden fra Århus-projektet (4;6). Disse vil indgå i diskussionen af effekt og deltagelse (afsnit 7.2.5). Se evt. Bilag 9 for en kortfattet beskrivelse af tilbuddene i de to projekter.

²³ Tilbuddet er beskrevet i en publikation fra Kolding Kommune: <http://www.kolding.dk/pdf/20091116124344.pdf> (25. august 2010).

5. Data og metoder

I evalueringen af projektet 'Gode rammer for hjerterehabilitering – et partnerskabsprojekt' er der gjort brug af mange kilder og forskellige metoder, som vi indledningsvist kort beskriver med reference til de tre evalueringsformål i afsnit 2.3. Herefter følger en mere detaljeret gennemgang af datamaterialet og metoder ved evalueringen. Disse afsnit kan evt. springes over af læsere, som ikke er interesseret i de specifikke metodebeskrivelser af evalueringens delelementer.

Ad a. Effekten

Med henblik på at vurdere effekten af implementering af eksisterende retningslinjer for hjerterehabilitering er der foretaget:

1. En før- og eftermåling for de deltagende patienter mht. udvalgte medicinske data, test af fysisk formåen, rygning, og depression.
2. En beregning af de kommunale omkostninger ved kommunal hjerterehabilitering.
3. En undersøgelse af patienters tilfredshed med hjerterehabiliteringsprogrammet og deres oplevelse og vurdering af sammenhængende og koordinerede forløb.

Evalueringen af effekten er baseret på:

- ◆ Individuelle effektdata, som er registreret i en projektdatabase.
- ◆ Interview med udvalgte patienter.
- ◆ Oplysninger fra sygehus og kommune.
- ◆ Et spørgeskema, der er sendt til samtlige patienter ved indkaldelsen til 12 måneders kontrollen.

Ad b. Fordele og ulemper

For at belyse fordele og ulemper ved at basere samarbejdet om hjerterehabilitering på de fem elementer; hjerteplaner, en kommunal forløbskoordinator, hjertegrupper, partnerskab med ikke offentlige organisationer og en fælles kommunikationsplatform, er der foretaget en analyse af:

1. De involverede parter oplevelse af realiseringen – og den manglende realisering – af de enkelte delelementer.
2. Patienternes deltagelse i tilbuddet om hjerterehabilitering (fx antal deltagere, graden af deltagelse af de forskellige deltilbud i hjerterehabiliteringen).
3. Det var også hensigten at beregne omkostningerne, der er forbundet med deres drift. Det bør allerede her bemærkes, at det ikke har været muligt på det foreliggende datagrundlag.

Analysen er baseret på:

- ◆ Spørgeskema til patienter (omtalt ovenfor).
- ◆ Interview med patienter (to fokusgruppeinterview) suppleret med to telefoninterview.
- ◆ Interview med personer fra de parter, som har været involveret i projektet: Medarbejdere på sygehus (fire gruppeinterview), personale i Nyborg og Faaborg-Midtfyn Kommuner (fire gruppe-

interview), repræsentanter for almen praksis (ni telefoninterview), Region Syddanmark (to telefoninterview) samt Hjerteforeningen (et gruppeinterview og et individuelt interview).

- ◆ Individuelle data om deltagelse, som registreres i den netop omtalte database
- ◆ En opgørelse over kommunens udgifter til de enkelte elementer.

Ad c. Anvendelse

I kapitel 7 diskuterer vi resultaterne af den samlede evaluering for at vurdere muligheden for og fordelagtigheden ved at anvende fire af de fem planlagte delelementer (hjerterplaner, en kommunal forløbskoordinator, målrettet inddragelse af Hjerteforeningen som ressource og en fælles kommunikationsplatform).

Strukturen i det resterende metodeafsnit og præsentationen af resultaterne

Af hensyn til overskueligheden har vi efterfølgende valgt at organisere rapporten på tværs af de tre evalueringspunkter (a-c). Det betyder, at der efterfølgende kommer en mere detaljeret gennemgang af datamaterialer og metoder i forhold til:

1. Organisation – baseret på dokumentstudier og interview med partnerskabet.
2. Effekt hos patienterne og deltagelse – baseret på registreringer i databasen.
3. Patienterne – baseret på spørgeskemaer henholdsvis interview med patienter.
4. Kommunale omkostninger – baseret på de kommunale regnskabssystemer.

5.1 Organisation

Den organisatoriske evaluering beskæftiger sig med partnerskabets konstitution og udvikling gennem projektforløbet. Denne del af evalueringen er baseret på gennemgang af mødereferater, korrespondance og andet skriftlig dokumentation af projektet. Der er foretaget gruppeinterview, interview og telefoninterview med involverede parter samt fokusgruppeinterview og telefoninterview med patienter. Forud for interviewene er der foretaget en indledende litteratursøgning på organisering af hjerterehabileringsindsatser i en dansk, nordisk og europæisk kontekst med henblik på at afdække lignende projekter og inddrage erfaringer herfra (jf. Bilag 8). Resultaterne fra litteratursøgningen er præsenteret i afsnit 4.3.

5.2 Metode i den organisatoriske evaluering

Den organisatoriske evaluering af projektet om 'Gode rammer for hjerterehabilerings – et partnerskabsprojekt' er baseret på en række antagelser om udviklingen af samarbejdet mellem de involverede parter i dette partnerskab. Partnerne, der har berøring med interventionen, omfatter Afdelingen for Kommunesamarbejde i Region Syddanmark, sygehusafdelinger primært på Svendborg men også på Nyborg Sygehus, hjemmesygepleje og terapeutgrupper i de berørte kommuner, praktiserende læger samt Hjerteforeningen med hovedkontor og lokalkontor. Patienterne er ikke medtaget som partner i den organisatoriske analyse, da det er valgt at fokusere på de aktører, som indgik i partnerskabsaftalen. Patienterne er således placeret som modtagere af ydelser i analysen, mens deres rolle som medskabere af indholdet af rehabiliteringen ikke er central i den organisatoriske evaluering.

Strukturreformen og den samtidige Sundhedslov danner baggrund for en række antagelser om de organisatoriske mål med interventionen. Bestemmelserne i Sundhedsloven beskriver kommunernes pligt til at indgå samarbejdsaftaler med regionen om den patientrettede forebyggelsesindsats, hvor

Sundhedsstyrelsen, som tidligere beskrevet, har placeret rehabilitering som en del af forebyggelse og sundhedsfremme (afsnit 4.1). Dette peger på, at det forventes, at der udvikles nye samarbejdsformer mellem kommuner og region. Efterfølgende er der i Sundhedsstyrelsens skitse til forløbsprogrammer på det medicinske område opstillet forventninger om, at patienter med kronisk sygdom tildeles en tovholder, der koordinerer den samlede sundhedsfaglige indsats, løbende vurderer patientens helbred, systematisk følger op og bidrager til at fastholde behandlingsmål. Her påpeges det, at tovholderfunktionen i forhold til kroniske patienter naturligt kan forankres i det kommunale sundhedsvæsen (21). Der er således en række regulative (gennem lovgivning) og normative (gennem nedskrevne forventninger) forhold, der vedrører de involverede aktører i projektet, hvilket medfører, at det kan forventes, at der foregår en udvikling i samarbejdsrelationerne.

I det konkrete interventionsprojekt om hjerterehabilitering er der indgået en 'partnerskabsaftale', der dels opregner hvilke parter, der er involveret, samt fastlægger hvilke mål de enkelte parter har i samarbejdet. Det forhold, at hver part har opstillet særskilte mål, giver yderligere anledning til at opstille antagelser om, at der i løbet af projektperioden vil ske en organisatorisk udvikling hos hver af parterne. Da aftalen danner baggrund for gennemførelsen af en intervention, som sigter på indførelse af en række samarbejdsrutiner, er det en rimelig antagelse i den organisatoriske evaluering, at samarbejdet ville undergå løbende forandringer gennem den udviklingsproces, som udspillede sig i relationen mellem de medvirkende parter.

Samlet er der således tale om en række begrundede formodninger om, i hvilken retning hjerterehabiliteringsprojektet ville udvikle sig, og dette blev yderligere suppleret med erfaringer fra de beslægtede interventionsprojekter, som vi har identificeret gennem litteratursøgning. Der kan således etableres en platform for den organisatoriske evaluering gennem opstilling af både teoretiske og empiriske antagelser om interventionsprojektets forløb. Denne tilgang til evaluering kan omtales som 'virkningsevaluering' eller som 'tilvækstanalyse', der tager udgangspunkt i '*at reducere usikkerhed om indsatsens effekt ved etablering af sandsynlige sammenhænge*' (32). Antagelserne om sandsynlige sammenhænge baseres på forskernes eller evaluatorenes teorier om et programs (eller i dette tilfælde en interventions) forløb, dvs. programteori.

5.2.1 Programteori

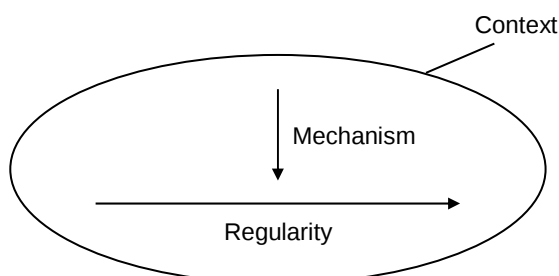
En programteori er kort fortalt 'forestillinger om, hvorfor og hvordan en given indsats virker' (33). Programteorien skal med andre ord udgøre evaluatorenes formodning om, hvordan en intervention udmøntes i resultater. Formålet med dette er, at evaluatorene kan opstille nogle kvalificerede formodninger om, hvilke resultater, der opnås gennem en intervention, således at der er noget at måle udkommet eller udbyttet i forhold til. Nogle gange sammenlignes programteori i evaluering med de hverdagsforestillinger, som vi fx har i vores arbejdsliv (34). I andre sammenhænge forbindes og præciseres dette perspektiv gennem brug af viden fra relevant samfundsvidenskabelig forskning, resultater fra tidligere evalueringer, diskussioner og interview med praktikere og planlæggere samt de nævnte hverdagsforestillinger og sund fornuft (35).

'Virkningsevaluering' og 'programteori' tager udgangspunkt i en sammenhæng mellem en kontekst, hvor interventionen foregår, nogle mekanismer der bruges til at få interventionen til at lykkes, samt de formodninger der kan opstilles om et output/et resultat af interventionen. Mere teknisk kan det siges, at man forsøger at opstille idéer om virkningsmekanismer i interventionen – hvad virker og hvorfor. Det kaldes også en 'lovbundethed' (regularity), og denne ses som en konsekvens af en mekanisme. Det vigtige at understrege er så, at regulariteten og mekanismens konkrete funktion ikke er generel, men er knyttet til en bestemt kontekst. Idéen om udvikling af viden lægger således afstand til den positivistiske idé om identifikation af generelle mekanismer gennem udførelse af eksperimentelle labo-

ratorieforsøg og tager i stedet udgangspunkt i at beskrive forholdet mellem kontekst, årsag (mekanisme) og virkning (regularitet) (33;35).

Forholdet kan illustreres som vist i Figur 5.1:

Figur 5.1 Forholdet mellem mekanisme og regularitet.



Kilde: Tilley 2000 ((35), s. 5).

En kort forklaring af nogle af de teoretiske forudsætninger for programteori er medtaget som Bilag 10.

Med udviklingen af en programteori i evalueringen af en intervention bliver det derfor muligt at opstille kriterier for evalueringens indhold. Det bliver muligt for evaluatoren at konstruere et system af formodede årsags-virkningsforhold, som rækker ud over de målsætninger, som initiativtagerne til en given intervention har opstillet. I stedet bliver det muligt for evaluatoren at udvikle et koncept for en proces-evaluering af interventionen, der indeholder en række parametre med organisatorisk indhold.

Programteori som evaluatorens teori om programmet – hvor programmet i dette tilfælde består i et sammenhængende hjerterehabiliteringsforløb med deltagelse af Faaborg-Midtfyn og Nyborg Kommuner, OUH Svendborg Sygehus og Sygehusenheden Nyborg, Odense Universitetshospital, Hjertereforeningens Rådgivningscenter i Odense samt de involverede praktiserende læger – kan konstrueres af tre elementer: *context, mechanism and outcome* ((36), s. 193). Modellen baseres på forestillingen om, at visse kontekstuelle forhold kombineret med en række procesmekanismer kan ventes at føre til et bestemt outcome, dvs. outcome ses som en funktion af kontekst og mekanisme: Outcome = context + mechanism. Dette benævnes ofte en CMO-model. En simpel CMO-model for kommunal hjerterehabilitering udformes som vist i Box 5.2.

Box 5.2 En simpel Context-Mechanism-Output-model.

Context	Mechanism	Output
Et politisk og fagligt ønske om udvikling af samarbejdsrelationer mellem hjerterehabilitering på sygehus, i kommune og hos praktiserende læge.	Partnerskabsaftale. Hjerterehabiliteringsplaner. Forløbskoordinator.	Udvidet samarbejde. Øget dialog. Forbedret oplevelse blandt patienterne af sammenhængende forløb.

5.2.2 CMO-model for programevaluering af hjerterehabiliteringsprojekt

Som det ses, er princippet at skabe en mulighed for at evaluere gennem at skabe en begrundet forventning om et bestemt output i den givne kontekst og med brug af givne mekanismer. Ud fra vores viden forud for evalueringen kan vi skitsere en CMO-model for evalueringen af projektet om hjerterehabilitering, se Box 5.3.

Box 5.3 En CMO-model for programevaluering af hjerterehabiliteringsprojektet: Gode rammer for hjerterehabilitering – et partnerskabsprojekt.

Kontekst	Mekanisme	Output
<i>Opgaven: Hvilken patientgruppe, hvilke behov har patientgruppen, hvilken politisk baggrund er der for interventionen, hvilke overordnede krav er der om involvering af de forskellige parter på sundhedsområdet.</i>		
Patientgruppe, som lider af kronisk sygdom har behov for sammenhængende rehabilitering bestående i fysisk træning, psykisk støtte og social bistand. Politisk krav om udvikling af kvaliteten af rehabilitering for hjertepatienter. Strukturreformen: Politisk beslutning om, at kommunerne skal løse nye opgaver inden for rehabilitering. Det skal samtidig ske i en kontekst, hvor der er øget samarbejde mellem regioner og kommuner.	Normativt pres for forbedring af rehabiliteringsindsatsen generelt og hjerterehabilitering specifikt. Strukturel placering af ansvar for hjerterehabiliteringen mellem region og kommuner. Regulativt (strukturelt) og normativt pres for udvidet samarbejde mellem region og kommuner om hjerterehabilitering.	Afklaring af opgavens indhold. Forslag om løsning af opgaven inden for rammerne af Strukturreformen. Afklaring af rammer for gennemførelse af forbedrede patientforløb. Plan for hjerterehabilitering med inddragelse af relevante parter.

Kontekst	Mekanisme	Output
<i>Kompetencer: Hvilke kompetencer kræves for at kunne give de relevante tilbud til patienterne, hvordan identificeres kompetencerne, hvilke kompetencer kræves til gennemførelse af tværgående koordinering, etc.</i>		
De nødvendige kompetencer for hjerterehabilitering er spredt på flere faggrupper. Der er forskellige faglige kompetencer involveret i rehabiliteringen repræsenteret gennem faggrupper på sygehuse, i kommuner, i almen praksis m.v.: - Læger – sygehus og praksis. - Sygeplejersker. - Fysio- og ergoterapeuter. - Andre faggrupper.	Placering af ansvar for rehabiliteringsopgaverne hos de forskellige faggrupper på sygehus, i kommuner, i almen praksis, blandt andre medvirkende. Systematisk udvikling af kompetencer i hjerterehabiliteringen. Systematisering af indsatsen gennem inddeling af hjerterehabilitering i faser afhængig af patientens rehabiliteringsforløb blandt de medvirkende parter: 1, 2A, 2B og 3. Koordinering / kontinuitet.	Opnåelse af et højere niveau af kompetencer blandt de involverede fagpersoner. Opnåelse af en rehabiliteringskæde med de rette kompetencer i rehabiliteringens enkelte faser. Overensstemmelse mellem anvendelsen af faglige kompetencer langs patientforløbene efter den trinvis plan for rehabilitering. Kompetencer vedrørende koordinering/ kontinuitet.

Kontekst	Mekanisme	Output
<i>Organisering – kompleksitet</i>		
Kompetencer og fagligheder er spredt på flere organisatoriske enheder/mellem flere parter: Sygehuse, kommuner, praktiserende læger og Hjertereforeningen. Dette tydeliggør potentielt: - Behov for aftaler. - Koordineringsproblemer. - Kulturforskelle.	Overordnet: Sundhedsaftaler mellem kommune og region. Generelt: Systematisering af opgaveløsning på tværs af sektorer. Specifikt: Partnerskabsaftale om hjerterehabilitering. Partnerskabsaftalen inkluderer projektorganisering inkl. styregruppe med repræsentanter fra partnerne. Løbende statusmøder. Specialisering af opgaver og fagpersoner. Forløbskoordinator.	Voksende gensidig forståelse af arbejdsmetoder. Øget gensidig forståelse af værdigrundlag. Øget fælles forståelse af behovet for koordinering og kommunikation. På denne baggrund en løbende tilpasning af indsatsen for og samarbejdet om hjerterehabilitering blandt parterne. Løbende tilpasning og udvikling af koordineringsopgaven. Forløbskoordinering.

Kontekst	Mekanisme	Output
<i>Organisering, offentlig-privat</i>		
Organiseringen af hjerterehabiliteringen foregår i et miks af offentlige og private parter: - Regionen: Sygehuset. - Regionen: Sundhedsmyndigheder. - Kommuner: Sundhedsforvaltning eller anden forvaltning. - Praktiserende læger. - Hjertereforeningen.	Partnerskabsaftalen peger på mål for henholdsvis offentlige og private parter. Partnerskabsaftale og styregruppe lægger op til opbygning af erfaringer med udveksling af ydelser mellem private og offentlige ydere. Aftaler mellem kommuner og Hjertereforeningen om indarbejdelse af ydelser fra Hjertereforeningen i den kommunale rehabilitering.	Opnåelse af sammenhængende tilbud på tværs af offentlig/privat grænseflade. Der opnås erfaringer med konstruktion af denne type samarbejde, som kan anvendes i den fremtidige planlægning og udvikling.

Kontekst	Mekanisme	Output
<i>Patienternes udbytte</i>		
Patienterne lider af en potentielt dødelig sygdom/tilstand. Patienterne har behov for en kombineret fysisk, mental og social rehabilitering.	Patienterne tilbydes en sammenhængende række af tilbud fra de involverede parter. Der tages initiativer til sikring af kontinuitet i tilbuddene (bl.a. gennemforløbskoordinering).	Patienterne får opfyldt en række af de behov, som de subjektivt oplever i forbindelse med deres sygdom. Kontinuitet for patienterne.

Denne opstilling af kontekstuelle forhold for interventionen, hvilke mekanismer der anvendes i interventionen og de forventede typer output, leder til en række evalueringsspørgsmål, som skal besvares gennem den organisatoriske evaluering:

1. Bliver der etableret et fælles mål med interventionen mellem partnerne i projektet, og fastholdes den fælles målsætning gennem projektet?
2. Sker der en tilpasning af de faglige kompetencer til de definerede opgaver i interventionen?

3. Sker der en udvidelse af den gensidige forståelse af arbejdsmetoder, værdier, kommunikation og koordination gennem interventionen?
4. Opnås der en udvidet forståelse for og praksis i samarbejdet mellem offentlige og private parter i hjerterehabiliteringen?
5. Er patienterne tilfredse med de leverede tilbud og sammenhængen mellem tilbuddene, og vurderer de, at de er i stand til at håndtere deres tilværelse med hjertesygdom som følge af det integrerede tilbud?

5.2.3 Interview

Interview med det sundhedsfaglige personale bidrager med et indblik i de forskellige faggruppers virke, deres erfaring med projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering' og deres professionelle vurdering af projektets forløb. Herudover kan materialet fra disse interview anvendes til at belyse, hvordan projektet er blevet forankret fra projektforslag til daglig praksis.

I maj 2007 blev der foretaget indledende interview med initiativtagerne til projektet/de stiftende medlemmer af styregruppen. Hensigten med disse interview – nogle foretaget per telefon – var at indsamle viden om parternes udgangspunkter, forventninger til samarbejdet samt de strukturelle forhold. Den primære dataindsamling, som analysen baserer sig på, har fundet sted i perioden november 2009 til februar 2010. Samtlige interview og fokusgruppeinterview er blevet optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet.

Vi har så vidt muligt forsøgt at interviewe sundhedsprofessionelle, politikere og andre aktører, der har været aktive deltagere i projektet. Der er således foretaget interview med de kommunale forløbskoordinatorer; ledende og trænende terapeuter i kommunen; tilknyttede diætister og kostvejledere; overlæge på OUH Svendborg Sygehus og overlæge på Odense Universitetshospital; rehabiliteringsteam bestående af sygeplejersker og terapeuter på OUH Svendborg Sygehus og Nyborg Sygehus; sundhedschef i Hjerterforeningen; hjertesyggeplejersker fra Hjerterforeningens Rådgivningscenter i Odense. I de tilfælde, hvor personalet har arbejdet sammen som team, er interviewene foretaget som gruppeinterview. Interviewene foregik i de fleste tilfælde på arbejdspladsen – dvs. på sygehus, i kommunens lokaler og i Hjerterforeningens Rådgivningscenter i Odense – inden for normal arbejdstid. Nogle interviewpersoner beklæder rollen som både styregruppemedlem og praktiker.

Interviewene med det sundhedsfaglige personale var semistrukturerede og fulgte en tematiseret interviewguide, på baggrund af hvilken der først er spurgt åbent ind til interviewpersonen eller interviewpersonernes oplevelse af det nye samarbejde om hjerterehabilitering; er der bedre sammenhæng for patienter nu, end der var tidligere – hvorfor og hvordan? De specifikke elementer i hjerterehabiliteringen blev gennemgået med afsæt i en forløbsstankegang, og vi spurgte målrettet ind til såvel de enkelte elementer som til de forskellige parter bidrag (jf. Bilag 11). Der var afsat en time til hvert af disse interview.

5.2.4 Telefoninterview

Der er foretaget telefoninterview med tre praktiserende læger i Faaborg-Midtfyn Kommune og fire praktiserende læger i Nyborg Kommune. Interviewene havde en gennemsnitlig varighed på en halv time og fokuserede på lægernes kendskab til og personlige erfaring med projektet. I Faaborg-Midtfyn Kommuner var de alment praktiserende læger udpeget af en sygeplejerske på OUH Svendborg Sygehus. I Nyborg Kommune formidlede forløbskoordinatoren kontakt til de alment praktiserende læger. Blandt de interviewede havde cirka halvdelen førstehåndserfaring med egne patienter, der havde del-

taget helt eller delvist i et rehabiliteringsforløb i projektregi. Herudover blev der foretaget telefoninterview med en række enkeltpersoner i projektet; fx med medlemmer af projektets styregruppe.

5.2.5 Dokumentstudier

Skriftlig dokumentation fra projektforløbet (fx mødereferater fra nedsatte udvalg, styregruppen, kurser, erfaringsmøder, m.m.) er gennemgået med henblik på at opnå indsigt i den udvikling, som projektet 'Gode rammer for hjerterehabilitering' har gennemgået i løbet af projektperioden. Informationer herfra er anvendt til at belyse de valg og prioriteringer, som løbende er sket gennem projektet. Det har ikke været muligt at lave en udtømmende gennemgang af projektets samlede udvikling fra 'idé' til 'drift'. I stedet har vi valgt at tage udgangspunkt i dokumentationen af centrale 'episoder' i projektfasen, som er refereret skriftligt i fx mødereferater. Disse episoder eller centrale temaer i projektforløbet har efterfølgende udgjort fokuspunkter for interview (jf. Bilag 11).

5.3 Deltagelse og effekt

5.3.1 Patienternes deltagelse

Der er herudover foretaget en evaluering af graden af deltagelse i hjerterehabilitering i forhold til i) deltagelse i projektet og ii) deltagelse i forskellige dele af hjerterehabiliteringstilbuddet. Denne del af evalueringen er baseret på registreringer i den tidligere omtalte database med oplysninger på individniveau.

Databasen omfatter således data, der kan føre til en opgørelse af:

1. Andelen af patienter som er henvist til hjerterehabilitering i forhold til antallet af relevante patienter til hjerterehabilitering henholdsvis andelen, som har modtaget tilbuddet.
2. Andelen af patienter der har deltaget i samtalerne med rehabiliteringssygeplejersken (indledende samtale og visitationssamtalen), henholdsvis har deltaget i kontrollerne (1-måneders-kontrollerne og 3- og 12 måneders kontrollerne) i forhold til antallet af deltagere i hjerterehabiliteringen.
3. Andelen af patienter der har deltaget i den fysiske træning på sygehuset henholdsvis i kommunerne i forhold til antallet af deltagere i hjerterehabiliteringen samt antal fremmøder.
4. Andelen af patienter der har deltaget i gruppeforløb (hjerterhold) og temaundervisning i Faaborg-Midtfyn Kommune henholdsvis i gruppesamtaler i Nyborg Kommune i forhold til antallet af deltagere i hjerterehabiliteringen samt antal fremmøder.
5. Andelen af patienter som har haft individuelle forløb med diætist/kostvejleder henholdsvis den kommunale forløbskoordinator og sygeplejerske fra Hjerterforeningen i forhold til antallet af deltagere i hjerterehabiliteringen og antal fremmøder.
6. Andelen af patienter som har fået udført en depressionstest i forhold til antallet af deltagere, som i hjerterehabiliteringen og resultatet heraf.

5.3.2 Klinisk effekt

Med henblik på at kunne vurdere den sundhedsmæssige effekt samt eventuelle ændringer i patienternes arbejdsmarkedstilknytning er der foretaget før- og eftermålinger på individniveau med henblik på at kunne beregne i) andelen af patienter som opnår de medicinske behandlingsmål for fx blodtryk, kolesterolværdier m.fl., ii) gennemsnitlige værdier samt ændringer over tid for de forskellige hjerterehabiliteringsgrupper (udvidet og standardforløb) henholdsvis for alle deltagere i hjerterehabiliterin-

gen samlet set. Herudover indgår der også forhold, der vedrører livsstil, depression og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Samlet set indsamles der således følgende oplysninger på individniveau:

1. Grunddata
 - Køn og alder
 - Sociale forhold om bo- og samlivsform og uddannelse
2. Medicinske målinger
 - Blodtryk (systolisk blodtryk og diastolisk blodtryk)
 - Kolesterol (total kolesterol og LDL-kolesterolet (Low Density lipoproteiner))
3. Livsstilsfaktorer
 - Rygerstatus
 - Body Mass Index (BMI)
 - Kondition
4. Depression
 - Test for depression
5. Arbejdsmarkedsforhold
 - Beskæftigelsessituation.

Konditionstallene er baseret på 'Borg 15'-testen (RPE-testen), alternativt er der gjort brug af '6-minutters gangtesten' for de patienter, der ikke kan deltage i førstnævnte. Konditionstesten er taget på tre tidspunkter: Ved start og slut af den fysiske træning på sygehus og afslutningen af den fysiske træning i kommunerne.

Vurderingen af, om patienterne har depression, er baseret på en depressionstest, som er udført af rehabiliteringssygeplejerskerne jf. vejledningen side 20 i 'Manual: 'I gang igen efter blodprop i hjertet. Socialt differentieret hjerterehabilitering', som Hjerteforeningen og Region Midtjylland har udgivet (37). Heraf fremgår det, at hvis patienten blot svarer 'lidt' til seks spørgsmål²⁴, skal undersøgeren overveje, om patienten lider af depression. Det er i dette projekt sket gennem rehabiliteringssygeplejerskens øvrige samtale med patienten.

Patienternes arbejdsmarkedstilknytning på tidspunktet for 12 måneders kontrollen er afdækket for dem, der enten var i arbejde, arbejdsløs eller var på førtidspension ved baseline. I Faaborg-Midtfyn Kommune har jobcenteret varetaget opgaven, mens en studentermedhjælp i Afdelingen for Kommunesamarbejde har taget telefonisk kontakt til den enkelte af hjertepatienterne i Nyborg Kommune.

Statistiske test

Der er ikke udarbejdet statistiske signifikanstest, da antallet af deltagende hjerterehabiliteringspatienter er tilstrækkeligt stort til at opnå tilstrækkelig styrke til at finde signifikante forskelle mellem eksempelvis de patienter, der deltager i et fuldt hjerterehabiliteringsprogram og de, der falder fra undervejs i forløbet. Det kan heller ikke forventes, at man kan finde forskelle mellem grupper, som får for-

²⁴ Patienten bliver spurgt om følgende: 'I de sidste 4 uger, hvor meget er du generet af: 1. At føle dig nedtrykt? – 2. En følelse af ingenting at være værd? – 3. Tanker om at gøre en ende på dit liv? – 4. En følelse af at være fanget i en fælde? – 5. At føle dig ensom? og 6. Selvbeprejdelse?

skellige hjerterehabiliteringstilbud (udvidet henholdsvis standard hjerterehabilitering). Dette vanskeliggøres yderligere af, at det ikke er det samme tilbud, som er givet i de to kommuner.

5.3.3 Dataindsamling og databehandling

Alle oplysninger er baseret på baseline data (indsamlet under patienternes indlæggelse, ved den indledende samtale og/eller visitationssamtalen) henholdsvis ved 12 måneders kontrollen ved rehabiliteringssygeplejerske. Undtagelsen herfra er patienternes selvrapportering ved tre måneders kontrollen af, om de har konsulteret egen læge for depression.

Efter tilladelse fra Datatilsynet er alle oplysninger samlet i en database, som er oprettet af og fysisk er liggende i DSI. Indtastning af data er foretaget af en student i Region Syddanmark med hjælp fra en af hjerterehabiliteringssygeplejerskerne på basis af oplysninger fra patienternes elektroniske patientjournal (EPJ) og fra kommunernes omsorgssystem. I databasen indgår der ingen CPR-numre, men kun løbenumre. Databehandlingen er foretaget af en medarbejder i DSI. Nøglen mellem patienternes CPR-numre og løbenumre er opbevaret af projektlederen i Region Syddanmark. Der indgår ingen oplysninger i denne rapport, som direkte kan henføres til en enkelt patient.

5.4 Patienterne

Patienternes tilfredshed og vurderinger af sammenhæng i hjerterehabiliteringsforløbet er undersøgt gennem spørgeskema (jf. Bilag 12 og 13) og fokusgruppeinterview med udvalgte patienter (jf. Bilag 14).

5.4.1 Spørgeskema

I spørgeskemaet er der overordnet set foretaget en evaluering af patienternes oplevelse af og tilfredshed med informationsniveauet, delelementer i hjerterehabiliteringstilbuddet samt sammenhængende og koordinerede forløb. Spørgeskemaet er udarbejdet med inspiration fra DANREHAB-studiets undersøgelse af patienternes tilfredshed med behandlingen (4) og Kræftens Bekæmpelses undersøgelse af, hvad kræftpatienter har brug for (38).

Spørgeskemaet omfatter 21 lukkede spørgsmål:

- ◆ Fire items om hvorvidt patienten føler sig informeret om: Sin hjertesygdom, undersøgelserne, behandlingen og hjertemedicinen.
- ◆ 14 items om graden af tilfredshed og behovsopfyldelse i forhold til: Kontrolbesøgene, det fysiske træningstilbud, den psykiske støtte, samtaler med personale, rygestoptilbud, kostomlægning samt hjælp eller rådgivning til håndtering af arbejdsmæssige konsekvenser efter sygdommen.
- ◆ Et item om patienternes oplevelse af: Sammenhæng i hjerterehabiliteringstilbuddet.
- ◆ Herudover er der to items om: Patientens oplevelse af samarbejdet i partnerskabet.

Spørgeskemaerne er udsendt af rehabiliteringssygeplejerskerne på OUH Svendborg Sygehus sammen med indkaldelsen til 12 måneders kontrollen. I følgebrevet til patienterne er der redegjort for, at det er en undersøgelse, som er foretaget af DSI med henblik på at forbedre den fremtidige hjerterehabilitering. Det betyder, at patienterne har returneret spørgeskema-besvarelsener direkte til DSI i den medsendte frankerede kuvert. Rehabiliteringssygeplejerskerne har efterfølgende sendt rykkere ud til de, der ikke har besvaret spørgeskemaerne på baggrund af oplysninger fra DSI om, hvilke spørgeske-

maer²⁵ der er modtaget. Der henvises til Bilagene 12-13 for spørgeskema, følgebrev og rykkerskrivelse.

Vi gør endvidere opmærksom på, at alle inkluderede patienter har fået tilsendt et spørgeskema uanset graden af deltagelse i de enkelte tilbud. Der har således ikke været stillet krav om, at patienterne skulle deltage i fx de kommunale gruppesamtaler, for at de kunne besvare spørgsmålene om, hvorvidt de er af den opfattelse, at de er blevet 'tilbudt de samtaler eller den psykiske støtte, som de havde brug for'. Det er således patienternes subjektive oplevelse, der søges afdækket.

Besvarelserne af spørgeskemaerne er indtastet af en student i DSI med efterfølgende kontrol af en anden person. Oplysningerne er efter tilladelse fra Datatilsynet efterfølgende koblet sammen med oplysningerne i den tidligere omtalte database.

I præsentationen i denne rapport er fire svarmuligheder blevet slået sammen til to kategorier; fx er 'i høj grad' og 'i nogen grad' slået sammen til én kategori, hvilket også er tilfældet for 'i ringe grad' og 'slet ikke'. Dette er gjort for at gøre tabellerne mere overskuelige.

5.4.2 Interview med patienter

Patienterne er de eneste, som indgår i samtlige kontakter i hjerterehabileringsforløbet. De er den eneste kilde til et indblik i, hvordan rehabiliteringsforløbet opleves at fungere i sin helhed. Fokusgruppeinterviewene har således til formål at belyse udvalgte patienters subjektive oplevelse af og tilfredshed med rehabiliteringsforløbet.

Der er foretaget ét fokusgruppeinterview i hver kommune med patienter, der har afsluttet projektforløbet, dvs. har været til 12 måneders kontrol. Patienter til fokusgruppeinterview blev udpeget af de kommunale forløbskoordinatorer. Patienterne var udvalgt, så både borgere i standard- og udvidet forløb var repræsenteret. Fokusgrupperne blev foretaget om formiddagen i henholdsvis Nyborg og Faaborg-Midtfyn Kommuner lokaler. Der er efterfølgende foretaget telefoninterview med inviterede borgere, der var forhindret i at møde til fokusgrupperne. Aldersspredningen i den samlede gruppe af patienter, som vi interviewede, var 44-69 år.

I Faaborg-Midtfyn deltog syv borgere i fokusgruppen, en kvinde og seks mænd. Efterfølgende er der foretaget telefoninterview med en mandlig borger, som var forhindret i at deltage i fokusgruppen. Af de interviewede borgere var to førtidspensionerede, en på efterløn, tre var pensionerede, en var i arbejde og en var sygemeldt fra arbejdsevneafklaring. Syv borgere var gifte eller samlevende, en var enlig. Seks af deltagerne var stratificeret til udvidet forløb, to var stratificeret til standardforløbet.

I Nyborg Kommune deltog fire borgere i fokusgruppen, to kvinder og to mænd. Der er efterfølgende foretaget telefoninterview med en mandlig borger. To af borgerne var på efterløn, to var i arbejde, mens der ikke har været tilgængelige oplysninger om beskæftigelse for den sidste af borgerne, som deltog i fokusgruppen. Samtlige borgere var gifte eller samlevende. Samtlige borgere var stratificeret til standardforløbet, men en borger deltog i det udvidede forløb.

De interviewede borgere er alle diagnosticeret med iskæmisk hjertesygdom og har fået foretaget enten bypass eller ballonudvidelse på OUH Odense Universitetshospital; en enkelt patient har fået foretaget bypass på HjerteCenter Varde. Samtlige interviewede patienter var blevet tilbudt seks ugers genoptræning i sygehusregi og seks ugers rehabilitering i kommunalt regi og har deltaget i væsentlige dele af det. De havde ved interviewtidspunktet været til 12 måneders kontrol og derved formelt afsluttet deres forløb.

²⁵ Rehabiliteringssygeplejerskerne har anført løbenummer på spørgeskemaerne.

Fokusgruppeinterview som metode tager udgangspunkt i, at deltagerne har et fælles erfaringsgrundlag, der bringes i spil i udveksling med de andre deltagere. Ved at tage udgangspunkt i en fælles erfaring, i dette tilfælde patienternes individuelle sygdomshistorier med den samme sygdom, bliver det muligt at facilitere en diskussion, som hjælper til at udforske og sætte de forskellige erfaringer med rehabiliteringsforløbet i spil i forhold til hinanden. Under interviewet bad vi patienterne beskrive hjerterehabiliteringsforløbet, som de har oplevet det, fra indlæggelse og frem til tidspunktet for fokusgruppeinterviewet. Der blev givet plads til patienternes egne fortællinger og oplevelser af forløbet. Efterfølgende spurgte vi aktivt ind til emner vedrørende sammenhæng mellem tilbuddene (generelt), og den kommunale forløbskoordinator (specifikt) (jf. interviewguide i Bilag 14).

Der er ikke foretaget interview med patienter, som har valgt tilbuddet om hjerterehabilitering fra. Vi kan således ikke belyse problemstillinger i forhold til årsager bag fravalg af tilbuddet. På baggrund af de gennemførte interview kan vi heller ikke sige noget om karakteristika for de patienter, der vælger tilbuddet til, og dem der vælger det fra.

5.4.3 Analyse af interview

I analysen af interviewene har vi foretaget en tværgående tematisering – dvs. uddraget og prioriteret de problematikker, der er fremtrædende i datamaterialet. I resultatafsnittet er disse problematikker belyst ved hjælp af direkte citater fra interview og uddrag fra dokumenter som kontekstualiseres og diskuteres i kapitel 7.

5.5 Kommunale omkostninger

De kommunale omkostninger ved kommunal hjerterehabilitering er beregnet for hver af de to kommuner Nyborg og Faaborg-Midtfyn. Omkostningerne ved forbrug er søgt fordelt på etablering/forberedelse af tilbuddet (1. april 2008 - 31. august 2008) og daglig drift for det tidsrum, det tog, at få de inkluderede hjerterehabiliteringspatienter igennem det kommunale tilbud (1. september 2008 - 31. oktober 2009).

Beregninger af de kommunale omkostninger ved kommunal hjerterehabilitering er foretaget i det omfang, kommunerne har kunnet præsentere omkostninger, der relaterer sig til kommunal rehabilitering af hjertepatienter. Der kan derfor forekomme omkostninger, som ikke er medtaget i disse beregninger. Det har fx ikke været muligt at foretage en specifik opgørelse af omkostningerne ved at udarbejde en hjerteplan, da der ikke har været datagrundlag hertil.

Følgende områder er inddraget i opgørelsen af omkostningerne:

- ◆ Personalets tidsforbrug til fysiske træning, patientundervisning og forløbskoordination
- ◆ Kommunale udgifter for Hjertereforeningens arbejde
- ◆ Transport
- ◆ Andet (materialer m.v.).

I denne evaluering opgøres de kommunale omkostninger ved kommunal hjerterehabilitering ikke pr. deltager, idet indhold og andelen af patienter med et udvidet forløb ikke er ens i de to kommuner samtidig med, at omkostningerne ikke holdes op mod opgjorte effekter.

Der gøres opmærksom på, at evalueringen alene omfatter de kommunale omkostninger ved etablering/forberedelse samt drift af kommunal hjerterehabilitering. De øvrige samarbejdspartners omkostninger er således ikke søgt estimeret.

5.5.1 Personalets tidsforbrug

Tidsforbruget er baseret på det registrerede timeantal/de ansattes normtid til projektet. I nogle tilfælde har det været nødvendigt at gøre brug af det skønnede timeforbrug. Tidsforbruget er omkostningsfastsat på basis af den gennemsnitlige månedsløn for kommunalt ansatte jf. Det Fælleskommunale Løndatakontor LOPAKS' beregninger for april 2009 for alle overenskomstansatte i kommunerne (inkl. pension) (39). Lønnen til fysioterapeuterne (i begge kommuner) og forløbskoordinatoren i Faaborg Midtfyn Kommune er baseret på månedslønnen for 'ergo- og fysioterapeuter'. Sygeplejerskernes månedsløn er baseret på gennemsnitslønnen for 'syge- og sundhedsplejersker'. Mens omkostningerne ved kostvejledning er baseret på et gennemsnit af månedslønnen for 'økonomaer, ernæringsassistenter og -elever' og 'ernærings- og husholdningsøkonomer', idet det er en diætist, der varetager denne funktion i Faaborg-Midtfyn Kommune versus en kostvejleder i Nyborg Kommune. Endelig er forløbskoordinatorens månedsløn i Nyborg Kommune baseret på et gennemsnit af månedslønnen for 'ergo- og fysioterapeuter' og 'syge- og sundhedsplejersker'. Der gøres opmærksom på, at de trænende fysioterapeuters ledes tidsforbrug til projektgruppemøder og lokale projektgruppemøder i kommunen ikke indgår i beregningen af de kommunale omkostninger.

5.5.2 Transport

Omkostningerne ved personalets transport er baseret på registrerede og i nogle tilfælde skønnede antal kørte km (når en egentlig registrering heraf har manglet) ganget med statens højeste takst for kørselsgodtgørelse (3,56 kr./km).

Transportomkostningerne ved patienttransport til kommunal hjerterehabilitering er i Nyborg Kommune baseret på fakturerede udgifter, mens de i Faaborg-Midtfyn Kommune er baseret på det faktuelle antal kørte km ganget med 3,56 kr.²⁶ Omkostningerne ved patienternes egen befordring i tilfælde af, at de selv er i stand til at transportere sig og har mere end 50 km. til sygehuset, er ikke opgjort. Det har ikke været muligt at separere disse kørsler til hjerterehabilitering fra anden befordring i kommunerne.

5.5.3 Lokaler

Omkostningerne ved daglig brug af de kommunale lokaler er ikke søgt opgjort for Faaborg-Midtfyn Kommune, da der ikke har været datagrundlag hertil. Træningen er foregået i kommunens egne lokaler, og der har ikke været omkostninger for kommunen i forbindelse med at etablere sig i lokalerne.

Nyborg Kommune lejer sig ind i de tidligere træningslokaler for Nyborg Sygehus. Beregningen af omkostninger ved lokaler er baseret på den månedlige husleje for brug af træningslokalerne. Omkostningerne ved daglig brug af træningslokalerne på Nyborg Sygehus er beregnet på basis af et kvalificeret, men forsigtigt skøn af belægningsgraden af lokalerne. Ifølge forløbskoordinatoren har man i Nyborg Kommune foruden hjerteholdet også syv andre hold, hver med 6-8 deltagere som kommer i træningslokalerne 1-2 gange om ugen á 1,25-2,25 timers varighed. Herudover foregår der også individuel træning (ca. 30 personer om dagen med et tidsforbrug på ½-1,5 time). Der er på basis af ovenstående foretaget en vægtning af brugen af lokalerne i forhold til det samlede antal personer og det gennemsnitlige tidsforbrug. Hjerteholdets andel er herefter ganget på de samlede omkostninger ved leje af træningslokalerne på Nyborg Sygehus. Herved beløber de samlede omkostninger sig til godt 44.000 kr. årligt.

²⁶ Det har ikke været muligt at foretage en mere eksplicit opgørelse, da regningerne til Faaborg-Midtfyn Kommune ikke er specificeret i forhold til den enkelte patient.

I en følsomhedsanalyse, hvor det er antaget, at der kommer 20 henholdsvis 40 personer dagligt til individuel træning (i stedet for 30 personer), beløber lokaleudgifterne til hjerteholdet sig til ca. 50.300 kr. henholdsvis 39.200 kr. Hvis det i stedet antages, at det gennemsnitlige tidsforbrug for 30 personer i individuel træning er på 1,0 time frem for 0,6 timer (anvendt i den initiale analyse) beløber hjerteholdets lokaleudgifter sig til 35.300 kr. Vurderingen er derfor, at estimatet på ca. 44.000 kr. for hjerteholdets belastning af lokaleudgifterne formentlig er overvurderet og snarere beløber sig til 35.000-40.000 kr. årligt.

5.5.4 Hjerteforeningens ydelser

De kommunale omkostninger ved Hjerteforeningens ydelser er baseret på de fakturerede udgifter.

5.5.5 Andet

Omkostningerne ved undervisnings- og træningsmateriale er baseret på de fakturerede udgifter.

6. Resultater

6.1 Organisation

I dette afsnit præsenteres resultater fra den organisatoriske del af evalueringen, som baserer sig dels på dokumentstudier, dels på interview med de involverede parter i projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering'. Der er foretaget indledende telefoninterview med udvalgte styregruppemedlemmer i maj 2007. Efterfølgende er der foretaget interview, telefoninterview og fokusgruppeinterview med relevante aktører i perioden november 2009 til februar 2010.

6.1.1 Ledelse og den overordnede styring

Projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering' er fostret på baggrund af et ønske om at arbejde systematisk, tværsektorielt og socialt differentieret med hjerterehabilitering samt at inddrage Hjertereforeningen som privat aktør. Ledelsesforholdene i projektet kan ses fra to perspektiver:

- ♦ For det første drejer det sig om den overordnede styring af projektet i opstarten og den løbende fastlæggelse af målsætninger.
- ♦ For det andet drejer det sig om den daglige ledelse af det sammensatte rehabiliteringstilbud, dvs. ledelse af produktionen af et sammenhængende tilbud mellem parterne i projektet – sygehuset, kommunerne, de praktiserende læger og Hjertereforeningen.

Ansvar for ledelsen af projektets igangsættelse og første implementering blev placeret hos en mindre gruppe personer ifølge såvel de skriftlige kilder som de interviewede. En kontakt mellem ledende medarbejdere fra Region Syd, Hjertereforeningen og OUH Svendborg Sygehus førte til idéen om projektet, der var affødt af strukturreformen og en fælles interesse i at udvikle hjerterehabilitering. Denne centralisering af idéfasen er ført videre i projektets struktur, primært gennem placering af projektlederen i Region Syddanmarks regi. Sekundært er det sket gennem etablering af den overordnede styregruppe, som repræsenterede initiativtagerne til projektet²⁷. Selv om andre parter end regionen var på banen i den formelle ledelse af projektførelsen, så er erfaringen fra fx en af de ledende kommunale repræsentanter, at den drivende kraft kom til at ligge i regionen, fx at: *'Regionen spurgte om, om vi ville være med til et projekt om hjerterehabilitering.'* Og det var også indtrykket fra deltagerne i projektets første udvikling: *'Der var ikke opstillet nogen særlig forventning for at kunne indgå i projektet. Vi forsøgte at finde ud af, hvor der var et sygehus, der havde lyst og interesse for at lave systematisk hjerterehabilitering tværsektorielt. [...] I forbindelse med dialogen mellem region og kommuner om sundhedsaftalerne viste Faaborg-Midtfyn interesse for patientrettet forebyggelse og rehabilitering – og så viste nabokommunen Nyborg sig også at være interesseret.'*

Ledelsen og den overordnede styring af projektet har været placeret hos en styregruppe, hvor alle partnere var repræsenteret. Denne styregruppe har haft det overordnede beslutningsansvar og har formelt mødtes fem gange i løbet af projektperioden. Et styregruppemedlem forklarer, hvordan ansvarsfordelingen har været: *'Jeg har været mest med i starten, da de skulle have sådan de mere overordnede linjer. Så har det været den mere hårdtarbejdende del af gruppen, der har filetet det til. Der*

²⁷ Men ikke fuldt ud alle parter, som indgik i arbejdet med hjerterehabiliteringen. Fx var plejepersonale og terapeuter fra sygehuse eller personalet på Hjertereforeningens center i Odense ikke repræsenteret, selv om styringen af projektet i nogle henseender var afhængig af disses indsats.

har været rigtig mange lokale forhold at tage hensyn til, helt ned på de fysiske rammer og sådan nogle ting i de to kommuner. Og der må jeg sige, at der har det meget været den mere aktive del af de egentlige aktører, der har taget hånd om det. Hvor vi [i styregruppen] har mødtes en gang hvert halve år, og hvis der så var noget, vi kunne bidrage med ved nogle af de beslutninger, så har vi da prøvet at gøre det. Men der må jeg blankt sige, at jeg har været med på et meget overordnet plan.'

Udmøntningen af projektet i praksis har i vid udstrækning været lagt ud til en nedsat projektgruppe. Projektgruppen har bestået af projektlederen, forløbskoordinatorer og repræsentanter for hjerterehabiliteringsteams i kommunerne, repræsentanter fra sygehusenes hjerteteams, samt sygeplejersker fra Hjertereforeningens lokale rådgivningscenter. Et konkret eksempel på denne ansvarsfordeling kan ses i styregruppens beslutning på styregruppemødet d. 19. maj 2008 om at lade det være op til projektgruppen at udarbejde den endelige udformning af patientforløbene, og derved fx tage stilling til hvorvidt forløbene skulle være åbne eller lukkede, individuelle eller gruppeforløb og hvorvidt der måtte forekomme ventetid mellem de seks ugers specialiseret ambulant genoptræning i sygehusregi og de efterfølgende seks ugers genoptræning og rehabilitering i kommunalt regi (40). Under projektperioden er der nedsat flere ad hoc projektgrupper bestående af praktikere på tværs af sektorer. Disse ad hoc projektgrupper har fungeret som fora for diskussioner og beslutninger om specifikke elementer i hjerterehabiliteringen.

De overordnede retningslinjer for projektet er blevet udarbejdet i styregrupperegion. Projektet er tilrettelagt og udfoldet i overensstemmelse med kliniske retningslinjer og efter nationale vejledninger, der beskriver samarbejdet mellem de kardiologiske afdelinger og primærsektoren (12;14). Kommunale opgaver nævnes ikke i hverken vejledning eller retningslinjer, da de kommunale sundhedsfaglige opgaver på dette tidspunkt var begrænsede. Nyskabelsen i projektet er således bl.a. en konkretisering af nye kommunale opgaver inden for den patientrettede forebyggelse som foreskrevet i strukturreformen og Sundhedsloven og en videre tolkning i projektet af hjerterehabilitering som en kommunal opgave.

Det ansvar som leverandør af ydelser i rehabiliteringsforløb, som kommunerne fik tildelt ved Struktur-reformen i 2007, var således nyt og krævede tilpasning blandt ledere og medarbejdere. Et styregruppemedlem med lægefaglig baggrund, som har medvirket til at udforme rapporten *'Hjerterehabilitering på danske sygehuse'* (12), peger på betydningen af at skabe en fælles terminologi: *'[Med rapporten] fik vi indført et sprog, så vi alle kunne begynde at tale sammen og diskutere forløbene og få en fast struktur på det.'*

Den konkrete fordeling af opgaver mellem aktørerne i de enkelte faser i projekt 'Gode rammer for Hjerterehabilitering' forholder sig til disse vejledninger og nationale retningslinjer. Men i løbet af projektperioden har Dansk Cardiologisk Selskab meldt ud, at hjerterehabiliteringens fase 1 og 2 fortsat bør foregå i sygehusregi (25;41). Et styregruppemedlem forholder sig således til denne udmelding: *'Det punkt hvor Dansk Cardiologisk Selskab har ønsket at markere sig, det er, at den fysiske genoptræning – den skal ligge på sygehusene. De forholder sig egentlig ikke ret meget til de andre bløde ting. [...] De vil gerne have, at patienten får de første seks uger i sygehusregi.'* Meget af forventningsafstemningen i forhold til opgavefordeling mellem sygehus og kommune har bundet i strukturreformens omdefinering af de kommunale sundhedsopgaver. Samme styregruppemedlem udtaler: *'Jeg vil sige, lige dengang vi var færdige med at beslutte, hvordan vi gerne ville have det inden for hjertekredse, da mente vi, at fase 2 skulle ligge på sygehuset. Men så kom strukturreformen, og så blev vi nødt til at kigge på, om det skulle gøres anderledes i fremtiden. I den forbindelse har sådan noget som tovholdere og forløbskoordinatorer været oppe at vende.'* Herudfra opstår ideen om en forløbskoordinator, som beskrevet af et styregruppemedlem: *'Det er nok det, folk skriger på, ikke? Patienterne mangler jo meget én, der ligesom får styret dem igennem det system her. [...] Jeg har selv været*

stor fortaler for det på mange måder, fordi jeg synes faktisk, at jeg kunne se, at det var den type person, vi mangler.

6.1.2 Partnerskabsaftalen

Ønsket om overordnet styring og ledelse gav sig også udtryk i, at man i styregruppen valgte, at projektet skulle være organiseret som et partnerskab, hvilket i styregruppens kommissorium defineres således, at *'alle parter har lige indflydelse på udviklingen og gennemførelsen af projektet, og der stilles gensidige forpligtelser indbyrdes mellem parterne til at deltage aktivt og engageret'* (9). Et medlem af styregruppen forklarer: *'Hele det der partnerskabsbegreb det var nyt for mig; der blev godt nok koblet en masse teori på det. Det var også meningen, at RUC [Roskilde Universitetscenter] skulle indover, som kunne alt det der teoretiske om, hvordan man inddrager patientforeninger og virksomheder og interesseorganisationer og offentlige institutioner²⁸. Der var en masse teori om det. Og vi diskuterede og diskuterede, men det var meget, meget svært at få noget konkret i det.'*

Ifølge en af projektets initiativtagere var det en forudsætning, at man i første række opnåede enighed om mål og midler med projektet på styregruppeniveau for at kunne skabe et tæt samarbejde i leveringen af ydelser til patienterne mellem partnerskabets udøvende aktører: *'Der var mange selvstændige aktører, og der var behov for fælles læring i styregruppen. Jeg synes, at vi havde en åben dialog indledningsvist, men i ansøgningsfasen havde vi ikke fået klarlagt, hvad der var indholdet i de enkelte parter bidrag konkret. [...] Vi kom for eksempel langt hen i projektet, førend det blev tydeligt, hvad Hjertereforeningen kunne og ville bidrage med.'* Nogle havde opfattelsen af, at væsentlige parter eller grupper ikke havde plads i styregruppen, som det fx udtrykkes af en kommunal leder: *'Overlægen var den eneste, der repræsenterede Svendborg Sygehus. Det har han ikke gjort dårligt, men der manglede sygeplejefaglighed og fysioterapeuter i styregruppen.'* Arbejdet i styregruppen var også præget af, at Hjertereforeningen gerne så sig selv i en aktiv rolle i projektet – og også i beslutningerne: *'Hvis vi ikke var aktører i det, så havde vi sådan set ikke nogen grund til at være med. Altså hvis vi bare skulle sidde og lytte til, at kommunen og sygehuset besluttede alt om tilbud og samarbejde. Det krævede ret mange møder og ret mange skænderier også, faktisk, at nå frem til, hvad det var vi ville.'*

Et andet styregruppemedlem påpeger, at det først er, da man enedes om at arbejde med en faseinddeling af hjerterehabileringsforløbet (jf. Figur 3.1), at der opstår et fælles grundlag, på hvilket man kan begynde at udvikle projektet: *'Det var egentlig, da vi gennemtrufede det med de tre faser. [...] I kommunikationen med kommunerne, og når man har talt om og bare prøvet at diskutere, hvad vej vi skal, så har det faktisk været rigtig let, fordi alle har forholdt sig til de der tre faser ... det har gjort det 100 gange nemmere at kommunikere omkring, hvad der egentligt er problematikken.'*

6.1.3 Forventningsafstemning

En helt central ledelsesmæssig udfordring i projektet har derfor vedrørt forventningsafstemning. Med en række parter, der skulle indgå med deres forskellige intentioner, formodninger og 'kulturer' i projektet udgjorde forventningsafstemningen en væsentlig ledelsesudfordring, som det blev formuleret af et styregruppemedlem: *'Altså, vi har arbejdet bevidst med det. Men problemstillingen var større end vi regnede med. Én ting er, at vi kom langt i processen i styregruppen. Men jeg blev forbavset, da det næste led, altså forløbskoordinatoren og den ledende terapeut skulle lande det her, og det viste sig, at forventningsafstemningen ikke var helt så klar alligevel. Fordi når den så skal udkrystalliseres, så er det de mindste ting, som kan give store problemer. Alene sprogbbruget, og afstemningen af, hvad der ligger i ordet rehabilitering – der er mange ting i det. Så det har givet os problemer hen ad vejen.'*

²⁸ En gruppe fra Roskilde Universitetscenter skulle oprindeligt have deltaget i evalueringen af projektet. Denne del af evalueringen blev senere fravalgt.

Et af de typiske forhold, der blev fremhævet af de interviewede, var forskellen i kultur mellem sygehus og kommune: *'Det gik jo op for os, at det fokus, som sygehuset har, det har meget at gøre med at få folk behandlet og få dem klar i forhold til den naturvidenskabelige model. De vil jo gerne have det skåret til, så fysisk træning hjælper på dét og dét. Hvor vores forløbskoordinator har meget fokus på den særligt sårbare patient med en række andre problemstillinger som alkoholisme eller dårlige sociale kår. Og der har vi så siddet på hver vores gren.'*

Et andet forhold, hvor forventningsafstemning var nødvendig, var mellem praktikerne og regionen. Praktikerne arbejdede direkte med patienter og borgere, der skulle have et bedre tilbud via projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering', mens regionen fokuserede på dokumentation af effekt: *'Vi er ikke klædt så godt på i forhold til forskning. I kommunen bliver vi tændt af den hellige ild, når vi skal hjælpe de særligt sårbare, og det vil vi løse lige nu og her. Men fra regionens side siger man, at jamen nu skal vi altså have nogle resultater i forhold til, om det her overhovedet virker. Der har jeg i hvert fald skullet revidere min holdning til forskning – og det har vi skullet hos alle i kommunen.'* Fra flere sider blev der peget på, at den mangelfulde forventningsafstemning kunne have været undgået, hvis projektet havde haft en introduktions- eller pilotfase: *'Der har været nogle problemstillinger, hvor jeg siger, at næste gang vi går ind i det, da skal vi være mere faste i kødet, inden vi starter. Al respekt over for forskningen, men vi ville gerne have større fokus på at løfte opgaven. Du skal tænke på, at vi jo fik en helt ny opgave i vores kommune fra 2007.'* Man kan dog også vælge at anskue den gennemførte projektperiode som en pilotfase, der skulle lede frem til en beslutning om projektets videreførelse.

Hvis den indledende forventningsafstemning har været en mere omfattende proces end forventet både på styregruppe- og på projektgruppeniveau, så tyder det til gengæld på, at processen er vendt til en positiv erfaring retrospektivt. En erfaring der kan bruges fremadrettet i det tværsektorielle arbejde: *'Der er mange, der er klogere. Vi har en helt anden respekt for hinanden. Hvor svært det har været for sygehuset at afgive deres 'hjerdebarn'. Hvis man skal overføre dette til andre patientgrupper, er det i al fald vigtigt at tage vare på dem [de faggrupper], der skal afgive.'*

6.1.4 Central projektledelse og lokal involvering

Projektledelsen fra regionen har haft succes med at blande styregruppens initiativer med lokale aktiviteter på tværs af faggrupper og sektorer. Der er her opnået væsentlige resultater i retning af at skabe et fælles sprog og en fælles kultur. Udgangspunktet for dette har dog ikke været det bedste. En kommunal leder fortæller følgende om et af de første fælles møder mellem praktikerne fra parterne: *'Vi havde et forfærdeligt møde på Svendborg Sygehus. Det var første gang, at man havde sat os så tæt sammen og sagde: 'Nu skal I finde på noget.' Og det slog altså virkelig gnister.'* Fællesmøder og de øvrige aktiviteter, som projektlederen igangsatte og støttede, bliver dog omtalt som væsentlige. Dette blev støttet af andre kommunale repræsentanter: *'Udvikling sker, når man lærer hinanden at kende. Kanter der skal slibes af. Fra det første møde til Broholm [fælles møde for alle projektdeltagere arrangeret af projektledelsen efteråret 2009]. Der er virkelig sket en kæmpe udvikling.'*

De mange initiativer, der er taget i retning af indførelse af fælles sprog og indgåelse af aftaler på tværs af fag og sektorer i projektet, kan ses som bestræbelser på at bringe ledelse og kontrol ned på det udførende niveau i hjerterehabiliteringen. Det er væsentligt at fastholde, at disse initiativer, der i høj grad har haft indblanding fra regionens projektleder, har haft denne funktion ud over det praktiske og logistiske. På denne måde kan etableringen af de mange ad hoc arbejdsgrupper og afholdelse af fælles projektmøder for alle praktikerne ses som en bottom-up bevægelse i projektet som supplement eller modsætning til projektets top-down ledelse.

6.1.5 Tværgående ledelse mellem parterne

Et af de væsentlige ledelsesmæssige perspektiver i hjerterehabileringsprojektet omhandler sikringen af den tværgående ledelse i projektet. Projektets initiativtagere kunne have foreslået, at interventionen blev ledet af en projektledelse med beføjelser til at styre den daglige varetagelse af hjerterehabileringsprojektet på tværs af de medvirkede partnere, som sygehus, kommune etc. En tværgående ledelse kunne således have varetaget koordineringen af den sundhedsfaglige indsats på tværs. Men i stedet for at etablere fælles ledelse for den tværgående indsats valgte styregruppen en model, hvor koordination blev set som vejen til etablering af sammenhæng for patienterne i samspillet mellem parterne i projektet.

Det er et gennemgående statement fra de interviewede i styregruppen og blandt ledere og medarbejdere, der medvirkende i projektet, at forløbskoordinatoren ikke havde nogen eksplicite ledelsesmæssige beføjelser. Forløbskoordinatoren har haft til opgave at koordinere indsatserne, men uden at have beføjelser til at gennemtvinge et særligt fagligt indhold eller metoder til teamsamarbejde eller lignende blandt de involverede fagpersoner. En af de kommunale forløbskoordinators påpegede: *'Jeg er ikke leder. Det er den ledende terapeut. Det kan selvfølgelig ligne ledelse at koordinere, men ledelsesansvaret ligger hos tre forskellige ledere, en sygeplejefaglig, terapeuterne og diætisten.'* Nogle af medarbejderne i kommunen støttede dette synspunkt: *'Forløbskoordinatoren koordinerer! Hvis der har været noget ledelsesmæssigt, har vi vidst, at vi skulle gå til den ledende terapeut.'* Det har dog været en udfordring for forløbskoordinatoren at placere ejerskab hos alle de involverede fagpersoner for at få det til at køre, og den ledende terapeut pegede på forløbskoordinatorens funktion som leder af mange daglige initiativer: *'Du [forløbskoordinatoren] har det tætte overblik over hjerteteamet på tværs af sygehus og kommune. Du har ikke formelt bemyndigelse til at træffe afgørelse, men du har været involveret i forhold til at skabe ejerskab.'* Der har således været visse ledelsesaspekter forbundet med at stå for den daglige koordination. Det skal understreges, at det forhold, at forløbskoordinatoren ikke har haft formel bemyndigelse, har efterladt samarbejdet mellem enhederne uden formel daglig ledelse. Med andre ord har der været mangel på formel ledelse i det, vi kan kalde 'mellemrummet' mellem enhederne på tværs af sektorer. Den ledelsesindsats, som den regionale projektledelse har stået for, har fungeret på et overordnet niveau af projektstyring og har ikke udgjort en ledelse af samarbejdet.

6.1.6 Hjerteteam

Begrebet 'Hjerteteam' er blevet anvendt om det tværgående samarbejde på tværs af sygehus og kommuner, og kan ses som et ledelsesmæssigt træk til at skabe samarbejde. På tidspunktet for evalueringen forekom det, at begrebet havde vundet naturligt indpas blandt medarbejderne. Men opbygningen af teamfunktionen havde taget tid: *'Vi mødes jo ikke spontant, men kun gennem vores involvering i hjerterehabileringen hvor vores møder bliver koordineret. Så startfasen [for Hjerteteamet] var lang – i starten havde vi ikke tid til at opfatte os som et team.'* Og: *'Projektet blev sat i gang, før projektbeskrivelsen var færdig. Der var mange organisatoriske og lavpraktiske ting, der skulle etableres, mens borgerne allerede var der. Så der var ikke tid til teamspirit!'* Teamtanken har således nok været en del af idégrundlaget i projektet, men blev som så mange andre ting først indarbejdet løbende gennem projektets levetid – som i praksis blev projektets indkøringsfase.

6.1.7 Kommunikation

Kommunikation er et væsentligt aspekt af samarbejdet mellem parterne på tværs af sektorer samt om og med patienten. Et af de første elementer i planlægningen af hjerterehabileringsprojektet omhandlede derfor skabelsen af en platform for kommunikation. Dette indeholdt såvel idé til brug af 'hjerter-

planen' (en slags vandrejournal for patienten) samt forslag om etablering af en elektronisk kommunikationsplatform. Platformen skulle erstatte papirkommunikation og fax, og skulle derudover standardisere den eksisterende elektroniske kommunikation, så alle parter (herunder også patienten) havde adgang til et fælles datagrundlag. På baggrund af en indledende research forud for igangsættelse af projektet besluttede man, at de eksisterende kommunikationsveje kunne opfylde behovet for elektronisk kommunikation mellem parterne. Man valgte derfor, at der ikke skulle udvikles en elektronisk kommunikationsplatform. I stedet valgte man at tilbyde kurser og oplæring i de allerede eksisterende elektroniske kommunikationsværktøjer til relevant personale.

Kommunikation er belyst ud fra to perspektiver:

- ♦ Der har for det første været et kommunikationsbehov i forbindelse med etableringen og udviklingen af samarbejdet mellem de involverede parter.
- ♦ For det andet har der været behov for kommunikation i det daglige arbejde med og samarbejde om rehabiliteringsforløbene.

I evalueringen er der lagt vægt på, hvilke kommunikationsmuligheder der blev opfattet som nødvendige eller ønskelige, samt om det blev oplevet som væsentligt at have et udvidet elektronisk kommunikationsgrundlag i en kommunikationsplatform, eller om de menneskelige relationer og det gensidige personkendskab kunne være tilstrækkeligt.

Konkret medførte den mangelfulde kommunikation, at de kommunale medarbejdere efterlyste oplysninger om patientens almentilstand, sociale og andre ikke-kliniske forhold, som kunne indgå i deres vurdering af patienten ved indledningen af den kommunale del af rehabiliteringen. Det er ikke klart, om dette forhold er et udslag af den generelle mangel på flydende kommunikation af relevante oplysninger på tværs af sektorgrænser, men det synes til gengæld klart, at Hjerterplanen nok har været anvendt til kommunikation, men ikke på alle de punkter, som den potentielt kunne have indgået i.

6.1.8 Kulturelle forskelle

Det var vores forventning forud for evalueringen, at de kulturelle forskelle mellem projektets partnere naturligt ville medføre et behov for udvikling af kommunikationsveje og -måder i projektsamarbejdet. Fra en af repræsentanterne for OUH Svendborg Sygehus blev det bemærket, at: *'Der har været forvirring om, hvad der er blevet kommunikeret ud. Projektlederen er ikke blevet forstået. Hvem har haft ansvaret for udmeldingerne? Tilbage meldingerne fra vores sygeplejersker har været, at der mangler en klar forventningsaftale, og den har manglet fra starten.'* Dette blev uddybet af en række udtalelser om, hvordan kulturforskel viser sig i terminologi fx fra en af projektets ledende aktører: *'Altså, der har da uden tvivl været kulturelle forskelle. Det er bl.a. kommet til udtryk på det tidspunkt, hvor vi skulle lave det her socialt differentierede tilbud. [...] Det var altså noget af en sej proces at nå frem til et kompromis, fordi det var helt tydeligt, at man på sygehuset var vant til det dér biomedicinske fokus. I kommunen var det jo mere sådan en social tilgang, hvor man også gerne ville have meget plads til den dér subjektive erfaringsbaserede vurdering af borgeren. [...] Der var en del møder, hvor kommunen meget gerne ville have sådan nogle bløde subjektive ting ind – og det jo strittede på sygehusfolkene, når de så det – fordi hvad betyder det, at noget er 'tilstrækkeligt', og hvad betyder det, at noget er 'rimeligt' eller 'godt'? Altså alle de dér værdiladede ord.'*

Kommunikationsprocessen har ifølge nogle af de interviewede aktører også på andre måder været præget af kulturforskelle i den betydning, at parternes fokuspunkter varierer. Det har fx været tilfældet, når de praktiserende læger skulle indgå i projektet ud fra et fagligt og fælles grundlag, og de alment praktiserende lægers fokus tilsyneladende har været rettet mod indtjening: *'Altså man for-nemmer jo lidt, at standardsvaret hver gang man gerne vil anvende almen praksis til at lave en eller*

anden udvikling, så vil de gerne finde ud af, hvordan de kan blive honoreret for det. Det fylder en del, og det kan umiddelbart godt virke lidt hæmmende for en kreativ proces.'

6.1.9 Den fælles hjerteplan – og ønsker om en fælles journal

For at kunne anvende hjerteplanen som kommunikationsmiddel kan det opstilles som et krav, at kommunikationsform og indholdet af det kommunikerede opleves som relevant og meningsfuldt af de involverede parter – herunder patienterne. De gennemførte interview har derfor haft dette omdrejningspunkt, når emnet var hjerteplanen og kommunikation.

Med hensyn til kommunikationen i det daglige samarbejde, pegede nogle af medarbejderne fra sygehuset på, at uensartetheden i kommunikationssystemerne havde været et problem: *'Kommunikationsproblemerne er store.'* Det nævnes, at der har været arbejdet med dette forhold i arbejdsgrupper på workshops, som har resulteret i en fælles afklaring og et ønske: *'Så er det blevet meget tydeligt for os, hvad vi gerne vil have: En fælles journal for rehabiliteringssygeplejersker og læger, kommunerne og de praktiserende læger. Det skal være sådan, at den samme journal kan læses af alle – også af patienten selv.'* Der peges således på et ønske om at gå et skridt videre fra hjerteplanen til en egentlig elektronisk kommunikationsform – som planlagt gennem den fælles platform. Samtidig blev det understreget, at hjerteplanen var et skridt på vejen, også i forhold til patienten: *'Hjerteplanen er patienternes instrument til at følge med.'*

I resultatafsnittet om de praktiserende læger peges der på, at der er varierende erfaringer med, om patienterne har hjerteplanen med til kontrolbesøget hos den praktiserende læge – og om de i givet fald bliver ved med at tage den med. En del af lægerne sammenligner hjerteplanen med 'Den Fynske Diabetesdatabase', hvor praktiserende læger og sygehusambulatorier indkoder kliniske data om hver enkelt patient, hvorefter patienten selv, patientens læge og sygehusambulatoriet har adgang til de indtastede oplysninger. En af de praktiserende læger, som har været involveret i brugen af hjerteplanen, kunne forestille sig fordelene ved en elektronisk hjerteplan: *'Jeg har faktisk sagt fra starten, at jeg godt kunne tænke mig, at det blev noget tilsvarende den Fynske Diabetesdatabase, som vi bruger. Men det var der hverken tid eller penge til.'* Databasen sikrer en hurtig formidling af nøgleoplysninger, og det er denne hurtige formidling, der således efterspørges af praktiserende læger og andre. *'Det, der betyder noget for mig, er, at vi har de samme journalnotater – de samme oplysninger om den samme patient og den samme sygdom. Det er det vigtigste. At vi er opdateret omkring, hvad hinanden gør.'* Hvis der skal anvendes en model à la diabetesdatabasen vil det kræve en udvidelse af kommunikationsfladen for at sikre, at den kommunale samarbejdspart får tilsvarende adgang til relevante informationer. Der er med andre ord behov for placering af et større udsnit af relevante informationer i en fælles kommunikationsplatform, for at den kan anvendes i det brede tværsektorielle samarbejde om hjerterehabilitering.

6.1.10 Samarbejde mellem sygehus og kommune

Samarbejdet mellem sygehus og kommunerne har været det centrale omdrejningspunkt i projektet. Det er en følge af, at sygehusene havde den primære patientkontakt i forhold til varetagelsen af den primære behandling og genoptræning, mens kommunerne efterfølgende havde den primære patientkontakt i tilknytning til rehabiliteringen. Dette aflæses tydeligt i det skriftlige materiale i projektet og i interviewene.

Praktiske udfordringer for samarbejdet

Der har under projektperioden været praktiske udfordringer i forhold til projektets implementering, idet Faaborg Sygehus blev nedlagt og ressourcer (personale og økonomiske midler) blev overført til

OUH Svendborg Sygehus. Sygehus Nyborg blev omlagt til Sygehusenheden Nyborg og underlagt OUH Svendborg Sygehus. I praksis betyder det, at Medicinsk Afdeling M på OUH Svendborg Sygehus fungerer som ledelse for det medicinske ambulatorium på Sygehusenheden Nyborg.

Herudover har det også været en udfordring at få inkluderet alle de relevante patienter i projektet, idet der er mange parter involveret heri. Bypassoperationer og ballonudvidelser varetages af OUH Odense Universitetshospital. Her kan man imidlertid henvise patienter til privatsygehuse for at opfylde ventetidsgarantien. Efter indgreb udskrives patienter fra OUH Odense Universitetshospital til eget hjem eller til OUH Svendborg Sygehus (for borgere i Faaborg-Midtfyn Kommune) henholdsvis til Sygehusenheden Nyborg (for borgere i Nyborg Kommune). OUH Svendborg Sygehus betjener hjertepatienter fra 11 kommuner. Men fordi de 11 kommuners tilbud om hjerterehabilitering er vidt forskellige, var det i begyndelsen af projektperioden ikke alle patienter, som opfyldte inklusionskriterierne i projektet, der inden udskrivning fra OUH Svendborg Sygehus fik information og tilbud om hjerterehabilitering i Faaborg-Midtfyn og Nyborg Kommuner.

På et tidspunkt var der også personalemangel i fysioterapien på OUH Svendborg Sygehus. Det betød, at det ikke var alle hjertepatienter, som fik tilbudt fysisk genoptræning umiddelbart efter indlæggelsen. For nogle patienter var ventetiden så lang, at de fik valget mellem at 'springe' den fysiske genoptræning på sygehus over og så overgå direkte til den kommunale genoptræning eller at vente endnu længere tid.

Endelig har det heller ikke været muligt at tilbyde alle patienter en indledende samtale med en rehabiliteringssygeplejerske. Det skyldes dels, at nogle af samtalerummene på et tidspunkt blev nedlagt og dels, at der ikke har været bemanning til at varetage denne opgave, hvis patienten var indlagt i forbindelse med en weekend.

Social differentiering

Ideen om at differentiere rehabiliteringstilbuddet på basis af patientens uddannelse og netværk udgør en hjørnesteen for den systematiske hjerterehabilitering i projektet. Stratificeringen er foretaget af sygeplejersker tilknyttet sygehusets hjerterehabiliteringsteam. I løbet af projektet er der udviklet en række 'fraser' som et hjælperedskab til blandt andet at foretage den sociale differentiering i praksis. Fraserne er udformet som en samtaleguide, der skal strukturere samtalen med patienten. Der er udviklet fraser til henholdsvis den indledende samtale, visitationssamtalen, visitationssamtale uden indledende samtale, tre måneders kontrol og 12 måneders kontrol (jf. Bilag 15). Fraserne afspejler et behov for at formalisere og strukturere sygehussygeplejerskernes samtaler med patienterne.

Sygehussygeplejerskerne gav udtryk for, at de i starten følte modvilje mod at skulle opdele patienterne i to grupper ud fra en formaliseret social differentiering. Ved de efterfølgende interview fortalte de, hvordan de havde svært ved at vænne sig til brugen af de standardiserede samtaler, men fortæller samtidig at de tidligere havde foretaget en lignende differentiering af patienterne, den var blot ikke systematiseret, men begrundet i egen faglighed.

Ifølge sygeplejerskerne på sygehuset var det tilsvarende svært at skulle afgive opgaver til kommunerne. En sygehusansat rehabiliteringssygeplejerske udtaler: *'Det var svært at skulle afgive noget. Man kan jo sige, at vi har haft hele opgaven med at undervise patienterne, og har haft gruppeforløb med dem. Lige pludselig kommer der nogle og overtager alt det, vi andre har gjort i mange år, for pludselig er der fokus på det. Der er jo ligesom, vi siger, at få tvangsfjernet ens barn. Vi har jo arbejdet med det siden 1995. Og det har alle steder været sygeplejerske og fysioterapeuter, der på græsrodsbevægelse har fået det startet op. Og så lige pludselig SÅ får det opmærksomhed fra lægeside også. Så overtager de det hele. Og nu skal vi lige vide, hvordan det gøres rigtigt, ikke?'*

Den sociale differentiering har været et nyt fænomen, hvor parterne har skullet indarbejde en ny praksis i samarbejdet om fastlæggelse af forløb i forhold til behovene hos patienterne. Herunder at kommunerne skulle etablere en praksis for udvidede forløb hos nogle af patienterne afhængig af, om rehabiliteringssygeplejerskerne på sygehuset visiterede patienter til standard eller udvidet forløb. En af forløbskoordinatorerne forklarer, hvordan denne arbejdsfordeling er kommet til at fungere bedre og bedre i takt med, at kendskabet til hinandens arbejdsopgaver på tværs af sektorer er øget: *'Hjerte-teamet [på sygehuset] kender mig så godt efterhånden, at i ganske få tilfælde har de lovet, at jeg ville tage ud og besøge patienten i hjemmet. Og det er helt okay at have lovet, at jeg kommer ud og besøger nogle patienter, hvor blodproppen har været dråben, der fik bægeret til at flyde over. Hos disse patienter er det ikke livsstilsændringer, der står i første række – det er at få sorteret ud og hjælpe dem med at få skabt et overblik over deres situation.'*

Mens den systematiske differentiering i starten mødte modstand, peger nogle interviewede dog på, at der er opnået stor tilfredshed blandt parterne med de resultater, det har afstedkommet. Fx udtaler en trænende terapeut tilknyttet sygehusets hjerteteam således: *'I hele det her hjerteprojekt der ligger jo også det med det udvidede forløb; at man skal få fat i de hjertepatienter, som ellers bare ikke kom, eller de havde ikke lige lyst, eller... Tidligere var man ikke nær så opsøgende. Og det er der jo så resourcer sat af til nu. [...] Men nu er det jo sådan, at den der kommunale koordination – eller projekt-sygeplejerske – hun jo ringer gentagne gange, og nærmest tager hjem til dem. [...] Det er jo den, der sidder alene og drikker lidt for meget, ryger for meget og ikke rigtig kommer ud af døren – det er sådan én man skal have fat i. Det er vi blevet meget bedre til. Der har vi nogle typer nu, som vi aldrig har haft.'*

Sygeplejerskerne har tidligere varetaget patientsamtalerne og fortæller, at der dengang ikke i samme grad blev fulgt op på patienterne, når forløbet på sygehuset var ovre. En alment praktiserende læge udtrykker ligeledes tilfredshed med kommunens rolle i hjerterehabiliteringsfasen: *'[Jeg] synes vi længe har været fremme i skoene i forhold til ydelserne og rangeringen af patienterne, når der var sket noget hjertemæssigt. Men det har knebet med compliance – altså at få alle med: At få det differentieret sådan, at de, der har sværest ved at tage imod, også får det kraftigste tilbud. Hos os er det lidt det modsatte; at de, der har nemmest ved at tage imod faglig rådgivning, dem tager vi os bedre af end de andre. Og nu går det jo så den anden vej heldigvis. At der fra kommunal side tages fat der, hvor folk har et stort behov.'* Det er et af de positive aspekter, som sygeplejerskerne fremhæver: At der nu i modsætning til tidligere er en formaliseret struktur for opfølgning på de patienter, der vurderes at have et øget behov herfor. Denne opgave varetager den kommunale forløbskoordinator, som i høj grad har en opsøgende funktion.

6.1.11 Hjerteforeningen – den private partner

Hjerteforeningen var op til projektet involveret i hjerterehabilitering gennem tilbud om rådgivning til patienter og faglig rådgivning, typisk til sygehuspersonale. Hjerteforeningen har også været synlig gennem de foldere, der har ligget fremme hos de praktiserende læger. Nogle praktiserende læger har anbefalet, at hjertepatienterne tog mod rådgivning fra Hjerteforeningen, andre ikke. Hjerteforeningen har imidlertid søgt at udvikle denne profil ved at anvende projektet – og andre projekter i landet – til at forsøge at opbygge en ny og mere aktiv profil. Hjerteforeningens repræsentant i styregruppen forklarede dette således: *'Altså, det som vi fra starten gerne ville bruge det her projekt til, det var at blive en aktiv aktør; altså simpelthen at deltage med ydelser og ikke kun vejledning. Vi ville gerne prøve at være aktør for at se, om det var en bane, vi kunne begå os på.'*

For kommunerne har samarbejdet og kontakten til Hjerteforeningen været et nyt kapitel. Forholdet blev præget af, at det var kommunernes indtryk fra projektets initiering, at Hjerteforeningen ville kun-

ne yde et stort bidrag til organiseringen og gennemførelsen af rehabiliterings fase 3, hvor fokus er på sociale og psykiske forhold. Men det viste sig at være vanskeligt at få denne rolle etableret, hvilket også var opfattelsen hos Hjertereforeningens repræsentant i styregruppen: *'Det var ret problematisk at få de ydelser udviklet. Af en eller anden grund må vi ikke have været gode nok til at formidle vores budskab. Det var i hvert fald meget, meget svært at få formidlet, at Hjertereforeningen faktisk var interesseret i netop den rolle, og at stå for de og de ydelser. Det var måske nok anderledes end det, man kunne tilbyde i offentligt regi. Det drejede sig konkret om psykosocial støtte til hjertepatienter, fordi det var det, der var mest oplagt og forskelligt i forhold til de andre aktører.'*

Et andet styregruppemedlem, der repræsenterede sygehusene, forklarer om Hjertereforeningens rolle: *'På det overordnede – når man ser på, hvad de samlet set kan præstere – så har de en masse know-how, og de har eksperter på alle områder – det er jo ikke så interessant. Det der er interessant, det er, hvad kan de stille op med her? Vi troede jo, de havde en hær af krisepsykologer og diætister, som de kunne diske op med. Nej, det har de ikke! De har to dygtige medarbejdere i Odense, men de har jo sådan set nok at lave.'* Og fortsætter: *'Så jeg synes, der var en diskrepans mellem, hvad man egentlig troede, de [Hjertereforeningen] kunne levere – fordi man kan sige, hvis kommunerne skal levere den her ydelse, så kan de selv gå ud og oplære nogle medarbejdere; de kunne måske også købe sig til det via Hjertereforeningen. Det var dér, de skulle have været ind. Men jeg synes ikke, de var så friske med at komme og sige 'Ved I hvad, vi kan det og det og det i Nyborg, og det vil vi gerne snakke med jer om på torsdag'. Det var hele tiden sådan en teoretisk. Så efterhånden som de startede ud, så begyndte de at lave tingene selv, kommunen var meget proaktiv. Og lige pludselig så havde de [kommunen] stablet det hele på benene.'* En anden problematik var, at særligt én af projektkommunerne oplevede sig som velforberedt med ansættelse af fagpersoner som diætist, forløbskoordinator m.fl. Nogle af de kommunale medarbejdere mente, at Hjertereforeningen havde forventet, at kommunerne stod på bar bund i forhold til projektet: *'Jeg tror nok, at de syntes, at kommunen var for velforberedt. Det gik op for dem, at vi ikke skulle eller ville købe ydelser af dem, som fx kostvejledning, træning etc. De havde tænkt sig, at de skulle tegne projektet, at de skulle være helt anderledes midt på banen.'*

Herudover var det kommunernes indtryk, at indsatsen fra Hjertereforeningens side ville være gratis, og det vakte derfor overraskelse og utilfredshed i kommunerne, da dette ikke viste sig at være tilfældet. En af de kommunale terapeuter mente, at: *'Selve samarbejdet med sygeplejerskerne i rådgivningscenteret det var fint nok. Det er det, at der skal lægges penge på bordet, det er nyt for os, og det er en ny kultur. Jeg kan også høre forløbskoordinatoren sige, at: 'Det er godt nok mange penge, de skal have hver gang. Det er vi ikke vant til.'* Dette blev støttet med stort set samme formuleringer fra den anden kommune. Der var et godt samarbejde med rådgivningscentret i Odense, man lærte meget af konsulenterne fra Hjertereforeningen, men Hjertereforeningen kunne ikke løfte i fase 3 som forventet og lovet. Desuden vurderede begge kommuner, at tilbuddene fra Hjertereforeningen kostede for meget.

En af de kommunale ledere mente, at involveringen af Hjertereforeningen ligesom så mange andre ting havde krævet en tilvænningsperiode for at finde den mest relevante anvendelse af de kompetencer, som Hjertereforeningens rådgivningscenter kunne bidrage med: *'Vi har fundet et rigtig fornuftigt leje i forhold til, hvad det så er, de går ind og tager sig af. Jeg synes, at det er en styrke, at man erkender, at det er fint nok, at der er andre, der tager sig af dét og dét. Fordi, hvis vi skulle dække alle kompetencer selv, så ville det koste os det samme, som at betale Hjertereforeningen. Vi koncentrerer os bare om det, vi har indsigt i og kompetencer i.'*

Hjertereforeningens rolle i projektet bliver sammenfattet af en af initiativtagerne og styregruppemedlemmerne i projektet: *'I ansøgningsfasen havde vi ikke fået klarlagt, hvad indholdet var i de enkelte parter bidrag konkret. Forventningerne om at Hjertereforeningen kunne stille med et korps af psykologer, når nu de har så meget fokus på det psykosociale. Vi kom langt hen i projektet, førend det blev*

tydeligt, hvad Hjerteforeningen kunne og ville bidrage med. Vi havde virkelig gjort en dyd ud af det. Udviklingsfasen er vigtig. Så vi havde drøftet det meget, men man sidder med hver sin virkelighed omkring bordet. [...] Hjerteforeningen havde troet, at de skulle langt ind i hjerterehabiliterings fase 2, men i dag bruger man dem jo meget i forhold til fase 3 og undervisning.'

Et styregruppemedlem påpegede, som en række af øvrige de interviewede, at der var stor forskel på Hjerteforeningens tiltænkte rolle, og den rolle de rent faktisk kom til at udfylde: *'Jeg ser det meget som en sidespiller. Men de ambitioner, der var i projektet om, at Hjerteforeningen skulle ind og næsten være en ligeværdig udbyder af nogle ting, som man ellers gør i det sundhedsfaglige miljø, synes jeg faktisk ikke lykkedes. Og jeg er heller ikke sikker på, at jeg synes de hørte til. For de i Hjerteforeningen havde den der ide om, at man også sagtens kunne lave rehabilitering. Men det bliver sådan lidt akavet uden for systemet.'* Og fortsætter: *'De har så fundet en rolle, som har været meget værdifuld i forhold til at kunne bibringe kommunerne viden.'*

Det er et gennemgående træk, at samarbejdet med Hjerteforeningen har været nyt for kommunerne. Til gengæld havde man længevarende erfaringer på sygehusene med kontakten til Hjerteforeningen, og der var indtrykket, at samarbejdet havde fundet et stabilt leje af begrænset omfang: *'Hjerteforeningen kommer ind i en anden fase end os. Vi henviser mere til dem, giver brochurer og pjecer til patienterne. Vi lukrerer på Hjerteforeningen og deres fysioterapeut, der ved meget om hjerter, og vi henviser patienterne til deres tilbud. Men samarbejde om patienterne, det ville være for flot at sige.'* Fra personalet på sygehusene lægges der således mere vægt på den fagligt kompetente information, som Hjerteforeningens repræsentanter kan komme med til personalet: *'Der er da kontakt, men ellers er det mest i kommuneregion i fase 2B, at Hjerteforeningen kommer ind. Vi bliver inviteret til nogle møder og bliver undervist i den nyeste viden på feltet. De har holdt os ajour, og det er vældig godt. Med hensyn til patienterne, så har vi aftalt, at der kommer et medlem fra Hjerteforeningens lokalkomiteé til vores temadage, hvor de præsenterer, hvad der er af tilbud i lokalområdet.'*

Det er interessant, at et medlem af styregruppen ser Hjerteforeningens indsats som knyttet til fase 3, selv om Hjerteforeningen netop ikke har leveret den forventede indsats i fase 3. Det står også i modsætning til opfattelsen på sygehusene og i kommunerne, hvor Hjerteforeningens indsats ses som et supplement til kommunernes indsats i fase 2. Dette kan afspejle, at man på sygehusene og i kommunerne er mest orienteret mod projektets faktiske forløb, hvor Hjerteforeningens indsats med rådgivning af hjertepatienter m.v. fungerer som et supplement til den indsats, som kommunerne leverer, dvs. et supplement til indsatsen i fase 2B. Omvendt har styregruppen og initiativtagerne til projektet haft fokus på Hjerteforeningens traditionelle ydelser, som netop er generelt orienterende og støttende for hjertepatienter efter rehabilitering på sygehusene.

Hjerteforeningens egne medarbejdere pegede på problemerne med at blive involveret i projektet og i den kommunale indsats: *'Det ville have givet projektet et andet løft. Vi skulle have været supervisor, været bisidder på patientforløb og bidrage med kompetenceudvikling i kommunerne.'* Medarbejderne mente, at de skulle have været involveret mere ifølge aftalerne: *'Kommunerne har ikke kendt deres rolle. Og sygehusene har ikke villet afvige fra deres rolle – og så bliver vi en ny ekstra part. Det har været en knudret konstellation. Vi er kommet ind fra sidelinjen, og forløbskoordinatorerne skal først lære at have Hjerteforeningen 'med på deres liste. Der kommer ingen patienter, hvis de ikke henviser til os. [...] Når man skal skabe de bedste rammer for fase 3, så skal vi med i forløbet for at skabe en overgang. Jo mere direkte vi har været med i forløbet jo bedre.'*

Medarbejderne i Hjerteforeningens rådgivningscenter var også frustrerede over, at kommunerne ikke på forhånd blev orienteret om, at Hjerteforeningens indsats blev faktureret: *'Hjerteforeningen har været med til at søge midlerne til projektet, og uden os var projektet ikke blevet til noget. Men det har*

ikke været synligt nok, at vi også kostede noget for kommunerne. Det har ikke været befordrende for samarbejdet, når det er blevet sagt, at: 'I tager jo af borgernes penge.'

Samlet tegner der sig et billede af, at konstruktionen med mere aktiv involvering af Hjerteforeningen og etablering af et samarbejde fra Hjerteforeningen til kommunerne ikke har fået tilstrækkelig opmærksomhed gennem opbygningen af projektet. Den gennemgående problemstilling i projektet vedrørende manglende tid til udbygning af det gensidige kendskab og skabelse af samarbejdsrelationer gør sig således også gældende her.

6.1.12 Alment praktiserende læger – begrænset involvering

Interviewene med praktiserende læger og praksiskoordinatoren peger på, at de praktiserende lægers involvering i projektet udgør et særligt tema. De alment praktiserende læger indtager en position i feltet mellem kommuner og sygehus, der skyldes lægens position som patientens personlige læge og lægefaglig instans i den primære sundhedssektor. Det er således den praktiserende læge, der på sigt skal følge patienten og derfor var tiltænkt en aktiv rolle med at binde patientforløbet sammen gennem hele hjerterehabileringsforløbet.

Et forhold, der i dette som i mange andre projekter viste sig at have stor indflydelse på lægernes deltagelse, var, at de praktiserende læger har status af privat virksomhed (efter overenskomst med Sygesikringen). Dette stiller lægerne anderledes end de offentligt ansatte medarbejdere i kommuner og på sygehuse. De særlige forhold, der gør sig gældende for de praktiserende læger, er derfor en udfordring ved implementering af projekter som det, der evalueres i denne rapport. I denne evaluering er der følgelig sat fokus på de praktiserende lægers placering og rolle i projektet.

6.1.13 Planen for de alment praktiserende lægers deltagelse i hjerterehabileringen

Projektbeskrivelsens grafiske fremstilling af indhold og organisering af hjerterehabilering placerer hjertepatienternes praktiserende læger som en gennemgående person (jf. Figur 3.1). Det var forventningen, at denne placering bl.a. skulle gøres mulig gennem de alment praktiserende lægers status som 'personlig' læge, og ved at lægerne blev informeret af – og selv informerede – de øvrige parter gennem den planlagte fælles kommunikationsplatform. Evalueringen har fokuseret på, om de praktiserende læger har opnået denne placering, hvordan samarbejdet til de øvrige parter i hjerterehabileringen har udviklet sig, i hvor høj grad lægerne er blevet informeret om de forløb og tilbud, som patienterne er indgået i etc.

De interviewede vurderer gennemgående, at de alment praktiserende lægers involvering i projektet ikke har været fremtrædende. Fra nogle af initiativtagerne og medlemmer af projektets styregruppe ses dette som en udfordring, der har været stor i det aktuelle projekt og forventes at være det fremover. Det har medført, at de oprindelige forventninger er blevet revurderet undervejs: *'De praktiserende læger har ikke skullet have en stor rolle i projektet, men vi havde et ønske om, at de var en mere tydelig banespiller end det, det har lykkedes at få dem inddraget.'* De praktiserende læger har en naturlig rolle i forbindelse med identifikation af tidlige symptomer, tidlig diagnostik og videre henvisning til speciallæge samt undersøgelse og behandling på sygehus. Inddragelse af de alment praktiserende læger i rehabiliteringen kræver imidlertid, at der sker en aktiv inddragelse af den praktiserende læge fra sygehusets eller kommunens side – eller på initiativ af patienten. Det er denne opgave og problemerne med at integrere de praktiserende læger i det aktuelle projekt, som gennemgås i de følgende afsnit.

6.1.14 De praktiserende lægers rolle i projektet – inddragelse og funktion

Fra nogle af de personer, der har været centrale i projektets opstart og udvikling, peges på strukturelle vanskeligheder ved at inddrage praktiserende læger som en naturlig del af det tværsektorielle samarbejde om hjerterehabiliteringen: *'Vi har haft en udfordring i forhold til almen praksis. Deres rolle er selvfølgelig heller ikke så stor i det her, fordi det foregår i et samarbejde mellem kommune, sygehus og så Hjerteforeningen. [...] Det har været lidt af en udfordring, for det er svært at kommunikere med en masse enkelte praksisser.'*

Det har været en udbredt opfattelse, at de praktiserende læger har været mindre synlige i projektet end ønsket. Det har været vanskeligt at få et konkret samarbejde etableret. Den manglende kontakt blev påpeget af medarbejdere på både sygehus og i kommunen: *'Vi har fået at vide, at Svendborg Sygehus har afholdt møder med orientering af de alment praktiserende læger, men derfra og til at man har et tættere samarbejde om patienten, der er et stykke. [...] De praktiserende læger har ikke opsøgt samarbejdet, og det er der ikke noget negativt i. Det er bare noget med kultur, noget med at vi bare sender notater frem og tilbage til orientering, men vi samarbejder ikke.'*

Der er mange alment praktiserende læger i de to kommuner, og hver læge ser kun få af de inkluderede hjertepatienter. Netop dette forhold vanskeliggør den løbende kommunikation og kontakt til lægerne og dermed den ønskede koordinering af rehabiliteringen: *'Almen praksis varetager mange patientgrupper, og den enkelte læge ser måske højst 3-4 hjerterehabiliteringspatienter på årsbasis, så den enkelte praksis har ikke megen erfaring lige der.'* En alment praktiserende læge udtaler: *'Jeg synes ikke, at jeg har haft brug for at ringe til en forløbskoordinator – også fordi vi ikke ser så mange af de patienter. Og de, der har været, de har måske haft et relativt ukompliceret forløb.'*

De initiativer, der blev taget for at skabe koordination og sammenhæng mellem indsatsen i almen praksis og i kommunerne, blev taget på et felt, hvor der ikke var særligt mange forudgående erfaringer. Dette stod i kontrast til koordinationen mellem almen praksis og sygehusene, hvor der er langvarige erfaringer med at forsøge at indarbejde netop sammenhæng og koordination. Dette blev således udtrykt af et medlem af styregruppen: *'Jeg tror, at da projektprotokollen blev lavet og i starten af projektet, der havde man jo mange ambitioner – også i kommunerne – om at knytte de praktiserende læger mere til sig, tror jeg. Nogle ville jo have dem ansat. Jeg tror egentlig, at man havde en ambition på et meget tidligt tidspunkt om, at man kunne køre hjerterehabilitering mellem kommunalfolk og så den praktiserende læge, hvor de [alment praktiserende læger] jo egentlig havde så sindssygt travlt. Og jeg tror ikke, at kommunerne har kunnet få tiltrukket nogle af lægerne egentlig, så deres rolle i den del er heller ikke sådan helt afklaret. Men den er jo til gengæld ret afklaret i det øjeblik, man afslutter fra sygehuset rent lægemæssigt – at der bør man opbygge en regelmæssig kontrol hos den praktiserende læge.'*

6.1.15 Information til almen praksis om hjerterehabiliteringsprojektet

Informationen til de praktiserende læger om eksistensen af et tværsektorielt tilbud om hjerterehabilitering med tilhørende kommunal forløbskoordination synes ifølge de praktiserende læger at have været varierende fra god og fyldestgørende information til stort set ingen. Konkret er det indtrykket, at orienteringen af almen praksis har bestået i udsendelse af en folder eller lignende, der hos nogle af lægerne er forsvundet i den anseelige strøm af breve og tryksager, som praktiserende læger modtager. I andre tilfælde har der været kontakt mellem læge og kommune, hvilket har ført til tilbud om en egentlig orientering. Undervejs i projektet har projektlederen herudover også inviteret praksispersonale og alment praktiserende læger til to eftermiddage med i) orientering om projektet og undervisning i hjertesygdom henholdsvis ii) risikofaktorer og status på projektet. Første møde blev imidlertid aflyst

på grund af manglende tilmelding. Herudover har det naturligvis betydning, om den praktiserende læge selv har opsøgt information.

I interviewene ledte spørgsmålet om orientering af de praktiserende læger primært til svar, der fokuserede på de initiativer, der var taget fra kommunernes side til at orientere om tilbuddet om hjerterehabilitering. Der var kun i mindre omfang fokus på initiativer fra sygehusenes side. Nogle praktiserende læger udtrykte, at de blev fuldt informeret gennem den kommunale indsats: *'Meget præcis information først via brev fra de fagpersoner i kommunen der er ansat til at tage sig af det. Der var også en opfordring til, at de kunne komme ud til os og fortælle om projektet. Ganske kort tid efter havde vi en opfølgende opringning, der førte til en aftale om, at forløbskoordinatoren kom ud til os og orienterede.'* Informationen kunne også stamme fra andre end kommunen og sygehuset: *'Vi fik mails fra praksiskonsulenten.'*

Erfaringerne var således meget spredte, og nogle praktiserende læger mente ikke, at de havde fået den relevante information: *'Jeg tror, at der har været en folder engang. Jeg har ikke hørt noget... Det eneste, jeg har hørt om projektet, var fra en kardiolog inde fra Svendborg.'* Den begrænsede information kunne også omfatte formidling af viden om den enkelte patients forløb via det elektroniske meddelelsessystem Edifact: *'Nej, der står bare 'rehabilitering', men ikke noget om, hvad de laver.'* Endelig er der indikationer på, at den information, der er givet fra kommune til praktiserende læger, ikke har været målrettet nok. Idéen med, at hjerterehabiliteringsprojektet skulle medføre bedre samlet rehabilitering og ikke kun genoptræning, er således ikke opfattet i alle tilfælde. Som en praktiserende læge udtrykte det i en konkret sag, hvor en patient i samråd med lægen afviste at deltage i den kommunale rehabilitering: *'Hun fik en psykisk efterreaktion på at have haft en blodprop, og hun orkede ikke at skulle gå til mere. Hun var fysisk i rigtig god form, så hun mente måske heller ikke, at hun havde det store behov.'*

Sammenfattende kan det siges om information om projektet til de praktiserende læger, at denne er faldet særdeles uensartet ud. Det hænger dårligt sammen med de forventninger, der var til de praktiserende lægers involvering og rolle i projektet.

6.1.16 Praktiserende læger og forløbskoordination

Med ansættelsen af kommunale forløbskoordinatorer blev der lagt op til, at den koordinerende funktion for rehabiliteringsforløbet var placeret hos kommunen. På den baggrund kunne det forventes, at der blev opbygget en tæt kontakt mellem de kommunale forløbskoordinatorer og de praktiserende læger. Denne kontakt varierede imidlertid meget fra situation til situation – eller fra læge til læge.

Nogle læger mente, at kontakten var forbilledlig: *'Det, jeg har oplevet i projektperioden, er, at jeg har taget telefonen til koordinatoren og har talt med den rigtige person om de rigtige emner. Og det virker! Sådan! Jeg skal ikke gennem en masse instanser. De ringer direkte til mig, når de har en patient, som de synes er ved at gå i depression eller lignende, og så tager vi det, så fanger vi op på det. Så vi har fået kanon nemt ved at fange op på de ting, vi lige præcis skal gøre for hinanden. Så den kontakt er god.'* Og en anden praktiserende læge om forløbskoordinatorer: *'Som fagprofessionel person vil jeg gerne sige, at der skal mere af den slags.'* Andre praktiserende læger pegede på, at det kunne virke forvirrende med forløbskoordinatorer på forskellige områder: *'Jamen problemet er, at vi jo også har diabetespatienter og alt muligt andet. Og så er der også en forløbskoordinator for det og for noget andet. Og det kan vi ikke få styr på. Så ringer vi til kommunen og beder omstillingen om at stille os op til den rigtige afdeling, hvis vi skal have fat i nogen.'*

Der er i nogle tilfælde tale om, at de praktiserende læger oplever, at der generelt ikke er god kommunikation på tværs mellem forvaltninger og faggrupper i kommunerne – også i forhold til et initiativ som

hjerterehabileringsprojektet. En alment praktiserende læge: *‘Jeg kan måske undre mig over, at når man udtænker nye konstruktioner fra forvaltningen side – i det her tilfælde kommunerne – så lægger man det nye ressort ud, hvor der skal bevillinger og nyt personale til. Men man har jo i virkeligheden et meget omfattende netværk igennem hjemmeplejen i forvejen. Og der ser jo ikke ud til at være nogen umiddelbar connection dér. [...] Når vi henvender os, så er vi jo ret ligeglade med, om det er en sosu-assistent, en sygeplejerske eller en fysioterapeut. Vi snakker sammen og regner med, at det bliver fixet. Det undrer mig, hvor blokeret man er af faggrænser.’* Dette leder til mere generelle spørgsmål om kommunikation og kommunikationsmulighederne mellem de involverede parter, herunder mellem de praktiserende læger, sygehusene og kommunerne.

6.1.17 Praktiserende læger og kommunikation om hjerterehabilering

En del af hjerterehabileringsprojektet har handlet om etablering af en fælles kommunikationsplatform mellem de involverede parter inklusive patienterne. Det var planen, at denne skulle være elektronisk, men denne plan blev opgivet i løbet af projektperioden. Kommunikationen foregik derfor ad en række allerede eksisterende kanaler varierende fra håndskrevne sedler til mail, fax og telefonopringninger.

En af de praktiserende læger pegede på det nyttige i blot at være enige om nogle datoer for møder og kontrolforløb: *‘Et gammeldags stykke papir kan nu gøre meget – et foldet stykke papir med nogle datoer.’* Der var også blandt de praktiserende læger en opfattelse af, at der var gode kommunikationsveje til kommunerne: *‘Jeg har et OK samarbejde med kommunen. Der plejer ikke at være nogen problemer med at få fat i dem, hvis man har brug for det. Det er både hjemmeplejen, sygedagpenge, jobcenteret. [...] Vi kommunikerer både elektronisk og telefonisk. Vi bruger Edifact til kommunen, og det fungerer OK – vi har haft lidt bøvl, men når man bare lige får det tekniske på plads, så fungerer det egentlig okay.’* Det betyder dog ikke automatisk, at de praktiserende læger synes, at de får de relevante oplysninger om rehabiliteringsforløbet: *‘I epikrisen står der deres kolesterol, blodtryk, om de følger deres Plavix etc., men der står egentlig ikke noget om rehabiliteringstilbud.’*

Blandt de alment praktiserende læger var der varierende erfaringer med brugen af hjerterplanen: *‘Jeg mangler faktisk en patientbog, som diabetikerne har det – en vandrejournal. [...] Jeg synes, at hjerterplanen forsvinder lidt. I starten brugte patienterne den, og brugte den fx når de ringede ind og sagde, at nu stod der, at de skulle til tremåneders tjek.’* Men også: *‘Jeg synes, at det er OK, når de kommer med deres papirer og hjerterplanen, hvor der er skrevet fra sygehuset, hvor vi så også skriver vores ting ind i å la en vandrejournal.’*

6.1.18 De praktiserende læger og Hjerterforeningen

De praktiserende lægers vurderinger af Hjerterforeningen som samarbejdspartner for almen praksis – og foreningens involvering i rehabiliteringsprojektet – varierer. Nogle betragter dem som en væsentlig part: *‘Det har jo været vores redning i forhold til tobaksophør og træning og at turde træne, selvom man er hjertesyg. Så det har jeg brugt meget. Jeg er altid meget obs. på patientforeningerne, hvis jeg synes, at det er en sygdom, som jeg er for dårlig til at forklare om selv.’* Og: *‘Jeg synes egentlig, at det lyder OK med Hjerterforeningen. Det er en forening, der gør et godt stykke arbejde, og patienterne kan trække mange informationer derinde.’* Andre praktiserende læger mener dog, at Hjerterforeningens arbejde kan ses som varetægelse af særinteresser: *‘Jeg har generelt et anstrengt forhold til patientforeninger og andre lobbyorganisationer. Så dem kan jeg godt undvære.’* Og: *‘Jeg har lidt svært ved at se, at Hjerterforeningen skulle være en relevant samarbejdspartner.’* Endelig var der eksempler på, at synet på Hjerterforeningen nok var positivt: *‘Jeg kan ikke se noget problem i, at de er med inde over, hvis det er til patientens bedste.’* Men med forbehold da lægen samtidig peger på, at manglende fokus

på patienternes tarv kan være et problem: *'Der er jo nogle patientforeninger, der ikke helt forstår patienternes bedste, men mere ser deres egen organisation som målet frem for patienterne. Vi har jo en hel del patienter, som ikke har overskud til at være 'ressourcepatienter'. Og dem har man nogle gange indtryk af, at nogle patientforeninger egentlig overser lidt. Selvom det jo egentlig burde være deres formål at tage hensyn til de lidt sværere.'*

Samlet er det indtrykket, at de praktiserende læger har fået en marginal position i projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering' og at den oprindelige intention om at inddrage lægerne tættere til rehabiliteringen ikke er blevet realiseret. Denne tendens kan være styrket af, at de kommunale forløbskoordinatorer har foretaget prioriteringer, der har haft til hensigt at styrke samarbejdet med sygehuset om patienternes rehabiliteringsforløb, men samtidig har medvirket til at de praktiserende læger er blevet placeret i udkanten af samarbejdet.

6.2 Deltagelse og klinisk effekt

Der er i alt 122 patienter, der er blevet inkluderet i dette projekt (er specificeret i det efterfølgende afsnit). Det er jf. inklusionskriterierne patienter, der var bosiddende i Nyborg eller Faaborg-Midtfyn Kommuner. De har alle været indlagt på OUH Svendborg Sygehus og har fået den indledende samtale/visitationssamtalen ved rehabiliteringssygeplejerske i perioden 28. juli 2008 - 27. juli 2009.

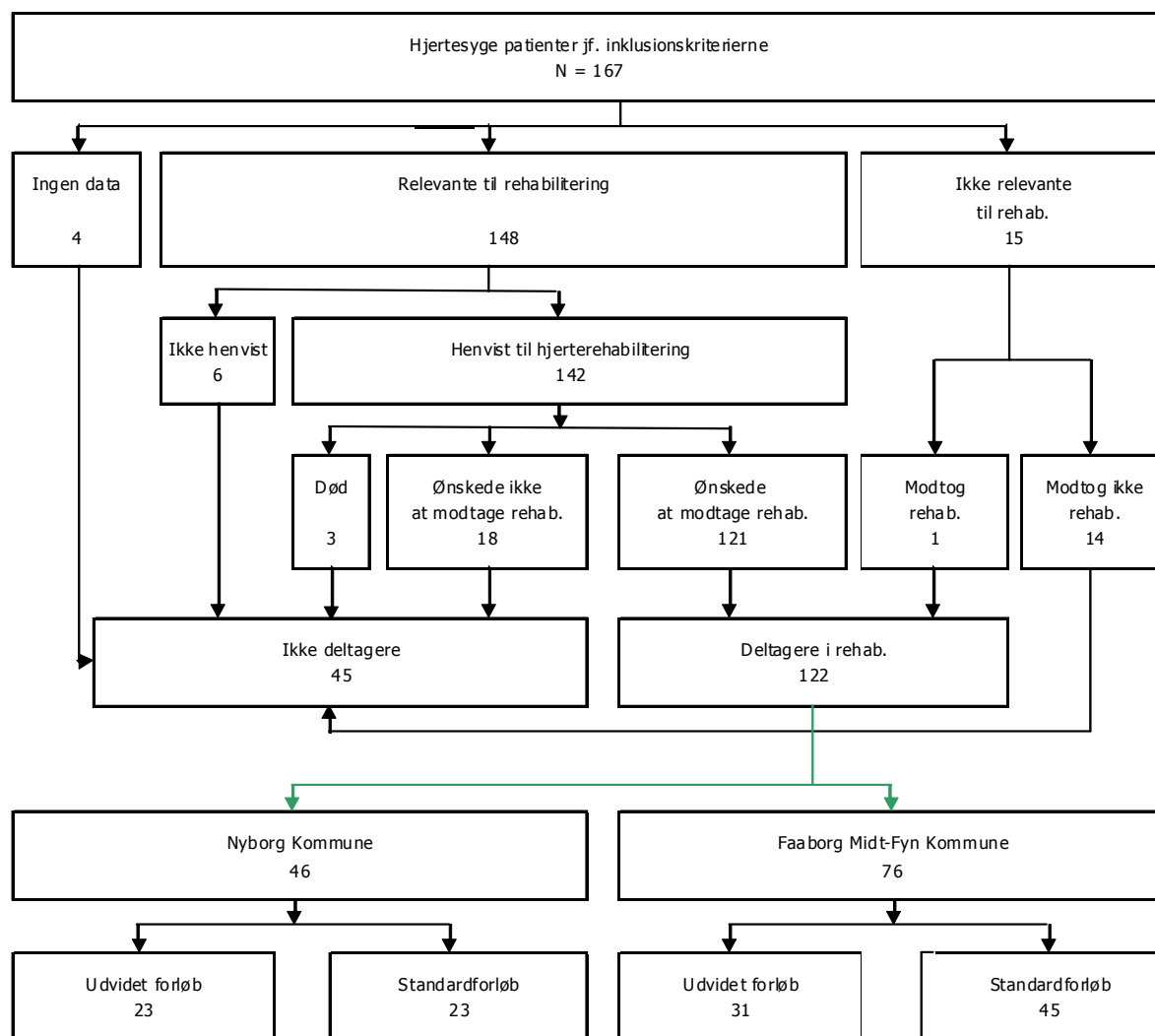
6.2.1 Frafald og deltagelse i projektet

Der var i alt 167 personer, som havde en hjertesygdom, som kunne føre til inklusion i projektet (jf. inklusionskriterierne, som er beskrevet i afsnit 3.2). Blandt dem var der 148 personer, hvor lægerne fandt det relevant at give dem et tilbud om hjerterehabilitering.

Blandt de 19 hjertepatienter, som ikke blev henvist til hjerterehabilitering, var der 15 personer, der blev ekskluderet af projektet grundet comorbiditet. Det betyder, at lægerne har vurderet, at de led af en så alvorlig anden sygdom (svær apopleksi, demens, psykiatrisk sygdom eller retardering og/eller havde et alkoholmisbrug), at de var ude af stand til at tage imod tilbuddet om hjerterehabilitering. For de resterende fire personer fik lægerne ikke taget stilling til, hvorvidt det var relevant at give dem et tilbud om hjerterehabilitering.

Af de 148 hjertepatienter, som blev fundet relevante for hjerterehabilitering, var der 142 (96 %), som blev henvist hertil og dermed seks, som ikke blev henvist til hjerterehabilitering (en af disse har dog alligevel modtaget dele af hjerterehabiliteringstilbuddet). Ud af de 142 henviste var der 121 af hjertepatienterne, som ønskede at modtage tilbuddet om hjerterehabilitering, 18 ønskede ikke at deltage, og tre døde inden afgivelse af et evt. tilsagn. Det betyder, at der i alt har været 122 patienter, som har deltaget i hjerterehabiliteringen (86 % af de 142 henviste + den ene som deltog uden egentlig at være vurderet som relevant), se evt. Figur 6.1.

Figur 6.1 Forløbsdiagram for hjerterehabiliteringspatienter bosiddende i Nyborg eller Faaborg-Midtfyn Kommuner.



Der er opstillet fire succeskriterier for dette projekt jf. afsnit 2.2. Det første af dem vedrører patienternes deltagelse i projektet.

Succeskriteriet for patienternes deltagelse i projektet: Succeskriteriet for patienternes deltagelse i projektet er ikke blevet opfyldt, idet der er seks hjertepatienter, der ikke er blevet henvist til hjerterehabilitering, selvom de opfylder inklusionskriterierne for deltagelse i projektet.

6.2.2 Grunddata om deltagere

I den efterfølgende tekst er der foretaget en karakteristik af de 122 patienter/borgere, således som de fremtræder under indlæggelsen; data er sammenfattet på tværs af kommuner og forløb, som borgerne har indgået i (udvidet versus standardforløb). Der fokuseres på de væsentligste fund. For en mere detaljeret fremstilling henvises læseren til Tabel 6.1.

Bopæl og tilbud

Af de 122 deltagere er 46 (38 %) bosiddende i Nyborg Kommune og 76 (62 %) i Faaborg-Midtfyn Kommune. Samlet set er 54 (44 %) af dem blevet henvist til et udvidet forløb, mens 68 (56 %) er henvist til et standardforløb; deltagernes fordeling på arten af tilbud fordelt på køn og kommuner fremgår af Tabel 6.1.

Aktionsdiagnose

Hovedparten af patienterne, som indgår i dette hjerterehabiliteringsprojekt, har akut myokardieinfarkt (76 patienter svarende til 62 %); 27 (22 %) har angina pectoris, mens 18 (15 %) har kronisk iskæmisk hjertesygdom, og blot én patient (1 %) har en anden form for iskæmisk hjertesygdom.

Køn og aldersfordeling

Der er en overvægt af mænd; 91 mænd (75 %) og 31 kvinder (25 %) har deltaget i hjerterehabiliteringen. Gennemsnitsalderen ved indlæggelse på sygehus var 63 år for mændene (spredning: 39-86 år) og 68 år for kvinderne (spredning: 41-91 år). Antal mænd og kvinder fordelt på aldersgrupper fremgår også af Tabel 6.1.

Samlivsstatus, boform og kommunal hjælp

Der er i alt 33 (27 %) af de 122 deltagere, der bor uden partner/ægtefælle og kun én (1 %), som bor på plejehjem/i beskyttet bolig. Fem af deltagerne (4 %) har hjemmehjælp eller modtog personlig pleje ved indlæggelsen.

Erhvervsuddannelse og beskæftigelsesstatus

De 56 (46 %) af deltagerne er faglærte/har en højere uddannelse, mens 29 (24 %) er ufaglærte. Der er ingen oplysninger om erhvervsuddannelse for de sidste 37 deltagere (30 %).

Knap en tredjedel af deltagerne (31 %) er i arbejde ved indlæggelsen, mens godt halvdelen (52 %) er på efterløn/alderspension, og ca. hver tiende er på førtidspension (11 %). De sidste er enten arbejdsløse eller andet, som ikke er nærmere oplyst (se Tabel 6.1).

Tabel 6.1 Karakteristik ved baseline for hjertepatienter bosiddende i Nyborg eller Faaborg-Midtfyn Kommuner, som har ønsket at modtage et tilbud om hjerterehabilitering, når det tilbydes af et partnerskab. 2008-2009.

	Nyborg Kommune				Faaborg-Midtfyn Kommune				Begge kommuner					
	Udvidet forløb		Standardforløb		Udvidet forløb		Standardforløb		Udvidet forløb		Standardforløb		Samlet	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	I alt	Procent
Antal hjerterehabiliteringsptt.	23	50	23	50	31	41	45	59	54	44	68	56	122	100
Køn	23		23		31		45		54		68		122	
Mænd	16	70	18	78	26	84	31	69	42	78	49	72	91	75
Kvinder	7	30	5	22	5	16	14	31	12	22	19	28	31	25
Alder	23		23		31		45		54		68		122	100
Yngre end 50 år	5	22	1	4	3	10	2	4	8	15	3	4	11	9
50-59 år	4	17	10	43	7	23	6	13	11	20	16	24	27	22
60-69 år	7	30	8	35	9	29	23	51	16	30	31	46	47	39
70-79 år	2	9	4	17	9	29	12	27	11	20	16	24	27	22
80 år eller ældre	5	22	0	0	3	10	2	4	8	15	2	3	10	8
Bor med ægtefælle samlever	23		23		31		45		54		68		122	100
Nej	11	48	2	9	12	39	8	18	23	43	10	15	33	27
Ja	12	52	21	91	19	61	36	80	31	57	57	84	88	72
Uoplyst	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	1	1
Bolig	23		23		31		45		54		68		122	100
Egen bolig	23	100	23	100	30	97	44	98	53	98	67	99	120	98
Plejehjem/beskyttet bolig	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	1	1
Uoplyst	0	0	0	0	1	3	0	0	1	2	0	0	1	1
Hjemmehjælp/personlig pleje	23		23		31		45		54		68		122	100
Nej	22	96	23	100	28	90	43	96	50	93	66	97	116	95
Ja	1	4	0	0	2	6	2	4	3	6	2	3	5	4
Uoplyst	0	0	0	0	1	3	0	0	1	2	0	0	1	1
Erhvervsuddannelse	23		23		31		45		54		68		122	100
Faglært/højere uddannelse	8	35	11	48	12	39	25	56	20	37	36	53	56	46
Ufaglærte	10	43	3	13	10	32	6	13	20	37	9	13	29	24
Uoplyst	5	22	9	39	9	29	14	31	14	26	23	34	37	30
Beskæftigelse	23		23		31		45		54		68		122	100
I arbejde	5	22	8	35	10	32	15	33	15	28	23	34	38	31
Arbejdsløs	0	0	0	0	1	3	0	0	1	2	0	0	1	1
Førtidspension	5	22	3	13	2	6	3	7	7	13	6	9	13	11
Efterløn/alderspension	12	52	10	43	17	55	25	56	29	54	35	51	64	52
Andet	1	4	1	4	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2
Uoplyst	0	0	1	4	1	3	2	4	1	2	3	4	4	3

6.2.3 Grunddata om de der ikke deltog

I dette afsnit følger de grundlæggende oplysninger om de 45 patienter, som ikke har deltaget i hjerterehabiliteringen, enten fordi de i) ikke blev inkluderet grundet comorbiditet (19 personer), ii) ikke blev henvist (fem personer), iii) ikke selv ønskede at deltage i hjerterehabiliteringen (18 personer) eller iv) døde inden de første dele af rehabiliteringstilbuddet blev givet (tre personer).

Af de 45 hjertepatienter, som ikke deltog i tilbuddet om hjerterehabilitering, er 10 (22 %) bosiddende i Nyborg Kommune og 35 (78 %) i Faaborg-Midtfyn Kommune. De 19 mænd har en gennemsnitsalder på 77 år (spredning: 44-87 år) ved indlæggelsen på sygehus, mens gennemsnitsalderen for de 26 kvinder er 80 år (spredning: 69-92 år).

Der er i alt 24 (53 %) af dem, der bor uden partner/ægtefælle, seks bor på plejehjem/i beskyttet bolig (13 %), og 22 (49 %) har hjemmehjælp eller modtager personlig pleje ved indlæggelsen.

Oplysningerne om erhvervsuddannelse er mangelfulde; der er ni (20 %) personer, som er faglærte/har en højere uddannelse, 14 (31 %) er ufaglærte, mens der ikke er oplysninger for 22 (49 %), se Tabel 6.2.

De, der ikke deltog, er således både ældre og dårligere fungerende (forholdsvis flere bor på plejehjem/i beskyttet bolig samt modtager hjemmehjælp) end deltagerne i hjerterehabiliteringen. Herudover er der også forholdsvis flere af dem, der ikke deltager, som bor uden partner/ægtefælle. Endelig er der også forholdsvis flere ufaglærte blandt dem, der ikke deltog.

Tabel 6.2 Karakteristik under indlæggelse af hjertepatienter bosiddende i Nyborg eller Faaborg-Midtfyn Kommuner, som ikke har deltaget i et tilbud om hjerterehabilitering udbudt af et partnerskab. 2008-2009.

	Nyborg Kommune		Faaborg-Midtfyn Kommune		Begge kommuner	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Køn	10		35		45	
Mænd	3	30	16	46	19	42
Kvinder	7	70	19	54	26	58
Alder, gennemsnit	83		75		77	
Mænd	77	-	70	-	71	-
Kvinder	85	-	80	-	80	-
Bor med ægtefælle samlever	10		35		45	
Nej	8	80	16	46	24	53
Ja	2	20	15	43	17	38
Uoplyst	0	0	4	11	4	9
Bolig	10		35		45	
Egen bolig	8	80	28	80	36	80
Plejehjem/beskyttet bolig	2	20	4	11	6	13
Uoplyst	0	0	3	9	3	7
Hjemmehjælp/personlig pleje	10		35		45	
Nej	3	30	17	49	20	44
Ja	7	70	15	43	22	49
Uoplyst	0	0	3	9	3	7
Erhvervsuddannelse	10		35		45	
Faglært/højere uddannelse	1	10	8	23	9	20
Ufaglærte	9	90	5	14	14	31
Uoplyst	0	0	22	63	22	49

6.2.4 Deltagelse i hjerterehabiliteringen

I dette afsnit præsenteres hjerterehabiliteringspatienternes deltagelse i de tilbud om hjerterehabilitering, der har været givet på sygehus henholdsvis i kommunerne.

♦ På sygehus har tilbuddet omfattet:

1. Samtaler og kontroller
2. Depressionstest
3. Fysisk træning

♦ I kommunen har tilbuddet omfattet:

4. Fysisk træning
5. Gruppesamtaler
6. Temamøder i Faaborg-Midtfyn Kommune/informationsmøder i Nyborg Kommune
7. Individuelle forløb med forløbskoordinator, diætist/kostvejleder og sygeplejerske fra Hjerterforeningen
8. Rygestopkursus (kun i Faaborg-Midtfyn Kommune).

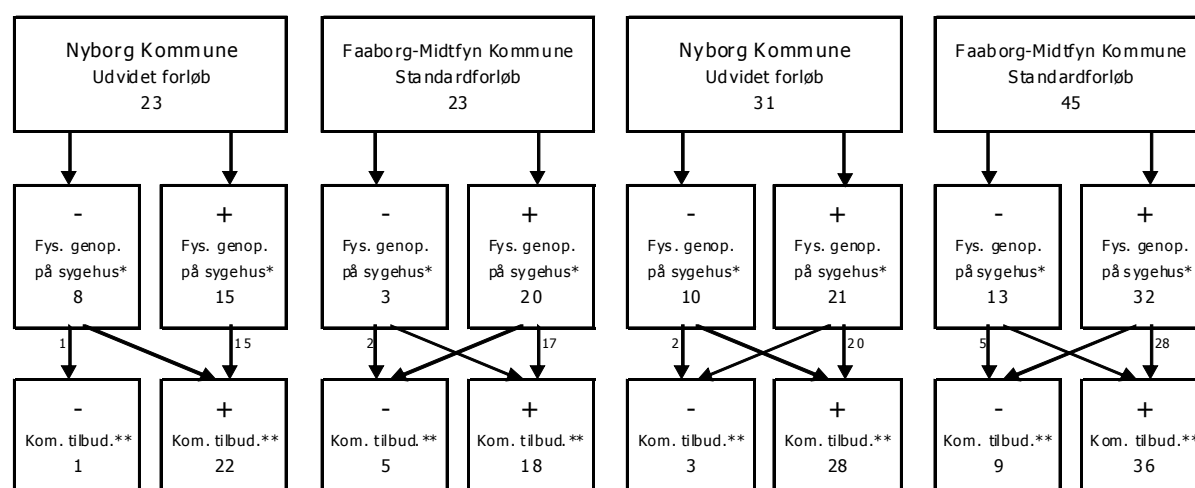
Inden præsentationen af patienternes deltagelse i de enkelte tilbud har vi udarbejdet en oversigt over antal patienter, som har deltaget mindst én gang i fysisk genoptræning på sygehus henholdsvis mindst én gang i et af følgende kommunale tilbud: Fysisk genoptræning, gruppesamtaler, temamøde/informationsmøde og individuelle forløb med forløbskoordinator (Figur 6.2).

Det ses fx af Figur 6.2, at blandt de 23 patienter fra Nyborg Kommune, som fik tilbudt et udvidet forløb, var der 15 patienter (65 %), som både deltog i den fysiske genoptræning på hospital og mindst én gang i et af de af de kommunale tilbud; mens der var 17 (74 %) af de 23 patienter med et standardforløb. I Faaborg-Midtfyn Kommune deltog 20 (95 %) af de 31 patienter med et udvidet forløb i både den fysiske genoptræning på hospital og i mindst et af de af de kommunale tilbud henholdsvis 28 (62 %) af de 45 patienter med et standardforløb.

Herudover fremgår det, at af de 34 patienter, som ikke deltog i den fysiske genoptræning på hospital, var der ti patienter (29 %), som ikke deltog mindst én gang i et af de kommunale tilbud²⁹; tre patienter (17 %) fra gruppen med udvidet forløb versus syv patienter (44 %) med standardforløb.

Endelig fremgår det, at der samlet set var 18 patienter (15 %) af de i alt 122 patienter, som ikke deltog i mindst et af de kommunale tilbud om hjerterehabilitering; fire patienter (7 %) i gruppen med udvidet forløb versus 14 patienter (21 %) i gruppen med standardforløb.

Figur 6.2 Antal deltagere i hjerterehabilitering fordelt på forløb og sted.



* Deltaget mindst én gang i fysisk genoptræning på sygehus.

** Deltaget mindst én gang i et kommunalt tilbud (fysisk genoptræning, gruppesamtaler, temamøde/informationsmøde og individuelle forløb med forløbskoordinator).

Ad 1. Samtaler og kontroller på sygehus

Som en del af tilbuddet om hjerterehabilitering indgår der samtaler og kontroller på sygehuset med henholdsvis rehabiliteringssygeplejersker og læger. Tilbud og den procentvis andel af deltagere, som har modtaget de pågældende samtaler/kontroller, er som følger:

- ♦ En indledende samtale med en rehabiliteringssygeplejerske: 32 % af deltagere (35 % af deltagere i det udvidede forløb versus 29 % af deltagere i standardforløbet).

²⁹ Én af disse patienter døde inden tre måneders kontrollen, mens en anden patient var død ved 12 måneders kontrollen.

- ♦ En visitationssamtale ved en rehabiliteringssygeplejerske: 99 % af deltagerne (ingen forskel mellem de to grupper: 100 % af deltagerne i det udvidede forløb henholdsvis 99 % af deltagerne i standardforløbet).
- ♦ En lægelig efterkontrol i Kardiologisk ambulatorium ca. en måned efter indlæggelsen: 90 % af deltagerne (98 % af deltagerne i det udvidede forløb versus 84 % af deltagerne i standardforløbet).
- ♦ En kontrol ved en rehabiliteringssygeplejerske ca. tre måneder efter indlæggelsen: 88 % af deltagerne (her deltog 81 % af deltagerne i det udvidede forløb, mens der var et fremmøde på 93 % blandt deltagerne i standardforløbet).
- ♦ En kontrol ved en rehabiliteringssygeplejerske ca. 12 måneder efter indlæggelsen: 83 % af deltagerne (fremmødet var her på 76 % blandt deltagerne i det udvidede forløb, mens der var et fremmøde på 88 % blandt deltagerne i standardforløbet).

Af Tabel 6.3 fremgår antallet af samtaler og kontroller på sygehus fordelt på kommuner og rehabiliteringstilbud. På basis heraf er det beregnet, at 70 % af patienterne, som deltog i det udvidede forløb, har haft tre besøg omfattende mindst én af samtalerne (indledende samtale/visitationssamtalen) og begge kontroller (tre måneders kontrollen og 12 måneders kontrollen). Mens 84 % af patienterne, som deltog i standardforløbet, har haft tre af de pågældende besøg hos en sygeplejerske.

Herudover har der også været mulighed for at få ekstra samtaler med en rehabiliteringssygeplejerske. Det har godt 1/3 af deltagerne benyttet sig af (35 %). De fleste har haft 1-2 ekstra samtaler, mens et mindre antal deltagere hver har haft 5-9 ekstra samtaler (Tabel 6.3).

Tabel 6.3 Hjerterpatienters deltagelse i samtaler og kontroller med rehabiliteringssygeplejerske samt lægelig efterkontrol på sygehus fordelt på kommuner.

Tilbuddets art	Nyborg Kommune				Faaborg-Midtfyn Kommune				Begge kommuner				Samlet	
	Udvidet forløb		Standardforløb		Udvidet forløb		Standardforløb		Udvidet forløb		Standardforløb			
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	I alt	Procent
Indledende samtale	8	35	4	17	11	35	16	36	19	35	20	29	39	32
Visitationssamtale	23	100	23	100	31	100	44	98	54	100	67	99	121	99
Lægelig efterkontrol	23	100	18	78	30	97	39	87	53	98	57	84	110	90
3-måneders kontrol	18	78	21	91	26	84	42	93	44	81	63	93	107	88
12-månders kontrol	16	70	23	100	25	81	37	82	41	76	60	88	101	83
Ekstra samtaler, nej	14	61	19	83	11	35	35	78	25	46	54	79	79	65
Antal i alt, med ekstra samtaler	9	39	4	17	19	61	10	22	28	52	14	21	42	34
Ekstra samtaler, 1	3	13	2	9	7	23	5	11	10	19	7	10	17	14
Ekstra samtaler, 2	1	4	1	4	5	16	2	4	6	11	3	4	9	7
Ekstra samtaler, 3	1	4	0	0	3	10	1	2	4	7	1	1	5	4
Ekstra samtaler, 4	2	9	0	0	1	3	1	2	3	6	1	1	4	3
Ekstra samtaler, 5-9	2	9	1	4	3	10	1	2	5	9	2	3	7	6

Afsluttet før tid og dødsfald

Der var fire personer (3 %) af de 122 hjerterehabiliteringspatienter, der formelt blev afsluttet undervejs i rehabiliteringsforløbet grundet alvorlig sygdom; to af dem kom ikke til tre måneders kontrollen og den efterfølgende 12 måneders kontrol, herudover var der to, som ikke deltog i 12 måneders kontrollen. Tre af de fire var fra gruppen med et udvidet forløb.

Hertil kommer, at der var seks personer (5 %), der døde undervejs i rehabiliteringsforløbet; alle seks deltog i den lægelige efterkontrol (ca. 1 måned efter udskrivelse), men to døde inden tre måneders kontrollen og de sidste fire var døde inden 12 måneders kontrollen. Gennemsnitsalderen var 55 år (spredning 40-66 år), og fem af dem var fra gruppen med et udvidet forløb.

Succeskriteriet for antal besøg hos sygeplejerske på sygehus: Dette succeskriterium er ikke umiddelbart blevet opfyldt, idet det krævede, at mindst 80 % af patienterne, som deltog i det udvidede forløb og mindst 90 % af patienterne, som deltog i standardforløbet, skulle deltage i mindst én af

samtalerne (indledende samtale/visitationssamtalen) og i begge kontroller (tre måneders kontrollen og 12 måneders kontrollen). Som det fremgår ovenfor, så var procenterne for deltagelse i samtaler/kontroller med rehabiliteringssygeplejersken 70 % i gruppen med det udvidede forløb henholdsvis 84 % i standardforløbet. Hvis vi fraregner de personer, der blev afsluttet før tid eller døde, så er deltagesgraden i stedet 83 % i gruppen med det udvidede forløb henholdsvis 86 % i gruppen med standardforløbet.

Ad 2. Depressionstest

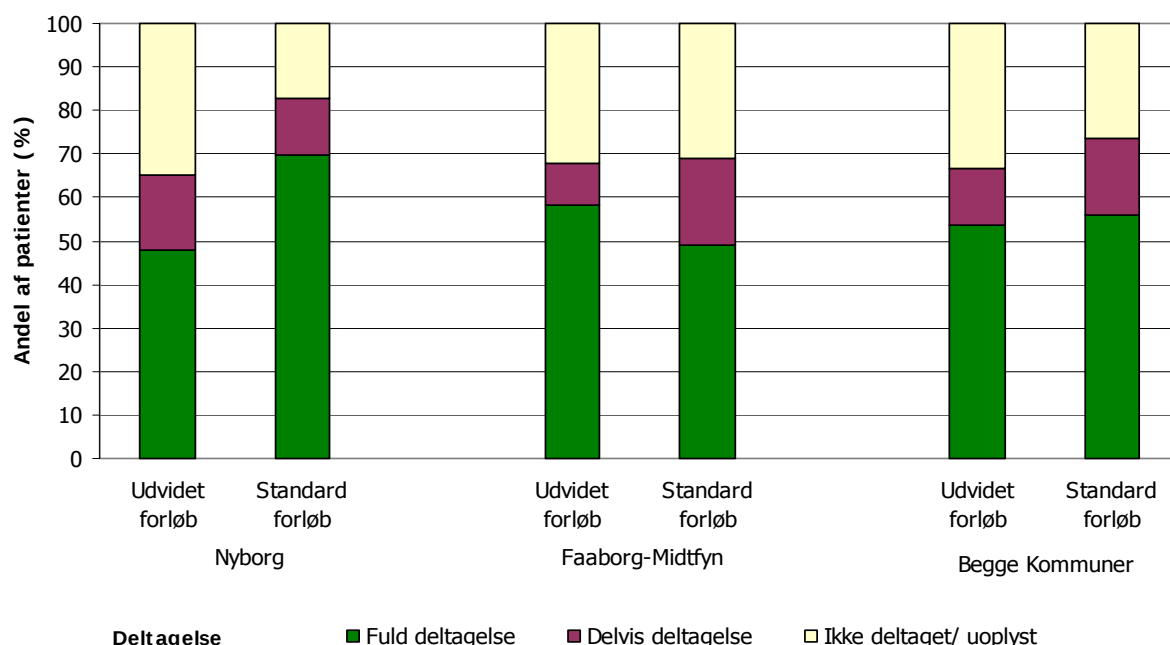
I alt har 65 deltagere (53 %) fået udført en depressionstest (for fem af deltagerne har det ikke været relevant at få den udført, da de allerede var i medicinsk behandling for depression). Der er oplysninger om resultater for 52 af de 65 gennemførte test. Det fremgår heraf, at 35 af deltagerne, der har gennemført en test, ikke har depression, mens rehabiliteringssygeplejersken jf. vejledningen til testen har overvejet, om det er tilfældet for de resterende 17 patienter (33 % af dem der har testresultater). På basis af den øvrige samtale med patienterne har rehabiliteringssygeplejersken opfordret 11 af de 17 patienter (65 %) til at gå til egen læge med henblik på videre behandling. Ifølge patienternes egen oplysning ved tre måneders kontrollen har fire af de 11 patienter (36 %) haft konsulteret egen læge herfor, mens to oplyser, at det har de ikke gjort (der mangler oplysninger for fem patienter).

Ad 3. Fysisk træning på sygehus

Hjerterehabiliteringspatienterne har fået tilbud om 12 gange med ambulant fysisk træning på sygehus (fordelt på seks uger). Nedenfor præsenteres graden af deltagelse i form af antal fremmøder (inddelingen er baseret på den inddeling, der har været anvendt i hjerterehabiliteringsprojektet fra Århus (6), (se også Figur 6.3):

- ♦ Fuld deltagelse (8-12 fremmøder):
 - I alt har 67 (55 %) af hjerterehabiliteringspatienterne deltaget fuldt ud i den fysiske træning på sygehus: 29 patienter (54 %) fra gruppen med udvidet forløb versus 38 (56 %) fra gruppen med standardforløb.
- ♦ Delvis deltagelse (1-7 fremmøder):
 - Der er i alt 19 (16 %) af hjerterehabiliteringspatienterne, som har deltaget delvist i den fysiske træning på sygehus: 7 patienter (13 %) fra gruppen med udvidet forløb versus 12 (18 %) fra gruppen med standardforløb.
- ♦ Ikke deltaget:
 - Samlet set er der 34 (28 %) af hjerterehabiliteringspatienterne, som slet ikke har deltaget i den fysiske træning på sygehus: 18 patienter (33 %) fra gruppen med udvidet forløb versus 16 (24 %) fra gruppen med standardforløb.
 - Hertil kommer 2 (2 %) hjerterehabiliteringspatienter, hvorom det er uoplyst, hvorvidt de har deltaget i den fysiske træning på sygehus; de er fra gruppen med standardforløbet.

Figur 6.3. Hjerterehabiliteringspatienters deltagelse i fysisk træning på sygehus fordelt på graden af deltagelse og typen af forløb.



Succeskriteriet for fysisk træning på sygehus: Dette succeskriterium er heller ikke blevet opfyldt, idet det er fastsat på følgende måde: Alle patienter, der af lægerne findes egnede til holdtræning (i betydningen, at de ikke har andre alvorlige sygdomme), deltager mindst én gang i træningen. Der er 28 % af hjerterehabiliteringspatienterne, der ikke har deltaget i træningen.

Ad 4. Fysisk træning i kommunen

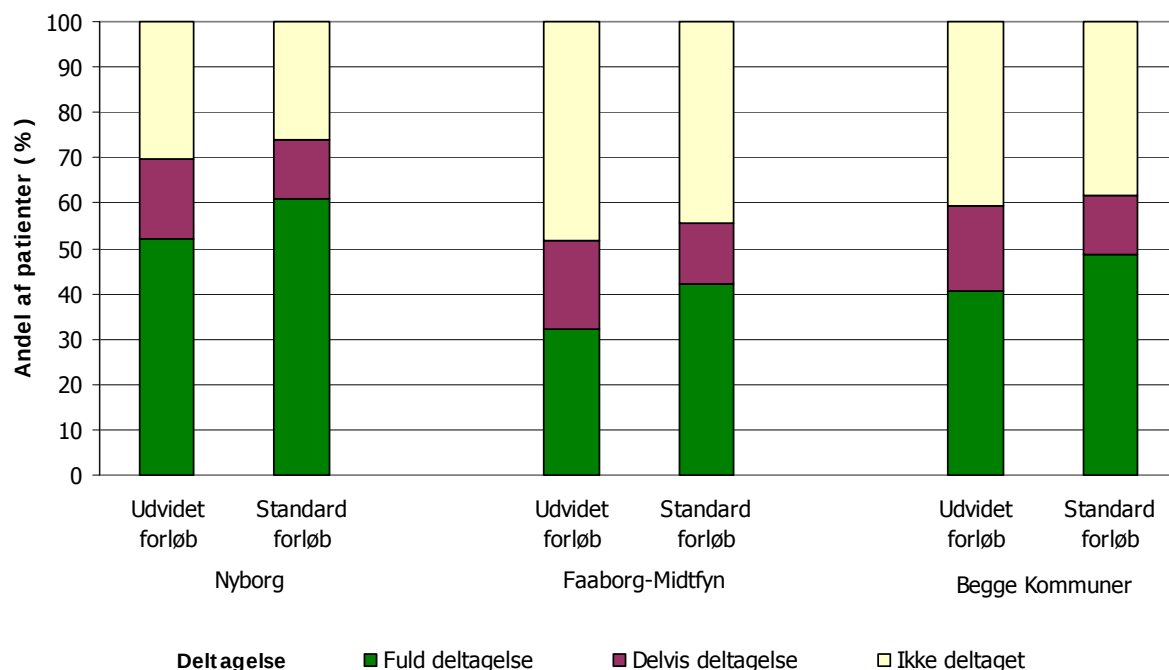
Hjerterehabiliteringspatienterne i Faaborg-Midtfyn Kommune har fået tilbud om 11 gange med kommunal, fysisk træning (fordelt på seks uger), mens de har haft tilbud om 12 gange i Nyborg Kommune. Nedenfor præsenteres graden af deltagelse i form af antal fremmøder (se også Figur 6.4):

- ♦ Fuld deltagelse (8-12 fremmøder):
 - I alt har 55 (45 %) af hjerterehabiliteringspatienterne deltaget fuldt ud i den kommunale, fysiske træning (26 patienter fra Nyborg Kommune og 29 patienter fra Faaborg-Midtfyn Kommune): 22 patienter (41 %) fra gruppen med udvidet forløb versus 33 (49 %) fra gruppen med standardforløb.
- ♦ Delvis deltagelse (1-7 fremmøder):
 - I alt har 19 (16 %) af hjerterehabiliteringspatienterne deltaget delvist i den kommunale, fysiske træning (syv patienter fra Nyborg Kommune og 12 patienter fra Faaborg-Midtfyn Kommune): ti patienter (19 %) fra gruppen med udvidet forløb og ni (13 %) fra gruppen med standardforløb.
- ♦ Ikke deltaget³⁰:
 - Samlet set er der 48 (39 %) af patienterne, som slet ikke har deltaget i den kommunale, fysiske træning (13 patienter fra Nyborg Kommune og 35 patienter fra Faaborg-Midtfyn Kommune).

³⁰ Vi gør opmærksom på, at der generelt ikke er viden om, hvorvidt de patienter, der ikke har deltaget i et givent kommunalt tilbud, har foretaget et fravalg eller ikke er blevet henvist hertil.

ne): 22 patienter (41 %) fra gruppen med udvidet forløb versus 26 (38 %) fra gruppen med standardforløb.

Figur 6.4 Hjerterehabileringspatienters deltagelse i fysisk træning i kommunen fordelt på graden af deltagelse og typen af forløb.



Fysisk træning på tværs

Af nedenstående opgørelse fremgår det, at aktiv deltagelse i fysisk træning på sygehus ikke nødvendigvis medfører deltagelse i den fysiske træning i kommunerne. Det ses endvidere, at en stor andel af de, der ikke deltager i den fysiske træning på sygehus, heller ikke deltager i den fysiske træning i kommunerne:

- ♦ Af de 67 hjerterehabileringspatienter, der har haft fuldt fremmøde ved den fysiske træning på sygehus, er der 10 (15 %), som ikke har deltaget i den fysiske træning i kommunalt regi (to fra standardforløbet i Nyborg Kommune samt seks fra det udvidede forløb henholdsvis to fra standardforløbet i Faaborg-Midtfyn Kommune).
- ♦ Af de 34 hjerterehabileringspatienter, der ikke har deltaget i den fysiske træning på sygehus, er der 25 (74 %), som heller ikke har deltaget i den fysiske træning i kommunen (en var død ved tre måneders kontrollen). Sagt på en anden måde: Der er 20 % (af de 122 hjerterehabileringspatienter), som ikke har deltaget i nogen form for fysisk træning – hverken på sygehus eller i kommunen.

Ad 5. Kommunale gruppesamtaler

Alle hjerterehabileringspatienterne har haft tilbud om 12 gruppesamtaler, en form for undervisnings- og samtaletilbud. Graden af deltagelse er som følger (se også Figur 6.5):

- ♦ Fuld deltagelse (8-12 fremmøder):
 - I alt har 45 (37 %) af hjerterehabileringspatienterne deltaget fuldt ud i de kommunale gruppesamtaler (17 patienter fra Nyborg Kommune og 28 patienter fra Faaborg-Midtfyn Kommu-

ne): 17 patienter (31 %) fra gruppen med udvidet forløb versus 28 (41 %) fra gruppen med standardforløb.

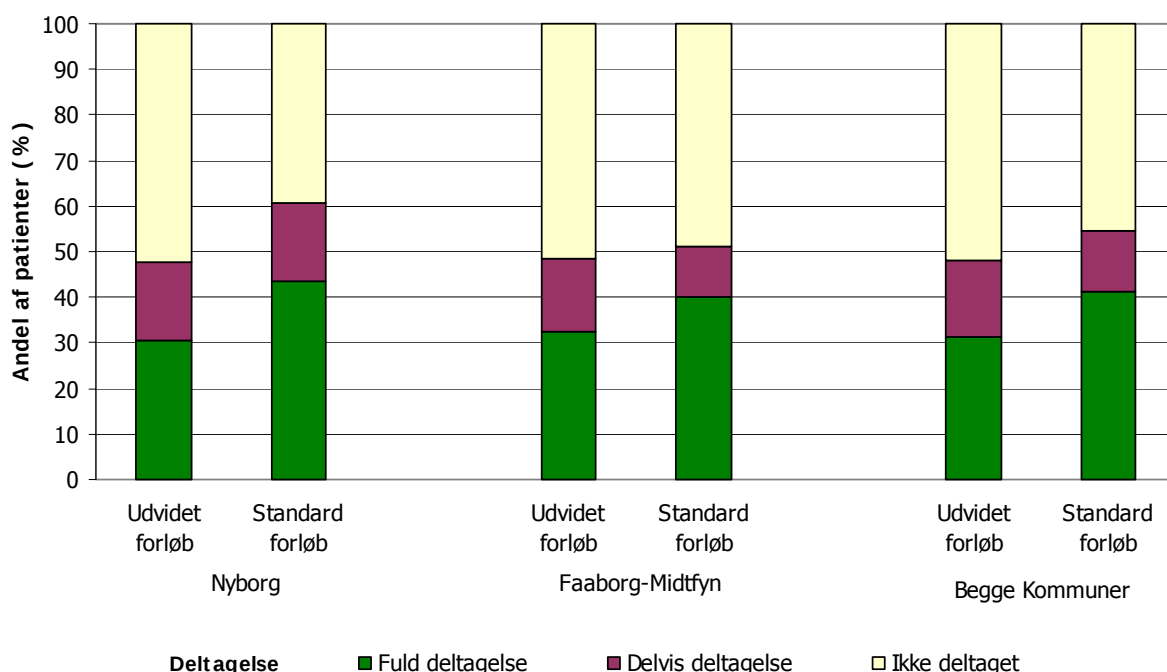
♦ Delvis deltagelse (1-7 fremmøder):

- I alt har 18 (15 %) af hjerterehabiliteringspatienterne deltaget delvist i de kommunale gruppesamtaler (otte patienter fra Nyborg Kommune og ti patienter fra Faaborg-Midtfyn Kommune): ni patienter (17 %) fra gruppen med udvidet forløb henholdsvis ni (13 %) fra gruppen med standardforløb.

♦ Ikke deltaget:

- Samlet set har 59 (48 %) af hjerterehabiliteringspatienterne slet ikke deltaget i det kommunale tilbud om gruppesamtaler (21 patienter fra Nyborg Kommune og 38 patienter fra Faaborg-Midtfyn Kommune): 28 (52 %) fra gruppen med udvidet forløb versus 31 (46 %) fra gruppen med standardforløb.

Figur 6.5 Hjerterehabiliteringspatienters deltagelse i gruppesamtaler i kommunen fordelt på graden af deltagelse og typen af forløb.



Ad 6. Kommunale temamøder/informationsmøder

Hjerterehabiliteringspatienterne i Nyborg Kommune har haft tilbud om to møder (her kaldet informationsmøder og afholdt én gang om måneden), mens de i Faaborg-Midtfyn Kommune har fået tilbud om tre møder med temaundervisning (afholdt to gange om måneden).

Tilslutningen til disse temamøder/informationsmøder har ikke været stor. Der er 79 af hjerterehabiliteringspatienterne (65 %), som slet ikke har deltaget i møderne; de er fordelt på 34 (43 %) i gruppen med det udvidede forløb og 45 (57 %) i gruppen med standardforløbet. I Nyborg Kommune er det 50 % af hjerterehabiliteringspatienterne, der ikke har taget mod tilbuddet, mens det er 73 % i Faaborg-Midtfyn Kommune.

Der er 15 (12 %), som har deltaget én gang, mens de øvrige 28 hjerterehabiliteringspatienter (23 %) har deltaget 2-3 gange; de 21 kommer fra Nyborg Kommune.

Ad 7. Individuelle forløb med forløbskoordinator, diætist/kostvejleder henholdsvis sygeplejerske

Alle hjerterehabileringspatienterne har haft mulighed for at indgå individuelle aftaler med den kommunale forløbskoordinator, diætist/kostvejleder og sygeplejerske fra Hjerteforeningen. Nedenfor er antallet af fremmøder præsenteret:

- ♦ Forløbskoordinatoren: 67 hjerterehabileringspatienter (55 %) har haft et individuelt 'forløb' med den kommunale forløbskoordinator (20 patienter fra Nyborg Kommune og 47 patienter fra Faaborg-Midtfyn Kommune); 29 (43 % af dem) har haft én samtale, 22 (32 %) har haft 2-3 samtaler, de øvrige har hver haft 4-6 samtaler.
- ♦ Kostvejledning: ni patienter har modtaget kostvejledning (1-2 fremmøder); fem fra det udvidede forløb henholdsvis to fra standardforløbet i Nyborg Kommune og to fra det udvidede forløb i Faaborg-Midtfyn Kommune.
- ♦ Sygeplejerske fra Hjerteforeningen: Der er kun én af hjerterehabileringspatienterne, der har haft en samtale med Hjerteforeningens hjertesyggeplejerske.

I Bilag 16 er ovenstående tilbud om individuelle forløb fordelt på tilbud og kommune (fraset den ene samtale med sygeplejersken fra Hjerteforeningen).

Ad 8. Rygestopkursus

Der kan desværre ikke præsenteres resultater for hjerterehabileringspatienternes deltagelse i de respektive tilbud om at deltage i rygestopkurser. Der er ganske enkelt ingen i projektet, der har foretaget registreringer heraf.

6.2.5 Klinisk effekt

Strukturen i præsentationen af resultaterne er følgende inden for hver af de kliniske værdier (blodtryk, kolesterol og BMI: Først præsenteres målsætningen for patienterne i henhold til hjerteplanen, herefter følger ændringer over tid (data fra 12 måneders kontrollen er sammenlignet med data fra baseline). Til sidst præsenteres grundlæggende data ved baseline og 12 måneders kontrollen (de er væsentligst præsenteret af hensyn til parterne i projektet).

Herefter følger resultater for de øvrige effekter, kondition, rygning og beskæftigelse. Resultaterne fremgår også af Tabel 6.4 og Tabel 6.5.

Blodtryk

I dette projekt er der registreret oplysninger om både det systoliske og det diastoliske blodtryk.

Systolisk blodtryk

Målsætning: Det systoliske blodtryk skal jf. målsætningen i Hjerterplanen være <130 mm Hg.

Ændring over tid: Det gennemsnitlige systoliske blodtryk i gruppen med det udvidede forløb er faldet med 2 mm Hg (fra 135 til 133 mm Hg), mens det er steget med 3 mm Hg (fra 132 til 135 mm Hg) i gruppen med standardforløbet. Men uanset tidspunkt (baseline/12 måneders kontrollen) og forløb (udvidet/standard) ligger gennemsnittet over de 130 mm Hg, som er målsætningen.

Blandt de 72 patienter, som ved baseline havde et systolisk blodtryk, der var ≥ 130 mm Hg, er det imidlertid lykkedes at nå målsætningen for det systoliske blodtryk på <130 mm Hg for 11 patienter (15 % af de 72 patienter henholdsvis 19 % af de 59, som både har systoliske blodtryksværdier ved

baseline og ved 12 måneders kontrollen); dette fordeler sig med fire patienter i det udvidede forløb (én fra Nyborg og tre fra Faaborg-Midtfyn Kommune) og syv i standardforløbet (to fra Nyborg og fem fra Faaborg-Midtfyn Kommune).

Men samtidig ses det, at blandt de 49 patienter, som ved baseline havde et systolisk blodtryk, der var < 130 mm Hg, er der ved 12 måneders kontrollen 19 af dem, hvor det systoliske blodtryk er steget til ≥ 130 mm Hg (39 % af de 49 henholdsvis 46 % af de 41 som både har systoliske blodtryksværdier ved baseline og ved 12 måneders kontrollen). De fordeler sig med syv i det udvidede forløb (én fra Nyborg og seks fra Faaborg-Midtfyn Kommune) og 12 i standardforløbet (fem fra Nyborg og syv fra Faaborg-Midtfyn Kommune).

Der er altså forholdsvis flere patienter – både i antal og i procenter – hvor det systoliske blodtryk er steget i forhold til dem, hvor det er faldet til under de 130 mm Hg, som er målsætningen.

Baseline: Ved baseline havde 49 (40 %) ud af de 121 hjerterehabileringspatienter, der fik målt blodtrykket, et systolisk blodtryk, der var <130 mm Hg. De er fordelt på:

- ♦ 22 (41 %) i det udvidede forløb; gennemsnittet for gruppen³¹ er 135 mm Hg (spredning 88-200 mm Hg).
- ♦ 27 (40 %) i standardforløbet; gennemsnittet for gruppen er 132 mm Hg (spredning 100-170 mm Hg).

12 måneders kontrol: På dette tidspunkt var andelen af hjerterehabileringspatienter med et systolisk blodtryk, der var <130 mm Hg reduceret til 33 (33 % af de 101 hjerterehabileringspatienter, der fik målt blodtryk ved 12 måneders kontrollen). De er fordelt på:

- ♦ 13 (32 %) i det udvidede forløb; gennemsnittet for gruppen er på 133 mm Hg (spredning 110-170 mm Hg).
- ♦ 20 (33 %) i standardforløbet; gennemsnit for hele gruppen er på 135 mm Hg (spredning 100-170 mm Hg).

Diastolisk blodtryk

Målsætning: Det diastoliske blodtryk skal være <80 mm Hg.

Ændring over tid: Det gennemsnitlige diastoliske blodtryk i gruppen med det udvidede forløb er steget med 4 mm Hg (fra 77 til 81 mm Hg) mens det er næsten uændret i gruppen med standardforløbet; det er steget med 1 mm Hg (fra 78 til 79 mm Hg). Det er således kun ved 12 måneders kontrollen i gruppen med det udvidede forløb, at det gennemsnitlige diastoliske blodtryk sniger sig lige over målsætningen på de 80 mm Hg.

Blandt de 65 patienter, som ved baseline havde et diastolisk blodtryk, der var ≥ 80 mm Hg, er det lykkedes at nå målsætningen om et diastolisk blodtryk på <80 mm Hg for 12 af patienterne (18 % af de 65 og 21 % af de 57, som både har diastoliske blodtryksværdier ved baseline og ved 12 måneders kontrollen). De fordeler sig med seks patienter (fire fra Nyborg og to fra Faaborg-Midtfyn Kommune) i det udvidede forløb og seks i standardforløbet (to fra Nyborg og seks fra Faaborg-Midtfyn Kommune).

Men samtidig ses det, at blandt de 56 patienter, som ved baseline havde et diastolisk blodtryk, der var <80 mm Hg, er der ved 12 måneders kontrollen 28 af dem, som har et diastolisk blodtryk, der er steget til ≥80 mm Hg (50 % af de 56 og 65 % af de 43, som både har diastoliske blodtryksværdier ved baseline og ved 12 måneders kontrollen). De fordeler sig med 12 i det udvidede forløb (tre fra Nyborg

³¹ Gennemsnittet er her og efterfølgende opgjort på basis af de personer, som ved baseline henholdsvis 12 måneders kontrollen fik taget blodtryk og målt kolesterolværdier.

og ni fra Faaborg-Midtfyn Kommune) og 16 i standardforløbet (otte fra Nyborg og otte fra Faaborg-Midtfyn Kommune).

Tilsvarende som for det systoliske blodtryk er der også her forholdsvis flere patienter – både i antal og i procenter – hvor det diastoliske blodtryk er steget i forhold til dem, hvor det er faldet til under de 80 mm Hg, som er målsætningen.

Baseline: I alt havde 56 (46 %) ud af de 121 hjerterehabileringspatienter, der fik målt blodtrykket ved baseline et diastolisk blodtryk, der var <80 mm Hg. De er fordelt på:

- ♦ 23 (43 %) i det udvidede forløb; gennemsnittet for gruppen er 77 mm Hg (spredning 46-110 mm Hg).
- ♦ 33 (49 %) i standardforløbet; gennemsnittet for gruppen er 78 mm Hg (spredning 54-106 mm Hg).

12 måneders kontrol: På dette tidspunkt var andelen af hjerterehabileringspatienter med et diastolisk blodtryk, der var <80 mm Hg reduceret til 28 (28 %) ud af de 101 hjerterehabileringspatienter, der fik målt blodtryk ved en 12 måneders kontrol. De er fordelt på:

- ♦ Ni (17 %) i det udvidede forløb; gennemsnittet for gruppen er på 81 mm Hg (spredning 70-100 mm Hg).
- ♦ 19 (28 %) i standardforløbet; gennemsnit for hele gruppen er på 79 mm Hg (spredning 60-106 mm Hg).

Kolesterol

I dette projekt er der også registreret to former for kolesterol; det totale kolesterol henholdsvis LDL kolesterolet.

Total kolesterol

Målsætning: Det totale kolesterol skal være <4,5 mmol/l jf. hjerterplanen.

Ændring over tid: Den gennemsnitlige kolesterolværdi i gruppen med det udvidede forløb er faldet med 0,6 mmol/l (fra 4,7 til 4,1 mmol/l), mens den er faldet med 0,9 mmol/l (fra 4,8 til 3,9 mmol/l) i gruppen med standardforløbet. Det betyder, at for begge grupper er den gennemsnitlige totale kolesterolværdi ved 12 måneders kontrollen faldet til under målsætningen på 4,5 mmol/l.

Blandt de 64 patienter, som ved baseline havde en total kolesterolværdi, der var $\geq 4,5$ mmol/l, er det lykkedes at nå målsætningen om en total kolesterolværdi <4,5 mmol/l for 27 af patienterne (42 % af de 64 henholdsvis 60 % af de 45 som både har total kolesterolværdier ved baseline og ved 12 måneders kontrollen); det fordeler sig med ti patienter i det udvidede forløb (syv fra Nyborg og tre fra Faaborg-Midtfyn Kommune) og 17 i standardforløbet (fem fra Nyborg og 12 fra Faaborg-Midtfyn Kommune).

Men samtidig ses det, at blandt de 52 patienter, som ved baseline havde en total kolesterolværdi, der var <4,5 mmol/l, er der ved 12 måneders kontrollen seks af dem, hvor total kolesterolværdien er steget til $\geq 4,5$ mmol/l (12 % af de 52 henholdsvis 14 % af de 43 som både har total kolesterolværdier ved baseline og ved 12 måneders kontrollen); det fordeler sig med én i det udvidede forløb (fra Faaborg-Midtfyn Kommune) og fem i standardforløbet (to fra Nyborg og tre fra Faaborg-Midtfyn Kommune).

I forhold til blodtrykket gør det omvendte forhold sig imidlertid gældende: Der er flere patienter – både i antal og i procenter – hvor det totale kolesterol er faldet i forhold til dem, hvor det er steget over de 4,5 mmol/l.

Baseline: I alt havde 52 (45 % af de 116 hjerterehabileringspatienter, der blev undersøgt for total kolesterol ved baseline) en total kolesterolværdi, der var <4,5 mmol/l. De er fordelt på:

- ♦ 21 (39 % af 51) i det udvidede forløb; gennemsnittet for gruppen er 4,7 mmol/l (spredning 2,5-7,7 mmol/l).
- ♦ 31 (46 % af 65) i standardforløbet; gennemsnittet for gruppen er 4,8 mmol/l (spredning 2,3-8,1 mmol/l).

12 måneders kontrol: På dette tidspunkt var andelen af hjerterehabileringspatienter med en total kolesterolværdi, der var <4,5 mmol/l øget til 68 (74 % af de 92 hjerterehabileringspatienter der blev undersøgt for total kolesterol ved 12 måneders kontrollen). De er fordelt på:

- ♦ 27 (50 % af 37) i det udvidede forløb; gennemsnittet for gruppen er 4,1 mmol/l (spredning 2,7-7,0 mmol/l).
- ♦ 41 (60 % af 55) i standardforløbet; gennemsnit for hele gruppen er 3,9 mmol/l (spredning 2,5-5,7 mmol/l).

LDL kolesterol

Målsætning: LDL værdien bør være <2,5 mmol/l, for diabetikere er målet <2,0 mmol/l.

Ændring over tid: Den gennemsnitlige værdi for LDL kolesterotet i gruppen med det udvidede forløb er faldet med 0,5 mmol/l (fra 2,6 til 2,1 mmol/l), mens det er faldet med 0,7 mmol/l (fra 2,7 til 2,0 mmol/l) i gruppen med standardforløbet. For begge grupper lykkedes det samlet set at nå målsætningen om et LDL kolesterol på <2,5 mmol/l ved 12 måneders kontrollen.

Blandt de 42 patienter, som ved baseline havde en LDL kolesterolværdi, der var $\geq 2,5$ mmol/l, er det lykkedes at nå målsætningen om en LDL kolesterolværdi <2,5 mmol/l for 17 af patienterne (40 % af de 42 henholdsvis 65 % af de 26, som både har LDL kolesterolværdier ved baseline og ved 12 måneders kontrollen); det fordeler sig med fem patienter i det udvidede forløb (én fra Nyborg og fire fra Faaborg-Midtfyn Kommune) og 12 i standardforløbet (fire fra Nyborg og otte fra Faaborg-Midtfyn Kommune).

Men samtidig ses det, at blandt de 42 patienter, som ved baseline havde en LDL kolesterolværdi, der var <2,5 mmol/l, er der ved 12 måneders kontrollen to af dem, hvor LDL kolesterolværdien er steget til $\geq 2,5$ mmol/l (5 % af de 42 henholdsvis 6 % af de 36, som både har LDL kolesterolværdier ved baseline og ved 12 måneders kontrollen); det fordeler sig med én i det udvidede forløb og én i standardforløbet.

Tilsvarende som for det totale kolesterol er der flere patienter – både i antal og i procenter – hvor det totale kolesterol er faldet i forhold til dem, hvor det er steget – her over de 2,5 mmol/l.

Baseline: I alt havde 42 (50 % af de 84 hjerterehabileringspatienter, der blev undersøgt for LDL kolesterol ved baseline) en LDL kolesterolværdi, der var <2,5 mmol/l³². De er fordelt på:

- ♦ 20 (37 % af 38) i det udvidede forløb; gennemsnittet for gruppen er 2,6 mmol/l (spredning 1,1-4,6 mmol/l).

³² Dette omfatter også hjerterehabileringspatienter med diabetes. Resultaterne for dem præsenteres særskilt efterfølgende.

- ♦ 22 (32 % af 46) i standardforløbet; gennemsnittet for gruppen er 2,7 mmol/l (spredning 0,8-5,2 mmol/l).

12 måneders kontrol: På dette tidspunkt var andelen af hjerterehabiliteringspatienter med en LDL kolesterolværdi, der var <2,5 mmol/l, øget til 71 (78 % af de 91 hjerterehabiliteringspatienter, der blev undersøgt for LDL kolesterol ved en 12 måneders kontrol). De er fordelt på:

- ♦ 28 (52 % af 36) i det udvidede forløb; gennemsnittet for gruppen er 2,1 mmol/l (spredning 1,1-3,8 mmol/l).
- ♦ 43 (60 % af 55) i standardforløbet; gennemsnit for hele gruppen er 2,1 mmol/l (spredning 0,7-3,2 mmol/l).

Patienter med diabetes

For hjerterehabiliteringspatienter, som havde erkendt diabetes (27 personer), er der data på 18 personer ved baseline henholdsvis 22 ved 12 måneders kontrollen. For dem er resultaterne som følger:

- ♦ Den gennemsnitlige værdi for LDL kolesterolet faldt med 0,5 mmol/l (fra 2,6 til 2,1 mmol/l).
- ♦ Ti (55 % af 18) havde en LDL kolesterolværdi ved baseline, der var <2,0 mmol/l – det havde otte af dem også ved 12 måneders kontrollen (der mangler oplysninger på to ved 12 måneders kontrollen). For fire af hjerterehabiliteringspatienterne faldt LDL kolesterolværdien fra $\geq 2,0$ mmol/l ved baseline til <2,0 mmol/l ved 12 måneders kontrollen.
- ♦ Der var således 12 (55 % af 22), som havde en LDL kolesterolværdi ved 12 måneders kontrollen, der var <2,0 mmol/l.

Målsætningen for en gennemsnitlig LDL kolesterolværdi på <2,0 mmol/l er altså ikke nået for diabetikerne.

BMI

Målsætning: I hjerteplanen er der ikke direkte opsat en målsætning for BMI'et, men det fremgår, at et BMI <25 kg/m² er udtryk for normalvægt, mens personer med et BMI på 25-29,9 kg/m² er overvægtige, og et BMI ≥ 30 kg/m² er udtryk for fedme.

Ændring over tid: Det gennemsnitlige BMI er således steget i begge grupper: Med 1,3 kg/m² (fra 27,8 til 29,1 kg/m²) i gruppen med det udvidede forløb og med 0,7 kg/m² (fra 27,5 til 28,2 kg/m²) i gruppen med standardforløbet.

Fire ud af de 36 hjerterehabiliteringspatienter, som ved baseline havde et BMI ≥ 30 kg/m² har fået det reduceret; én til <25 kg/m² (3 % af de 36 og 4 % af dem, der har BMI-værdier ved både baseline og 12 måneders kontrollen) og tre til intervallet 25-29,9 kg/m² (8 % af de 36 og 11 % af de, der har BMI-værdier ved både baseline og 12 måneders kontrollen). De er alle fra Faaborg-Midtfyn Kommune (én fra det udvidede forløb og tre fra standardforløbet).

Men samtidig ses det, at der også er fire patienter blandt de 33 patienter, som ved baseline havde et BMI, der var <25 kg/m², hvor det ved 12 måneders kontrollen er steget over dette niveau. For tre patienter ligger det på 25-29,9 kg/m² (9 % af de 33 og 14 % af dem, der har BMI-værdier ved både baseline og 12 måneders kontrollen). Den ene er fra standardforløbet i Nyborg og to fra standardforløbet i Faaborg-Midtfyn Kommune. For én fra standardforløbet i Nyborg er det imidlertid steget til ≥ 30 kg/m² (3 % af de 33 og 5 % af dem, der har BMI-værdier ved både baseline og 12 måneders kontrollen).

Der er altså lige mange patienter, hvor BMI-værdien er steget over 25 kg/m² henholdsvis er faldet under 25 kg/m².

Baseline: I alt havde 33 (28 %) ud af de 120 hjerterehabiliteringspatienter, der fik beregnet BMI ved baseline et BMI, der var <25 kg/m². De er fordelt på:

- ♦ 15 (28 %) i det udvidede forløb; gennemsnittet for gruppen er 27,8 kg/m² (spredning 19,3-41,3 kg/m²).
- ♦ 18 (26 %) i standardforløbet; gennemsnittet for gruppen er 27,5 (spredning 17,0-37,8 kg/m²).

12 måneders kontrol: På dette tidspunkt var andelen af hjerterehabiliteringspatienter med et BMI, der var <25 kg/m² reduceret til 21 (23 %) ud af de 91 hjerterehabiliteringspatienter, der fik beregnet BMI ved 12 måneders kontrollen. De er fordelt på:

- ♦ Ti (19 %) i det udvidede forløb; gennemsnittet for gruppen er på 29,1 kg/m² (spredning 20-40,7 kg/m²).
- ♦ 11 (16 %) i standardforløbet; gennemsnit for hele gruppen er på 28,2 kg/m² (spredning 19,9-37,8 kg/m²).

Kondition

I dette projekt er der foretaget tre registreringer af patienternes kondition baseret på en cykeltest (Borg-15-testen) ved start og slut af den fysiske træning på sygehus og afslutningen af den fysiske træning i kommunen. Patienter, der ikke kunne klare cykeltesten, skulle testes med en 6 min. gang-test, den har imidlertid kun været i anvendelse to gange ved den indledende test på sygehuset.

Inden resultaterne af Borg-15-testen præsenteres, bør det bemærkes, at registreringerne på sygehus og i kommunerne (Faaborg-Midtfyn Kommune) ikke er sammenlignelige. Der er anvendt cykler, hvor intervallet for belastning ikke er det samme på sygehus og i kommunerne. På sygehusene har der været anvendt cykler, hvor intervallet for belastning er 15 watt, mens det er 12 watt i Faaborg-Midtfyn Kommune.

Herudover er resultaterne mellem grupperne heller ikke sammenlignelige. En fysioterapeut fra Faaborg-Midtfyn Kommune oplyser, at det ikke er alle hjertepatienterne fra Faaborg-Midtfyn Kommune, der har valgt at starte den kommunale fysiske træning umiddelbart efter afslutningen af den fysiske træning på sygehus. En del hjertepatienter har valgt at vente med at begynde på den kommunale træning, til den kom til deres nærområde. Den fysiske træning i Faaborg-Midtfyn Kommune har med et interval på tre måneder været tilbudt i Gislev henholdsvis Faaborg. Antallet, der har ventet på et tilbud i nærområdet, er dog ikke opgjort. Endelig så gør det sig også gældende, at det ikke er alle deltagere, som er blevet testet umiddelbart efter den kommunale træning er afsluttet. Dette skyldes travlhed grundet ferie og sygdom. Projektlederen har imidlertid ønsket, at resultaterne fra konditionstestene i kommunen også skal præsenteres i rapporten.

Ændring over tid: Der er altså sket en mindre forbedring i begge grupper af konditionen fra start til slut af den fysiske træning på sygehus.

På sygehus: Ved den indledende test var der 77 hjerterehabiliteringspatienter (63 %) af de 122 patienter, som fik konditallet beregnet, henholdsvis 63 (52 %) ved den afsluttende test. De er fordelt som følger:

- ♦ Gennemsnittet i gruppen med det udvidede forløb var ved start på 27,3 ml/kg/min. (spredning 19,1-40,4 ml/kg/min.) versus 30,3 ml/kg/min. (spredning 19,8-41,5 ml/kg/min.) ved slut-testen. Disse værdier er baseret på 33 henholdsvis 25 hjerterehabiliteringspatienter ved start og slut.

- ♦ Gennemsnittet i gruppen med standardforløbet var ved start på 30,3 ml/kg/min. (spredning 19,8-38,2 ml/kg/min.) versus 32,0 ml/kg/min. (spredning 23,0-42,1 ml/kg/min.) ved slut-testen. Disse værdier er baseret på 44 henholdsvis 38 hjerterehabiliteringspatienter ved start og slut.

I kommunen: Der var 43 hjerterehabiliteringspatienter, som fik foretaget den tredje beregning af konditionen. Disse er opgjort særskilt i de to kommuner:

- ♦ Gennemsnittet i gruppen (syv personer) med det udvidede forløb i Nyborg Kommune var på 29,6 ml/kg/min. (spredning 21,3-44,6 ml/kg/min.).
- ♦ Gennemsnittet i gruppen (13 personer) med standardforløbet i Nyborg Kommune var på 33 ml/kg/min. (spredning 28-39 ml/kg/min.).
- ♦ Gennemsnittet i gruppen (ni personer) med det udvidede forløb i Faaborg-Midtfyn Kommune var på 29,6 ml/kg/min. (spredning 25,4-33,9 ml/kg/min.).
- ♦ Gennemsnittet i gruppen (14 personer) med standardforløbet i Faaborg-Midtfyn Kommune var på 29,1 ml/kg/min. (spredning 23,8-40,2 ml/kg/min.).

De to personer, der udførte en 6-minutters gangtest ved den indledende test på sygehuset, opnåede 65,4 % henholdsvis 80,5 % af normalen. De har efterfølgende ikke gennemført en test.

Tabel 6.4 Antal hjerterehabiliteringspatienter og gennemsnitlige værdier samt minimum og maksimum for det systoliske – og diastoliske blodtryk, total – og LDL kolesterol, BMI og kondital ved baseline og 12 måneders kontrollen fordelt på kommuner og forløb.

Tid	Effektdata	Nyborg Kommune								Faaborg-Midtfyn Kommune								Begge kommuner samlet set								Begge Kommuner			
		Udvidet forløb				Standardforløb				Udvidet forløb				Standardforløb				Udvidet forløb				Standardforløb				Alle			
		Antal	Gnm.	Min.	Max	Antal	Gnm.	Min.	Max	Antal	Gnm.	Min.	Max	Antal	Gnm.	Min.	Max	Antal	Gnm.	Min.	Max	Antal	Gnm.	Min.	Max	Antal	Gnm.	Min.	Max
Baseline	Systolisk blodtryk (mm Hg)	23	134	100	170	23	130	110	150	31	135	88	200	44	133	100	170	54	135	88	200	67	132	100	170	121	133	88	200
12-mdr. kontrol	Systolisk blodtryk (mm Hg)	16	133	110	160	23	136	110	170	25	134	110	170	37	134	100	170	41	133	110	170	60	135	100	170	101	134	100	170
Baseline	Diastolisk blodtryk (80 mm Hg)	23	79	55	100	23	79	60	100	31	76	46	110	44	77	54	100	54	77	46	110	67	78	54	100	121	78	46	110
12-mdr. kontrol	Diastolisk blodtryk (80 mm Hg)	16	82	70	100	23	83	70	106	25	80	70	90	37	77	60	95	41	81	70	100	60	79	60	106	101	80	60	106
Baseline	Total kolesterol (4,5 mmol/l)	22	5,0	3,2	7,3	23	4,7	2,3	8,1	29	4,5	2,5	7,7	42	4,9	3,3	7,2	51	4,7	2,5	7,7	65	4,8	2,3	8,1	116	4,8	2,3	8,1
12-mdr. kontrol	Total kolesterol (4,5 mmol/l)	16	4,2	3,1	7,0	21	3,9	2,6	5,1	21	4,1	2,7	6,7	34	4,1	2,5	5,7	37	4,1	2,7	7,0	55	3,9	2,5	5,7	92	4,0	2,5	7,0
Baseline	LDL kolesterol (mmol/l), alle	12	3,0	1,5	4,6	16	2,6	0,8	5,2	26	2,5	1,1	4,4	30	2,7	1,0	4,8	38	2,61	1,1	4,6	46	2,7	0,8	5,2	84	2,7	0,8	5,2
12-mdr. kontrol	LDL kolesterol (mmol/l), alle	15	2,1	1,3	3,2	21	2,0	0,5	3,2	21	2,1	1,1	3,8	34	2,1	0,7	3,6	36	2,1	1,1	3,8	55	2,0	0,5	3,6	91	2,1	0,5	3,8
Baseline	LDL kolesterol (mmol/l), ingen diabetes	9	3,1	1,9	4,6	13	2,8	1,4	5,2	20	2,5	1,1	4,4	24	2,6	1,0	4,8	29	2,6	1,1	4,6	37	2,7	1,0	5,2	66	2,7	1,0	5,2
12-mdr. kontrol	LDL kolesterol (mmol/l), ingen diabetes	9	2,1	1,3	2,5	17	2,1	1,4	3,2	17	2,1	1,1	3,8	26	2,0	0,7	3,0	26	2,1	1,1	3,8	43	2,1	0,7	3,2	69	2,1	0,7	3,8
Baseline	LDL kolesterol (mmol/l), diabetes	3	2,6	1,5	4,0	3	1,9	0,8	3,0	6	2,5	1,3	4,1	6	3,1	2,2	4,6	9	2,5	1,3	4,1	9	2,7	0,8	4,6	18	2,6	0,8	4,6
12-mdr. kontrol	LDL kolesterol (mmol/l), diabetes	6	2,3	1,6	3,2	4	1,6	0,5	2,9	4	2,2	1,2	3,0	8	2,1	1,1	3,6	10	2,2	1,2	3,2	12	2,0	0,5	3,6	22	2,1	0,5	3,6
Baseline	BMI (kg/m2)	22	27,2	19,3	37,5	23	27,2	17,0	34,0	30	28,3	19,6	41,3	45	27,7	17,0	37,8	52	27,8	19,3	41,3	68	27,5	17,0	37,8	120	27,7	17,0	41,3
12-mdr. kontrol	BMI (kg/m2)	13	28,2	21,5	35,5	19	28,5	19,9	34,0	24	29,6	20,0	40,7	35	28,2	20,0	37,8	37	29,1	20,0	40,7	54	28,2	19,9	37,8	91	28,6	19,9	40,7
Primær	Kondital, sygehus (ml/kg/min.)	13	28,7	21,1	40,4	19	30,3	19,8	37,3	20	26,4	19,1	39,1	25	28,3	22,6	38,2	33	27,3	19,1	40,4	44	29,1	19,8	38,2	77	28,4	19,1	40,4
Sekundær	Kondital, sygehus (ml/kg/min.)	8	31,8	24,7	41,5	16	32,8	25,3	42,1	17	29,6	21,5	41,3	22	31,4	23	42	25	30,3	21,5	41,5	38	32	23	42,1	63	31,3	21,5	42,1
Tertiær	Kondital i kommunen (ml/kg/min.)	7	29,6	21,3	44,6	13	33	28	39	9	29,6	25,4	33,9	14	29,1	23,8	40,2	16	29,6	21,3	44,6	27	30,9	23,8	40,2	43	30,5	21,3	44,6

Tabel 6.5 Antal og andel (%) af hjerterehabileringspatienter i forhold til grænseværdier for systolisk – og diastolisk blodtryk, total – og LDL kolesterol og BMI ved baseline og 12 måneders kontrollen fordelt på kommuner og forløb.

Tid	Effektdata	Nyborg Kommune				Faaborg-Midtfyn Kommune				Begge kommuner				Begge Kommuner	
		Udvidet forløb		Standardforløb		Udvidet forløb		Standardforløb		Udvidet forløb		Standardforløb		Antal	%
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
Baseline		23	100	23	100	31	100	44	98	54	100	67	99	121	100
	Systolisk blodtryk < 130 mm Hg	9	39	10	43	13	42	17	38	22	41	27	40	49	40
	Systolisk blodtryk ≥ 130 mm Hg	14	61	13	57	18	58	27	60	32	59	40	59	72	60
12-mdr. kontrol		16	100	23	100	25	100	37	100	41	100	60	100	101	100
	Systolisk blodtryk < 130 mm Hg	5	31	7	30	8	32	13	35	13	32	20	33	33	33
	Systolisk blodtryk ≥ 130 mm Hg	11	69	16	70	17	68	24	65	28	68	40	67	68	67
Baseline		23	100	23	100	31	100	44	98	54	100	67	99	121	100
	Diastolisk blodtryk < 80 mm Hg	7	30	10	43	16	52	23	51	23	43	33	49	56	46
	Diastolisk blodtryk ≥ 80 mm Hg	16	70	13	57	15	48	21	47	31	57	34	50	65	54
12-mdr. kontrol		16	70	23	100	25	81	37	82	41	76	60	88	101	100
	Diastolisk blodtryk < 80 mm Hg	4	17	4	17	5	16	15	33	9	17	19	28	28	28
	Diastolisk blodtryk ≥ 80 mm Hg	12	52	19	83	20	65	22	49	32	59	41	60	73	72
Baseline		22	96	23	100	29	94	42	93	51	94	65	96	116	100
	Total kolesterol < 4,5 mmol/l	6	26	12	52	15	48	19	42	21	39	31	46	52	45
	Total kolesterol ≥ 4,5 mmol/l	16	70	11	48	14	45	23	51	30	56	34	50	64	55
12-mdr. kontrol		16	70	21	91	21	68	34	76	37	69	55	81	92	100
	Total kolesterol < 4,5 mmol/l	12	52	15	65	15	48	26	58	27	50	41	60	68	74
	Total kolesterol ≥ 4,5 mmol/l	4	17	6	26	6	19	8	18	10	19	14	21	24	26
Baseline, alle patienter		12	52	16	70	26	84	30	67	38	70	46	68	84	100
	LDL kolesterol < 2,5 mmol/l	5	22	8	35	15	48	14	31	20	37	22	32	42	50
	LDL kolesterol ≥ 2,5 mmol/l	7	30	8	35	11	35	16	36	18	33	24	35	42	50
12-mdr. kontrol		15	65	21	91	21	68	34	76	36	67	55	81	91	100
	LDL kolesterol < 2,5 mmol/l	13	57	16	70	15	48	27	60	28	52	43	63	71	78
	LDL kolesterol ≥ 2,5 mmol/l	2	9	5	22	6	19	7	16	8	15	12	18	20	22
Baseline, ptt. med sukkersyge		22	96	23	100	24	77	41	91	46	85	64	94	110	100
	LDL kolesterol < 2,5 mmol/l	5	22	8	35	8	26	10	22	13	24	18	26	31	28
	LDL kolesterol ≥ 2,5 mmol/l	17	74	15	65	16	52	31	69	33	61	46	68	79	72
12-mdr. kontrol		6	26	4	17	4	13	8	18	10	19	12	18	22	100
	LDL kolesterol < 2,5 mmol/l	2	9	3	13	1	3	4	9	3	6	7	10	10	45
	LDL kolesterol ≥ 2,5 mmol/l	4	17	1	4	3	10	4	9	7	13	5	7	12	55
Baseline		22	96	23	100	30	97	45	100	52	96	68	100	120	100
	BMI < 25 kg/m2	9	39	4	17	6	19	14	31	15	28	18	26	33	28
	BMI ≥ 25 kg/m2 < 30 kg/m2	6	26	14	61	15	48	16	36	21	39	30	44	51	43
	BMI ≥ 30 kg/m2	7	30	5	22	9	29	15	33	16	30	20	29	36	30
12-mdr. kontrol		13	57	19	83	24	77	35	78	37	69	54	79	91	100
	BMI < 25 kg/m2	4	17	3	13	6	19	8	18	10	19	11	16	21	23
	BMI ≥ 25 kg/m2 < 30 kg/m2	4	17	8	35	8	26	16	36	12	22	24	35	36	40
	BMI ≥ 30 kg/m2	5	22	8	35	10	32	11	24	15	28	19	28	34	37

Rygning og rygeophør

En anden anbefaling til hjertepatienter, der ryger, er, at de stopper hermed.

Ændring over tid: Det primære rygeophør (ved indlæggelsen) omfattede ni patienter i det udvidede forløb (45 % af de 20, som var rygere ved indlæggelsen) henholdsvis otte patienter i standardforløbet (57 % af de 14, som var rygere).

I gruppen med det udvidede hjerterehabileringsstilbud var rygeophørsprocenten ved 12 måneders kontrollen på 25 %, idet fem var eksrygere ud af de 20 rygere ved indlæggelsen. Rygeophørsprocenten stiger til 41 %, hvis den kun baseres på de patienter, der er rygestatus på ved 12 måneders kontrollen.

I gruppen med standardforløbet var der ved 12 måneders kontrollen en rygeophørsprocent på 57 %, idet otte var eksrygere ud af de 14 rygere ved indlæggelsen. Rygeophørsprocenten stiger her til 67 %, hvis den baseres på de patienter, der er rygestatus på ved 12 måneders kontrollen.

Succeskriteriet for rygeophør: Mindst 40 % af rygerne, som deltager i det udvidede forløb, og mindst 60 % af rygerne, som deltager i standardforløbet, er stoppet med at ryge ved 12 måneders kontrollen.

Begge succeskriterier for rygeophør er nået, hvis rygeophørsprocenten ved 12 måneders kontrollen kun baseres på det antal patienter, der er rygerstatus på (nogle har ikke deltaget i 12 måneders kontrollen, andre er døde). Det er derimod ikke tilfældet, hvis rygeophøret baseres på alle de hjerterehabiliteringspatienter, som var rygere ved indlæggelsen.

Baseline: Ved indlæggelsen på sygehus havde 28 (23 %) af hjerterehabiliteringspatienterne aldrig røget. Der var 58 (48 %) eksrygere: Otte (7 %) havde været eksrygere gennem mindre end seks måneder og 50 patienter (41 %) i mindst 12 måneder.

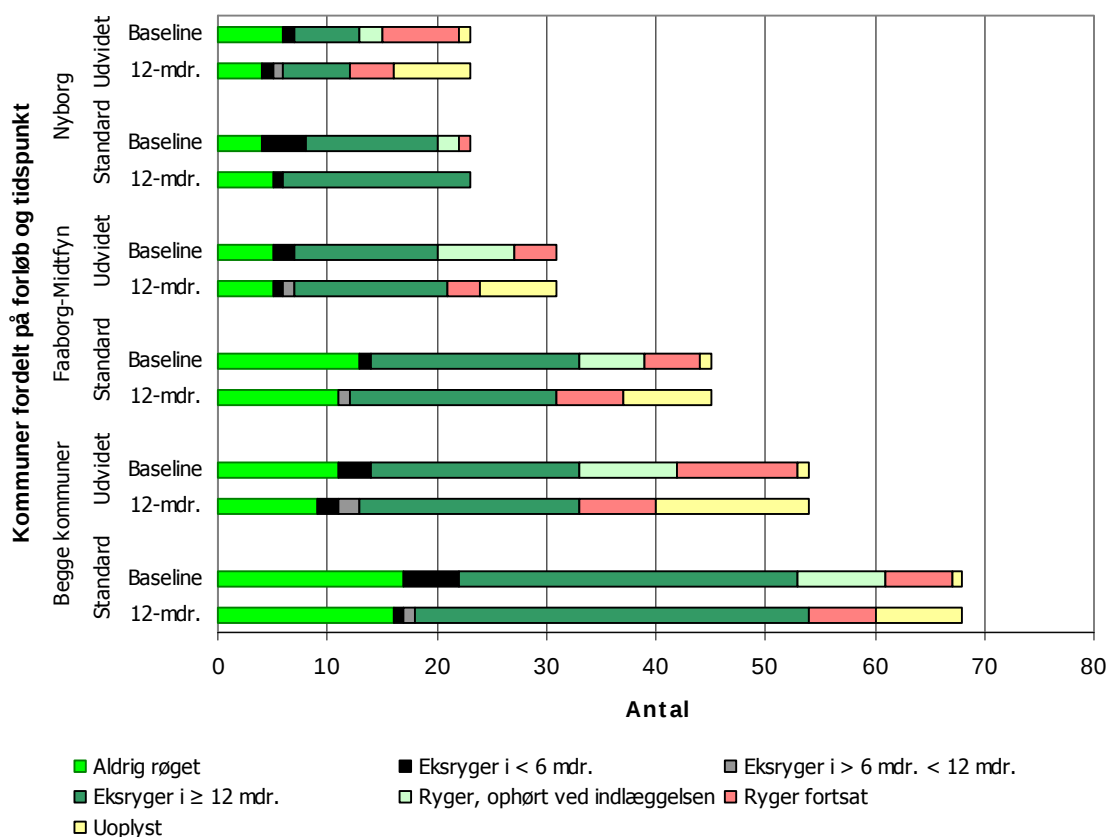
Under indlæggelsen stoppede 17 (50 %) af de 34 rygere med at ryge. Der mangler oplysning om rygerstatus for to af hjerterehabiliteringspatienterne.

12 måneders kontrol: På dette tidspunkt var rygerstatus følgende:

- ◆ Af de 28 patienter, der aldrig havde røget ved indlæggelsen røg 23 af dem fortsat ikke ved 12 måneders kontrollen (der mangler oplysninger om rygerstatus for fem).
- ◆ 14 af de 17 hjerterehabiliteringspatienter, der stoppede med at ryge under indlæggelsen på sygehus, røg fortsat ikke (to havde været eksrygere i mindre end seks måneder), mens tre var begyndt at ryge igen. Der mangler oplysninger om rygerstatus for tre.
- ◆ Blandt de 17, som fortsat røg ved baseline, var der tre, som var blevet eksrygere (én havde været eksryger i mindre end seks måneder, de to andre i mere end seks måneder). Der mangler oplysning om rygerstatus for seks.
- ◆ To af de 58, der var eksrygere ved indlæggelsen, var begyndt at ryge igen. Der mangler oplysninger om rygerstatus for 11.
- ◆ Der var således 13 (11 % af de 122), der røg ved 12 måneders kontrollen; fordelt med syv (13 %) i gruppen med udvidet forløb versus seks i gruppen med standardforløbet (9 %). Hvis de patienter, der ikke er oplysninger på ved 12 måneders kontrollen, udelades af beregningerne, var der i alt 13 %, der røg ved 12 måneders kontrollen.

I Figur 6.6 ses rygerstatus ved baseline og 12 måneders kontrollen fordelt på hjerterehabiliteringstilbud og kommuner.

Figur 6.6 Rygerstatus ved baseline og 12 måneders kontrollen fordelt på kommuner og forløb. 2008-2010.



Beskæftigelse

Det har været en vigtig del af dette projekt at få undersøgt patienternes arbejdsmarkedstilknytning ved start (baseline) og 12 måneder efter indlæggelsen. Intentionen var, at hjertepatienterne skulle få styrket eller reetableret deres arbejdsmarkedstilknytning.

For de 38 hjertepatienter (13 patienter fra Nyborg Kommune og 25 patienter fra Faaborg-Midtfyn Kommune), som var i arbejde ved baseline, er det lykkedes for 26 personer (ni fra Nyborg Kommune og 17 fra Faaborg-Midtfyn Kommune) (samlet set 68 %) at forblive på arbejdsmarkedet; 72 % fra gruppen med udvidet forløb versus 65 % fra gruppen med standardforløb.

Ud af de resterende 12 hjertepatienter, som var i arbejde ved baseline, var tre (8 %) arbejdsløse ved 12 måneders kontrollen, mens fem (13 %) var gået på efterløn/pension (gennemsnitalder 62 år, spredning 56-68 år), og to var døde. Der mangler oplysninger på to personer. Endelig er der én af dem, der var arbejdsløse ved baseline, som var i arbejde 12 måneder efter indlæggelsen.

6.3 Patienterne

Herefter følger to afsnit med resultater, der relaterer sig til patienternes perspektiv på hjerterehabilitering. Det første afsnit er baseret på hjerterehabiliteringspatienternes besvarelse af de udsendte spørgeskemaer, det andet er baseret på fokusgruppeinterview.

6.3.1 Spørgeskema – tilfredshed med hjerterehabilitering

I spørgeskemaet, som hjerterehabiliteringspatienterne modtog i forbindelse med deres indkaldelse til 12 måneders kontrollen, blev de bedt om at give deres vurdering af og tilfredshed med forskellige dele af rehabiliteringstilbuddet. Der er 92 patienter (75 %), som har besvaret spørgeskemaet, ud af de 122 patienter som har deltaget i hjerterehabiliteringen. Der er flest fra standardforløbet, som har svaret; 34 patienter (63 %) fra gruppen med udvidet forløb (26 mænd og otte kvinder) versus 58 (85 %) fra standardforløbet (42 mænd og 16 kvinder). Dette giver en svarprocent, der er meget jævnbyrdig i forhold til køn; 75 % blandt mændene versus 77 % blandt kvinderne. Fraregner vi dem, der blev afsluttet før tid eller var døde, er den samlede besvarelsesprocent på 82 %; 74 % i gruppen med udvidet forløb versus 88 % i gruppen med standardforløbet.

I præsentationen af resultaterne er der overvejende fokuseret på begge kommuner samlet set. Hvis der er mere end fem procentpoint til forskel mellem besvarelserne fra borgerne, der er indgået i det udvidede forløb og de, der har fået standardforløbet, er der gjort opmærksom på det. De læsere, der er interesseret i de specifikke resultater for en af de to kommuner Nyborg og Faaborg-Midtfyn, henvises til de ledsagende tabeller. I øvrigt er de procentvise andele afrundede til hele værdier, hvilket betyder, at summen ikke altid er 100 %.

Vi gør endvidere opmærksom på, at alle inkluderede patienter har fået tilsendt et spørgeskema uanset deres grad af deltagelse i de enkelte tilbud. Der har således ikke været stillet krav om, at patienterne skulle have deltaget i fx de kommunale gruppesamtaler, for at de kunne besvare spørgsmålene om, hvorvidt de er af den opfattelse, at de er blevet 'tilbudt de samtaler eller den psykiske støtte, som de havde brug for'.

Information

Hvorvidt hjerterehabiliteringspatienterne føler sig tilstrækkeligt informeret om deres hjertesygdom, de undersøgelser og den behandling, de har modtaget, samt deres hjertemedicin, fremgår af Tabel 6.6.

Det ses, at langt størstedelen af de 92 patienter, som har besvaret spørgeskemaet, i høj eller nogen grad føler sig informeret.

Mindst 79 % af patienterne, som har fået det udvidede forløb om hjerterehabilitering, føler sig i høj eller nogen grad informeret om de fire fokusområder; mens det er tilfældet for mindst 84 % af patienterne, som har fået standardforløbet. Især føler patienterne fra standardforløbet, at de er blevet informeret om behandlingen; 91 % føler sig i nogen eller høj grad informeret.

Afhængig af spørgsmålet er der 0-3 % af patienterne, som ikke har haft behov for den pågældende information henholdsvis 0-3 % af patienterne, der ikke har besvaret det pågældende spørgsmål.

Tabel 6.6 Hjerterehabileringspatienternes besvarelse af spørgsmål om information.

Spørgsmål om: Information	Kommune	Forløb	Andel (%)				Antal besvarelser
			I nogen eller høj grad	I ringe grad eller slet ikke	Ikke behov	Ikke besvaret	
Tilstrækkeligt informeret om hjertesygdommen	Nyborg	Udvidet	100	0	0	0	10
		Standard	86	14	0	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	83	17	0	0	24
		Standard	88	12	0	3	37
	Begge	Udvidet	88	12	0	0	34
		Standard	84	10	3	2	58
Tilstrækkeligt informeret om undersøgelserne	Nyborg	Udvidet	90	10	0	0	10
		Standard	95	5	0	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	79	17	4	0	24
		Standard	82	15	3	3	37
	Begge	Udvidet	82	15	3	0	34
		Standard	90	9	0	2	58
Tilstrækkeligt informeret om behandlingen	Nyborg	Udvidet	80	10	0	10	10
		Standard	95	5	0	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	83	17	0	0	24
		Standard	82	15	0	3	37
	Begge	Udvidet	82	15	0	3	34
		Standard	91	7	0	2	58
Tilstrækkeligt informeret om hjertemedicinen	Nyborg	Udvidet	90	10	0	0	10
		Standard	81	19	0	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	75	21	0	4	24
		Standard	79	18	0	0	37
	Begge	Udvidet	79	18	0	3	34
		Standard	88	12	0	0	58

Sammenhæng og samarbejde

De næste spørgsmål vedrører patienternes oplevelse af parternes samarbejde og deraf følgende sammenhæng i patienternes hjerterehabitering. Patienterne er således blevet spurgt, om de har oplevet:

- ♦ At der har været et godt samarbejde mellem sygehus og den praktiserende læge henholdsvis mellem sygehus og kontaktpersonen i kommunen.
- ♦ At der har været sammenhæng i det tilbud om hjerterehabitering, som de har modtaget på sygehuset og efterfølgende i kommunen.

Der er 36-38 % af patienterne, som har oplevet, at der altid eller for det meste har været et godt samarbejde mellem sygehus og den praktiserende læge. Men afhængig af tilbuddet er der 38-50 % af patienterne, der har svaret 'ved ikke/ikke relevant'.

Der er imidlertid langt færre patienter, der har oplevelsen af, at der har været et godt samarbejde mellem sygehus og kontaktpersonen i kommunen; det er kun 12-17 %. Det er imidlertid mere end halvdelen af patienterne, der ikke har besvaret dette spørgsmål eller har svaret 'ved ikke/ikke relevant' (se Tabel 6.7).

Tabel 6.7 Hjerterehabileringspatienternes besvarelse af spørgsmål om sektorenes samarbejde om tilbuddet om hjerterehabilering.

Spørgsmål om samarbejde	Kommune	Forløb	Andel (%)				Antal besvarelser
			For det meste eller altid	Sjældent/aldrig eller kun nogle gange	Ved ikke/ikke relevant	Ikke besvaret	
Oplevelse af, om der har været et godt samarbejde mellem sygehus og den praktiserende læge	Nyborg	Udvidet	40	30	30	0	10
		Standard	33	33	33	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	38	21	42	0	24
		Standard	38	24	38	0	37
	Begge	Udvidet	38	24	38	0	34
		Standard	36	14	50	0	58
Oplevelse af, om der har været et godt samarbejde mellem sygehus og kontaktpersonen i kommunen	Nyborg	Udvidet	10	50	40	0	10
		Standard	29	38	33	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	13	25	58	4	24
		Standard	12	32	53	3	37
	Begge	Udvidet	12	32	53	3	34
		Standard	17	22	59	2	58

Der er flere patienter, der har oplevelsen af sammenhæng i hjerterehabileringsstilbuddet: Det er således godt halvdelen af patienterne (56-57 %), der i høj eller nogen grad oplevede en sammenhæng i sygehusets og kommunens tilbud om hjerterehabilering. Der var imidlertid 17-24 % af patienterne (afhængig af tilbuddet), der svarede 'ved ikke' eller slet ikke svarede. Såfremt disse patienter ikke medregnes, stiger den procentvise andel, der i høj eller nogen grad oplevede en sammenhæng, til 73 % af patienterne i det udvidede forløb henholdsvis 69 % af patienterne fra standardforløbet (se Tabel 6.8).

Tabel 6.8 Hjerterehabileringspatienternes besvarelse af spørgsmål om sammenhæng i tilbuddet.

Spørgsmål om: Sammenhæng i tilbuddet	Kommune	Forløb	Andel (%)				Antal besvarelser
			I nogen eller høj grad	I ringe grad eller slet ikke	Ved ikke	Ikke besvaret	
Oplevelse af sammenhæng mellem hjerterehabilerings-tilbuddet på sygehuset og i kommunen	Nyborg	Udvidet	80	10	10	0	10
		Standard	67	19	14	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	46	25	25	4	24
		Standard	56	21	21	0	37
	Begge	Udvidet	56	21	21	3	34
		Standard	57	26	17	0	58

Tilbud om fysisk genoptræning, samtaler og psykisk støtte

Herefter følger hjerterehabileringspatienternes vurderinger af, om de har fået tilbudt de fire delelementer af hjerterehabileringsstilbuddet i det omfang, de havde brug for det. De fire delelementer er:

- ◆ Fysisk genoptræning
- ◆ Psykisk støtte
- ◆ Samtaler
- ◆ Støtte til rygestop henholdsvis kostomlægning.

Fysisk genoptræning

Uanset forløb (udvidet eller standard) svarer ca. tre fjerdedele (72-76 %) af patienterne, at de i høj eller nogen grad har fået det tilbud om fysisk genoptræning på sygehuset, som de mente, at de havde brug for, mens 12 % svarede, at de ikke har haft behov for fysisk genoptræning, og 5 % i standardforløbet ikke besvarede spørgsmålet.

Det kommunale tilbud om fysisk genoptræning har ikke helt tilgodeset lige så mange af patienterne. Blandt de, der fik et udvidet forløb, var der 71 %, som mente, at kommunen i høj eller nogen grad har tilbudt den fysiske træning, som de havde brug for, mens det var tilfældet for 64 % af dem, der fik standardforløbet. Samlet set har ca. hver femte borger (17-24 %) vurderet, at de slet ikke eller kun i ringe grad har fået det fysiske genoptræningstilbud i kommunen, som de havde brug for: Det gør sig især gældende for patienter fra Faaborg-Midtfyn Kommune (se Tabel 6.9). Endelig er der 6-14 % (afhængig af forløb), som har givet udtryk for, at de ikke havde brug for kommunal fysisk genoptræning, mens 5 % i standardforløbet ikke har besvaret spørgsmålet.

Tabel 6.9 Hjerterehabileringspatienternes besvarelse af spørgsmål om i hvilken grad, de er blevet tilbudt den fysiske træning, de har haft brug for.

Spørgsmål om: Tilbud om fysisk genoptræning	Kommune	Forløb	Andel (%)				Antal besvarelser
			I nogen eller høj grad	I ringe grad eller slet ikke	Ikke behov	Ikke besvaret	
Tilbudt den fysiske genoptræning, der har været brug for (sygehusets tilbud)	Nyborg	Udvidet	90	10	0	0	10
		Standard	81	5	5	10	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	71	13	17	0	24
		Standard	76	12	12	3	37
	Begge	Udvidet	76	12	12	0	34
		Standard	72	10	12	5	58
Tilbudt den fysiske genoptræning, der har været brug for (kommunens tilbud)	Nyborg	Udvidet	100	0	0	0	10
		Standard	76	14	5	5	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	58	33	8	0	24
		Standard	71	24	6	5	37
	Begge	Udvidet	71	24	6	0	34
		Standard	64	17	14	5	58

Samtaler

Uanset forløb vurderer 76-78 % af patienterne, at de i høj eller nogen grad har fået tilbudt de samtaler, de havde behov for på sygehuset. Når det drejer sig om det kommunale tilbud om samtaler, er det tilfældet for 45-50 %. Der var imidlertid 6-14 % (afhængig af forløb), som mente, at de ikke havde behov for samtaler på sygehus og 18-31 %, som ikke havde behov for kommunale samtaler. Herudover var der 0-3 %, som ikke besvarede spørgsmålene (se Tabel 6.10).

Tabel 6.10 Hjerterehabileringspatienternes besvarelse af spørgsmål om i hvilken grad, de er blevet tilbudt de samtaler, de har haft brug for.

Spørgsmål om: Tilbud om samtaler	Kommune	Forløb	Andel (%)				Antal besvarelser
			I nogen eller høj grad	I ringe grad eller slet ikke	Ikke behov	Ikke besvaret	
Tilbudt de samtaler, der har været brug for (sygehusets tilbud)	Nyborg	Udvidet	80	10	10	0	10
		Standard	86	10	5	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	75	21	4	0	24
		Standard	76	18	6	3	37
	Begge	Udvidet	76	18	6	0	34
		Standard	78	7	14	2	58
Tilbudt de samtaler, der har været brug for (kommunens tilbud)	Nyborg	Udvidet	40	40	20	0	10
		Standard	52	29	14	5	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	54	29	17	0	24
		Standard	50	32	18	3	37
	Begge	Udvidet	50	32	18	0	34
		Standard	45	21	31	3	58

Psykisk støtte

Hvorvidt patienterne vurderer, at sygehuset har givet tilbud om psykisk støtte i en grad, som de mente, at de havde brug for, afhænger af rehabiliteringsforløbet: Blandt patienterne, som fik det udvidede

forløb, er det tilfældet i høj eller nogen grad for 56 %, mens det gør sig gældende for 42 % af dem, der har fået standardforløbet (se Tabel 6.11).

Der var imidlertid 18 % af patienterne fra det udvidede forløb henholdsvis 42 % af patienterne fra standardforløbet, der svarede, at de ikke havde behov for psykisk støtte eller slet ikke har svaret. Såfremt disse patienter ikke medregnes, stiger den procentvise andel af dem, der i høj eller nogen grad oplevede, at de fik den psykiske støtte, som de havde brug for til 68 % af patienterne i det udvidede forløb henholdsvis 74 % af patienterne fra standardforløbet, men der resterer altså 26-32 % af patienterne, som mener, at de kun i ringe grad eller slet ikke har fået den psykiske støtte tilbudt, som de havde behov for.

Det kommunale tilbud om psykisk støtte har heller ikke tilgodeset en stor del af patienterne i den grad, de havde behov for. Blandt de, der fik et udvidet forløb, var der kun 18 %, som mente, at kommunen i høj eller nogen grad havde tilbudt den psykiske støtte, som de havde brug for, mens det var tilfældet for 25 % af dem, der fik standardforløbet. Såfremt de patienter, der ikke har haft behov for psykisk støtte eller ikke har besvaret spørgsmålet (svarende til 21-40 %), udelades af beregningerne, stiger den procentvise andel, der i høj eller nogen grad mener, at de fik tilbudt den psykiske støtte, som de havde brug for, til 22 % af patienterne i det udvidede forløb henholdsvis 40 % af patienterne fra standardforløbet. Tilbage står imidlertid, at 60-78 % af patienterne mener, at de kun i ringe grad eller slet ikke har fået den psykiske støtte tilbudt, som de havde behov for.

Den alment praktiserende læge har ifølge 47 % af patienterne i udvidet forløb i høj eller nogen grad tilbudt den psykiske støtte, de havde behov for, mens det var tilfældet for 40 % af patienterne i standardforløbet. Der er imidlertid 33 % af dem med udvidet forløb henholdsvis 26 % af dem fra standardforløbet, der vurderer, at egen læge slet ikke eller kun i ringe grad har tilbudt den psykiske støtte, de havde behov for og 15-33 %, som mener, at de ikke havde behov herfor eller ikke har besvaret spørgsmålet.

De pårørende har ifølge patienterne heller ikke fået tilbudt den psykiske støtte, som de havde behov for. Det fremgår således, at uanset forløb er det kun 18-19 % af patienterne, der vurderer, at tilbuddet har været givet i høj eller nogen grad af enten sygehus, kommunen eller egen læge i forhold til, hvad der har været brug for. For patienter i udvidet forløb er det 50 % af patienterne versus 39 % i standardforløbet, der vurderer, at tilbuddet om psykisk støtte slet ikke eller kun i ringe grad er givet til de pårørende i det omfang, de havde behov for, mens 29-43 % af patienterne er af den opfattelse, at de pårørende ikke havde brug for psykisk støtte, og 0-3 % (afhængig af forløb) ikke har svaret herpå.

Tabel 6.11 Hjerterehabileringspatienternes besvarelse af spørgsmål om i hvilken grad, de er blevet tilbudt den psykiske støtte, de har haft brug for.

Spørgsmål om: Tilbud om psykisk støtte	Kommune	Forløb	Andel (%)				Antal besvarelser
			I nogen eller høj grad	I ringe grad eller slet ikke	Ikke behov	Ikke besvaret	
Støttet psykisk i forbindelse med hjertesygdom (sygehuset)	Nyborg	Udvidet	60	20	20	0	10
		Standard	38	29	33	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	54	29	13	4	24
		Standard	56	26	15	0	37
	Begge	Udvidet	56	26	15	3	34
		Standard	43	16	41	0	58
Støttet psykisk i forbindelse med hjertesygdom (kommunen)	Nyborg	Udvidet	20	50	20	10	10
		Standard	24	48	29	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	17	67	17	0	24
		Standard	18	62	18	0	37
	Begge	Udvidet	18	62	18	3	34
		Standard	24	36	40	0	58
Støttet psykisk i forbindelse med hjertesygdom (egen læge)	Nyborg	Udvidet	40	30	20	10	10
		Standard	43	33	24	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	50	42	8	0	24
		Standard	47	38	12	0	37
	Begge	Udvidet	47	38	12	3	34
		Standard	41	26	33	0	58
Støttet de nærmeste pårørende psykisk i forbindelse med hjertesygdom (sygehus, kommune eller egen læge)	Nyborg	Udvidet	10	40	40	10	10
		Standard	14	57	29	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	21	54	25	0	24
		Standard	18	50	29	0	37
	Begge	Udvidet	18	50	29	3	34
		Standard	19	38	43	0	58

Rygestop og kostomlægning

Der er i alt 77-84 % af patienterne, der ikke havde behov for et kommunalt tilbud om rygestop/ikke har svaret på spørgsmålet. Hvis disse patienter ikke medregnes, oplevede 50 % af patienterne i det udvidede hjerterehabileringsstilbud, at de havde fået det rygestoptilbud, de havde brug for, mens det kun var tilfældet for 11 % af patienterne i standardforløbet (se Tabel 6.12).

Når der tilsvarende ses bort fra de patienter, der ikke havde behov for et kommunalt tilbud om kostomlægning/ikke har svaret (24 % af patienterne i udvidet forløb og 40 % af patienterne i standardforløb), er det ligeledes 50 % af patienterne i det udvidede hjerterehabileringsstilbud, der har fået tilbudt den kostomlægning, de havde brug for, mens det var tilfældet for 69 % af patienterne i standardforløbet (se Tabel 6.12).

Tabel 6.12 Hjerterehabileringspatienternes besvarelse af spørgsmål om i hvilken grad, de er blevet tilbudt det rygestoptilbud og den kostomlægning, de har haft brug for.

Spørgsmål om: Tilbud om rygestop og kostomlægning	Kommune	Forløb	Andel (%)				Antal besvarelser
			I nogen eller høj grad	I ringe grad eller slet ikke	Ikke behov	Ikke besvaret	
Støtte til det rygestop, der evt. har været brug for (kommunens tilbud)	Nyborg	Udvidet	10	30	60	0	10
		Standard	5	19	76	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	13	4	71	13	24
		Standard	12	12	68	8	37
	Begge	Udvidet	12	12	68	9	34
		Standard	2	14	79	5	58
Støtte til den kostomlægning, der evt. har været brug for (kommunens tilbud)	Nyborg	Udvidet	30	60	10	0	10
		Standard	52	19	29	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	42	29	17	13	24
		Standard	38	38	15	0	37
	Begge	Udvidet	38	38	15	9	34
		Standard	41	19	40	0	58

Kontrolbesøg og informationsmøder i Hjertereforeningen

Der er udsøgt tilfredshed med kontrolbesøgene på sygehuset; 85 % af patienterne i udvidet forløb er tilfredse eller meget tilfredse, mens det er tilfældet for 97 % af patienterne i standardforløbet (se Tabel 6.13). Kun 3 % af patienterne har ikke deltaget i kontrolbesøgene.

De patienter, der har deltaget i informationsmøderne i Hjertereforeningen, har overvejende været tilfredse eller meget tilfredse hermed (98-100 %) – det er fraregnet den store gruppe patienter, som slet ikke har deltaget i møderne, det drejer sig om 53-56 %.

Tabel 6.13 Hjerterehabiliteringspatienternes besvarelse af spørgsmål om deres tilfredshed med kontrolbesøg på sygehus og informationsmøder i Hjertereforeningen.

Spørgsmål om: Tilfredshed med kontrolbesøg og informationsmøder i Hjertereforeningen	Kommune	Forløb	Andel (%)				Antal besvarelser
			Tilfred eller meget tilfreds	Utilfreds eller meget utilfreds	Har ikke deltaget	Ikke besvaret	
Tilfredshed med kontrolbesøg på sygehuset	Nyborg	Udvidet	90	10	0	0	10
		Standard	95	0	5	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	83	13	4	0	24
		Standard	85	12	3	0	37
	Begge	Udvidet	85	12	3	0	34
		Standard	97	0	3	0	58
Tilfredshed med informationsmøderne i Hjertereforeningen	Nyborg	Udvidet	70	0	30	0	10
		Standard	52	5	43	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	29	0	67	4	24
		Standard	41	0	56	3	37
	Begge	Udvidet	41	0	56	3	34
		Standard	43	2	53	2	58

Håndtering af hverdag og arbejdsmæssige konsekvenser

Det er langt hovedparten af patienterne, der svarer, at de i nogen eller i høj grad er blevet i stand til at håndtere hverdagen med hjertesygdom; 79 % i udvidet forløb og 84 % i standardforløb.

Når de 67-69 % af patienterne, der ikke har svaret på spørgsmålet/ikke har haft behov for hjælp eller rådgivning til håndtering af arbejdsmæssige konsekvenser af hjertesygdommen, udelades af beregningerne (jf. Tabel 6.14), så er det 64 % af patienterne i udvidet forløb, der i høj eller nogen grad har savnet denne hjælp/rådgivning, mens det er 44 % af patienterne i standardforløbet.

Tabel 6.14 Hjerterehabiliteringspatienternes besvarelse af spørgsmål om i hvilken grad, de er blevet i stand til at håndtere hverdagen, og hvorvidt de har savnet hjælp eller rådgivning til håndtering af arbejdsmæssige konsekvenser af deres hjertesygdom.

Spørgsmål om: Håndtering af hverdagen og arbejdsmæssige konsekvenser	Kommune	Forløb	Andel (%)				Antal besvarelser
			I nogen eller høj grad	I ringe grad eller slet ikke	Ikke behov	Ikke besvaret	
I stand til at håndtere hverdagen med hjertesygdom	Nyborg	Udvidet	80	20	0	0	10
		Standard	90	5	5	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	79	8	13	0	24
		Standard	79	12	9	3	37
	Begge	Udvidet	79	12	9	0	34
		Standard	84	7	7	2	58
Savnet hjælp eller rådgivning til håndtering af eventuelt arbejdsmæssige konsekvenser af hjertesygdommen	Nyborg	Udvidet	10	30	60	0	10
		Standard	19	33	48	0	21
	Faaborg-Midtfyn	Udvidet	25	4	71	0	24
		Standard	21	12	68	3	37
	Begge	Udvidet	21	12	68	0	34
		Standard	14	17	67	2	58

6.3.2 Interview med patienterne

Dette afsnit bygger på fokusgruppe- og telefoninterview med patienter fra henholdsvis Faaborg-Midtfyn og Nyborg Kommuner. Interviewene anvendes til at belyse udvalgte patienters subjektive oplevelse af og tilfredshed med rehabiliteringsforløbet.

6.3.3 Patienternes oplevelse af informationen om hjerterehabilitering

Mange af de interviewede patienter giver udtryk for, at de har oplevet indlæggelsesperioden og tiden umiddelbart efter udskrivning som en stor omvæltning, og flere patienter peger på, at de ikke føler, de har fået de rette oplysninger på rette tidspunkt. En patient beskriver tiden, hvor hun blev indlagt og opereret: *'Mens jeg var ude på OUH, så jeg sådan nogle plancher på væggen med genoptræning. Og så sagde jeg til dem derude [personalet på OUH Odense Universitetshospital], at det ville jeg rigtig gerne. Men de anede ikke, at der overhovedet fandtes noget i Nyborg. Og jeg var ikke helt sikker på det. Jeg synes bare, jeg havde hørt, at der var et eller andet. Og jeg sagde, jamen det må I da kunne arrangere. Men jeg hørte aldrig nogensinde noget.'* Patienten fortæller videre, at hun alligevel kom til at deltage i kommunens rehabiliteringstilbud – ved et tilfælde: *'Så var jeg så heldig, at lige først i januar mødte jeg så en sygeplejerske, jeg kender. Og så ringede hun til forløbskoordinatoren. Og så ringede forløbskoordinatoren til mig. Og så kom jeg simpelthen med. Fuldstændig et tilfælde. Og det var simpelthen det bedste, der overhovedet kunne ske.'* En patient, der har deltaget i det udvidede forløb, svarer følgende på spørgsmålet om, hvorvidt han har modtaget information om rehabilitering, mens han har været indlagt på OUH Odense Universitetshospital: *'Det tror jeg ikke [...] Det gik så stærkt det hele. Jeg blev overført til Svendborg Sygehus, hvor de vist snakkede noget om, at der var mulighed for at tage noget af det der [hjerterehabilitering]'* På spørgsmål om hvordan man er blevet informeret om hjerterehabilitering, svarer en patient følgende: *'Kan dårligt nok huske, om det var fra sygehuset eller kommunen. Men de skrev til mig. Det var fra Nyborg Sygehus. Ved ikke om det var forløbs-koordinatoren, der skrev [...].'* At dømme ud fra ovenstående udsagn er kommunikationen til patienterne til tider fejlet, men noget af denne oplevelse af mangelfuld kommunikation kan også bero på, at patientens forløb på sygehuset opleves meget intensivt og akut. På spørgsmålet om hvorvidt patienterne følte sig informerede om muligheden for at deltage i rehabilitering, udtrykte flere, at de ikke erindrer det klart.

6.3.4 Patienternes oplevede udbytte, forløbskoordinatorens rolle og de fysiske rammer

Patienterne er meget positive over for tilbuddet om rehabilitering. Det opfattes af langt størstedelen som et relevant tilbud, som hjalp til at tackle de problemstillinger, der opstår i forhold til at lære at leve med hjertesygdom i hverdagen. En patient, der har modtaget individuelt tilpasset (dvs. udvidet) forløb, udtaler dog: *'Jeg har dét imod det, at man bliver ved med at hænge sig i sygdom, og hvordan det ser ud indei. Man skal videre. Forløbskoordinatoren var indover og prøvede at få mig ind igen. Hun er utrolig sød og ville gerne hjælpe mig videre.'*

En patient, der har fulgt standardforløbet, udtaler: *'Der er det håndværksmæssige – kirurgerne – og det har været i orden. Men det her rehabilitering, det skal man altså ikke glemme. Det er nogle styre-redskaber til at få hverdagen til at fungere.'* Det gælder både det fysiske og det psykiske. På spørgsmålet om hvorvidt en patient oplevede angst i forbindelse med sine hjertesygdom, svarer han: *'Det havde jeg meget af. Der skulle ikke så meget til. Jeg troede, at det [hjertertilfældet] var i gang igen. Men det var 'nervøst hjerte'. Det var jo en forskrækkelse – så den sad i baghovedet hele tiden.'* En anden patient fortæller, hvordan gruppeforløbet har hjulpet hende i forhold til de psykiske eftervirkninger af hjertesygdom: *'Jeg gjorde brug af alle de dage, hvor der var samtaler, og det synes jeg hjalp meget fordi, jeg vil da ikke skjule, at jeg gik med en frygtelig angst på et tidspunkt. Dødsangst, og jeg*

kunne ligge søvnløs om natten. Det var fantastisk godt at få talt med nogle, der havde det på samme måde, så vi kunne udveksle erfaringer. Patienterne lægger vægt på effekten af at trække på den fælles erfaring i gruppeforløbene: *'Da kommunen overtog, var det også i en gruppe. Nogle flyttede til egne kommuner. Men der var et par stykker, der fulgtes videre fra sygehus til kommunen. Det var vældig skægt og sjovt. Og vi var jo ens. Der var ikke nogle, der var dygtige end andre'* (borger der har modtaget udvidet forløb). Den positive opfattelse af gruppeforløbene deles i øvrigt af medarbejdere og ledere blandt de involverede partnere i hjerterehabiliteringen: *'Det er et rigtig, rigtig godt tilbud de får i dag. Det betyder meget for folk at være sammen med andre, der har samme erfaringer. Det er ikke os som fagpersoner, der rykker dem. Det er dét at sidde sammen med andre, der ved, hvad der bliver talt om.'*

Generelt giver patienterne deres anbefaling til, at interventionen fortsættes: *'Jeg vil da håbe, at de fortsætter med det – for dem der kommer ud for det samme.'* En anden patient siger: *'Altså, jeg vil anbefale det. Jeg ville ikke være kommet i gang uden. Og det gav et skub.'*

Forløbskoordinatorens rolle

Patienternes oplevelse af forløbskoordinatorernes rolle var stort set entydigt positiv. Dette gælder ikke mindst forløbskoordinatorens casemanager-agtige rolle og 'sammenbindende' funktion. Patienternes oplevelse af forløbskoordinatorernes indsats bidrog i høj grad til, at det samlede rehabiliteringsforløb kunne opleves som sammenhængende. Det er naturligvis subjektive vurderinger. Hvorvidt rehabiliteringsforløbet hænger sammen organisatorisk, og hvorvidt det opleves som sådan af patienterne er to kvalitativt forskellige forhold. Patienter har ikke nødvendigvis indsigt i de organisatoriske rammer for deres rehabiliteringsforløb og de enheder, der samarbejder herom. Men opmærksomheden bliver skærpet, hvis patienten oplever ikke at 'blive taget hånd om' i forløbet. En patients oplevelse af sammenhæng linkes i højere grad til, at der skabes en følelse af tillid til og overordnet styring af behandlingen; at patienten føler, der bliver taget hånd om dem, og at der bliver fulgt op, hvis der forekommer patientoplevede fejl (42). Én patient fortæller, hvordan forløbskoordinatoren har været ham behjælpelig i forhold til at arbejde på at komme i arbejdsprøvning, på trods af at denne beslutning formelt skal træffes i en anden forvaltnings regi. I de komplicerede forløb kan forløbskoordinatoren som en del af det udvidede forløb skabe individuelle tilbud til patienterne, hvilket i nogle tilfælde ophæver skellet mellem de forskellige faser af hjerterehabiliteringen. *'Det bedste for mig i denne sammenhæng har været [forløbskoordinatoren]. Det har været hendes funktion. Det er der ingen tvivl om. Så det er selvfølgelig ærgerligt at få en hjertesygdom, men hun har fået sat skub i nogle ting. Jeg mener, det er guld værd for systemet, at der er sådan en person som hende. Og jeg tror bestemt, at der er mange, der kan få et skub i den rigtige retning og komme i gang, hvis de får tilknyttet en person som hende. I stedet for at de skal gå hjemme.'* I den forbindelse kan forløbskoordinatoren, når denne optræder som en form for case manager, have afgørende betydning for, at patienten føler, at behandlingen giver mening, somme tider til trods for at nogle af de organisatoriske dele af forløbet formelt ikke har været på plads. Patienterne vægter nærhed/personkendskab, når de taler om sammenhæng, en følelse af styring og af, at der bliver fulgt op på deres behandling. Deres fokus er således ikke så meget på koordination som på kontinuitet (43).

Rammerne for den fysiske træning

Rammerne for den fysiske træning nævnes også som helt afgørende for patienternes tryghed i forhold til at træne: *'Det jeg synes var svært, inden jeg startede på rehabilitering, det var, hvor meget man egentlig tåle? Altså, jeg blev meget, meget overrasket over, hvor meget vi egentlig kunne.'* Og *'Jeg kunne nok ikke være gået i fitnesscenter og gøre det samme – for jeg har jo nok – der har man jo ikke de samme... der ved man jo ikke hvor dygtige, de er til at tolke sådan noget. Hvor meget folk*

kan tåle. Men altså, du var på et sygehus, og du var i nærheden af nogle læger og sådan noget dér. Det har altså meget at betyde for mig. Hvor du sådan set er i trygge rammer.'Og: 'Altså, du kunne jo sådan set behandle din krop, som du ville, for du vidste, at der var én, hvis der skulle ske noget. Jeg prøvede nogle gange at overbelaste mig selv ved at løbe temmelig voldsomt op ad trapperne – men der var sgu ikke noget, der reagerede på noget. Det var bare mig selv, der blev forpustet.' Om oplevelsen af forskelle på den fysiske genoptræning i sygehusregi og i kommunalt regi siger en patient følgende: 'Da vi kom på det kommunale hold, blev det meget varieret. Hockey, rundbold, mere end de første seks uger. Fysioterapeuten [på sygehuset] passede mere på os!'

Sammenfatning

Sammenfattende kan man sige, at patienterne udtrykker sig meget positivt om rehabiliteringstilbudene både i kommune og på sygehus. Patienterne har ikke nødvendigvis indsigt i, hvordan enheder inden for sundhedssektoren samarbejder om deres rehabiliteringsforløb. Men de bliver opmærksomme på det, når de oplever, at det ikke fungerer (42). I denne sammenhæng opleves de kommunale forløbskoordinatorer som en stor hjælp, fordi de netop forstår at tage hånd om borgeren og guide gennem afdelinger og enheder, der indgår i rehabiliteringsforløbet. Selv for borgere som ikke umiddelbart finder rehabiliteringstilbuddet relevant, er opfattelsen af forløbskoordinatoren positiv.

6.4 Kommunale omkostninger

I dette afsnit præsenteres opgørelserne af kommunernes omkostninger ved den kommunale hjerterehabilitering. Omkostningerne er fordelt på omkostninger ved etablering/forberedelse af det kommunale tilbud (1. april 2008 - 31. august 2008) og drift (1. september 2008 - 30. september 2009).

6.4.1 Faaborg-Midtfyn Kommune

De samlede omkostninger ved etablering og drift af hjerterehabilitering i Faaborg-Midtfyn Kommune for 64 hjerterehabiliteringspatienter, som har deltaget mindst én gang i et af de kommunale tilbud³³ – hvoraf 43 % var i et udvidet forløb – beløber sig i alt til 972.000 kr. (afrundet til hele 1.000 kr.). De omfatter omkostninger ved det kommunale personales tidsforbrug (løn), betaling af Hjerteforeningen, transportomkostninger og andet, se evt. Tabel 6.15. Nedenfor fremgår detaljerne herfor.

Etablering

De samlede etableringsomkostninger er 231.500 kr. (afrundet til hele 100 kr.). Omkostningerne fordeles sig på:

- ♦ Tidsforbrug, kommunalt ansatte: Omkostningerne ved personalets tidsforbrug (555 timer) beløber sig til 166.000 kr. Forløbskoordinatoren har brugt 257 timer baseret på en ansættelse på 19 timer/uge³⁴. Det øvrige timeforbrug er baseret på det registrerede antal timer for fysioterapeuterne henholdsvis et skønnet forbrug for diætist og sygeplejerske.
- ♦ Transport: Personalet har kørt ca. 620 km, hvilket svarer til 2.200 kr. Forløbskoordinatorens kørsel i forbindelse med etableringen indgår som driftsomkostningerne, den har ikke kunnet adskilles fra driften.

³³ Der har også indgået andre hjertepatienter i det kommunale tilbud end de, der har været inkluderet gennem projektet; men omfanget heraf er ikke kendt.

³⁴ Der er beregnet timer fra 1. april 2008, dog fraregnet fire ugers arbejdstimer og løn i forbindelse med strejke i foråret 2008.

- ♦ Andet: I forbindelse med etableringen af tilbuddet har der være omkostninger forbundet med indkøb af to hjertestartere og to kondicykler (ergometer-cykler til brug for Borg-test) samt materialer til brug ved undervisningen. Samlet beløber disse omkostninger sig til 63.300 kr.

Tabel 6.15 Faaborg-Midtfyn Kommunes omkostninger ved kommunal hjerterehabilitering. 1. april 2008 - 31. oktober 2009.

Aktivitet	Personalegruppe	Den daglige drift		Etablering/forberedelse		De samlede udgifter (kr.)
		Timer, i alt	Udgifter (kr.)	Timer, i alt	Udgifter (kr.)	
Tidsforbrug		2.385	577.734	555	165.999	743.733
	Fysisk træning*					
	Fysioterapeut, holdtræning	859	183.629	98	20.950	
	Fysioterapeut, individuel	113	24.156			65.616
	Patientundervisning					
	Sygeplejerske	89	20.440	70	16.167	
	Diætist	42	9.208	130	28.499	
	Forløbskoordination					
	Forløbskoordinator	1.176	317.428	257	100.383	
	Adm. personale	57	12.185			
	Interne møder	50	10.689			
Ekstern samarbejdspartner						
	Hjerteforeningen**		75.500			75.500
Transportudgifter***			63.469		2.206	65.675
	Fysisk træning					
	Fysioterapeut		30.493		802	
	Patienter		2.848			
	Patientundervisning					
	Sygeplejerske		5.945		702	
	Diætist		5.270		702	
	Forløbskoordination					
	Forløbskoordinator		18.913			
Andet		112	23.942		63.340	87.282
	Hjertestartere, 2 stk.				30.000	
	To kondicykler				28.400	
	Materiale, kgebøger og hjertestatistikker mv.				4.940	
	Deltagelse i temadage	80	17.102			
	Undervisning af andet personale	32	6.841			
I alt		2.497	740.645	555	231.546	972.191

Kilde: Oplysninger leveret af forløbskoordinator baseret på Faaborg-Midtfyn Kommunes regnskaber.

* Antal registrerede time, ved beregning af omkostninger indgår der også tid til ferie og pauser.

** Er baseret på afregning med Hjerteforeningen.

*** Er baseret på en takst på 3,56 kr./km.

Drift

De samlede driftsomkostninger beløber sig til 740.600 kr. (afrundet til hele 100 kr.). Omkostningerne fordeler sig som følger:

- ♦ Tidsforbrug, kommunalt ansatte: Omkostningerne ved det kommunale personales tidsforbrug til fysisk træning, patientundervisning, forløbskoordination og intern mødeaktivitet i Faaborg-Midtfyn Kommune beløber sig i alt til 577.700 kr.

Forbruget ved den daglige drift omfatter i alt 2.385 timer. Dette er baseret på forløbskoordinatorens og sygeplejerskens normtid på 19 timer/uge henholdsvis 7,5 timer/måned samt diætistens og fysioterapeuternes³⁵ registrerede tidsforbrug.

Hjerteforeningen: Faaborg-Midtfyn Kommune har herudover betalt Hjerteforeningen 75.500 kr. for at varetage dele af patientundervisningen og afholdelse af informationsmøder.

- ♦ Transportudgifter: De samlede transportudgifter beløber sig i alt til 63.500 kr. Dette beløb fordeler sig med 60.600 kr. for personalets transport henholdsvis 2.800 kr. for transport af fem patienter. Fysioterapeuterne, sygeplejersken og diætisten har samlet set kørt ca. 11.700 km., mens forløbskoordinatoren har kørt 5.300 km.
- ♦ Andet: Personalet har i alt brugt 112 timer på deltagelse i projektets temadage samt undervisning af andet personale, hvilket svarer til 24.000 kr.

6.4.2 Nyborg Kommune

De samlede omkostninger ved etablering og drift af hjerterehabilitering i Nyborg Kommune beløber sig i alt til 640.000 kr. (afrundet til hele 1.000 kr.) for 40 hjerterehabiliteringspatienter, som har deltaget mindst én gang i et af de kommunale tilbud – hvoraf 55 % var i et udvidet forløb. Heri indgår omkostninger ved det kommunale personales tidsforbrug (løn), betaling af Hjerteforeningen, transportomkostninger og andet, se evt. Tabel 6.16. Nedenfor fremgår detaljer herfor.

Etablering

De samlede etableringsomkostninger ved det kommunale hjerterehabiliteringstilbud i Nyborg Kommune er 98.700 kr. (afrundet til hele 100 kr.). Omkostningerne fordeler sig på:

- ♦ Tidsforbrug, kommunalt ansatte: Omkostningerne ved personalets tidsforbrug (346 timer) beløber sig til 71.400 kr. Til forløbskoordination er der brugt 196 timer versus 118 timer til forberedelse af fysisk træning og kostvejledning.
- ♦ Transport: Fysioterapeuten har under tilrettelæggelsen af det kommunale tilbud kørt ca. 360 km., det svarer til et beløb på 1.300 kr. Forløbskoordinatorens kørsel indgår som driftsomkostningerne, den har ikke kunnet adskilles fra driften.
- ♦ Andet: Omkostningerne beløber sig i alt til 26.000 kr.

De største poster omfatter indkøb af kontormøbler, IT-udstyr, forløbskoordinatorens deltagelse i et kursus om 'den motiverende samtale'³⁶ samt øvrig mødedeltagelse og temadage vedrørende projektet.

Der er ikke medtaget udgifter til indkøb af træningsudstyr, da kommunens eksisterende træningsudstyr har været benyttet – og vi har ikke søgt at estimere omkostninger ved slid heraf. Ej heller er der medtaget udgifter til indkøb af hjertestartere, idet man i det kommunale træningstilbud har kunnet gøre brug af de to hjertestartere, som hænger lige uden for trænings-lokalerne på Nyborg Sygehus, hvor træningen foregår.

³⁵ Ca. 13 % af fysioterapeuternes tid er gået til individuel træning.

³⁶ Ifølge forløbskoordinatoren burde det øvrige personale også have været på det.

Tabel 6.16 Nyborg Kommunes omkostninger ved kommunal hjerterehabilitering. 1. april 2008 - 31. oktober 2009.

Aktivitet	Personalegruppe	Den daglige drift		Etablering/forberedelse		De samlede omkost. (kr.)
		Timer/uge	Omkost. (kr.)	Timer, i alt	Omkost. (kr.)	
Tidsforbrug		35	441.303	346	71.448	512.751
Fysisk træning*						
	Fysioterapeut	6	72.148	66	14.109	
Patientundervisning						
	Fysioterapeut	0,5	5.932			
	Kostvejleder	0,5	6.632	52	11.400	
Forløbskoordination**						
	Forløbskoordinator	28	355.592	196	38.099	
	Adm. personale		1.000		1.000	
	Ansættelse af personale			32	6.841	
Ekstern samarbejdspartner						
	Hjerteforeningen***		58.261			58.261
Transportudgifter****			20.215		1.282	21.496
Fysisk træning						
	Fysioterapeut				1.282	
	Patienter		8.579			
Forløbskoordination						
	Forløbskoordinator		11.636			
Andet			21.073	20	25.962	47.035
	Kontormøbler				9.277	
	Materialer, pjecer og bøger				679	
	Diverse IT		420		5.832	
	Stillingsannoncer				2.575	
	Kursus, forløbskoordinator				3.324	
	Projektmøder og temadage m.m.		5.261	20	4.275	
	Interne møder, fysioterapeut		15.391			
I alt		35	540.851	366	98.692	639.544

Kilde: Oplysninger leveret af forløbskoordinator baseret på Nyborg Kommunes regnskaber.

* Ved beregning af omkostninger indgår der også tid til ferie og pauser.

** Der indgår timer og løn fra 15. juli 2008.

*** Er baseret på afregning med Hjerteforeningen.

**** Er baseret på en takst på 3,56 kr./km.

Drift

De samlede driftsomkostninger beløber sig til 540.900 kr. (afrundet til hele 100 kr.) Omkostningerne fordeler sig som følger:

- ♦ Tidsforbrug, kommunalt ansatte: Omkostningerne ved det kommunale personales tidsforbrug til fysisk træning, patientundervisning, forløbskoordination i Nyborg Kommune beløber sig i alt til 441.300 kr. (ca. 35 timer ugentligt).
- ♦ Hjerteforeningen: Nyborg Kommune har herudover betalt Hjerteforeningen 58.300 kr. for at varetage dele af patientundervisningen og afholdelse af informationsmøder.
- ♦ Transportudgifter: De samlede transportudgifter beløber sig i alt til 20.200; 11.600 kr. for personalets transport (3.300 km.) henholdsvis 8.600 kr. for transport af tre patienter.

- ♦ Andet: Omkostningerne beløber sig samlet set til 21.100 kr. De dækker fysioterapeutens deltagelse i interne møder samt kursus og temadag m.v.

Nyborg Kommune lejer sig ind i de tidligere træningslokaler for Nyborg Sygehus. Omkostningerne ved hjerteholdets brug af lokalerne, skønner vi, beløber sig til ca. 35.000-40.000 kr. årligt. Dette estimat må dog tages med alt muligt forbehold, da det er baseret på en række antagelser om det øvrige omfang af brugere og deres tidsforbrug. Estimatet indgår derfor heller ikke i beregningen af de samlede omkostninger ved den kommunale hjerterehabilitering i Nyborg Kommune.

7. Diskussion

I dette kapitel diskuterer vi dels validiteten af data fra de enkelte dele af evalueringen og dels resultaterne i forhold til de temaer og emner, som vi vurderer, er de mest gennemgående og karakteristiske. Diskussionen skal således kvalificere resultaterne. Sammen med resultatafsnittet danner diskussionsafsnittet fundamentet for den samlede konklusion, som kan læses i kapitel 8.

7.1 Organisering

7.1.1 *Skabelsen af partnerskabet*

Gennem projektets indledende faser, hvor en lille gruppe personer lagde de overordnede rammer for projektet, blev hjerterehabilitering placeret – italesat – som en opgave, der skulle gives særlig opmærksomhed i de nye kommunale sundhedsopgaver efter strukturreformen. Det var med andre ord hensigten at give denne opgave en særlig status som idé blandt parterne i projektet. Samtidig blev opgaven knyttet til de forståelser af rehabilitering, som allerede eksisterede blandt parterne.

Det initiativ, der blev taget i forbindelse med projektet, ser vi som naturligt i forlængelse af gennemførelsen af en strukturreform, hvor der blev defineret en række 'kan'-opgaver for de nye kommuner, herunder muligheden for at indgå i den ambulante rehabilitering. Det er således langt fra blevet en generel kommunal opgave at indgå i hjerterehabilitering. Dette forekommer kun i få kommuner, hvor det forløber som forsøgsprojekter – overvejende i Region Syddanmark. Projektet i Faaborg-Midtfyn og Nyborg Kommuner er således et kig ind i fremtiden, hvor kommunerne sandsynligvis vil komme til at løfte et stigende antal sundhedsopgaver, herunder ikke mindst inden for forebyggelse og rehabilitering. Hvorvidt øvrige kommuner generelt vil komme til at varetage den fysiske hjerterehabilitering i fase 2B, det er derimod et åbent spørgsmål. Det er i hvert fald ikke intentionen i Dansk Cardiologisk Selskab, idet holdningen her er, at hjerterehabiliteringens fase 1 og 2 fortsat bør foregå i sygehusregi (25).

Inden for sundhedsvæsenet er fokus i de senere år øget i forhold til de ældre medicinske patienter med svær sygdom. Projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering' tog idemæssigt afsæt i i) det øgede fokus på de medicinske patienter med kroniske sygdomme og ii) strukturreformen, som placerer de nye kommuner som udførere af udvidede opgaver på sundhedsområdet – og herunder nævner rehabilitering som en 'kan' opgave. I dette arbejde anvendte Region Syddanmark en 'kronikerfirkant', der illustrerer tanken om stratificering og nødvendigheden af en effektiv rehabilitering. Endelig tog projektet afsæt i den voksende idé om involvering af private aktører i sundhedsvæsenet, og når det gælder medicinske patienter med kroniske lidelser, inkluderer det patientforeninger – her Hjertereforeningen.

Inddragelsen af Hjertereforeningen kan derfor ses i lyset af tendensen til privatisering og øget involvering af frivillig arbejdskraft fx fra patientorganisationer, der er sket i sundhedsvæsenet gennem det seneste tiår. Initiativet fra Hjertereforeningens side til at øge sit engagement i de direkte patientrettede aktiviteter inden for rehabilitering var derfor naturligt, men var samtidig præget af at der ikke var foretaget en tilstrækkelig forventningsafstemning blandt de medvirkende parter om bl.a. Hjertereforeningens medvirken og rolle. Tilsvarende var gennemførelsen af en opgavedeling mellem sygehusene og kommunerne præget af, at der er langt fra idé og planlægning til realisering og implementering.

Projektet er således et eksempel på, hvordan en idé – kombineret sygehusbaseret og kommunal hjerterehabilitering – bliver båret ind i et felt af idébærere – Regionen, OUH Svendborg Sygehus og Hjer-

teforeningen – hvorefter idéen bliver tolket og genfortolket af en række aktører, som her blev udgjort af partnerne bag projektet og de involverede praktikere i alle sektorerne. Man kan i den forstand sige, at der skete en usynkroniseret tolkning af idéen om partnerskabet omkring hjerterehabilitering. Idébærerne tolkede idéen ud fra en formodning om behovet for tværsektoriel hjerterehabilitering, og allerede her var der tilsyneladende konkurrerende tolkninger. Efterhånden som 'perifere' parter blev involveret, skete der naturligt nye tolkninger og ændringer af idéens indhold. Dette skete i første instans blandt de aktører, der ikke blev involveret i transporten af idéen ind i den konkrete sammenhæng, og i anden instans ikke blev repræsenteret i projektets styregruppe. De mange tolkninger blev håndteret af projektledelsen gennem de initiativer, der er refereret – dels gennem en partnerskabsaftale, der tillod, at parterne kunne have forskellige mål med deltagelsen. Dette realiseredes dels gennem den løbende etablering – og opløsning – af mono- og tværfaglige arbejdsgrupper med forskellige opgaver, der alle førte i retning af en øget skabelse af dialog og fælles forståelse af opgaven, behovet for kompetencer og organisering af kompetencerne i løsningen af opgaven.

7.1.2 Styregruppen – udvikling af opgaven og ejerskab

Gennem projektførelsen skete der en udvikling i styregruppens forståelse af opgaven i projektet som en naturlig følge af de erfaringer med projektets gennemførelse, der blev opnået i projektperioden. Udover overvejelserne omkring de forhindringer, der skulle overvindes for at etablere et elektronisk netværk med adgang til informationer for alle deltagere og patienter, skete der fx en tilpasning af forventningerne til indsatsen fra de forskellige deltagere i projektet, som også havde indflydelse på styregruppens funktion. Herunder hører overvejelserne om Hjerteforeningens rolle i projektet og de nødvendige mellemtrin, der skulle skydes ind i processen for at få samarbejdet mellem parterne til at fungere i praksis.

Det forhold, at styregruppen skiftede metode i den overordnede styring af projektet fra brug af en traditionel projektbeskrivelse til at supplere planen med indgåelse af en partnerskabsaftale og succeskriterier, illustrerer, hvordan udvikling og gennemførelse af et projekt kræver tilpasning til kontekst og erfaringer. Kontekstens betydning fremhæves ved, at flere parter deltog i projektet ikke alene kan realiseres gennem brug af en central plan, men kræver et aftalegrundlag. Styregruppens rolle skiftede i denne forstand fra at skulle overvåge realiseringen af en projektplan til at skulle medvirke i styringen af en samarbejdsrelation, både på overordnet plan mellem myndigheder inden for og uden for styregruppens rammer og mellem parterne i 'det udførende led'.

Mere konkret blev projektets gennemførelse afhængig af tilpasningen af metoder til træning og udvikling af samarbejdsrelationer, da projektets udvikling af faglige løsninger af opgaven hjerterehabilitering var afhængig af et udbredt samarbejde på tværs af sektorerne. I denne forstand synes det som om, styregruppen blev koblet delvis af projektets udvikling. Styregruppen havde overladt den konkrete styring af projektets forløb til en projektleder placeret i Region Syddanmark med tæt samarbejdsrelation til ledelse og administration i regionen. Dette førte til, at styregruppens rolle blev forvandlet fra at styre projektet til i højere grad at konfirmere og acceptere de initiativer i projektets ledelse, der blev taget af projektleder i samarbejde med regionen, samt at tage den udvikling til efterretning som skete gennem initiativer fra praktikere i sektorerne og på tværs af disse.

Etablering af partnerskabet skabte således en overordnet ramme, der dels placerede styregruppen som skabere af projektet, men samtidig reducerede styregruppens indflydelse på projektets udvikling, hvilket i stedet blev en sag for projektleder med samarbejdspartener samt praktikerne.

Hvis vi tolker videre på dette forhold, så udviklede styregruppens læring sig gennem projektet på en positiv måde. Hvis udviklingen havde været en følge af en rationel planlægning, havde det været et mønstereksempel på ledelse, som strakte sig fra introduktion af en idé til praktikernes guidede og

frivillige realisering af idéen. Det må dog konstateres, at denne udvikling nok skete mere tilfældigt, men dog kan tilskrives en udviklet fornemmelse i projektledelsen for at lære af sine erfaringer og indgå i et samspil med praktikernes indsigt, viden og initiativ.

7.1.3 Styregruppen og projektledelsen

Ses der nærmere på forholdet mellem styregruppen og projektledelsen kan der således ses træk i retning af, at projektledelsen blev mere og mere dominerende som initiativtager set i forhold til styregruppen. Dette viser sig bl.a. i en række udsagn om, at projektlederen og projektlederens vide spillerum sammen med initiativrigdommen blandt en lang række af de lokale aktører har været stærkt medvirkende til projektets udvikling.

Sidstnævnte forhold har bl.a. været stærkt medvirkende til, at flytningen af opgaver i projektet er realiseret i nogle sammenhænge og ikke i andre. Opgaveflytningen fra sygehus til kommuner, som i princippet indgår i Strukturreformen, blev set som problemfri i styregruppens optik i projektets primære fase. Dette viste sig imidlertid ikke at være tilfældet, hvilket skyldtes kulturforskelle, forskelle i terminologi m.v., som krævede initiativer fra projektlederen i samarbejde og samspil med praktikerne. De mange ad hoc initiativer i projektet, lokale arbejdsgrupper etc. muliggjorde projektets videre udvikling.

I modsætning til dette tog praktikerne ikke i samme omfang ansvar for Hjertereforeningens involvering i projektet, som langt fra blev realiseret som planlagt. På styregruppeniveau var der ikke foretaget en tilstrækkelig forventningsafstemning til, at der kunne indarbejdes en overførsel af opgaver, og projektlederens involvering var ikke tilstrækkelig til at løse dette problem. Når praktikernes indsats ikke havde den ønskede effekt, skyldtes dette til dels, at der ikke blev indledt et samarbejde, der øgede den gensidige forståelse i tilstrækkeligt omfang. Her virkede praktikernes engagement i nogen grad som en fastlåsning af opgavedelingen, uden at vi her tager stilling til, om dette var hensigtsmæssigt for patienternes udbytte eller ej.

7.1.4 Kommunikation

Et væsentligt aspekt af samarbejde på tværs af organisationer og sektorer består i kommunikation omkring og med patienten. De opfattelser, der opstod blandt parterne med hensyn til mulighederne for kommunikation indbyrdes samt kommunikation til og om patienten, var derfor centrale. Evalueringen pegede på, at nogle af aktørerne havde store forventninger til etablering af udvidede elektroniske kommunikationsmuligheder gennem den fælles kommunikationsplatform, mens andre pegede på, at de menneskelige relationer og det gensidige personkendskab havde større betydning og skulle prioriteres i udviklingen.

Forholdet mellem skabelse af tekniske muligheder eller strukturer for kommunikation på den ene side og udvikling af en kommunikationskultur baseret på vilje og evne til at kommunikere på den anden er et af sundhedsvæsenets paradokser. Det fremhæves ofte i kommunikationsplaner og undersøgelser, at kommunikationen ville være gnidningsfri, hvis der blot eksisterede de rette elektroniske muligheder for at dele informationer. Dette kan utvivlsomt være en faktor, der har indflydelse på kommunikationen, men der er samtidig eksempler på, at eksistensen af elektroniske kommunikationsmuligheder mellem sundhedsvæsenets parter ikke bliver anvendt – eller ikke bliver anvendt af alle. Det kan derfor antages, at kommunikation også skal ses i en kontekst af motivation og prioritering blandt parterne.

Et godt eksempel på forholdet mellem mulighed for og ønske om at skabe kommunikationen kan ses i brugen af Hjerterplanen.

7.1.5 Hjerterplanen

Initiativet til Hjerterplanen blev taget på OUH Svendborg Sygehus og var i særlig grad et produkt fra den medvirkende overlæge. Hjerterplanen var tænkt som en mulighed for at dokumentere og fastholde central information om patienten på en måde, der kunne anvendes af alle de involverede parter, herunder ikke mindst patienterne selv. Hjerterplanen kom imidlertid primært til at omfatte kliniske oplysninger om hjertepatienternes sygdom og tilstand, mens der kun var begrænsede oplysninger om patientens funktion i øvrigt. Hjerterplanen var i den forstand bedst egnet til overlevering af informationer til den enkelte patients praktiserende læge, men der syntes at være stor variation i tætheden af kontakt mellem patient og praktiserende læge, og tilsvarende variation i anvendelsen af Hjerterplanen som kommunikationsmiddel i denne sammenhæng.

Hjerterplanen burde også levere væsentlige informationer til kommunernes sundhedsfaglige personale; men de kommunale medarbejdere efterlyste i højere grad oplysninger om patientens almentilstand, sociale og andre ikke-kliniske forhold, som kunne indgå i deres vurdering af patienten ved indledningen af den kommunale del af rehabiliteringen. Hjerterplanen har således nok været anvendt til kommunikation, men ikke på alle de punkter, som den potentielt kunne have indgået i.

I den indledende fase af projektet, var det planlagt, at antallet af udarbejdede hjerterplaner skulle registreres. Den form for registrering blev imidlertid aldrig foretaget, så vi ved ikke, om alle patienterne faktisk fik en hjerterplan.

7.1.6 Brugen af forskellige elektroniske kommunikationsmidler

Et andet eksempel, der illustrerer initiativer til at løse behovet for kommunikation, ligger i den varierende brug af elektroniske kommunikationsformer, der anvendes af nogle men ikke alle, og hvis anvendelighed varierer en del, hvis de interviewedes udsagn lægges til grund. Edifact er taget i anvendelse og er et eksempel på et af de systemer, der er baseret på den åbne MedCom-standard. Selvom man er på vej væk fra at bruge fax, som har medført en række problemer i forhold til etablering og opretholdelse af besværlige procedurer for at opfylde krav om håndtering af fortrolige oplysninger etc., så anvendes dette stadig i mange tilfælde.

Det er derfor også væsentligt at fastholde de udsagn, der peger på, at den centrale udfordring vedrørende kommunikationen bestod i, at der skulle etableres en kultur i samarbejdet, som var baseret på den åbne og nødvendige kommunikation, i stedet for at være baseret på en modstand mod at dele information. Hvis der opnås enighed herom, kan megen kommunikation faciliteres gennem patientens tilsagn, noter på et stykke papir, brug af telefonen og et gensidigt personkendskab. Hvis der imidlertid skal sættes på, at kommunikationen både skal kunne støtte, at patienten er velinformeret, at alle samarbejdsparter er informeret og opdateret, og at der tilmed kan genereres data til brug for ledelsesinformation og forskning, giver en kommende fælles elektronisk kommunikationsplatform nye og forbedrede muligheder.

På denne baggrund må der igen peges på, at det synes oplagt at bringe de elektroniske kommunikationsformer i brug så hurtigt som muligt, og herunder anvende muligheden for at inkludere etableringen af elektronisk kommunikation i sundhedsaftalerne mellem region og kommuner.

7.1.7 Forventningsafstemning og udviklingsproces

Med deltagelse af flere parter i udviklingsprojektet viste det sig væsentligt at afstemme forventningerne både på styregruppeniveau og blandt praktikerne. Forventningsafstemning kan både ses som en forudsætning for etablering af samarbejde og som en del af den løbende udviklingsproces med formel og uformel forhandling af projektets indhold og realisering mellem de involverede parter. Beskrivelsen

af forventningsafstemningen skal således fokusere på den løbende tilpasning af parternes forståelse af opgavens indhold (hjerterehabilitering), hvilke kompetencer dette kræver, samt hvorledes disse kompetencer organiseres i opgavens løsning.

Der er tidligere redegjort for afpasningen af forventninger, der skete i styregruppen gennem den fortsatte udvikling og evaluering af et samlet koncept for hjerterehabilitering. Forventningen fik efterfølgende et særligt indhold gennem indgåelse af partnerskabsaftalen. Denne tilpasning kan ses som en løbende tilpasning af forventninger, fx med hensyn til samarbejdet mellem kommune og sygehus, mens der til gengæld ikke synes at være sket en endelig tilpasning af forventningerne til de praktiserende lægers involvering blandt praktikerne. Forventningerne blandt initiativtagerne til projektet og styregruppen bestod ligeledes i et ønske om at forbedre hjertepatienternes tilværelse – herunder at reetablere deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

Gennem interviewene stod det klart, at der er udviklet et sæt af fælles forventninger mellem sygehuspersonalet og det kommunale personale med hensyn til arbejdsdelingen omkring rehabiliteringen. Den afgivelse af kontrol med patienternes rehabiliteringsforløb, som sygehusene lærte at acceptere gennem projektet, blev mødt af en stigende accept blandt det kommunale personale af det faglige indhold, som sygehuspersonalet kunne byde på i samarbejdet. Samlet er der gennem projektet sket en udvikling af den fælles forståelse af rehabiliteringen mellem sygehus og kommuner i en grad, som omtales positivt af de involverede. Det var et generelt indtryk gennem evalueringen, at den oprustning på sundhedsområdet, som de to involverede kommuner har gennemgået, medførte, at der skete en udvidelse af samarbejdspotentialet mellem kommuner og sygehuse. Kommunerne blev for det første i stand til at præsentere en kompetenceprofil, der bedre kunne matche sygehusenes fx med hensyn til faggrupper som sygepleje og fysioterapi. For det andet synes bestræbelserne på at etablere mere direkte kommunikationslinjer mellem sygehuset og de to involverede kommuner at have båret frugt.

Hjerteforeningens deltagelse som medvirkende part har været præget af det særlige forhold, at Hjerteforeningen har en flerdobbelt rolle som lobbyist og varetager af særinteresser, som videns- og kompetencecenter i forhold til hjertesygdomme og hjerterehabilitering samt endelig som leverandør af ydelser til borgere med hjertesygdom. Forventningsafstemningen mellem kommuner og Hjerteforeningen har bl.a. derfor fremstået som et af de punkter, der har været vanskeligst at håndtere. De forventninger, som blev opstillet i styregruppen tidligt i projektet med hensyn til Hjerteforeningens ydelser, kunne ikke indfries, hvilket sammen med den manglende forventningsafstemning om betaling for Hjerteforeningens ydelser har præget kommunernes opfattelse af Hjerteforeningens rolle i projektet gennemgående. Når der på den ene side var forventninger fra Hjerteforeningen til, at de havde en afgørende rolle at spille bl.a. på baggrund af en opfattelse af, at kommunernes beredskab ville være utilstrækkeligt, og der på den anden side var en forventning fra kommunerne til, at de skulle opbygge deres egne kompetencer på en række områder, så fremstår den manglende forventningsafstemning meget tydelig. Når der ydermere var variationer i forventningerne fra de forskellige dele af Hjerteforeningen (centralt versus lokalt), så blev forvirringen omkring forventninger endnu mere markant.

Hvis vi betragter partnerskabet og udviklingen af projektet som en løbende forhandlingsproces, giver udviklingen af projektet god mening. En antagelse om, at et samarbejde mellem flere parter altid vil være et spørgsmål om en gensidig tilpasning af idéer og handlinger, placerer hjerterehabiliteringsprojektet på lige fod med en meget stor mængde af øvrige udviklingsprojekter, der er sat i søen i sundhedsvæsenet i de seneste mange år. Når styregruppemedlemmer udtaler, at det ville have været positivt med en indledende tilpasningsfase eller introfase i projektet, er dette naturligvis forståeligt ud fra de erfaringer, der er gjort i forbindelse med netop tilpasningen af de forskellige parter forventninger til projektet. Der skal blot henvises til, at denne tilpasning eller forhandling ikke er tilendebragt, fordi projektet synes at være kommet ind i en mere stabil fase. Når fx kommunerne bliver endnu mere

kompetente, vil der komme nye behov for tilpasning af opgavedelingen og dermed nye formelle og uformelle forhandlinger i forbindelse med en videre forventningsafstemning.

En af årsagerne til, at der vil blive fortsatte forhandlinger, er, at kulturforskellene mellem deltagerne i partnerskabet ikke forsvinder, selv om der er sket en tilpasning. Kulturforskellene mellem fx kommuner og sygehuse har deres rod i forskelle i den uddannelsesmæssige ballast, som medarbejderne besidder, og i den opstilling af mål og værdier, som sker i de forskellige enheder implicit og eksplicit. Selv om dialogen kan forbedres gennem fælles uddannelse og andre udviklende tiltag, vil grundlaget for forhandlinger blive ved med at være til stede, og dialogen vil således være en blivende udfordring for den tværsektorielle hjerterehabilitering.

7.1.8 Forløbskoordination – modellen og den løbende konstruktion af en rolle

Forløbskoordination og forløbskoordinatoren beskrives i projektet som konkretiseringen af ønsket om koordinering af forløbene. Denne særlige funktion har været genstand for særlig opmærksomhed blandt de medvirkende parter, og vi ser det som en væsentlig del af projektets organisatoriske fundament. De forskellige forståelser af forløbskoordination og forløbskoordinator er derfor vigtige for os, da realiseringen af idéen om koordination kan ses som en stor del af vejen til opfyldelse af de organisatoriske målsætninger med projektet.

Vinge & Strandberg-Larsen (43) henholdsvis Buch (44) tager diskussionen op om forløbskoordination som en specialiseret funktion. Spørgsmålet er, om koordinering af patientforløb i den kommunale sundhedssektor – og imellem sygehus og kommune – skal varetages af en særligt udpeget person – forløbskoordinatoren – eller om det i højere grad skal betragtes som en funktion, der skal varetages af alle relevante fagpersoner i kommunen. Vinge & Strandberg-Larsen samt Buch argumenterer for det sidste ud fra det synspunkt, at der allerede er indblandet et tilstrækkeligt antal fagpersoner i de oftest ældre patienters liv og forløb. Der er derfor ikke brug for en yderligere specialisering af en funktion som en ekstra stillingskategori. Det er værd også at bemærke, at betegnelsen forløbskoordinator også anvendes i andre dele af sundhedsvæsenet, fx i administrationen af forundersøgelsesforløb for kræftpatienter i pakkeforløbene. Her er der dog tale om en primært logistisk funktion, som varetages af erfarne sekretærer.

I hjerterehabiliteringsprojektet var det derimod fagpersoner med særlige kompetencer, der varetog koordineringsfunktionen. Denne placering af forløbskoordinationen som en specifik funktion med en særlig opgavebeskrivelse og stillingsbetegnelse blev ifølge stort set alle udsagn fra de involverede betragtet som en væsentlig del af det samlede hjerterehabiliteringsprojekts succes. Dette forhold, samt det forhold at forløbskoordinatorerne har arbejdet opsøgende i forhold til at skabe sammenhæng i forhold til at fastholde patienterne i rehabiliteringsforløbet, har peget på, at opgaven er blevet løst mest optimalt af en enkelt specialiseret person. At skabe sammenhæng mellem systemer og for patienterne har med andre ord udgjort en specialiseret funktion i dette projekt. Det peger på, at det mest optimale for varetagelsen af opgaven i denne sammenhæng har været placering af en enkeltperson som koordinator. Denne styrke kan naturligvis vendes til en svaghed i den forstand, at systemet bliver sårbart, når det er afhængigt af enkeltpersoners indsats. Søger forløbskoordinatoren nyt job eller er fraværende af andre årsager, vil hjerterehabiliteringen miste den kompetence, som der er investeret i.

7.1.9 Udvikling af partnerskab og hjerterehabilitering på længere sigt

Det er et åbent spørgsmål, hvordan projektet om hjerterehabilitering videreføres efter projektets formelle afslutning. Mulighederne for videreførelse af partnerskabet – og den konkrete rehabiliteringsindsats – i de efterfølgende år vil bl.a. være afhængig af indarbejdelse af rutinerne for samarbejde og de videre muligheder for arbejdsdeling og kommunikation. Det er væsentligt at bygge videre på det gen-

sidige personkendskab. Der er satset meget arbejdstid og mange ressourcer på at opbygge projektet (både i registreret og ikke registreret arbejdstid). Det er et gennemgående forhold i projektet, at samarbejdsrelationerne er meget personlige, hvilket bl.a. er en funktion af, at det er et relativt begrænset antal personer, der er involveret. Der kan ikke satses på, at samtlige fagpersoner inklusive forløbskoordinatorerne forbliver i deres stillinger i ubegrænset tid, og der er derfor behov for opbygning og videreførelse af de organisatoriske mekanismer, der skaber og styrker samarbejdet mellem projektets parter.

Et andet spørgsmål vedrører prioriteringen af dette område i forhold til andre områder inden for behandling, pleje og rehabilitering af personer med kroniske medicinske sygdomme – og i forhold til løsning af andre sundhedsopgaver i det hele taget. Det bliver herunder et spørgsmål, om udviklingen af økonomien i kommunerne kan bære løsningen af denne type opgaver, hvor effekten måske først viser sig over tid og selv i dette tilfælde kan blive vanskelig at dokumentere.

7.1.10 Ledelse versus styring

Et særligt analytisk perspektiv berører den tværgående ledelse i projektet. Som nævnt blev det ikke vurderet som nødvendigt at etablere fælles ledelse for den tværgående indsats. Det er i stedet blevet set som tilstrækkeligt at koordinere, hvilket har gjort parternes valg af forløbskoordination i stedet for direkte ledelse til et diskussionspunkt i evalueringen. Det forhold, at partnerskabet har valgt at styre gennem en 'fjern' fælles ledelse (projektlederen og styregruppen i partnerskabet) og en koordinerende funktion gennem forløbskoordinatoren, udgør et fravalg. Der blev ikke etableret en fælles ledelse for hjerterehabiliteringen, idet ledelse af samarbejdet blev gjort til et spørgsmål om koordinering. Dette har gjort det logisk at ansætte forløbskoordinatorer, men det løser ikke på længere sigt problemet med at styre og lede den videre udvikling af samarbejdsrelationerne. Det er fx uklart, hvordan det skal lykkes at inddrage de praktiserende læger, ligesom der ikke er nogen samlet ledelse af opgavedelingen mellem sygehus og kommuner, når regionens projektlederstilling er udløbet.

I tilknytning til spørgsmålet om behovet for tværgående ledelse kan vi videre fokusere på opfattelserne af nødvendigheden af opbygning af fælles faglighed på tværs af organisatoriske skel. Igen kan der peges på, at der er sket en betydelig udvikling i forholdet mellem sygehuse og kommuner, men at der er store mangler i inddragelse af de praktiserende læger i en fælles udvikling af viden som grundlag for udvikling af praksis. Det tværgående ledelsesbehov vil formodentlig komme til at omfatte den videre opbygning af fælles faglighed på tværs, videre udvikling af en gensidig faglig forståelse og indsigt samt integration af forskellige fagligheder i et fælles netværk.

Dette peger igen videre på behovet for ledelse af læringsprocesser som en del af den ønskede organisatoriske udvikling. Hvis den videre udvikling af samarbejdet skal betragtes som læringsprocesser er der behov for, at den funktion, der har været varetaget af regionens projektleder, bliver en bevidst del af den videre udvikling.

7.1.11 Sammenfatning af organisatoriske resultater

Ifølge Styregruppen i projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering' udgør interventionen et eksempel på, hvordan Sundhedslovens ansvarsfordeling af patientrettet forebyggelse, genoptræning og rehabilitering kan udmøntes i praksis, når der samarbejdes mellem kommune og region med deltagelse af en privat aktør (9). Projektet er planlagt som et partnerskab mellem de involverede aktører, hvilket betyder, at *'alle parter har lige indflydelse på udviklingen og gennemførelsen af projektet, og at der stilles gensidige forpligtelser indbyrdes mellem parterne til at deltage aktivt og engageret.'* (Bilag 1).

I opstillingen af fælles mål i partnerskabsaftalen, der blev udformet i 2009, fokuseres der bl.a. på at skabe sammenhæng i hjerterehabilitering (jf. (45)). Følgende hensigter tillægges derfor en afgørende rolle:

- ♦ tilbyde systematisk hjerterehabilitering til patienter med iskæmisk hjertesygdom
- ♦ udvikle et sammenhængende tværsektorielt tilbud, som patienten oplever som sammenhængende fra sygehus til kommune og til almen praksis
- ♦ arbejde socialt differentieret, så tilbuddet tilrettelægges individuelt efter patientens ressourcer.

Dette markerer et skift i forhold til den første opstilling af mål tidligt i projektet, som er citeret i kapitel 1.1. I den oprindelige formulering af mål var fokus på konkrete elementer i projektet, som fx at hver patient skulle have en hjerteplan, at der skulle etableres kommunal forløbskoordination, ligesom der i begyndelsen også var fokus på afgrænsede emner som kommunikationsplatformen, etablering af lokale selvkörende grupper mv. De mål, der i 2009 blev opstillet i partnerskabsaftalen, kan ses som et resultat af de erfaringer, der var opnået gennem projektet, fx med hensyn til det u hensigtsmæssige i at bruge ressourcer på at etablere en kommunikationsplatform med videre. Ændringen kan også afspejle, at fokus var blevet rettet mod opnåelse af generelle forbedringer i patientforløbene, da der gennem det tværsektorielle samarbejde var opnået forståelse for, at patienternes største behov lå i oplevelsen af systematisk hjerterehabilitering, tværsektoriel sammenhæng og tilpasning af tilbuddet efter stratificering af patienterne. Det synes som om, at parterne endte med at formulere målene ud fra samarbejdsperspektiverne.

Sættes disse konstateringer i forhold til besvarelsen af det første af de evalueringsspørgsmål, der blev opstillet i afsnit 2.3, kan det konstateres, at der blev etableret fælles mål gennem hele projektet. Dette skete dog primært i forbindelsen mellem kommuner og sygehus. Samtidig foregik der et skred fra mere konkrete og operationelle mål til mål af mere generel karakter.

De tre næste evalueringsspørgsmål omhandler tilpasning af de faglige kompetencer og udvidelse af den tværgående forståelse. Dette omfatter helt centrale elementer i projektet. Projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering' bygger på en anskuelse af, at der er en mangel på sammenhæng for patienter med iskæmisk hjertesygdom, som i deres behandlingsforløb modtager behandling af flere enheder og sektorer i sundhedsvæsenet. Men hvad er sammenhæng? I et organisatorisk perspektiv forstås patientforløb som en række møder, patienten har med personer og enheder i sundhedsvæsenet, mens sammenhæng består i, at disse møder koordineres (43). For de sundhedsprofessionelle udmønter ønsket om sammenhæng sig i et ønske om, at der genereres data ud fra patienterne (fx i form af journal og epikrise), at disse data følger en fast form, som er meningsfuld for sundhedsprofessionelle i andre enheder, og at data ikke går tabt i overgangene mellem enhederne. Dette forudsætter, at man har eller udvikler et 'fælles sprog' eller en form, som er forstået og accepteret parterne imellem. I projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering' gør dette sig gældende i den konkrete udvikling af vejledende fraser til patientkontroller, og i udarbejdelsen af en hjerteplan, en vandrejournal, der skal følge patienten fra sygehus til kommune over i almen praksis.

I et organisatorisk veltilrettelagt forløb har de enkelte aktører en veldefineret opgave, som de løser, og der er fokus på, at der i overgangene mellem de forskellige enheder ikke mistes data. Således er systematik vigtig for sundhedsprofessionelle, fordi det er med til at skabe en grad af generaliserbarhed i forløbet, der gør det muligt at sammenligne forløb og resultater og derved evaluere på indsatsen. Denne systematik skabes fx ved at lave inklusions- og eksklusionskriterier for patientoptag, følge kliniske retningslinjer, udarbejde og følge retningslinjer for kommunikation internt og eksternt i de forskellige enheder. I forhold til evalueringen er systematik fx at opsætte referencepunkter fra relevante lig-

nende undersøgelser, og mål- eller succeskriterier, som gør det muligt at lave en sammenligning på tværs.

Hvorvidt rehabiliteringsforløbet hænger sammen organisatorisk for patienterne bliver tydeligt, hvis patienten oplever ikke at 'blive taget hånd om' i forløbet. Omvendt var der eksempler på, at forløbskoordinatoren påtog sig en særlig i rolle i komplicerede forløb som et individuelt tilbud til patienterne, hvilket ophævede skellet mellem de forskellige faser af hjerterehabiteringen. Når forløbskoordinatoren optræder som en form for case manager, kan vedkommende have afgørende betydning for, at patienten føler, at behandlingen giver mening, somme tider til trods for at nogle af de organisatoriske dele af forløbet formelt ikke har været på plads. Patienterne vægter nærhed/personkendskab, når de taler om sammenhæng, en følelse af styring og af at der bliver fulgt op på deres behandling. Deres fokus er således ikke så meget på koordination som på kontinuitet (43).

Det er ikke lykkedes at inddrage alment praktiserende læger i projektet i samme grad, som projektbeskrivelsen lægger op til. De praktiserende læger kan opleve sig som marginale i denne sammenhæng, da de har få eller ingen patienter, der er inkluderet i hjerterehabitering, og lægerne har dermed ikke praktisk eller rutinemæssigt kendskab til projektet. Flere alment praktiserende læger påpeger, at projektets snævre fokus på én diagnose og én patientgruppe harmonerer dårligt med en alment praktiserende læges arbejdsgang, hvor patienter kommer med mange forskellige sygdomme og symptomer, som alle skal håndteres i almen praksis. Man kunne derfor med fordel indtænke en samlet model for flere typer af kronikere, hvis man fortsat satser på at inddrage almen praksis aktivt i systematisk rehabilitering. Dette ville også imødekomme de alment praktiserende lægers ønske om at nedsætte den daglige informationsmængde, de modtager. Den kommunale forløbskoordinator har været en positiv oplevelse for mange alment praktiserende læger med hensyn til adgang til kommunikation med det kommunale system. Denne tendens kan være styrket af, at de kommunale forløbskoordinatorer har foretaget prioriteringer, der har haft til hensigt at styrke samarbejdet med sygehuset om patienternes rehabiliteringsforløb, men samtidig har medvirket til, at de praktiserende læger er blevet placeret i udkanten af samarbejdet. For at forhindre dette, kræves en mere aktiv deltagelse fra lægernes side, hvor der ikke blot passivt tages mod tilbud fra sygehus og kommuner, men spilles mere aktivt med i skabelsen af sammenhængende tilbud til patienterne.

Denne opsummering besvarer de tre evalueringsspørgsmål. Opsummeringen leder opmærksomheden hen på, at der primært er foregået en gensidig tilpasning af kompetencer og en udvidelse af den gensidige forståelse mellem kommuner og sygehuse, mens praktiserende læger og Hjertereforeningen ikke i samme grad har været involveret i udviklingen. Der er således nok gennemgået en organisatorisk proces, hvor der er opnået kompetenceudvikling og tilpasning af kompetencerne til opgave samt stor tilpasning og gensidig forståelse, men dette har næsten udelukkende været tilfældet for to af parterne. Ikke mindst forløbskoordinatorernes indsats har været et led i, at udviklingen kørte i denne retning. Det skyldes ikke en manglende indsigt i vigtigheden i samarbejdet med de øvrige parter, men samarbejdet mellem sygehus og kommune blev det centrale omdrejningspunkt i hjerterehabiteringen.

Ses der derfor videre på det fjerde evalueringsspørgsmål, om der er sket en udvidelse af forståelsen og samarbejdet mellem offentlige og private partnere, har dette ikke været tilfældet i det ønskede omfang. Hjertereforeningen var set med kommunale og sygehusets briller på ikke i stand til at levere det ønskede tilbud til patienterne i rehabiliteringsfase 3, mens Hjertereforeningens ledelse mente, at det var kommunerne, der ikke var i stand til at indse perspektivet i at give Hjertereforeningens konsulenter større opgaver og råderum i rehabiliteringen. Hvis projektet derfor var tiltænkt en rolle som modelprojekt for et sådant samarbejde, lykkedes det ikke i det ønskede omfang.

7.2 Baggrundsdata, deltagelse og klinisk effekt

7.2.1 Validitet

Data i projektdatabasen

Oplysninger om patienternes baggrund, deres deltagelse og den kliniske effekt efter hjerterehabilitering er indtastet i en projektdatabase af en student for afdelingen fra kommunesamarbejde i Region Syddanmark med bistand fra en af hjerterehabiliteringssygeplejerskerne på sygehuset. Data baserer sig på de af parterne leverede data. Dansk Sundhedsinstitut har ikke valideret data, men vi vurderer, at de overordnet set er valide. Nedenfor beskriver vi de væsentligste forbehold.

Baggrundsdata: Det har været vanskeligt for den studerende at uddrage de sociale oplysninger fra journalerne. Det er åbenbart ikke fast praksis på sygehuset at indføre oplysninger om samlivssituation, boform, hjemmehjælp og erhvervsuddannelse i den sociale anamnese i journalerne. Det betyder, at databasens oplysninger om især patienternes erhvervsuddannelse ikke er fyldestgørende. Studenten har endvidere i samråd med den rehabiliteringssygeplejerske, som har bistået med dataindsamlingen, besluttet, at såfremt det ikke fremgik af journalens sociale anamnese, at patienten fik hjemmehjælp, så var det formentlig ikke tilfældet.

Patienternes arbejdsmarkedstilknytning på tidspunktet for 12 måneders kontrollen er først blevet af-dækket efter projektets ophør, men de anses for at være fuldt ud valide.

De kliniske data er indsamlet på systematisk vis, der er fx anvendt 'fraser' (se evt. eksempel herpå i Bilag 15) med henblik på at huske rehabiliteringssygeplejerskerne på, hvilke spørgsmål de skulle stille, og hvilke undersøgelser de skulle foretage. Herudover indgår de fleste af de indsamlede data i den øvrige hjerterehabilitering på sygehuset. Det vurderes derfor, at de anførte data er valide. Der er dog ikke måleværdier i projektdatabasen for alle patienter, som er mødt op til 12 måneders kontrollen. Dette kan dels skyldes, at målingen rent faktisk ikke er foretaget, men det kan måske også være en forglemmelse i forhold til at få værdierne indtastet i projektdatabasen. Det sidste anses for at være mindst sandsynligt, da en af rehabiliteringssygeplejerskerne har tjekket indtastningen.

Beregningen af konditionen i kommunerne er imidlertid hverken reliabel eller valid i forhold til at sammenholde kondition over tid og mellem forløb. Som beskrevet i resultatafsnittet (afsnit 6.2.5) er der ikke anvendt den samme type cykel på sygehus og i Faaborg-Midtfyn Kommune (intervallet for belastning har ikke været den samme). Herudover er cykeltesten ikke konsekvent blevet gennemført efter seks ugers kommunal fysisk træning i umiddelbar forlængelse af den afsluttede fysiske træning på sygehus.

Besvarelse af spørgeskema

I starten af projektet var det planlagt, at patienternes tilfredshed med hjerterehabiliteringsforløbet skulle måles i et sygeplejerske-administreret spørgeskema i forbindelse med patienternes 12 måneders kontrol. Grunden hertil var, at vi havde en forventning om, at det kunne være nødvendigt i forhold til at få en acceptabel besvarelsesprocent (det er ældre og forholdsvis syge mennesker). Samtidig ville det også give mulighed for, at rehabiliteringssygeplejersken kunne uddybe spørgsmålene, hvis patienten ikke kunne forstå dem. De fleste af spørgsmålene er imidlertid næsten enslydende med spørgsmål fra to andre undersøgelser (4;38), så dermed anser vi dette problem for at være minimeret. Herudover har respondenterne ved de fleste af spørgsmålene haft mulighed for at benytte svar-kategorierne 'har ikke haft brug for ...' eller 'ved ikke/ikke relevant' (vedrører reliabiliteten).

Overlægen på medicinsk afdeling på OUH Svendborg Sygehus havde imidlertid indvendinger mod anvendelsen af et sygepleje-administreret spørgeskema, da patienternes besvarelse ville kunne blive

påvirket af, at en af aktørerne i hjerterehabiliteringen skulle stille spørgsmålene (vedrører validiteten). Det blev derfor besluttet i samråd med projektlederen, at spørgeskemaerne i stedet skulle udsendes sammen med indkaldelserne til 12 måneders kontrollen; dvs. ca. 14 dage før kontrollen. Der har imidlertid været ganske stor variation i hvor lang tid forud for 12 måneders kontrollen, at patienterne blev indkaldt. Det er derfor lidt mere end halvdelen af patienterne, der har besvaret spørgeskemaet inden 12 måneders kontrollen. Men betydningen heraf er formentlig ikke særlig stor, da langt den overvejende del af patienterne har været tilfredse med kontrollerne. I øvrigt blev antagelsen om nødvendigheden af et sygeplejerske-administreret spørgeskema gjort til skamme. Besvarelsesprocenten var nemlig 82 %, hvis vi fraregner dem, der var afsluttede på grund af anden alvorlig sygdom eller død, inden spørgeskemaerne blev udsendt. En høj besvarelsesprocent er af stor betydning i forhold til, om det er muligt at generalisere besvarelsene til alle de deltagende hjerterehabiliteringspatienter.

Indtastningen af besvarelsene er foretaget af en person fra DSI med efterfølgende validering af en anden person herfra. I projektdatabasen har vi sammenkørt spørgeskemabesvarelsene med de sociale baggrundsuplysninger, der er indhentet ved baseline. Det fremgår heraf, at respondenterne ikke adskiller sig fra dem, der ikke har deltaget på følgende parametre: alder, køn og erhvervsuddannelse. De er derimod ikke sammenlignelige i forhold til samlivssituation. Der er forholdsvis flere af respondenterne, der bor sammen med en ægtefælle (80 %) end blandt dem, der ikke deltog (fraregnet de der var døde (54 %)). Forskellen er størst i gruppen med det udvidede forløb, men vi vurderer, at denne forskel ikke har væsentlig betydning for tolkningen af resultaterne.

7.2.2 Opgørelser

I dette projekt har vi beskrevet patienternes deltagelse og den kliniske effekt i form af, hvor mange/hvor stor en andel der har deltaget i det enkelte deltilbud henholdsvis har opnået en given effekt. Af hensyn til parterne i projektet er resultaterne også fordelt på både forløb (standard- og udvidet forløb) henholdsvis på de to kommuner Faaborg-Midtfyn og Nyborg. Vi vil imidlertid opfordre læserne af rapporten til at være varsomme med at sammenligne/tolke resultaterne på tværs af forløb og mellem kommunerne. Hertil er datagrundlaget ganske enkelt for lille. Desuden har der ikke været samme indhold og organisering af de to typer forløb i Faaborg-Midtfyn og Nyborg Kommuner.

7.2.3 Baggrund for sammenligning med to andre projekter

Af hensyn til de efterfølgende sammenligninger med Århus-projektet henholdsvis DANREHAB-studiet mht. deltagelse og klinisk effekt foretager vi indledningsvis nogle sammenligninger på køn, alder, samlivsstatus og arbejdsmarkedstilknæthed.

Sammenfattende kan det siges, at der ikke var væsentlig forskel mellem deltagerne i de tre projekter på de udvalgte parametre. Dog var hjerterehabiliteringspatienterne formentlig yngre i Århus-projektet end i de to andre projekter, og en større andel var i arbejde og samlevende (detaljerne fremgår nedenfor).

Der er en overvægt af mænd i dette projekt (75 %), men det gør sig også gældende for DANREHAB-studiet (64 %) og især for Århus-projektet (82 %). Medianalderen var 65 år (spredning 39-91 år), hvilket ikke adskiller sig fra DANREHAB-studiet, hvor medianalderen var 66 år (spredning: 29-94 år). I Århus-projektet var deltagerne formentlig yngre, idet i) alle inkluderede var <75 år, og ii) 44 % tilhørte aldersgruppen 56-65 år, mens 30 % var yngre. Der er en mindre forskel på andelen, der var i arbejde ved projektstart; 31 % i dette projekt og 26 % i DANREHAB-studiet versus 56 % i Århus-projektet. I alle tre projekter boede hovedparten af hjerterehabiliteringspatienterne sammen med en ægtefælle/samlever; 63 % i dette projekt, 99 % i Århus-projektet og 53 % i DANREHAB-studiet.

7.2.4 Deltagelse – succeskriterier

I dette afsnit diskuterer vi resultaterne i forhold til de fire eksplicite succeskriterier for deltagelse og effekt, som er opstillet for dette projekt. Herudover bliver resultaterne også sammenlignet med Århus-projektet og DANREHAB-studiet i det omfang, det er muligt. Der gøres opmærksom på, at der i nogle tilfælde er foretaget nye kørsler fra projektets database for at kunne foretage sammenligningerne – alle tal vil derfor ikke nødvendigvis kunne genfindes i kapitlet med resultater.

Inklusion i projektet: Det første af succeskriterierne vedrører patienternes deltagelse i projektet. Målet om, at alle patienter, som opfyldte inklusionskriterierne, skulle henvises til hjerterehabilitering, blev ikke opfyldt; der var seks patienter, som ikke blev henvist. Det er jf. beskrivelsen af de praktiske udfordringer (afsnit 6.1.10) formentlig en følge af de omstruktureringer, der har været på sygehuset undervejs i projektførelsen.

Samtaler og kontroller med sygeplejerske: Det andet succeskriterium vedrører andelen af patienter, der deltog i mindst én af samtalerne (indledende samtale/visitationssamtalen) og i begge kontroller (tre måneders kontrollen og 12 måneders kontrollen). Målet om en deltagelsesgrad på mindst 80 % i gruppen med det udvidede forløb og mindst 90 % i gruppen med standardforløbet blev opfyldt for gruppen med det udvidede forløb (83 %), hvis vi fraregner de personer, der blev afsluttet før tid eller døde; men det var ikke tilfældet for gruppen med standardforløbet (86 %).

Dette resultat er svært at sammenligne med Århus-projektet, da indholdet for samtalerne med en sygeplejerske på Århus Amtssygehus indholdsmæssigt snarere er at sammenligne med indholdet for de kommunale gruppesamtaler i dette projekt. I Århus-projektet var der 43 % af patienterne i det udvidede forløb, der deltog fuldt ud i samtalerne med en sygeplejerske (fire besøg), mens der var 60 % i gruppen med grundforløb, der deltog fuldt ud (fem besøg). Til sammenligning var der 41 % i gruppen med det udvidede forløb i dette projekt, som deltog i mindst fire af 12 gruppesamtaler, mens der 'kun' var 46 % i gruppen med standardforløbet, der deltog i mindst fem af 12 gruppesamtaler.

I dette projekt var der 83 % af hjertepatienterne (101 af 122), som deltog i 12 måneders kontrollen, mens 87 % deltog i DANREHAB-studiet og 77 % i Århus-projektet.

Fysisk genoptræning på sygehus: Det tredje succeskriterium vedrører deltagelse i den fysiske genoptræning på sygehus. Målet var, at alle, der ikke havde andre alvorlige sygdomme, skulle deltage i den fysiske holdtræning på sygehus. Det lykkedes imidlertid ikke at nå dette mål, da der var 28 % af hjerterehabiliteringspatienterne, som slet ikke deltog i træningen. Årsagerne hertil er formentlig flere (fx anden alvorlig sygdom, fortrød sit tilsagn), uden at de dog er registrerede. Herudover var der på et tidspunkt i efteråret 2008 så lang ventetid på fysisk genoptræning på sygehus, at nogle patienter valgte at overgå direkte til den kommunale genoptræning (sprang altså genoptræningen på sygehuset over) – omfanget heraf er ikke registreret.

Deltagelsesgraden i den fysiske genoptræning var imidlertid væsentlig større i dette projekt sammenlignet med Århus-projektet. I dette partnerskabsprojekt deltog 54 % i gruppen med udvidet forløb fuldt ud (mindst otte af 12 fremmøder) versus 56 % i gruppen med standardforløb. I Århus-projektet var deltagelsesgraden kun på 7 % i gruppen med udvidet forløb henholdsvis 5 % i grundforløbet. I DANREHAB-studiet var deltagelsesgraden (90 %) i den fysiske træning væsentlig større (antal fremmøder fremgår ikke) end i dette projekt, hvor 67 % fra gruppen med det udvidede forløb deltog (mindst et fremmøde) versus 74 % i gruppen med standardforløbet.

Rygestop: Det fjerde og sidste succeskriterium vedrører rygestop: 'Mindst 40 % af rygerne, som deltager i det udvidede forløb, og mindst 60 % af rygerne, som deltager i standardforløbet, bør være stoppet med at ryge ved 12 måneders kontrollen'. I gruppen med det udvidede forløb var rygeophørsprocenten på 25 % versus 57 % i gruppen med standardforløbet. Hvis rygeophørsprocenten kun ba-

seres på de patienter, der var rygestatus på ved 12 måneders kontrollen, stiger den til henholdsvis 41 % og 67 % – i det tilfælde er målet nået.

Dette resultat er i god overensstemmelse med Århus-projektet, hvor 37 % i det udvidede forløb henholdsvis 58 % af patienterne i grundforløbet var holdt med at ryge ved 12 måneders kontrollen. Fra DANREHAB-studiet er der oplysninger om, at 29 % fortsat røg et år efter udskrivelsen. Det er mere end dobbelt så mange rygere som i dette studie, hvor andelen af rygere ved 12 måneders kontrollen er på 11-13 % afhængig af, om de, der ikke er oplysninger på, udelades af beregningerne.

7.2.5 Klinisk effekt af hjerterehabilitering

Her sammenligner vi de kliniske effekter af hjerterehabilitering ved 12 måneders kontrollen med resultaterne fra DANREHAB-studiet. I DANREHAB-studiet var der 331 patienter, som mødte frem til 12 måneders kontrollen versus 101 patienter i dette projekt (det er ikke alle fremmødte, hvor alle måleværdier er registreret).

Sammenfatning: I forhold til blodtryksværdierne for det systoliske og diastoliske blodtryk, er der i dette projekt en større andel af patienterne, som ikke nåede behandlingsmålene ved 12 måneders kontrollen sammenlignet med resultaterne fra DANREHAB-studiet. Der var derimod forholdsvis mange flere i dette projekt, som nåede behandlingsmålene for kolesterol (total kolesterol og LDL kolesterol), samtidig med at det gennemsnitlige fald også var større end for patienterne i DANREHAB-studiet. Andelen af overvægtige/fede ved 12 måneders kontrollen var den samme i de to projekter; dog var der en mindre reduktion i DANREHAB-studiet, mens BMI'en var steget i dette projekt. Se evt. den efterfølgende specifikke gennemgang af de opnåede resultater i de to projekter.

Systolisk blodtryk: Der var 32 % af deltagerne i DANREHAB-studiet, som ikke opnåede behandlingsmålet på <140 mm Hg. I dette partnerskabsprojekt var behandlingsmålet <130 mm Hg, det var der 67 % af patienterne, som ikke nåede, mens der 'kun' var 39 %, som havde et systolisk blodtryk over 140 mm Hg. Den gennemsnitlige ændring fra baseline til 12 måneders kontrollen var på 1,9 mm Hg (en stigning) i DANREHAB-studiet versus 1,0 mm/Hg i dette projekt.

Diastolisk blodtryk: Der var 12 % af deltagerne i DANREHAB-studiet, som ikke opnåede behandlingsmålet på <90 mm Hg. I dette partnerskabsprojekt var behandlingsmålet <80 mm Hg, det var der 72 %, som ikke nåede, mens der 'kun' var 16 %, som lå over 90 mm Hg. Den gennemsnitlige ændring fra baseline til 12 måneders kontrollen var på -0,3 mm Hg (et fald) i DANREHAB-studiet versus en stigning på 2,5 mm Hg i dette projekt.

Total kolesterol: I DANREHAB-studiet var der 56 % af patienterne, som havde en kolesterolværdi, som var >4,5 mmol/l. I dette partnerskabsprojekt, var der kun 26 %, som ikke nåede behandlingsmålet på <4,5 mmol/l og 22 %, som havde en LDL kolesterolværdi på >4,5 mmol/l. Den gennemsnitlige ændring fra baseline til 12 måneders kontrollen var bedre i dette projekt (-0,7 mmol/l) end i DANREHAB-studiet (-0,2 mmol/l).

LDL kolesterol: I DANREHAB-studiet var der 48 % af patienterne, som havde en LDL kolesterolværdi, som var >2,6 mmol/l. I dette projekt, var der kun 22 %, som ikke nåede behandlingsmålet på <2,5 mmol/l og 15 %, som havde en LDL kolesterolværdi på >2,6 mmol/l. Den gennemsnitlige ændring fra baseline til 12 måneders kontrollen var også bedre i dette projekt (-0,6 mmol/l) end i DANREHAB-studiet (-0,3 mmol/l).

BMI: I DANREHAB-studiet var 72 % af patienterne overvægtige/fede ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$), hvilket fuldstændig svarer til resultaterne i dette projekt, hvor 73 % var overvægtige/fede. Den gennemsnitlige ændring fra baseline til 12 måneders kontrollen var imidlertid bedre i DANREHAB-studiet (-0,2 kg/m^2) end i dette projekt (0,9 mmol/l). I Århus-projektet var der ligeledes 73 %, som var overvægtige/fede i

gruppen med det udvidede forløb versus 64 % i gruppen med grundrehabilitering (også her var patienternes vægt steget i opfølgningsperioden).

7.3 Patienternes perspektiv

Diskussionen af patienternes perspektiv tager udgangspunkt i såvel spørgeskemabesvarelser som i fokusgruppeinterviewene.

7.3.1 Spørgeskema

Efterfølgende sammenligner vi hjerterehabileringspatienternes besvarelse af spørgeskemaet, hvor der er sammenfald i spørgsmålene med DANREHAB-studiet (4), henholdsvis landsundersøgelserne 'Hjertepatienters brug og oplevelser af rehabilitering' (31) og 'Kræftpatientens verden' (38). For at kunne foretage denne sammenligning fokuseres der på andelen af patienter, som i høj grad er tilfredse (disse andele fremgår ikke af denne rapport's kapitel med resultater, da to kategorier er slået sammen).

Information

I DANREHAB-studiet har man også undersøgt, hvorvidt patienterne føler sig informeret. Det viser sig, at $\frac{3}{4}$ af patienterne i DANREHAB-studiet i høj grad føler sig informeret om deres sygdom og undersøgelser/behandling versus halvdelen af hjertepatienterne i dette projekt. I forhold til information om medicinen, er andelen, som i høj grad føler sig informeret, væsentlig lavere i begge projekter (ca. 40 %). Se den specifikke sammenligning nedenfor.

I DANREHAB-studiet følte 77 % af patienterne sig i høj grad informeret om sygdommen versus 51 % i dette projekt; 70 % følte sig også i høj grad informeret om undersøgelse og behandling versus 53 % i dette projekt. Endelig har man spurgt patienterne, om de føler sig informeret om medicinen. Resultatet heraf er næsten enslydende. Der er 41 % af patienterne i DANREHAB-studiet, der i høj grad føler sig informeret versus 40 % i dette projekt. Til sammenligning er det kun 28 % af respondenterne i landsundersøgelsen af hjertepatienters brug og oplevelser af rehabilitering (31), der vurderer informationen om medicinen som værende 'virkelig god'.

Sammenhæng og samarbejde

Det er kun godt en tredjedel af hjerterehabileringspatienterne (34 %), der har oplevet, at der i høj grad var en god sammenhæng i det hjerterehabileringsstilbud, der er givet på sygehuset og det, der er givet i kommunen. Det må anses for problematisk og en udfordring for lignende indsatser, at andelen ikke er større. Det var jo netop et af fokusområderne for projektet, at patienterne skulle opleve sammenhæng.

På spørgsmålene om de har oplevet et godt samarbejde mellem sygehus og den kommunale kontaktperson henholdsvis mellem sygehus og den praktiserende læge, er det kun 9 % af hjerterehabileringspatienterne, der svarer, at det 'i høj grad' har været tilfældet i forhold til den kommunale kontaktperson og 14 % i forhold til den praktiserende læge. Der er en forholdsvis stor andel, der har svaret 'ved ikke/ikke relevant' på disse spørgsmål (57 % henholdsvis 46 %). Andelen, som mener, at samarbejdet altid har været godt mellem sygehus og praktiserende læge, er væsentligt højere blandt kræftpatienter (31 %), men også her er der forholdsvis mange, der svarer 'ved ikke/ikke relevant' (36 %) jf. undersøgelsen 'Kræftpatientens verden' (38). Det kan formentlig tages til indtægt for, at det er svært at forholde sig til, især hvis samarbejdet har fungeret upåfaldende og uproblematisk.

Tilbud om samtaler, psykisk støtte og fysisk genoptræning

Der er forholdsvis stor forskel på andelen af hjertepatienter, som mener, at de i høj grad har fået tilbudt de samtaler, de havde brug for, af personalet på sygehuset (50 %) henholdsvis af det kommunale personale (20 %). Der er dog godt 30 %, som har svaret 'ved ikke/ikke relevant' til begge spørgsmål. Når patienterne bliver spurgt specifikt ind til den psykiske støtte, er der 26 % af dem, der mener, at de i høj grad har fået tilbudt den støtte, de havde brug for af personalet på sygehuset versus 36 % af kræftpatienterne. Andelen af hjertepatienterne, der mener, at de i høj grad har fået tilbudt den psykiske støtte, de havde brug for af egen læge, er 24 % men falder til 8 %, når det drejer sig om det kommunale personale, og til 5 % når det drejer sig om psykisk støtte til de nærmeste pårørende (i forhold til sidstnævnte spørgsmål er der dog 38 %, som har svaret 'ved ikke/ikke relevant').

Hjertepatienterne i dette projekt har imidlertid i større udstrækning fået tilbudt den fysiske genoptræning, de har haft brug for end kræftpatienterne. Der er således 46 % af hjertepatienterne, der svarer, at de 'i høj grad' har fået tilbudt den fysiske genoptræning, som de har haft brug for i forhold til sygehusets tilbud henholdsvis 39 % i forhold til det kommunale tilbud. Til sammenligning er det kun 15 % af kræftpatienterne, der har samme grad af tilfredshed i forhold til sygehusets tilbud.

Kontrolbesøg og informationsmøder i Hjertereforeningen

Mere end halvdelen af hjertepatienterne er meget tilfredse med kontrolbesøgene på sygehus (56 %), når de, der ikke har deltaget i kontrollerne, er fraregnet. Halvdelen (50 %) er også meget tilfredse med informationsmøderne i Hjertereforeningen, når de, der ikke har deltaget i møderne eller ikke har svaret, er fraregnet (50 ud af de 92 respondenter (55 %) har ikke har deltaget i møderne).

Der er imidlertid ikke særlig stor tilfredshed med den kommunale støtte, patienterne er blevet tilbudt i forhold til rygestop og kostomlægning. Det er kun to ud af 17 patienter (12 %), der i høj grad mener, at de har fået støtte til rygestop i et omfang, de havde brug for, mens 15 ud af 61 (25 %) mener, det er tilfældet med støtten til kostomlægning (fraregnet de, der ikke havde behov herfor/ikke svarede).

Håndtering af hverdag og arbejdsmæssige konsekvenser

Der er 8 % af hjerterehabileringspatienterne, som i høj grad har savnet hjælp eller rådgivning til at håndtere eventuelle arbejdsmæssige konsekvenser af hjertesygdommen; 75 % har ikke savnet det eller har ikke haft brug for det. Til sammenligning er det kun 4 % af kræftpatienterne, som i høj grad har savnet denne hjælp/rådgivning, mens 82 % ikke har savnet det/ikke har haft brug for det.

Knap 40 % af hjerterehabileringspatienterne føler sig i høj grad i stand til at håndtere hverdagen med hjertesygdom (vi har ikke noget sammenligningsgrundlag).

7.3.2 Sammenhæng mellem tilfredshed og deltagelse

Tilfredshed er ikke en absolut størrelse, den er blandt andet tæt forbundet med individuelle behov og forventninger. I den medicinske teknologivurdering af hjerterehabitering (4) er der på basis af litteraturen foretaget en sammenfatning af hvilke forhold, der har betydning for patienternes tilfredshed. Eksempelvis fremgår det, at tilpasning af rehabiliteringsprogrammet og hensyntagen til de forskellige patientgrupper giver mulighed for at øge de forskellige gruppers tilfredshed og i sidste ende at øge deltagelsesgraden.

Det forhold genfindes i dette projekt. Fx har 26 (72 %) af de 36 respondenter, som mener, at kommunen i høj grad har tilbudt dem den fysiske genoptræning, som de havde brug for, deltaget fuldt ud i den kommunale genoptræning. Fuld deltagelse i den kommunale fysiske genoptræning ses derimod

kun hos én (8 %) af de 13 respondenter, som har svaret at de 'slet ikke' har fået tilbudt den fysiske genoptræning, som de havde brug for.

På det psykiske område gør tilsvarende forhold sig gældende. Således har seks deltaget fuldt ud i de kommunale gruppesamtaler ud af de i alt syv respondenter (86 %), som mener, at kommunen i høj grad har givet dem den psykiske støtte, de havde brug for. Mens der er fuld deltagelse for ni (24 %) af de 33 respondenter, som svarer, at de slet ikke har fået den psykiske støtte, de havde brug for. Hertil kommer, at 18 hjertepatienter (55 %) slet ikke har deltaget i gruppesamtalerne)³⁷.

I MTV-rapporten bliver betydningen af patienternes tilfredshed understreget, idet der henvises til en undersøgelse, hvorefter det fremgår, at de patienter, der er tilfredse med behandlingen af deres hjertesygdom, både er de mest vedholdende og dem, der får størst udbytte af behandlingen i form af livsstilsændringer (4). Om det også gør sig gældende for hjertepatienterne i dette projekt er ikke evalueret, men det vil være oplagt at undersøge dette nærmere i forbindelse med en evt. mere dybtgående analyse af dette projekt samt i kommende evalueringer af hjerterehabilitering.

7.3.3 Interview

De patienter, der indgik i interviewene, blev udvalgt af personalet i kommunerne ud fra nogle faste kriterier, som havde til hensigt at skabe størst mulig variation med hensyn til køn, alder og forløb mv. Det forhold, at patienterne blev udvalgt af personalet i kommunerne blandt de personer, som deltog aktivt i rehabiliteringen, samt det forhold at de adspurgte naturligvis havde mulighed for at afvise at deltage, kan have medført en selektionsbias. Det kan fx have betydning for, at de interviewede patienter gennemgående virker mere positive i deres svar end det, der kommer frem i spørgeskemaerne. Flere patienter pegede på, at tilbuddet om rehabilitering ikke var systematisk, og at forløbet i nogle situationer virkede noget tilfældigt. Som nævnt kan der ikke generaliseres ud fra disse interview, men peges på at der har været et kommunikationsproblem i nogle situationer.

Det kan skyldes, at projektet var nystartet, og at procedurerne for at give tilbuddet til patienterne ikke var indarbejdet i samspillet mellem den behandlende afdeling på OUH Odense Universitetshospital, hjerteafdelingen på OUH Svendborg Sygehus, de praktiserende læger og kommunerne. Det er ganske i overensstemmelse med opgørelserne af, hvor mange der er blevet henvist til hjerterehabilitering.

Ses der på udsagnene fra de interview, der blev gennemført blandt patienterne, viste der sig betydelig mere positive vurderinger af forløbet under den afgrænsede periode for rehabiliteringen, og de tilbud der blev givet efterfølgende. Forløbet af rehabiliterings fase 1 og 2 var der gennemgående stor tilfredshed med blandt de interviewede. Dette omfatter ikke mindst forløbskoordinatorens funktion. Men det er ikke helt i overensstemmelse med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, idet det jo kun var godt en tredjedel af hjerterehabiliteringspatienterne, der oplevede en høj grad af sammenhæng i rehabiliteringsforløbet (fra sygehus til kommune). I spørgeskemaet er patienterne dog ikke spurgt specifikt om deres tilfredshed med forløbskoordinatoren.

De interviewede gav udtryk for, at overgangen fra rehabilitering til vedligeholdelse blev oplevet som problematisk. Det blev tydeligt, at den manglende etablering af et sammenhængende forløb i fase 3 blev oplevet som et problem blandt patienterne, herunder det simple forhold, at tilbuddet om rehabilitering ikke havde en tilstrækkelig tidsmæssig udstrækning. Patienterne pegede gennemgående på deres behov for en effektiv fase 3 i rehabiliteringen med henblik på at håndtere angst og depression på den lange bane samt støtte til at deltage i længevarende/livslang fysisk træning.

³⁷ Vi gør opmærksom på, at der kun er lavet krydstabuleringer til brug for netop denne del af diskussionen (det har ikke været muligt inden for de økonomiske rammer for denne evaluering at gennemføre flere af denne type).

Dette lægger videre op til en besvarelse af det femte evalueringsspørgsmål, der omhandler, om patienterne har været tilfredse med de leverede tilbud og sammenhængen mellem tilbuddene, samt om de vurderer, at de er i stand til at håndtere deres tilværelse med hjertesygdom som følge af det integrerede tilbud. Der er ingen tvivl om, at de interviewede patienter generelt har været meget tilfredse – og taknemmelige – for det rehabiliteringstilbud, de har modtaget. Det er ikke muligt at afgøre, om tilfredsheden med dette tilbud er større end den tilfredshed, som tidligere blev oplevet blandt de patienter, der udelukkende fik tilbudt et sygehusbaseret rehabiliteringsforløb. Det virker imidlertid som om, at særligt forløbskoordinationen og ikke mindst den opsøgende del af denne har indvirket stærkt på patienternes vurdering af det nye tværsektorielle tilbud.

Generelt skal det derfor fremhæves, at de interviewede patienter har været tilfredse med tilbuddene og sammenhængen i disse, men at 'vejen ind' og 'vejen ud' af rehabiliteringen ikke har fungeret optimalt. Det kan også siges på baggrund af interviewene, at tilbuddet styrker patienternes evne til at håndtere deres tilværelse med hjertesygdom, hvilket er i overensstemmelse med svarene i spørgeskemaet. Samtidig skal det dog ikke glemmes, at den mangelfulde fase 3 i rehabiliteringen virker som et felt, som bør styrkes i det videre arbejde med udviklingen af tilbuddet om hjerterehabilitering.

7.4 Økonomi

De kommunale omkostninger

Vi vurderer, at beregningen af de kommunale omkostninger er valide, idet de er baseret på en meget omhyggelig registrering af tidsforbrug og fakturerede udgifter. Det har kun været nødvendigt at foretage kvalificerede skøn i få tilfælde og da med en ubetydelig økonomisk konsekvens.

Dog gør forløbskoordinatoren i Faaborg-Midtfyn Kommune opmærksom på, at antallet af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som har deltaget i det kommunale tilbud om hjerterehabilitering har været væsentligt større end det antal patienter, der er betinget af inklusionen på OUH Svendborg Sygehus. Det kan ifølge forløbskoordinatoren forklares med, at det ikke er alle patienter, som har været indlagt på OUH Odense Universitetshospital, der er blevet sendt videre til OUH Svendborg Sygehus, hvorfor de ikke er indgået i projektet. Herudover har patienter med hjertesvigt også haft tilbud om kommunal hjerterehabilitering (der er dog ikke blevet evalueret på denne gruppe af patienter). Det betyder, at kommunernes omkostninger ved kommunal hjerterehabilitering reelt omfatter en noget større gruppe af patienter end de, der er inkluderet i projektet (det samlede antal i Faaborg-Midtfyn og Nyborg Kommuner er ikke opgjort).

Vi gør opmærksom på, at beregningen af Nyborg Kommunes omkostninger ved brug af lokaler er baseret på en række antagelser om antal brugere, holdstørrelser, tidsforbrug etc. Herudover er det antaget, at alle patienter bruger lige meget plads uanset hvilken form for træning eller undervisning, de deltager i. Der er heller ikke taget hensyn til, i hvilken grad lokalerne har været bookede. I fald at der er overskydende lokalekapacitet, som kan benyttes til flere patienter, vil hjerteholdets 'belastning' på lokaler og omkostninger hertil følgelig være mindre. Til trods for at der er foretaget følsomhedsanalyser (univariate) med ændringer af antal borgere til individuel træning henholdsvis det gennemsnitlige tidsforbrug, anbefales det at tage estimatet med forbehold.

8. Konklusion

Overordnet er det med projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering' lykkedes at etablere nye og vel-fungerende samarbejdsrelationer om hjerterehabilitering i en kompleks organisatorisk kontekst. Dette er tilfældet på trods af, at der stadig var væsentlige problemer i det tværsektorielle samarbejde ved projektperiodens afslutning, herunder særligt i forhold til at skabe et løbende samarbejde med almen praksis og med Hjertereforeningen som privat aktør. Opnåelsen af et intensivt samarbejde på tværs af faggrænser mellem sygehusafdelinger, sygehusbaserede træningsenheder og kommunale genoptræningsenheder er imidlertid et væsentligt resultat.

Der har været udfordringer undervejs i projektet, og det er således ikke lykkedes at realisere samtlige tiltag, der er beskrevet i den oprindelige projektbeskrivelse (8). Den elektroniske kommunikationsplatform er således ikke blevet realiseret. Samarbejdsfladen til almen praksis er ikke blevet udfoldet i samme grad som planlagt. Samtidig er det ikke lykkedes at inddrage den private aktør Hjertereforeningen som den centrale partner, der oprindeligt var lagt op til. En del af dette kan tilskrives en mangelfuld forventningsafstemning før projektets start. Aktørerne i partnerskabet udtrykte frustration over den bratte overgang mellem det intensive tilbud i genoptrænings- og rehabiliteringsfasen (fase 2) og mangelen på tiltag i vedligeholdelsesfasen (fase 3). Dette afspejler, at det endnu ikke er lykkedes at forankre interventionen tilstrækkeligt i den kommunale sektor samt i det private tiltag, fx var Hjertereforeningens lokale hjertegrupper oprindeligt tiltænkt en afgørende rolle i vedligeholdelsesfasen. De patienter, der deltog i Hjertereforeningens informationsmøder, var imidlertid tilfredse hermed.

Samtlige interviewede patienter udtrykte stor tilfredshed med tilbuddene i behandlings- og genoptræningens fase 1 og 2. Det begrundes i oplevelsen af bedre kendskab til egen sygdom og bedre fysisk formåen, samvær med ligestillede og tryghed. Helt så stor var tilfredsheden ikke, når den var baseret på spørgeskemaundersøgelsen. Her viste det sig, at patienterne overvejende var tilfredse med tilbudet om fysisk træning og de samtaler og kontroller, de blev tilbudt. Hvorimod de var mindre tilfredse med den psykiske støtte, som de og deres pårørende fik tilbudt. Godt halvdelen af patienterne oplevede, at der var sammenhæng i tilbuddet om hjerterehabilitering på tværs af sektorerne. En stor del af de patienter, som havde brug for et rygestoptilbud henholdsvis kostomlægning var ikke tilfredse med det kommunale tilbud i forhold til det, de havde brug for. Der var ligeledes en stor del af de patienter, der havde brug for hjælp eller rådgivning til at håndtere arbejdsmæssige konsekvenser af hjertesygdommen, som savnede at få denne hjælp.

Partnerskabets fire succeskriterier blev delvist nået. Mere end 80 % i gruppen med det udvidede forløb deltog således i mindst én af samtalerne med rehabiliteringssygeplejersken på sygehus og i begge kontroller. Målet om en deltagelsesgrad på minimum 90 % blev ikke nået for gruppen med standardforløb. Succeskriteriet for rygestop blev nået i begge grupper, når rygestopprocenten ved 12 måneders kontrollen kun baseredes på det antal patienter, der var status på; 41 % var således eks-rygere i gruppen med udvidet forløb versus 67 % i gruppen med standardforløb. Derimod lykkedes det ikke at få givet tilbuddet om hjerterehabilitering til alle relevante hjertepatienter. Ligesom det heller ikke var alle patienter, som deltog i den fysiske træning på sygehus.

Den kliniske målsætning for behandling af det systoliske og diastoliske blodtryk blev ikke fuldt ud nået; det gennemsnitlige systoliske blodtryk var på 134 mm Hg ved 12 måneders kontrollen, mens det diastoliske blodtryk lå på 80 mm Hg. Derimod blev målene for både total og LDL kolesterolet nået (et gennemsnit på 4,0 mmol/l for total kolesterolet og 2,1 mmol/l for LDL kolesterolet). Endelig var der 73

% af hjertepatienterne, der var overvægtige 12 måneder efter indlæggelsen; det gennemsnitlige BMI var på 28,6 kg/m².

Partnerskabets forventning om, at hjertepatienterne efter endt forløb fik styrket eller reetableret deres tilknytning til arbejdsmarkedet blev imødekommet; 68 % af de, der var i arbejde ved indlæggelsen, var det fortsat 12 måneder efter.

De samlede omkostninger til etablering og drift af kommunal hjerterehabilitering beløb sig til i alt 972.000 kr. i Faaborg-Midtfyn Kommune (64 patienter deltog mindst én gang i et af de kommunale tilbud – hvoraf 43 % var i et udvidet forløb) og til 640.000 kr. i Nyborg Kommune (40 patienter deltog mindst én gang i et af de kommunale tilbud – hvoraf 55 % var i et udvidet forløb)³⁸.

8.1 Perspektivering

Hvis tilbuddet om hjerterehabilitering i et partnerskab på tværs af sektorer og med inddragelse af Hjertereforeningen skal udbredes til resten af regionen, ligger der en organisatorisk udfordring i at afstemme forventninger, opbygge tværgående kompetencer og dele viden mellem parterne. Dette peger på opbygning af et ledelsesmæssigt perspektiv, der går på tværs af sektorerne.

Som det fremgår af rapporten er der plads til forbedringer på en række konkrete områder. Sygehuset bør således arbejde med at sikre, at alle relevante hjertepatienter systematisk får tilbudt hjerterehabilitering. Den kommunale opmærksomhed bør skærpes i forhold til patienternes deltagelse i og tilfredshed med kommunale tilbud om fysisk genoptræning. Partnerskabet bør indgå et samarbejde om i højere grad at støtte patienterne og deres pårørende psykisk, hvis man vil efterkomme patienternes behov. Kommunerne og Hjertereforeningen bør i særlig grad fokusere på overgangen fra fasen med genoptræning og rehabilitering til vedligeholdelsesfasen, således at der er et tilbud, som flere patienter deltager i. Endelig bør kommunerne være yderst opmærksomme på at give et kvalitativt godt tilbud til de forholdsvis få patienter, der har behov for støtte til rygestop og kostomlægning samt håndtering af de arbejdsmæssige konsekvenser efter hjertesygdom.

Hvis regioner og kommuner påtænker at udbrede rehabilitering i et partnerskab på tværs af sektorer og med inddragelse af private aktører til andre sygdomsgrupper, er læren fra dette projekt, at det er nødvendigt at afse ressourcer og tid til at gennemføre en forventningsafstemning. Fx fremstår det som en uomgængelig forudsætning for involvering af en patientforening som privat aktør, at det er gjort helt klart, hvilke ydelser der leveres, og hvilken finansiering der kræves. Erfaringen er derfor, at parterne skal afsætte tid til en grundig forventningsafstemning parterne imellem, herunder at få beskrevet interventionen og aktørernes ansvarsfordeling og eventuelle økonomiske mellemværender i detaljer inden interventionen igangsættes.

Endelig kan det anføres, at det vil være relevant at anvende nogle af de opnåede erfaringer i initiativer, der vedrører andre patientgrupper som fx KOL eller diabetes. Dette gælder naturligvis i første række de mere generelle organisatoriske erfaringer. Men hvis man imidlertid bliver mere specifik omkring erfaringer og anbefalinger, skal opmærksomheden rettes mod eventuelle diagnosespecifikke forhold, der sætter rammer og begrænsninger for de organisatoriske muligheder. Opmærksomheden kan fx rettes mod, om det er relevant at inddrage private aktører, hvis særlige forhold taler for, at der er behov for en tæt organisatorisk integration af rehabiliteringens fase 2 og 3. Et andet forhold, der kan vurderes specifikt i forhold til diagnoser, angår, om de praktiserende læger bør inddrages i større omfang gennem hele rehabiliteringsforløbet, hvis der er behov for en tættere og mere regelmæssig monitorering af medicineren. Konklusionen er derfor ikke entydig vedrørende dette – der kan ind-

³⁸ Der har også indgået andre hjertepatienter i det kommunale tilbud end de, der har været inkluderet gennem projektet, men omfanget heraf er ikke kendt.

drages erfaringer på et generelt niveau, men opmærksomheden skal være rettet mod de egenskaber ved det enkelte sygdomsforløb, behandlingsforløb og rehabiliteringsforløb, som kan kræve en særlig tilrettelæggelse af samarbejdet om rehabiliteringen.

8.2 Anbefalinger

Til kommuner, der ønsker at indgå i et partnerskab med regionen og eksterne samarbejdspartnere om implementering af et tilbud om hjerterehabilitering, har vi følgende anbefalinger:

♦ Partnerskabsaftale

- Det har vist sig at være forbundet med en række fordele at udarbejde og indarbejde en partnerskabsaftale mellem de involverede parter.
- Det er i den sammenhæng vigtigt at sikre sig:
 - At de relevante parter er repræsenteret.
 - At der lægges vægt på, at hensigten er at fastholde en fælles ramme for gennemførelsen af aktiviteten, men at det samtidig understreges, at parterne har forskellige interesser.
 - At ansvarsfordeling og et eventuelt økonomisk mellemværende er afklaret.

♦ Løbende udvikling af samarbejdsrelationer

- Det har været givende for projektets gennemførelse at anvende en række ad hoc grupper i udviklingen af praksis for samarbejde, herunder ikke mindst arbejdet med udvikling af fælles 'fraser' (en form for samtaleguide) til brug for bl.a. visitationssamtaler og kontroller på sygehuset. Der kan peges på i hvert fald to afgørende forhold:
 - Opnåelsen af en fælles og aftalt terminologi og gensidig forståelse af indholdet af og praksis i den fælles indsats – i dette tilfælde hjerterehabilitering.
 - Opnåelsen af et gensidigt personkendskab. Det er en vigtig forudsætning for et godt samarbejde på tværs af sektorer – og potentielt også på tværs af forvaltninger og afdelinger i henholdsvis kommuner og på sygehuse.

♦ Forløbskoordination

- I dette projekt har det været en stor fordel at specialisere varetagelsen af forløbskoordinationen til en enkelt person i hver kommune.
- Det er vigtigt at understrege, at dette resultat er opnået gennem tilknytning af forløbskoordinatorer med stor faglig kompetence og erfaring.
- Samtidig har forløbskoordinationen haft en form, der har udspillet sig som en dialog og i et samspil med fagpersoner. Den har således ikke været reduceret til en logistisk funktion, som det ses i en række andre tilfælde, hvor begrebet 'forløbskoordination' anvendes.

♦ Tilbud om hjerterehabilitering

- Det har vist sig, at en individuel Hjerterplan til formidling af de kliniske mål for den enkelte patient har været brugbar. På sigt kan det anbefales, at den bliver elektronisk.
- Der bør være særlig opmærksomhed på at støtte patienterne og deres pårørende psykisk.
- Kommunerne bør overveje, hvordan de får opfanget og tilgodeset de forholdsvis få patienter, der har brug for støtte til rygestop og kostomlægning samt håndtering af de arbejdsmæssige konsekvenser efter hjertesygdom.

- Endelig kan det anbefales, at der bliver fokuseret på overgangen mellem genoptræning/rehabilitering og vedligeholdelse, da det især har vist sig at være vanskeligt at få borgerne til at deltage i vedligeholdelsesfasens tilbud.

Litteratur

- 1) Sundhedsloven. LOV nr. 546 af 24/06/2005.
- 2) Faaborg-Midtfyn Kommune, Region Syddanmark. Sundhedsaftaler mellem Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark; 2007.
- 3) Nyborg Kommune, Region Syddanmark. Sundhedsaftaler mellem Nyborg Kommune og Region Syddanmark; 2007.
- 4) Zwisler AD, Nissen NK, Madsen M, DANREHAB-gruppen. Hjerterehabilitering - en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget. Medicinsk Teknologivurdering - puljeprosjekter 2006; 6(10). København: Sundhedsstyrelsen, Bispebjerg Hospital og Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
- 5) Hjerterehabilitering. Rationale, arbejdsmetode og erfaringer fra Bispebjerg Hospital. København: 2003.
- 6) Meillier L. I gang igen efter blodprop i hjertet - socialt differentieret hjerterehabilitering. Århus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed; 2007.
- 7) Hjerterehabilitering efter strukturreformen. Rehabilitering og sammenhængende patientforløb for kronisk syge. Inspiration til kommuner, regioner, almen praksis, sygehuse m.fl. København: Hjertereforeningen, Netværk af forebyggende sygehuse, Dansk Cardiologisk Selskab, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Kræftens Bekæmpelse; 2007.
- 8) Dansk Sundhedsinstitut, Faaborg-Midtfyn Kommune, Hjertereforeningen, Region Syddanmark. Projektbeskrivelse. Gode rammer for hjerterehabilitering - et partnerskabsprojekt. [U.st.]: Region Syddanmark; 2008.
- 9) Kommissorium: Styregruppen i "Gode rammer for hjerterehabilitering - et partnerskabsprojekt. 20. maj 2008. Dialog-Net, Forebyggelse og Sundhedsfremme i Region Syddanmark.
- 10) PA1: Sygehuspatienter efter område, dominerende diagnose (99 gruppering), alder og køn. Statistikbanken <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1024>; 2005.
- 11) UD1: Indlæggelser på sygehus efter diagnose (99 gruppering), akut/ikke-akut, område (amt), alder og køn. Statistikbanken <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1024>; 2005.
- 12) Hjerterehabilitering på danske sygehuse. København: Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Hjertereforeningen i samarbejde med Dansk Cardiologisk Selskab; 2004.
- 13) Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries. Technical Report Series no. 831. World Health Organization Expert Committee; 1993.
- 14) Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
- 15) Giannuzzi P, Saner H, Bjørnstad H, Fioretti P, Mendes M, Cohen-Solal A, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2003 Jul;24(13): 1273-8.

- 16) Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark. Århus: MarselisborgCentret; 2004.
- 17) Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- 18) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Notat vedr. præcisering af visse begreber i lovgivningen på genoptræningsområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
- 19) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. BEK nr 1266 af 05/12/2006. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2006.
- 20) Borgerrettet forebyggelse i kommunen - rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 21) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Generisk model og Forløbsprogram for diabetes. København: Sundhedsstyrelsen, Sundhedsplanlægning; 2008.
- 22) Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner, KL. Beskrivelse af rehabiliteringsindsatsen - organisering af indsatsen i kommuner og regioner. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL; 2010.
- 23) Rehabilitering for sundhedsprofessionelle. København: Gads Forlag; 2008.
- 24) Folketingets Lovsekretariat. Svar på § 20-spørgsmål S 162 af Jonas Dahl, SF til indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder: Om krav på rehabiliteringsområdet. København: Folketinget; 2010.
- 25) Rasmussen JN, Rasmussen S, Gislason GH, Buch P, Abildstrøm SZ, Køber L. Mortality after acute myocardial infarction according to income and education. Journal of Epidemiology and Community Health 2006;60(4):351-6.
- 26) Nielsen KM, Færgeman O, Larsen ML, Foldspang A. Danish singles have a twofold risk of acute coronary syndrome: data from a cohort of 138290 persons. Journal of Epidemiology and Community Health 2006;2007(60):721-8.
- 27) Jackson L, Leclerc L, Erskine Y, Linden W. Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors. Heart 2005;91:10-4.
- 28) Kruse M. Short and long-term consequences of coronary heart disease. Application of register based data in economic evaluation. PhD-thesis. København: Forskningsenheden for Sundhedsøkonomi, Institut for Folkesundhedsvidenskab og Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, Syddansk Universitet; 2009.
- 29) Borg E, Egsgaard J, Frølich A, Hendricksen C, Høst D, Jensen CR, et al. Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge. Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro. København: Bispebjerg Hospital og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen; 2008.
- 30) Indstilling og beslutning: Evaluering af Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge (SIKS). Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. [2009 October 13] Available from URL: <http://www.kk.dk/eDoc/Sundheds-%20og%20Omsorgsudvalget/12-06-2008%2014.30.00/Referat/16-06-2008%2016.49.10/3846123.PDF>
- 31) Würgler MW, Kilsmark J, Sonne LT, Søgaard J. Hjerterpatienters brug og oplevelse af hjerterehabilitering. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.

- 32) Rieper O, Hansen HF. Metodedebatten om evidens. København: AKF Forlaget; 2007.
- 33) Dahler-Larsen P. Opskrift på virkningsevaluering. In: Dahler-Larsen P, Krogstrup HK, editors. Nye Veje i Evaluering. 1. ed. Århus: Systime; 2003. p. 51-79.
- 34) Chen HT. Theory-driven evaluations: Need, difficulties, and options. *Evaluation Practice* 1994;15 (1):79-82.
- 35) Tilley N. Realistic evaluation: an overview. Presented at the Founding Conference of the Danish Evaluation Society September 2000. Available from URL: http://evidence-basedmanagement.com/research_practice/articles/nick_tilley.pdf
- 36) Pawson R, Tilley N. Realistic Evaluation. London: Sage Publications Ltd; 1997.
- 37) Meillier L, Larsen ML, et al. Manual: I gang igen efter blodprop i hjertet. Socialt differentieret hjerterehabilitering. Århus: Hjertereforeningen og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland; 2007.
- 38) Grønvold M, Pedersen C, Jensen C, Faber M, Johnsen A. Kræftpatienternes verden. En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. København: Kræftens Bekæmpelse; 2006.
- 39) Statistikker. Det Fælleskommunale løndatakontor LOPAKS 2010. Available from URL: <http://www.fldnet.dk/statistik/lpx7/index.php> 2010
- 40) Mødereferat: Styregruppemøde i "Gode rammer for hjerterehabilitering - et partnerskabsprojekt" 19. maj 2008.
- 41) Rasmussen H, Prescott E, Zwisler A-D, Andersen UO, Refsgaard J. Fysisk træning ved iskæmisk hjertesygdom og kronisk hjerterinsufficiens - et holdningspapir fra Dansk Cardiologisk Selskab. København: Dansk Cardiologisk Selskab; 2008.
- 42) Martin HM. Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb set fra patientens perspektiv. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- 43) Vinge S, Strandberg-Larsen M. Kontinuitet og koordination i sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for Læger* 2010;172(10):775-7.
- 44) Buch MS. Forløbskoordination i kommunalt regi (Powerpoint-præsentation). København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
- 45) Borg 15 Konditest på cykel (RPE-test). [2010 September 2] Available from URL: [http://www.motion-online.dk/konditionstraening/testning/borg_15_konditest_paa_cykel_\(rpe-test\)/](http://www.motion-online.dk/konditionstraening/testning/borg_15_konditest_paa_cykel_(rpe-test)/) 2010 September 2
- 46) 6 min gå-test. [2010 September 2] Available from URL: http://www.motion-online.dk/konditionstraening/testning/6_min_gaa-test/
- 47) Region Syddanmark. Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark. 9. ed. Vejle: Region Syddanmark; 2008.

