

Pakkeforløb på hjerteområdet

En analyse af de organisatoriske konsekvenser
for kardiologiske afdelinger og almen praksis

Publikation

Sidsel Vinge
Christine Lærke Witzke

**Det Nationale
Analyse- og Forskningsinstitut
for Kommuner og Regioner**

Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut
for Kommuner og Regioner
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon: +45 35 29 84 00
ds@dsi.dk

Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner
og Regioner, som er en sammenlægning af DSI, AKF og
KREVI, blev etableret den 1. juli 2012.

© Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut
for Kommuner og Regioner og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er
tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler,
anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes
sendt til Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for
Kommuner og Regioner.

Udgiver: Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for
Kommuner og Regioner
ISBN: 978-87-7488-724-9
Projekt 3348
August 2012

**Det Nationale
Analyse- og Forskningsinstitut
for Kommuner og Regioner**

Dampfærgevej 27-29, Postboks 2595
2100 København Ø
Telefon: +45 35 29 84 00

Dansk Sundhedsinstitut (DSI), Anvendt KommunalForskning (AKF) og KREVI er pr. 1. juli 2012 blevet fusioneret til et samlet institut.

Denne publikation udgives derfor i regi af *Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner*, men da selve undersøgelsen er foretaget af DSI før fusionen, henvises der til DSI i teksten.

Forord

I 2010 blev der indført nationale pakkeforløb for fire hjertesygdomme. Siden indførelsen af kræftpakker i 2008, er hjerteområdet det andet store sygdomsområde, hvor der implementeres nationale pakkeforløb. Der monitoreres og forskes i såvel det kliniske og økonomiske outcome af pakkeforløbene, som graden af implementering – særligt i hvor høj grad det lykkes at leve op til forløbstiderne. Men det, man kunne kalde den mellemkommende variabel – den organisatoriske praksis som er afgørende for, hvorvidt forløbstiderne kan overholdes, og som skaber det kliniske og økonomiske outcome – er der mindre viden om. Derfor analyserer denne rapport de organisatoriske konsekvenser af implementeringen af pakkeforløb i praksis.

Pakkeforløbenes standardisering af forløbenes indhold såvel som af forløbstider udgør en organisatorisk udfordring, der ændrer præmisserne for organiseringen af arbejdet. Denne rapport dykker ned i hverdagens praksis for at undersøge, hvilke organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer implementeringen af pakkeforløb stiller medarbejdere og ledere overfor, og hvordan de håndteres.

Rapporten giver dermed viden om de umiddelbare konsekvenser af pakkeforløb, som er relevant i forhold til den fortsatte implementerings- og fastholdelsesopgave i relation til hjertepakker. Men mange af de organisatoriske forhold omkring ændrede produktionsvilkår er ikke specifikke for hjerteområdet, men har mere generel gyldighed, og således også relevans for andre pakkeforløb.

Danske Regioner har spillet en central rolle i forbindelse med indførelsen af pakkeforløb på hjerte- såvel som kræftområdet. Denne analyse af de organisatoriske konsekvenser af hjertepakker er betalt af Danske Regioner og DSI.

Rapporten er primært baseret på en mængde interviews med medarbejdere, ledere og praksiskonsulenter, og DSI ønsker at takke alle for deres velvillighed overfor projektet, for deres tid, engagement og deltagelse. Desuden har samtlige landets kardiologiske afdelinger svaret på en spørgeskemaundersøgelse om hjertepakker – og vi takker for, at alle afdelinger har deltaget.

Charlotte Bredahl Jacobsen

Projektchef

Indhold

Resumé	1
1 Indledning	5
1.1 Baggrunden for hjertepakkerne	5
1.2 Undersøgelsens formål	6
1.3 Metode og afgrænsning	6
1.4 Læsevejledning	7
2 En introduktion til hjertesygdom og hjertepakker	8
2.1 Introduktion til hjertesygdom	8
2.2 Introduktion til pakkeforløb	11
3 Pakkernes konsekvenser for henvisning og visitation	18
3.1 Hjertepakkernes rolle i almen praksis	18
3.2 Almen praksis' rolle i hjertepakkerne	19
3.3 Fra henvisning i almen praksis til visitation på hospitalet	23
3.4 Implementering af hjertepakker i almen praksis og praksiskonsulenternes rolle	23
3.5 Pakkernes konsekvenser for antallet af henvisninger	26
3.6 Pakkeforløbenes samlede konsekvenser for henvisning og visitation	27
4 Pakkernes konsekvenser for udredning og behandling	28
4.1 Pakkeforløb i praksis: En standardisering af forløbsindhold og -tider	28
4.2 Pakkeforløb og behovet for reorganisering: Hvorfor og hvordan?	30
4.3 Afledte konsekvenser for ressourcetrækket	40
4.4 Pakkeforløbenes samlede konsekvenser for organiseringen af udredning og behandling	42
5 Pakkernes konsekvenser for rehabilitering	43
5.1 Rehabilitering i pakker og i praksis	43
5.2 Pakkeforløbenes konsekvenser og tidsaspektets rolle i rehabiliteringen	43
5.3 Pakkeforløbenes konsekvenser for indholdet i rehabiliteringen	44
5.4 Rehabiliteringens rolle på hospitalerne	44
6 Pakkernes største udfordringer for afdelingerne	46
6.1 Pakkeforløbenes samlede udfordringer for afdelingerne ifølge spørgeskemaundersøgelsen	51
7 Medarbejdernes vurdering af konsekvenser for patienter	53
7.1 Konsekvenser for patienter i pakkeforløb	53
7.2 Konsekvenser for hjertepatienter uden for pakkeforløb	54
7.3 Pakkeforløbenes samlede konsekvenser for patienterne	55
8 Hjertepakkernes monitorering, legitimitet og udbredelse	57
8.1 Monitorering mellem kontrol og motivation	57
8.2 Hjertepakkernes legitimitet set med praktikernes øjne	58
8.3 Udbredelse af pakker: Fordele og ulemper ved en arytmipakke	61
8.4 Sammenfatning	62
9 Diskussion	63
10 Konklusion	69
Bilag 1: Informanter (anonymiseret)	73
Bilag 2: Spørgsmål til spørgeskemaundersøgelse	74
Bilag 3: Metode	76
Bilag 4: Flowchart over pakkeforløb	78
Litteraturliste	82

Resumé

I 2009 indgik den daværende regering og Danske Regioner en aftale om pr. 1. januar 2010 at indføre fire pakkeforløb på hjerteområdet. Region Syddanmark har desuden implementeret et femte pakkeforløb for arytmipatienter. Denne rapport analyserer de organisatoriske konsekvenser af disse pakkeforløb med særligt fokus på ændringerne i rammerne for produktion, arbejdsdeling og arbejdstilrettelæggelse samt omfanget af produktionen, herunder indgangen til pakkeforløbene.

Metode

Rapporten er baseret på en interviewundersøgelse blandt klinikere på hjerteområdet og i almen praksis suppleret med en spørgeskemaundersøgelse blandt landets kardiologiske afdelinger. Interviewundersøgelsen bestod af 15 semistrukturerede interviews med 17 informanter i efteråret 2011, og spørgeskemaundersøgelsen gav besvarelser fra alle 36 kardiologiske afdelinger, der deltog.

Resultater

Denne undersøgelse peger på fire generelle typer af organisatoriske konsekvenser, som har betydning for, om hjertepakker påvirker ressourcetrækket, og som i varierende omfang opleves lokalt.

Tabel 4: Oversigt over generelle tilsigtede såvel som utilsigtede ændringer af aktiviteten som følge af pakkeforløb

	Forøget (og fordyret) produktion	Fordyret produktion
Tilsigtet	1) Der henvises flere <i>på grund af</i> henvisningskriterierne: Ændrede henvisningskriterier udvider målgruppen for indsatsen.	3) Der produceres mere <i>på grund af</i> forløbsbeskrivelserne: En bevidst udvidelse af indholdet i patientforløbene (fx øget diagnostisk, behandling eller rehabilitering).
Utilsigtet	2) Der henvises flere <i>på trods af</i> henvisningskriterierne: Mangelfuld implementering af henvisningskriterier (fx grundet uklarhed, kortere ventelister, manglende efterlevelse, øget opmærksomhed på området mv.).	4.a) <i>Lavere kapacitetsudnyttelse</i> , som følge af overkapacitet og beredskabsløsninger som svar på de kortere tidsfrister i pakkeforløb. 4.b) <i>Lavere kapacitetsudnyttelse</i> , som følge af flere udeblivelser og aflysninger (som følge af kortere indkaldelsesfrister til patienterne). 4.c) <i>Nye opgaver</i> , særligt i relation til behovet for tæt logistisk styring, justering og omstilling til mere fleksibel produktion.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af analyseresultater.

Hjertepakker kræver en stor ledelsesindsats ud over produktionsplanlægning

Disse konsekvenser kræver ledelsesmæssigt fokus og håndtering for at begrænse eller undgå særligt de utilsigtede forøgelser og fordyrelser af produktionen. Ledelsernes rolle er således ikke kun at implementere pakkeforløb, men at arbejde aktivt på at minimere de mulige utilsigtede konsekvenser for produktionen.

Pakkeforløbenes tidsfrister ændrer de ambulante funktioners produktionsvilkår fra elektivt til subakut: Der *skal* være ledig kapacitet med meget kort varsel. Det kræver omstilling fra produktionsformer, med en høj frihed i arbejdstilrettelæggelsen til en mere styrbar og fleksibel produktionsform. Nogle afdelinger har skabt mere fleksibilitet i efterspørgslen (fx ved at ringe patienter ind fra ventelister, når der er for lidt efterspørgsel), eller i produktionen af ydelser (fx ved at udvide kapaciteten ad hoc om aftenen og ved at flytte mere rundt på arbejdsfunktioner og opgaver efter behov).

Men styrbarheden og fleksibiliteten går ud over den frie arbejdstilrettelæggelse. Derfor kræver pakker en ledelsesmæssig indsats på områder, der rækker ud over produktionsplanlægning og optimering af forløb.

Det er ledelsens ansvar at sikre den grundlæggende omstilling af produktionskapaciteten, så den bliver mere styrbar og fleksibel. Det muliggør, at medarbejdere kan sikre selve afviklingen af pakkerne i hverdagen. De steder, hvor ledelserne ikke i tilstrækkeligt omfang løfter dette ansvar, og hvor medarbejdere derfor selv forsøger at skabe rammerne for pakkeforløb, mere fleksibilitet, flytte kapacitet, ændre arbejdsformer osv. – fører det primært til frustration, fordi de ikke har de ledelsesmæssige beføjelser til det.

Analysen peger dermed på, at det er væsentligt at tydeliggøre såvel de konkrete risici og udfordringer, som pakkeforløb indebærer, de eksisterende metoder til at imødegå udfordringerne samt ikke mindst omfanget og indholdet af det ledelsesmæssige ansvar og de ledelsesmæssige opgaver, som succesfuld implementering af pakkeforløb kræver.

Indgangen til hjertepakker fungerer ikke som tiltænkt i pakkeforløbene

Undersøgelsen viser, at det ifølge praksiskonsulenter såvel som hospitalsoverlæger generelt set ikke er lykkedes at ændre **henvisningerne i almen praksis** som tiltænkt i pakkeforløbsbeskrivelserne. Overlæger på alle de fire matrikler – og i vid udstrækning i den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse – peger på, at indholdet af henvisningerne fra almen praksis langt fra lever op til pakkeforløbsbeskrivelserne. Udfordringerne i relation til henvisning handler om to aspekter:

- *Henvisningernes indhold:* Hvor meget – eller hvor lidt – diagnostik skal foregå i almen praksis?
- *Henvisningernes form:* I hvor høj grad skal henvisningssystemet være ensartet set fra den praktiserende læges skrivebord *eller* set fra hospitalernes perspektiv? Generelt ønsker de sundhedsfaglige på hospitalerne mere ensartede og strukturerede henvisninger – både mht. indhold og form – mens de praktiserende læger gerne vil have ensartede henvisningsstrukturer til alle de afdelinger, de henviser til.

Alle henvisninger går gennem den interne **visitation på hospitalerne**, hvor en kardiolog dagligt vurderer, hvem der skal i hvilke (pakke)forløb. Det betyder, at henvisningerne fra praktiserende læger fungerer som en slags prævisitation. I interviewundersøgelsen er der fundet mange eksempler på, at speciallæger på afdelingerne omvisiterer *fra* almindelige henvisninger *til* pakkeforløb (der er ikke fundet eksempler på det modsatte). Til gengæld peger flere overlæger på, at det er hospitalets egne overlæger, der selv foretager størstedelen af visitationerne til pakkeforløbene – en visiterende overlæge anslår, at det kun er

ca. 10 % af patienterne i pakkeforløb, som er henvist direkte fra almen praksis som pakkepatienter. Resten henvises af overlægerne selv via omvisitation. Det er med til at forklare, hvorfor kvaliteten af henvisningerne er så vigtigt for overlægerne: I et ikke ubetydeligt omfang bruger de henvisningernes informationer som grundlag for omvisitation.

Pakkeforløb har konsekvenser for arbejdstilrettelæggelsen i hverdagen

Pakkeforløbene har standardiseret såvel indholdet i forløbene som gennemløbstiderne. Fra de sundhedsfagliges perspektiv er det centrale ved pakkerne primært, at de har forkortet ventetiden til udredning og videre behandling. Klinikerne oplever ikke væsentlige indholdsmæssige ændringer i forløbene – bortset fra en øget brug af ekkoundersøgelser.

Hjertepakkerne har medført, at bestemte processer skal kunne afvikles med kortere frister for at opfylde forløbstiderne, hvilket har haft konsekvenser for arbejdsorganiseringen og medført, at hospitalerne har reorganiseret arbejdet, fx ved at reservere kapacitet til pakkepatienter, udvide kapaciteten i perioder hvor tilgangen øges, øge frekvensen af organisatoriske rutiner som fx visitation og hjertekonferencer og etablere nye funktioner som fx forløbskoordinatorer. Disse tiltag kan medvirke til at sikre en højere, mere fleksibel kapacitet såvel som en høj udnyttelse.

Grundlæggende set handler konsekvenserne for arbejdsorganiseringen om, at det øgede behov for at styre produktionen og tilrettelægge den efter patientflowet i varierende grad begrænser medarbejdernes frihed i relation til arbejdsplanlægningen.

Samlet set pegede afdelingerne på flere forskellige årsager til, at de oplever, at hjertepakkerne i varierende omfang giver et øget ressourcetræk lokalt, herunder et øget antal henvisninger med deraf følgende øget aktivitet, øget brug af speciallæger i forløbene, flere logistiske og organiseringsmæssige opgaver, lavere kapacitetsudnyttelse (bl.a. som følge af flere udeblivelser grundet kortere indkaldelsesfrister) samt tabt DRG-indtjening ved sammedagsundersøgelser.

Generelt er opbakningen til indholdet af hjertepakkernes udrednings- og behandlingsdel stor blandt informanterne, men billedet er noget mere broget mht. rehabiliteringsdelen, hvor mange – sundhedsfaglige såvel som patienter (ifølge de sundhedsfaglige) – oplever, at forløbene er meget omfattende og ikke tilpasset hverken diagnoser eller patienttyper. De sundhedsfaglige mener, at det er forhold som disse, der er medvirkende årsag til at mange patienter vælger rehabilitering helt eller delvist fra.

De største oplevede udfordringer er relateret til kapacitetsproblemer

Spørgeskemaundersøgelsen viste for det første, at kapaciteten er den største udfordring for afdelingerne. Her er det særligt mangel på speciallæger, der er den absolut største udfordring, mens mangel på apparatur og lokaler følger som den anden største udfordring.

For det andet ses, at respondenterne – hvoraf ingen er yngre læger – vurderer, at sikring af yngre lægers uddannelse er den mindste udfordring i relation til hjertepakkerne.

For det tredje viser undersøgelsen, at der er meget lille spredning mellem de kardiologiske afdelinger i de 5 regioner samlet set: Udfordringerne er altså ikke væsentligt større i nogen regioner end i andre.

Hjertepakker har konsekvenser for patienter i og udenfor pakkeforløb

Konsekvenserne for patienter i pakkeforløb er en kort ventetid på udredning og behandling og hurtige og velstrukturerede forløb. Desuden peges der på, at flere patienter får mere ensartede forløb uanset geografiske forhold. Pakkeforløb har imidlertid også indirekte konsekvenser for gruppen af patienter, der *ikke* kommer i et pakkeforløb, særligt nyhenviste patienter og kontrolpatienter. Ifølge de sundhedsfaglige er ventetiden for de nyhenviste patienter uden for pakkeforløb steget som følge af pakkeforløbene, fordi det ressource-træk, som afdelingerne i varierende omfang oplever, at hjertepakkerne skaber, tages fra disse patientgrupper. Således er frekvensen af kontrolbesøg nogle steder reduceret som følge af pakkeforløbene, fordi kontroltider konverteres til pakketider. Pakkeforløb medfører således, at nogle patientgrupper prioriteres, mens andre nedprioriteres. Denne undersøgelse kan ikke afgøre, om denne (om)prioritering er (u)hensigtsmæssig eller ej.

Pakkernes legitimitet afhænger af, at de rammer de rigtige patienter

I både interviews og spørgeskemaer fyldte temaet om **pakkernes legitimitet** meget. Informanterne er generelt enige om, at herteområdet trængte til et nationalt initiativ, primært fordi forløbene ikke var hurtige nok og variationen for stor. Og langt de fleste respondenter mener, at nationale evidensbaserede pakkeforløb, hvor de faglige selskaber inddrages, men hvor der også kobles forløbstider på, er den rigtige løsning.

Men der er også en del kritiske kommentarer, særligt i spørgeskemaundersøgelsen. Her blev afdelingerne spurgt (som åbent fritekstspørgsmål), hvad de så som den største ulempe ved hjertepakkerne. Den største gruppe af svar handler om hjertepakkernes faglige relevans og indhold og dermed deres legitimitet.

Der fremføres særligt to problemstillinger. Den ene er, at en del af kravene til tidsfrister i forløbene ikke opleves som fagligt velbegrundede. Den største anke er en oplevelse af, at patienter, der ikke er hjertesygge eller har meget beskedne symptomer, kommer i pakkeforløb. Hvad end årsagerne er - implementeringsfejl, modelfejl eller en kombination - betyder det, at hjertepakkernes udfordringer med at finde 'de rigtige patienter' har konsekvenser for pakkernes legitimitet i feltet og dermed klinikernes opbakning til dem på sigt.

Monitorering kan medvirke til at sikre motivation og fastholde en indsats, men kan have afledte konsekvenser for de områder der ikke monitoreres i samme grad, og som derfor nedprioriteres. Det er dog helt afgørende, at monitoreringen har legitimitet, og hverken Sundhedsstyrelsens monitorering eller Danske Regioners spørgeskemaundersøgelse har stor legitimitet blandt de sundhedsfaglige respondenter.

Udfordringer i forbindelse med udbredelse af hjertepakker til arytmiområdet

Aktørerne i alle sektorer ser fordele ved mere standardiserede og strukturerede forløb for arytmi - men spørgsmålet er, om det bør være i form af pakker. Der er bekymringer for, at det skaber for mange henvisninger, fordi gruppen er meget stor og inhomogen, og fordi udredningen er grundlæggende anderledes og langvarig, fordi arytmi er karakteriseret ved at være det, man i lægmandssprog kalder en 'periodisk fejl'. I Region Syddanmark, hvor der findes pakkeforløb for arytmi, har der været mange udfordringer relateret til præcisering af målgruppen.

1 Indledning

I 2009 indgik Danske Regioner en aftale med den daværende regering om pr. 1. januar 2010 at indføre pakkeforløb for fire diagnoser, der inkluderer ikke-akutte livstruende hjertesygdomme (1):

- Ustabil angina pectoris/NON-STEMI (UAP/NSTEMI)
- Stabil angina pectoris (SAP)
- Hjertesvigt
- Hjerteklapsygdom.

Et pakkeforløb er "et patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der følger et på forhånd booket forløb" (2), dvs. et standardiseret patientforløb der dækker alle trin fra henvisning over udredning, diagnosticering, behandling og rehabilitering (1).

Pakkeforløb adskiller sig fra lignende koncepter som fx kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer ved, at standardiseringen ikke kun vedrører indholdet af forløbet, men også indeholder forløbstider i form af gennemløbstider for de enkelte dele af forløbet. Forløbstiden er ikke en passiv ventetid, men den tid hvor der aktivt foregår udredning, planlægning og informationsudveksling mellem sundhedsfaglige og mellem de sundhedsfaglige og patienten. Forløbstiden er ikke en patientrettighed, men i stedet en målsætning som regionerne skal bestræbe sig på at efterleve. I praksis kan forløbstiderne afvige fra målsætningerne pga. sideløbende undersøgelser, behandling af andre sygdomme, patientens eget ønske etc. (3). Hjertepakkerne indeholder således både det sundhedsfaglige indhold i forløbene, informationen til patienten undervejs samt forløbstider for de enkelte trin i forløbet. I kapitel 2 beskrives mere udførligt de typer af hjertesygdomme, som pakkerne vedrører, samt pakkernes konkrete indhold.

1.1 Baggrunden for hjertepakkerne

Udarbejdelsen af pakkeforløbene har været forankret i Task Force for Patientforløb for Kræft- og Hjertepatienter i regi af Sundhedsstyrelsen¹ (2). Pakkeforløbene er baseret på kliniske beskrivelser udarbejdet af arbejdsgrupper nedsat under Sundhedsstyrelsen med deltagelse af de relevante faglige selskaber KL og Dansk Hjerteregister, og hvor klinikere fra alle regioner har været repræsenteret. Pakkeforløbene er udarbejdet på baggrund af faglige hensyn, og skal beskrive det optimale forløb. Pakkeforløbene er derfor udarbejdet uden hensyntagen til ressourcer, kapacitet og lokale forhold som fx personalemangel, mangel på understyr mv. (4).

Udover de fire nationale pakkeforløb har Region Syddanmark valgt at implementere et pakkeforløb for arytmier (5).

¹ Task Force for Patientforløb for Kræft- og Hjertepatienter består af repræsentanter fra de fem regioner, Danske regioner, Kommunernes Landsforening, Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

1.2 Undersøgelsens formål

Denne rapport undersøger, hvilke organisatoriske konsekvenser implementeringen af hjertepakker har haft i praksis for afdelinger og almen praksis. Det overordnede spørgsmål er inddelt i følgende underspørgsmål, som besvares i rapporten:

- 1) *Hvilke konsekvenser har pakkeforløbene for de enkelte dele af patientforløbene:*
 - a) Konsekvenser for indgangen til hjerteudredning: Henvi-
sning i almen praksis og visi-
tation på hospitalerne?
 - b) Organiseringen af udredning, behandling og rehabilitering på hospitalerne?
- 2) *Hvordan vurderer afdelingerne generelt set de forskellige typer af udfordringer (som besvarelsen af spørgsmål 1 medvirker til at kortlægge)?*
- 3) *Hvordan opfatter klinikerne hjertepakkerne, herunder deres konsekvenser for patienterne, pakkernes legitimitet, samt perspektiverne for udvidelse af hjertepakkerne til andre dele af hjerteområdet (særligt arytmi)?*

På baggrund af rapportens analyser opstilles en typologi, der gør det muligt at differentiere mellem de forskellige typer af generelle organisatoriske udfordringer, som pakkeforløb skaber, og hvordan de kan håndteres.

Rapporten supplerer dermed de løbende kvantitative målinger af udviklingen i aktiviteten på hjerteområdet, som foretages af Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner, ved at give et indblik i de konkrete organisatoriske processer, der ligger bag monitoreringerne af output.

1.3 Metode og afgrænsning

Rapporten er baseret på en interviewundersøgelse blandt sygeplejersker, overlæger og praksiskonsulenter på fire matrikler i tre regioner, suppleret med en spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets kardiologiske afdelinger. Interviewundersøgelsen omfatter 15 interviews med 17 informanter, idet der er foretaget to dobbeltinterview med sygeplejersker. En oversigt over titler på informanter og datoen for interviewet ses af Bilag 1: Informanter (anonymiseret) (s. 73). Som supplement til interviewundersøgelsen har DSI foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets hjerteafdelinger. Besvarelser fra i alt 36 kardiologiske afdelinger udgør grundlaget for spørgeskemaanalysen i denne rapport. Spørgeskemaet er gengivet i Bilag 2: Spørgsmål til spørgeskemaundersøgelse (s. 74). En yderligere beskrivelse af den anvendte metode findes i Bilag 3: Metode.

1.3.1 Afgrænsning

Rapporten fokuserer på hjertepakker med udgangspunkt i kardiologien, og derfor afgrænser vi os fra de opgaver i relation til hjertepakker, der varetages af andre specialer, herunder kirurgien. Desuden afgrænser vi os fra at undersøge de afdelinger, der henviser patienter til pakkeforløbet indenfor UAP/NSTEMI. Disse afgrænsninger er foretaget i samarbejde med Danske Regioner for at fokusere på de områder, som Danske Regioner særligt så det vigtigt at belyse, hvilket primært var konsekvenserne for de kardiologiske afdelinger, sekundært for almen praksis og for samarbejdet mellem dem.

Denne undersøgelse er således hverken en evaluering af hjertepakkernes konsekvenser for aktiviteten på aggregeret plan eller konsekvenser for patienterne, herunder det kliniske

outcome af hjertebehandlingen. Fokus er på udvalgte lokale aktørers oplevelse af, hvilke konsekvenser hjertepakkerne har haft i praksis, med særligt fokus på de organisatoriske aspekter.

1.4 Læsevejledning

Efter dette indledende afsnit følger i kapitel 2 (s. 7) en introduktion til hjerteområdet og hjertepakkerne.

Analysen starter med kapitel 3 (s. 18) om hjertepakkenes konsekvenser for henvisning og visitation, herunder almen praksis' rolle i hjertepakkerne. Kapitel 4 (s. 28) indeholder en analyse af hjertepakkenes konsekvenser for udredningen og behandlingen og går i dybden med de forskellige lokale reorganiseringer, som hospitalerne benytter sig af for at håndtere hjertepakkerne. Hjertepakkenes konsekvenser for rehabilitering analyseres i kapitel 5 (s. 43). Kapitlerne 3-5 besvarer således spørgsmål 1 om, *hvilke konsekvenser pakkeforløbene har for de enkelte dele af patientforløbene*.

Kapitel 6 (s. 44) præsenterer resultaterne af en spørgeskemaundersøgelse til alle kardiologiske afdelinger om udfordringerne i forbindelse med hjertepakkerne. Dette kapitel besvarer dermed spørgsmål 2 om, *hvordan afdelingerne vurderer de forskellige typer af udfordringer*.

Kapitel 7 (s. 53) omhandler konsekvenserne for patienterne hhv. i og uden for pakkeforløb, og kapitel 8 (s. 55) belyser hhv. monitorering af hjertepakkerne, pakkernes legitimitet blandt klinikerne og til sidst erfaringerne med arytmi-pakken i Region Syd. Disse to kapitler svarer dermed på spørgsmål 3 om, *hvordan klinikerne opfatter hjertepakkerne* – herunder deres konsekvenser for patienterne og deres legitimitet – samt perspektiverne for udvidelse af hjertepakkerne til andre dele af hjerteområdet.

Rapporten munder ud i en mere perspektiverende diskussion i kapitel 9 (s.63) og afsluttes med en konklusion i kapitel 10 (s.69).

2 En introduktion til hjertesygdom og hjertepakker

Dette kapitel indeholder en introduktion til hjertesygdom og hjertepakker og er målrettet læsere, der ikke i forvejen har et indgående kendskab til området². Afsnit 2.1 gives en kort introduktion til spektret af hjertesygdomme. Da et af de temaer, som diskuteres i denne rapport, er informanternes perspektiv på hjertepakkernes udbredelse, er hjerteområdet beskrevet bredt og ikke kun fokuseret på de fire sygdomsområder, der i dag findes pakkeforløb for. Afsnit 2.1.2 er en uddybende introduktion til de fire hjertepakker.

2.1 Introduktion til hjertesygdom

Hjertesygdom kan groft inddeles i seks overordnede sygdomsområder, hvoraf nogle indgår i hjertepakker:

1. Iskæmisk hjertesygdom, (kranspulsåreforsnævring og blodpropper i hjertet)
2. Hjerteklapsygdom
3. Hjertheinsufficiens (hjerterstyg, hvor hjertermusklen er svækket)
4. Arytmi (hjerterytmeforstyrrelser)
5. Betændelse i hjertet (endocarditis, myocarditis mm.)
6. Medfødte hjertesygdomme.

I dette afsnit beskrives alle seks typer kort for at give læseren viden om, hvilke dele af hjerteområdet som er inden for pakkeforløb, og hvilke der er udenfor.

Ad 1) Iskæmisk hjertesygdom

Iskæmisk hjertesygdom (IHS) opstår som følge af forkalkninger/forsnævninger af kranspulsårene. Dette bevirker, at hjertet ikke får den ilt, det har brug for.

Forsnævningerne kan være mere eller mindre udtalte og er som regel opstået gennem lang tid. Hvis kranspulsåren lukker helt til, er der tale om en blodprop i hjertet (myokardieinfarkt). Man kan inddele IHS i akutte og kroniske tilstande. De akutte tilstande kaldes under et for "Akut koronart syndrom" (AKS) og kan inddeles i STEMI, NSTEMI og Ustabil Angina Pectoris (UAP), som er et kontinuum af den samme sygdom. Patienterne får oftest akutte brystmerter ved AKS.

STEMI er den alvorligste tilstand, hvor ilttilførslen til hjertet helt stopper på grund af en fuldstændig tilstopning af blodkarrene. STEMI kaldes også en stor blodprop i hjertet. Den kræver behandling nu og her.

NSTEMI er en mindre blodprop i hjertet og skyldes en næsten tillukning af kranspulsåren. Ved *UAP* er kranspulsåren også næsten tillukket, men der er ikke tale om en blodprop. Både NSTEMI og UAP er alvorlige tilstande, der kan udvikle sig til livstruende blodpropper, hvis patienterne ikke behandles indenfor kort tid.

² Kapitlet er udarbejdet med hjælp fra kardiologisk overlæge Jan Bech, Gentofte Hospital. Indholdet af teksten er alene DSIs ansvar.

De akutte iskæmiske tilstande kræver derfor i varierende grad et akut udredningsforløb, hvor patienten oftest kommer ind på hospitalet via alarmopkald eller fra skadestuen, fra en anden afdeling eller fra et andet hospital. NSTEMI og UAP indgår i hjertepakkerne.

Den kroniske iskæmiske tilstand, *stabil angina pectoris (SAP)*, er en mindre forsnævring i kranspulsårerne, hvor patienterne kan få symptomer under belastning af hjertet (fx fysisk aktivitet), hvor hjertets iltbehov er større end ilttilførslen. Ubehandlet kan SAP udvikle sig til en mere alvorlig tilstand som AKS. SAP er ikke en akut tilstand og kræver ikke et akut udredningsforløb. Patienten henvises oftest via egen læge. SAP indgår i hjertepakkerne.

Ad 2) Hjerterklapsygdom

Hjerterklapsygdom er tilstande, hvor en eller flere af hjertets fire klapper kan være forkalkede og dermed enten ikke kan åbne ordentligt, så blodet ikke kan komme "videre i systemet", og/eller de kan være utætte, så blodet løber den forkerte vej.

Hjerterklapsygdom kan være udviklet over tid pga. en medfødt hjerterklap-fejl eller opstå som led i aldersforkalkning. De kan også opstå på baggrund af betændelsestilstande og have et meget akut forløb. Symptomerne afhænger af den klap, der er syg. Klapsygdomme kan alt efter sværhedsgrad og type være livstruende. Hjerterklapsygdomme eller mistanke herom indgår i hjertepakkerne.

Ad 3) Hjertheinsufficiens (hertesvigt)

Hertesvigt opstår, når hjertets pumpefunktion er nedsat, så blodet ikke kan pumpes rundt i kroppen. Hertesvigt kan opstå som følge af mange forskellige tilstande, fx iskæmi, hjerterklapsygdom, betændelse i hjertemuskulaturen, vedvarende arytmier, forhøjet blodtryk mm. Ofte finder man dog ikke årsagen til sygdommen, og den kaldes i så fald dilateret kardiomyopati (for stort hjerte). Sygdommen er hyppig og kan være livstruende. Nogle tilfælde af hjertheinsufficiens er akutte og skal behandles nu og her med hospitalsindlæggelse, evt. på intensiv afdeling etc. Andre tilstande skal behandles over tid, men behandling skal iværksættes så hurtigt som muligt og kan foregå ambulant. Hjertheinsufficiens indgår i hjertepakkerne.

Ad 4) Arytmi

Arytmi betyder uregelmæssig hjerterytme. Rytmen kan både være for langsom og for hurtig, og der kan være ekstraslag. Ofte kender man ikke årsagen til arytmier, men de kan være forårsaget af andre sygdomme i hjertet: iskæmi, klapsygdomme, hertesvigt, medfødte hertesygdomme etc. Arytmier kan være godartede dvs. ikke livstruende, mens andre er alvorlige og livstruende, da de kan give "hjerrestop". Arytmi er ikke en del af hjertepakkerne.

Ad 5) Betændelse i hjertet (endocarditis, myocarditis mm.).

Endocarditis er en betegnelse for betændelse i hjertet, oftest i hjerterklapperne. Det er en alvorlig tilstand og kan være akut, alt efter hvor svær infektionen er. Endocarditis kræver indlæggelse og antibiotika over lang tid og evt. operation. *Myocarditis* er ofte forårsaget af virus. Mange patienter kommer sig helt, men myocarditis kan forårsage svær hertesvigt og/eller alvorlige arytmier. Endocarditis/myocarditis er ikke en del af hjertepakkerne.

Ad 6) Medfødte hjertefejl

Medfødte hjertefejl dækker over et bredt spektrum af tilstande lige fra "huller" i hjertet og defekte hjerteklapper til abnorme kar og hjertekamre. Prognose og behandling afhænger af typen af medfødt hjertesygdom. Medfødte hjertefejl er ikke en del af hjertepakkerne.

2.1.1 Hjerterområdet karakteristika (I): Glidende overgange mellem alvorlighed og overlappende sygdomsgrupper

To faktorer gør hjertesygdomme komplekse i et organisatorisk perspektiv. For det første har de enkelte sygdomsområder forskellige grader af alvorlighed. Fx er der inden for iskæmisk hjertesygdom både akutte og ikke-akutte – men livstruende – tilstande, samt tilstande der hverken er akutte eller direkte livstruende, og overgangene mellem dem alle er glidende. Samtidig kan en ikke-akut tilstand udvikle sig til en mere alvorlig og akut tilstand. Fx er der risiko for, at UAP kan udvikle sig til STEMI.

Det andet forhold, der gør sig gældende, er, at der er glidende overgange mellem de forskellige sygdomsområder. Fx kan iskæmisk hjertesygdom udvikle sig til hjertesvigt, og hjerteklapsygdom kan føre til hjertesvigt og arytmi, ligesom hjertesvigt i sig selv også kan give arytmi.

Symptomerne på de forskellige hjertesygdomme kan være sammenfaldende. Det er ikke altid indlysende hvilken hjertesygdom, patienten mistænkes for, når udredningen starter, ligesom det ofte ikke er entydigt, hvilken form for hjertesygdom patienten har.

Nogle af symptomerne kan ligeledes ligne symptomer fra andre organsystemer. Åndenød, som man ser ved hjertesvigt, kan fx være betinget af astma, der som bekendt er en lunge-sygdom, ligesom smerter i brystet også kan ligne mavesårssmerter. Træthed, som det ses ved hjertesvigt, kan skyldes blodmangel. Eksemplerne er mange.

Flere forskellige sygdomme af- eller bekræftes undervejs i udredningsforløbet, og det kræver, at lægen undervejs vurderer patientens forskellige symptomer og sammenholder dem med resultater fra undersøgelser for at finde den korrekte diagnose.

2.1.2 Hjerterområdet karakteristika (II): Udredning og behandling er apparaturtungt

Både udredning og behandling på hjerterområdet er karakteriseret ved at være apparaturtungt, idet det indebærer mange særskilte udredningsmæssige såvel som behandlingsmæssige procedurer (som det bl.a. er illustreret i tabel 1, s. 13). Undervejs i forløbet er der flere afvejninger, som lægerne må forholde sig til. Fx er det ikke muligt at foretage en CT-scanning på en meget overvægtig person, fordi billederne ikke bliver brugbare. Det er derfor vigtigt, at lægerne, der ser patienten, kender og vurderer de forskellige muligheder og begrænsninger. Det er vigtigt, at patienterne bliver *"puttet i den rigtige kasse"*, som en overlæge formulerer det i undersøgelsen, og dermed sikres det rigtige og mest optimale forløb.

2.1.3 Hjerterområdet karakteristika (III): Tværsektorielt og multidisciplinært

Kompleksiteten på hjerterområdet handler ikke kun om overlappende sygdomme, glidende overgange mellem sygdommene og apparaturløse udrednings- og behandlingsforløb. Antallet af aktører, der er involveret i udredningen og behandlingen, spiller også ind. Udredning og behandling af hjertesygdom håndteres primært inden for kardiologien, men også andre specialer er involveret. Fx kræver udredning og behandling af hjerteklapsygdom primært involvering af kardiologer og kirurger og sekundært af radiologer og anæstesiologer. Det skaber behov for samarbejde på tværs af afdelinger og ofte også matrikler. KAG udføres på kardiologiske specialafdelinger, mens hjertekirurgien kun udføres på et af landets fire thoraxkirurgiske afdelinger. Hjerterområdet kræver også samarbejde på tværs af sektorer, fordi det oftest er fra almen praksis, at patienten henvises til videre udredning på hospitalet. Det er også den praktiserende læge, der på sigt skal følge op på patienten.

Samlet set gør mange af de kompleksitetsskabende faktorer sig – varierende grad – gældende for mange andre sygdomsområder, ikke mindst på kræftområdet hvor der også er indført pakker. Et sidste forhold, som er med til at komplicere billedet, handler netop om andre sygdomsområder, idet en af de væsentligste udfordringer for det specialiserede sundhedsvæsen er forekomsten af flere forskellige konkurrerende lidelser hos patienten. Set i forhold til hjerterområdet er der tale om såkaldt comorbiditet i forhold til hjertesygdom, hvilket er en væsentlig kompleksitetsskabende faktor.

2.2 Introduktion til hjertepakkeforløb

Som beskrevet i indledningen er følgende fire hjertesygdomme organiseret i pakkeforløb: UAP/NSTEMI³, SAP, hjerteklapsygdom og hjertesvigt⁴. Region Syddanmark har herudover indført et pakkeforløb for arytmi, der er implementeret medio 2009 (6).

Formålet med pakkeforløbene er at tilbyde patienterne et veltilrettelagt forløb med optimal udredning og behandling – herunder at forkorte det samlede forløb og dermed forbedre prognosen for patienterne. Pakkeforløbene på hjerterområdet dækker såkaldte ikke-akutte livstruende hjertesygdomme, idet patienter med akutte livstruende hjertesygdomme allerede behandles akut (2), fx endocarditis og STEMI.

2.2.1 Trin i et pakkeforløb: Indgang, udredning, behandling og afslutning

Pakkerne har fire trin, der er fælles for alle fire pakkeforløb:

1. Indgang til et pakkeforløb (henvisning og visitation)
2. Udredning (diagnostik)
3. Behandling
4. Afslutning på et pakkeforløb (kontrol og rehabilitering).

Indgang til et pakkeforløb sker via henvisning på baggrund af *begrundet mistanke* om hjertesygdom baseret på specifikke kriterier, der skal være opfyldt, for at patienten kan indgå i et pakkeforløb (3). I pakkeforløbene for SAP, hjerteklapsygdom og hjertesvigt er

³ Også kaldet AKS-pakken af flere sundhedsfaglige i undersøgelsen.

⁴ Også kaldet hjeriteinsufficiens.

det oftest patientens praktiserende læge, der henviser til pakkeforløbet. Pakkeforløbet for UAP og NSTEMI adskiller sig fra de andre pakkeforløb ved, at patienten oftest henvises akut via alarmopkald eller fra anden afdeling på sygehuset. Patienten indtræder først i pakkeforløbet, efter den indledende akutte fase er overstået, og patienten er stabiliseret (7). Desuden er kriterierne for *begrundet mistanke* ved NSTEMI/UAP baseret på EKG-forandringer og/eller forhøjede biomarkører, hvorimod de andre pakkeforløb kræver en bredere udredning, inden patienten inkluderes i pakkeforløbet (8).

Udredningen er en helhedsvurdering af patienten, der både involverer samtale med patienten om sygdomsforløbet og en række diagnostiske undersøgelser. Her beskrives de mest anvendte diagnostiske procedurer. Udredning opdeles i en primær og sekundær fase og beskriver de forskellige undersøgelser i det enkelte pakkeforløb, som patienten skal gennemgå, før den begrundede mistanke af- eller bekræftes, og inden der eventuelt stilles en diagnose. Der er stor forskel på, hvor ressourcetunge de enkelte undersøgelsestyper er. Den primære udredning inkluderer for alle pakkeforløbene et EKG (elektrokardiogram) og en ekkokardiografiundersøgelse (EKKO). En EKKO-undersøgelse er en ultralydsundersøgelse af hjertet og kan udføres af en specialuddannet sygeplejerske eller en speciallæge. Undersøgelsen varer ca. 45 min. Hvis hjertesygdom ikke kan afkræftes efter den primære udredning, påbegyndes den sekundære udredning, som er afhængig af, hvilken sygdom man mistænker, og hvor "typiske" symptomerne er. Undersøgelserne kan indbefatte hjerte-CT eller KAG (koronararteriografi). En KAG-undersøgelse er en røntgenundersøgelse af hjertet og foregår under indlæggelse. Patienten undersøges via en pulsåre i lysken, hvor der føres katetre op til hjertets kranspulsårer. Undersøgelsen udføres af en speciallæge, og der er samtidig to sygeplejersker tilstede. Selve undersøgelsen varer ca. en halv time, men patienten er indlagt fra morgen til eftermiddag pga. af eventuelle blødninger fra lysken. En hjerte-CT er en billedfremstilling af hjertets blodårer. Undersøgelsen udføres af en kardiolog, radiolog, radiograf og en sygeplejerske, og selve undersøgelsen varer 30 min., mens det indledende og efterfølgende forløb samlet varer 2 timer.

Udredningen af arytmier kan strække sig over lang tid, fordi hjerterytmen skal monitoreres over en periode, for at de periodiske rytmeforstyrrelser kan indfanges. Nogle gange kan udredningen vare flere måneder, med mindre man fra starten "fanger" arytmi på et EKG.

I bilag 3 (s. 76) ses flowchart for alle fire hjertepakker vist separat. Men for at skabe et samlet overblik over pakkernes undersøgelses- og behandlingstyper, er de vist herunder.

Tabel 1: Oversigt over undersøgelses- og behandlingstyper for hjertepakker.

		UAP/NSTEMI	SAP	Hjerteklap**	Hjertesvigt**
Henvisning (med be- grundet mistanke)	Anamnese	X*	X	X	
	Risikoprofil (for IHS)		X		
	Objektivundersøgelse (BMI, blodtryk, abdominalomfang)	X*	X		
	Lungefunktionsundersøgelse			X	
	Blodprøver/biomarkører/biokemi	X*	X	X	
	EKG	X*	X	X	
Primær udredning	EKKO	X*	X	X	
	Røntgen af thorax	(x)*			
Sekundær udredning	KAG	X	X	X	X
	Hjerte-CT		X		(x)
Behandling	Medicinsk	X	X		X
	Forløb i hjertesvigtssklinik				X
	Ballonbehandling	X	X		(x)
	Bypass operation	X	X		(x)
	Klap operation			X	
	Avanceret pacemaker				X

Tabeltekst: Tabellen viser, hvilke undersøgelser og behandlingstyper de forskellige hjertesygdomme i pakkeforløb indebærer – defineret som "hovedgrupper af kliniske behandlingsforløb" i forløbsbeskrivelserne fra Sundhedsstyrelsen. Et kryds indikerer, at den pågældende hjertesygdom involverer de(n) pågældende undersøgelse(r)/behandling(er). Oversigten er kort, og praksis rummer mange undtagelser og tilføjelser.

Kilder: *Pakkeforløb for stabil angina pectoris, pakkeforløb for hjerteklapsygdom og hjertesvigt og pakkeforløb for UAP/NSTEMI* (3,7,9).

Note: * Bemærk at for UAP/NSTEMI starter forløbet oftest som en akut indlæggelse og ikke hos almen praksis. Denne akutte del af er derfor udenfor pakkeforløbet. Det er først, når den akutte udredningsfase er overstået, at pakkeforløbet starter.

Note:** Pakkeforløbene for hjerteklap og hjertesvigt er ens, indtil den primære udredning er afsluttet.

Hvor grænserne mellem henvisningsgrundlaget og den primære udredning går, er ikke lige skarpt optegnet for alle pakkeforløbsbeskrivelser. I det følgende gives eksempler på, hvordan grænsen mellem de to faser trækkes i pakkebeskrivelserne. For hjerte-klap/hjertesvigt-pakken lyder beskrivelsen: *"Der skal foreligge svar på EKG, lungefunktionsundersøgelse og blodprøver, når patienten møder til den primære udredning i pakkeforløbet"* (3).

Men for SAP lyder beskrivelsen derimod:

"Patienterne skal ved *mistanke* ikke henvises til pakkeforløb, men udredes yderligere. (...) Ved *mistanke* om SAP kan almen praksis enten påbegynde og selv forestå yderligere udredning eller henvise til kardiologisk forundersøgelse (på hospital el. hos speciallæge)." (9)

Udredningen består af de "basale undersøgelser", som er listet i skemaet i tabel 1, samt ekko og evt. supplerende undersøgelse (arbejdstest, myokardieskintigrafi og hjerte-CT). Først herefter foreligger en evt. begrundet mistanke:

"Ved begrundet mistanke visiteres patienten til pakkeforløb. Udredningen kan omfatte enten 1) direkte henvisning til KAG (...) og basale undersøgelser i det omfang, disse ikke foreligger på henvisningstidspunktet (fx ekkokardiografi), eller 2) kardiologisk forundersøgelse omfat-

tende basale undersøgelser (i det omfang disse ikke foreligger på henvisningstidspunktet) inkl. ekkokardiografi og efterfølgende supplerende diagnostiske undersøgelser (arbejdsEKG, myokardieskintigrafi, hjerte-CT).” (9)

Beskrivelsen af SAP tager således højde for, at de basale undersøgelser i et vist omfang ikke foreligger på henvisningstidspunktet, og beskrivelsen peger på, at almen praksis kan henvise til kardiologisk forundersøgelse i stedet for selv at foretage yderligere udredning efter konstatering af mistanke om SAP.

Grænserne mellem faserne er således mere flydende, end skemaet antyder, og dette gør sig særligt gældende for skellet mellem mistanke, henvisning (på baggrund af *begrundet* mistanke) og den primære udredning.

For de patienter, der evt. skal opereres, afsluttes udredningsforløbet med en *multidisciplinær hjertekonference*, hvor forskellige specialister deltager, oftest en kardiolog, en thoraxkirurg og evt. også en anæstesiolog. Hjertekonferencen sikrer, at beslutningen om behandlingsvalget sker på et multidisciplinært grundlag. Det er primært patienter med hjerteklapsygdom eller UAP/NSTEMI, hvor operation er relevant, og som derfor diskuteres på hjertekonferencerne. Det er fx sjældent, at patienter med hjertesvigt diskuteres på hjertekonferencerne, fordi behandlingen for denne hjertesygdom oftest vil være medicinsk og derfor ikke kræver en multidisciplinær conference.

Behandling omfatter de forskellige behandlingstyper inden for hvert pakkeforløb – medicinske såvel som kirurgiske.

Hvis udredningsforløbet viser, at patienten har enten akut eller kronisk iskæmisk hjertesygdom behandles patienten alt efter alvorlighed enten med medicin, med ballonudvidelse af de tilstoppede kar eller med bypassoperation, der er et kirurgisk indgreb, hvor en blodåre fra fx benet indsættes i stedet for den forkalkede åre, som således ”bypasses”.

Behandlingen af svær hjerteklapsygdom er altid kirurgisk, hvor den beskadigede hjerteklap udskiftes eller repareres. Hvis der er tale om mildere klapsygdom følges patienten med regelmæssige ekkokardiografiske kontroller, men udgår af pakkeforløb.

Behandlingen af hjertheinsufficiens afhænger af den tilgrundliggende årsag. Den indledende behandling foregår på hospitalernes hjertesvigt-klinikker, hvor patienten behandles medicinsk, får undervisning og udredes videre evt. med en KAG.

Behandlingen af arytmi afhænger af, hvor alvorlig arytmi er og kan være medicin, stødbehandling, en pacemaker⁵, en ICD⁶, eller kateterablation⁷.

Afslutning på pakkeforløbet handler om, hvilken form for kontrol og rehabilitering patienten skal tilbydes. Rehabiliteringsforløbet er opdelt i tre faser, hvor den indledende foregår som en del af patientens indlæggelse, den anden foregår på et hjerterehabiliteringsafsnit kort tid efter udskrivelse og består af efterbehandling, fysisk genoptræning, kostvejledning, rygestopkurser etc. og varer 8-12 uger. En del af dette forløb ligger i pri-

⁵ En pacemaker udsender elektriske impulser, der stimulerer hjertet, hvis hjerterytmen er for langsom.

⁶ Hvis hjerterytmen er for langsom el. hurtig, får patienten en ICD, der ligesom en pacemaker udsender elektriske impulser ved unormal hjerterytme eller giver et stød, hvis hjertet ”flimrer” eller slår alt for hurtigt.

⁷ Kateterablation er overbrænding af de elektriske ledningsvejeårer i hjertet, der forårsager visse arytmier.

mærsektoren i kommunerne. Den tredje fase er varig opfølgning med kontrol af risikofaktorer, symptomer, medicin og vedligeholdelse af livsstilsændringer, oftest via egen læge.

2.2.2 Forløbstider i pakkeforløb

Forløbstiderne afhænger af, hvilket pakkeforløb der er tale om, og er gengivet i nedenstående tabel 2. Da patienter med UAP/NSTEMI indlægges akut (og evt. henvises fra andre hospitaler), er forløbstiderne defineret anderledes og derfor beskrevet separat efter de andre pakker. Her henvises patienterne primært fra almen praksis og møder ambulant.

Tabel 2: Oversigt over forløbstider for hjertepakker

	Fra henvisning modtages til første fremmøde på udredende afdeling	Fra første fremmøde på primær udredning til afslutning på primær udredning	Fra start på sekundær udredning til start på behandling/operation	Fra udskrivelse til start på rehabiliteringsforløb
SAP	7 hverdage	15-18 hverdage plus evt. yderligere 5 hverdage	10 hverdage	1-2 uger
Hjerteklap	7 hverdage	7 hverdage	14 hverdage	1-2 uger
Hjertesvigt	7 hverdage	7 hverdage	Individuel vurdering	1-2 uger
	Fra modtagelsestidspunkt på hospitalet til start på udredningsforløb	Fra begrundet mistanke og henvisning modtaget til start på behandling	Fra stillet diagnose til behandling	Fra udskrivelse til start på rehabiliteringsforløb
UAP/NSTEMI	< 24 timer	Indenfor 3 kalenderdage fra indlæggelsesdatoen	7 kalenderdage	1-2 uger

Tabeltekst: Tabellen viser forløbstider for hjertesygdomme i pakkeforløb.

Kilder: *Pakkeforløb for stabil angina pectoris, pakkeforløb for hjerteklapsygdom og hjertesvigt og pakkeforløb for UAP/NSTEMI* (3,7,9).

2.2.3 Hvor mange patienter gennemfører et pakkeforløb?

Antallet af patienter, der gennemfører et pakkeforløb, findes der ikke præcise tal for.

Tabel 3 viser Sundhedsstyrelsens seneste opgørelse over udviklingen i antallet af *patientforløb* fra 2008-2010 for hver af de fire sygdomme, der findes nationale pakkeforløb for.

Tabel 3: Antal patientforløb pr. år fordelt på sygdomsområder (2008-2010)

	Antal patientforløb pr. år i perioden 2008 - første halvår 2011			
	2008	2009	2010	1. halvår 2011*
SAP	17.665	21.542	24.095	13.387
Hjerteklapsygdom	6.128	8.325	9.917	5.429
Hjertesvigt	5.312	6.459	6.793	3.463
UAP/NSTEMI	5.093	4.892	5.001	2.370
I alt	34.198	41.218	45.806	

Tabeltekst: Tabellen viser antallet af patientforløb pr. år i årene 2008 - første halvår 2011 for hjertesygdomme i pakkeforløb. Bemærk at *patientforløb* ikke kan sidestilles med *pakkeforløb* (jf. afsnit 2.2.3).

Kilde: Monitorering af hjerteområdet: Antal patientforløb og tid i forløb. 1. halvår 2008 - 2. halvår 2010 (10) samt Monitorering af hjerteområdet: Antal patientforløb og tid i forløb. 1. halvår 2008 - 1. halvår 2011.

* Bemærk at halvårlige tal ikke kan sammenlignes med årlige tal i tabellen. Monitoreringerne konkluderer, at antallet af forløb for SAP og Hjerteklap er *steget gradvist* fra 2008 - 1. halvår 2011, at antallet *med nogen variation er steget* for hjertesvigt, mens antallet af forløb med UAP/NSTEMI er *stort set uændret*.

Patientforløb er ikke direkte sammenlignelige med pakkeforløb, fordi et patientforløb beskriver et forløb, hvor patienten *både* er udredt og diagnosticeret. Årsagen er, at monitoreringen er baseret på data fra landspatientregisteret, hvor det ikke er muligt at identificere pakkeforløb særskilt.

Hvad monitoreringen dog kan vise er, at antallet af *patientforløb* i perioden 2008-2010 er uændret for UAP/NSTEMI, mens der ses en stigning i antallet af patientforløb med hjertesvigt (+ 28 %), hjerteklapsygdom (+ 62 %) og SAP (+ 36 %) i perioden. Antallet af patientforløb for de tilstande, hvor den indledende udredning er akut (UAP/NSTEMI), er således stabil, mens aktiviteten er stigende for de andre områder (10).

Samlet set var der i 2008 ca. 34.000 *patientforløb* inden for de fire områder, hvor der er indført pakkeforløb, mens der i 2010 var ca. 11.500 flere (+ 34 %).

2.2.4 Hvor mange visiteres til et pakkeforløb?

Der findes ingen opgørelser over, hvor mange der *visiteres* til et pakkeforløb. Dog beskriver Sundhedsstyrelsen i forløbsbeskrivelserne for pakkeforløbene, at det forventes, at ca. 15.000 patienter vil blive henvist til et pakkeforløb for hjerteklapsygdom eller hjertesvigt (3). For SAP vurderes det, at ca. 30.000 patienter hvert år indtræder i et pakkeforløb (9). 30.000 indlægges årligt med mistanke om UAP/NSTEMI (7).

En stor del af de visiterede patienter udgår i løbet af udredningsforløbet af pakkeforløbet, fordi de ikke er (tilstrækkeligt) hjertesygge til at begrunde fortsat udredning og behandling, og disse patienter er derfor ikke med i Sundhedsstyrelsens monitorering.

Sundhedsstyrelsens monitorering kan derfor ikke vise den faktiske udvikling i antallet af indledende diagnostiske undersøgelser som fx ekkoundersøgelser, fordi monitoreringen ikke inkluderer de patienter, der udgår undervejs. Da der visiteres flere patienter til et pakkeforløb, end der diagnosticeres, må det formodes, at antallet af visiterede, der får primær diagnostik (i et eller andet omfang), er vokset mere end 34 %.

2.2.5 Hvor mange hjertepatienter er uden for pakkeforløb?

Som det er fremgået, dækker pakkeforløbene på hjerteområdet ikke alle hjertesygdomme. Flere informanter fremhæver dette som en væsentlig forskel mellem hjerte- og kræftpakkerne og som en mulig medvirkende årsag til, at det har været svært at implementere hjertepakkerne i almen praksis: Det er ikke på samme måde entydigt, at hjertesygdom betyder hjertepakke, mens det er langt mere entydigt på kræftområdet, er argumentet fra flere praksiskonsulenter. Derfor er det nyttigt at vide, i hvilket omfang hjertepakkerne dækker hjerteområdet, og dermed hvor mange der er uden for pakkeforløb på hjerteområdet.

Der findes ikke præcise opgørelser over, hvor stor denne patientgruppe er. Incidensen (antallet af nye tilfælde pr. år) af hjertesygdomme, der *ikke* er i pakkeforløb, er for arytmi over 20.000⁸ tilfælde pr. år (Hjerteforeningen (11)), mens det estimeres, at incidensen

⁸ Incidensen er angivet for forkammerflimren og dækker således ikke alle former for arytmi. Dog er forkammerflimren ifølge Hjerteforeningen den arytmiiske tilstand, der udgør den største patientgruppe inden for arytmi diagnoserne. Både incidensen og prævalens af atrieflimren er højere end for de andre arytmi diagnoser.

for endocarditis og medfødt hjertefejl er væsentligt mindre, henholdsvis 500 og 600 tilfælde om året (12)⁹.

Der er en del usikkerheder og ufuldstændigheder knyttet til disse estimater, men de tegner overordnet set det billede, at det eneste store sygdomsområde uden for nationale pakkeforløb er arytmi. Det er også det eneste sygdomsområde, hvor en diagnosespecifik pakke findes, nemlig i Region Syddanmark.

2.2.6 Opsamling: Introduktion til hjertepakkeforløb

Der findes ingen præcise tal og samlede opgørelser, der nøjagtigt kan beskrive, hvor mange patienter der visiteres til et pakkeforløb, og hvor mange patienter der gennemfører et pakkeforløb. Derfor skal man være både forsigtig og præcis med, hvilke konklusioner der kan drages på baggrund af de forskellige opgørelser – da de alle er ufuldstændige i forhold til at sige noget specifikt om udviklingen i antallet af pakkeforløb – påbegyndte såvel som gennemførte. Tal fra henholdsvis pakkeforløbsbeskrivelserne og Sundhedsstyrelsens monitorering viser, at det forventes, at langt flere patienter vil blive visiteret til et pakkeforløb, end der gennemfører. Sundhedsstyrelsens monitorering viser, at antallet af patientforløb for SAP, hjerteklapsygdom og hjertesvigt er stigende, mens antallet af patientforløb for UAP/NSTEMI er stabilt. Den samlede stigning fra 2008-2010 i antallet af patientforløb er 34 %.

Incidensopgørelser for de sygdomsområder, der er uden for pakkeforløb, viser, at arytmi er det eneste større sygdomsområde uden pakkeforløb, da de andre områder (endocarditis og medfødt hjertefejl) uden for pakkeforløb til sammenligning er små områder.

⁹ Estimaterne er baseret på tal fra Hjerterforeningen, og for arytmi dækker tallet kun incidente tilfælde hos personer over 35 år, og et tilfælde af hjertesygdom er kun medregnet, hvis patienten ikke har haft samme hjertesygdom inden for de seneste 20 år (11). Tallene er derfor hverken sammenlignelige med tal for antallet af patienter, der forventes at blive visiteret til et pakkeforløb, eller antallet af patientforløb.

3 Pakkernes konsekvenser for henvisning og visitation

Dette kapitel omhandler første trin i pakkeforløbet: *Henvisning* til hjerteudredning evt. i pakkeforløb, hvilket sker i almen praksis, samt den endelige *visitation* til pakkeforløb eller anden udredning, hvilket sker på hospitalet. Kapitlet analyserer, hvilke konsekvenser pakkerne har for henvisning og visitation i hhv. almen praksis og på hospitalerne. Kapitlet omhandler henvisningen til de tre pakkeforløb, der starter i almen praksis, og medvirker således til at besvare spørgsmålet om, hvilke konsekvenser pakkeforløbene har for indgangen til hjerteudredning, såvel henvisning i almen praksis som visitation på hospitalerne?

Afsnit 3.1 omhandler hjertepakkenes rolle i almen praksis set i forhold til den samlede opgaveportefølje hos de praktiserende læger, da dette er en væsentlig forudsætning for at forstå almen praksis' perspektiv på hjertepakkerne. Selve konsekvenserne analyseres i afsnit 3.2 om almen praksis' rolle i relation til indgangen til et pakkeforløb, mens hospitalslægerens visitation af henvisningerne behandles i afsnit 3.3. Afsnit 3.4 fokuserer på selve implementeringen af hjertepakkerne i almen praksis. Informanternes vurdering af hjertepakkenes konsekvenser for antallet af henvisninger og dermed aktiviteten på området præsenteres i afsnit 3.5. Kapitlet afsluttes med en opsamling (afsnit 3.6).

3.1 Hjertepakkenes rolle i almen praksis

For at forstå almen praksis' perspektiv på hjertepakkerne er det væsentligt at vide, hvor meget – eller rettere hvor lidt – hjertepakkerne fylder i almen praksis. Selvom der ikke findes præcise opgørelser over, hvor mange henvisninger der foretages til pakkeforløb, peger beregninger på, at den enkelte praktiserende læge i gennemsnit henviser en patient til hjerteudredning ca. én gang om måneden¹⁰. I tråd hermed vurderer de medvirkende praksiskonsulenter, at de henviser mellem 4 og 10 patienter om året til et pakkeforløb. Hjertepakkerne udgør således en meget lille del af opgaverne i almen praksis, og de praktiserende lægers perspektiv på pakkerne bør ses i dette lys. En praksiskonsulent formulerer det således:

”Jeg vil bare lige sætte det i relief: Der er jo forskellige pakker, og så får man en ny pakke for en ny ting. Men min dagligdag er jo ikke kun hjertepatienter. Jeg sidder med 200 andre sygdomme eller måske 20 andre pakker, som har nogle helt andre krav til henvisning eller nogle andre ting, der skal være med. Så hele tiden har du jo det der med, at du skal nå at følge op på pakkerne plus alle dem, der er derudover, som ikke er i pakkeforløb. Jeg tror, hver gang man laver de her pakkeforløb, så tror man, når man udvikler dem, at: ”Det her, det er sørme det vigtigste”, men man glemmer, at vi i almen praksis også har en anden dagligdag.” (Praksiskonsulent)

¹⁰ Tallet er estimeret udelukkende med det formål at anskueliggøre omfanget af opgaverne i almen praksis. Estimaterne er foretaget på følgende måde: Der er i alt 3.595 alment praktiserende læger i Danmark (14), og der er i alt 40.805 *patientforløb* for hjertesvigt, hjerteklap og stabil angina pectoris pr. år (10). Det giver et gennemsnit på 11,4 henvisninger om året pr. læge. Da tallet afspejler antallet af patientforløb, dvs. forløb hvor patienten er blevet udredt med en relevant undersøgelse og efterfølgende diagnosticeret med en af de fire hjertesygdomme, som pakkeforløbene dækker, dækker det ikke over de patienter, der bliver henvist fra almen praksis, men som efter udredning ikke får stillet en diagnose. Samlet set foretages der derfor flere henvisninger til hjerteområdet, men hvor mange kan ikke siges præcist. I den anden retning trækker det faktum, at en ikke ubetydelig del af henvisningerne til pakker ikke sker i almen praksis, men foretages som omvisitationer på hospitalerne. Tallene er derfor usikre. Men pointen er udelukkende at illustrere, at data ser ud til at underbygge de fire praksiskonsulenters oplevelser af, at hjerteområdet fylder meget lidt i hverdagen i almen praksis.

Det har blandt andet den konsekvens, at selv en praksiskonsulent på hjerteområdet føler sig så lidt hjemme i hjertepakkerne, at han frem til interviewtidspunktet (i efteråret 2011) havde ringet til sin lokale hjerteafdeling, hver gang han skulle henvise til en hjertepakke, fordi han var usikker på, hvordan og hvad han skulle gøre.

Overlægerne i undersøgelsen er i langt overvejende grad både vidende om og forstående overfor almen praksis' rolle og situation og dermed også overfor, at "*hjertepakkerne drukner*" mellem de andre opgaver, som en overlæge formulerer det.

Selvom hjerteområdet og hjertepakkerne er fokus for denne undersøgelse, er det væsentligt at se analysen af almen praksis' rolle i lyset af den asymmetri, der er mellem almen praksis, hvor hjertepakkerne fylder meget lidt, og de kardiologiske afdelinger, hvor hjerteområdet fylder det hele.

3.2 Almen praksis' rolle i hjertepakkerne

Almen praksis' rolle i hjertepakkerne er primært at afklare, om der er tale om en *begrundet mistanke* for én af de tre hjertepakker, hvor almen praksis er indgangen (hjerteklap, hjertesvigt og SAP) og henvise disse patienter til en kardiologisk afdeling. Dette har i og for sig altid været almen praksis' rolle. Det nye består i, at der er opstillet mere specifikke kriterier for, hvad der udgør *begrundet mistanke* for hver enkelt hjertepakke. Pakkerne stiller desuden i varierende grad krav om, at den praktiserende læge sammen med henvisningen sender anamnese, oplysninger om comorbiditet samt resultater fra diagnostiske undersøgelser (se evt. *Tabel 1*, s. 13).

Der har været lokal variation i, hvordan henvisningspraksis var før hjertepakkerne, og derfor har de fire praksiskonsulenter ikke samme oplevelse af, hvor meget hjertepakkerne har ændret henvisningskriterierne. Men tre ud af fire praksiskonsulenter oplever, at henvisningskriterierne er blevet klarere, og at deres egne henvisninger er blevet "*mere strømlinede og standardiserede*" som følge af pakkerne, som en praksiskonsulent formulerer det. Et element i denne proces er, at der stilles højere krav til almen praksis i forbindelse med henvisning. En praksiskonsulent oplever det således:

"Det er en øget arbejdsbyrde, man [almen praksis] får, når man laver henvisninger. Tidligere kunne man godt skrive det, der faldt én ind. I forløbsbeskrivelsen står der nu, at der skal foreligge lungefunktion, EKG, væsketal og sådan noget. Der bliver lidt ekstra firkantede rammer for, hvad en henvisning skal indeholde. Der har før været videre rammer. Man skal have det hele med nu." (Praksiskonsulent)

Hjertepakkerne søger således at ændre indholdet af henvisningerne ved at stille mere eksplicitte diagnostiske krav til, hvad der udgør en *begrundet mistanke*, og dermed sikre mere ensartede såvel som mere begrundede henvisninger.

3.2.1 Standardisering af henvisningsindholdet

Både i interviewundersøgelsen og i spørgeskemaets fritekst del peger mange overlæger på, at indholdet i henvisningerne fra almen praksis generelt ikke lever op til pakkebeskrivelsernes krav til henvisninger. På alle hospitalerne opleves det som en stor udfordring at få implementeret de nye henvisningskriterier i almen praksis. Overlægerne efterlyser generelt bedre henvisninger, der indeholder de beskrevne data i de forskellige lokale fortolkninger af *begrundet mistanke*. En overlæge beskriver situationen således:

"Der er en vejledning i, hvordan man skal udfylde en henvisning, og hvilke elementer der skal være til stede i sådan en henvisning, og det kan man roligt sige, at det er de ikke. Der mangler tit mange oplysninger." (Overlæge)

I spørgeskemaet peger afdelingerne på, "at de praktiserende læger i vid udstrækning ikke følger de udmeldte kriterier for hjertepakkerne", hvilket medfører, at "man bruger meget tid på at visitere henvisninger, fordi der ikke anvendes en standardiseret henvisningsblanket, når praktiserende læger henviser en patient", som en anden afdeling påpeger det.

3.2.2 Standardisering af henvisningsformen

Som led i implementeringen af de nye henvisningskriterier har man flere steder forsøgt at skabe en højere grad af standardisering af henvisningsformen. Tidligere kunne praktiserende læger sende en henvisning til en hospitalsafdeling formuleret som håndskrevet fri tekst. Overalt er der sket en bevægelse væk fra dette – ikke bare på det kardiologiske område. Langt de fleste henviser i dag elektronisk via EDIFACT¹¹. Men overlæger på to af fire matrikler beskriver, at de stadig modtager håndskrevne henvisninger via fax. Det gør det meget fleksibelt for almen praksis, at de kan vælge den henvisningsform, der passer den enkelte praktiserende læge bedst. Men det skaber udfordringer for hospitalerne, at data i henvisningerne er ustrukturerede, og at de er i "*prosaform*", som en overlæge formulerer det. En overlæge forklarer her, hvad det betyder for de modtagende afdelinger:

"Det tunge ved pakkerne er, at henvisningerne kommer u-monitoreret flyvende med gode gamle fax eller hvad man nu finder på at sende dem med." (Overlæge)

Det giver blandt andet dobbeltarbejde, når data fra henviser – det være sig enten almen praksis eller et andet hospital – skal overføres til det modtagende hospitals edb-system. Overlægen forklarer, at der er en række grunddata, som både den første og den anden læge, der ser patienten, har behov for. Og ifølge overlægen vil det spare tid, hvis de data lå i ét system, og han vurderer derfor, at "*der er et kolossalt ressourcespild i det her system*". På hans afdeling har de ansat et studenterhold til at "*parallelforskyde*" data i form af oplysninger fra den henvisende læge eller det henvisende hospital til hospitalets eget elektroniske system. Denne problematik er ikke direkte relateret til overgangen til pakkeforløb, men er generel i forhold til deling og sikring af data i forbindelse med sektorovergange.

Flere overlæger peger på, at de nuværende henvisningsprocedurer skaber udfordringer for de forskellige monitoreringssystemer – både lokalt og nationalt – og at det er væsentligt for afdelingerne, som måles på overholdelsen af forløbstiderne, at det monitoreres langt mere entydigt, hvornår henvisningerne er sendt, hvornår de modtages, og hvornår de bliver visiteret.

3.2.3 Forsøg på standardisering af indholdet via standardisering af formen

Udfordringerne med henvisningerne fylder relativt meget for overlægerne, og de peger på flere typer af løsningsforslag, blandt andet en mere standardiseret og styret henvisningspraksis hvor fx en elektronisk skabelon kan guide den praktiserende læge og medvirke til at sikre alle oplysninger, hvis patienten skal i pakkeforløb. En overlæge sammenligner det

¹¹ Electronic Data Interchange. En elektronisk udveksling af data.

at henvise en patient til en hjertepakke med at bestille en vare på internettet: Bestemte data *skal* testes ind, for at bestillingen går igennem. Tanken er både, at det gør det mindre kompliceret, fordi en elektronisk skabelon selv beder om den information, der skal bruges, og samtidig også sikrer bedre henvisninger og mindre parallelforskydning af data. Flere overlæger – men også en enkelt praksiskonsulent – ønsker sig en form for elektronisk skabelon, hvor data skal indtastes som forudsætning for en pakkehenvi-
sing. En praksiskonsulent peger på de fordele, han ser ved en mere styrende elektronisk skabelon for henvisning:

”Så er det nemmere fra afdelingens side at gå ind og se, hvilke punkter der er udfyldt. Men samtidig skal der også være plads til, at henvisningen bliver taget, selvom der et enkelt felt, der ikke er udfyldt.” (Praksiskonsulent)

De læger, som er fortalere for elektroniske skabeloner til henvisning, vurderer, at det vil reducere tidsforbruget til den efterfølgende speciallægevisitation på hospitalerne og højere kvaliteten af visitationen – men det er uklart, hvad det vil betyde for den praktiserende læges tidsforbrug. En afdeling peger således selv på, at: *”Nogle praktiserende kolleger mener, at det bare flytter arbejde fra sygehuset til almen praksis.”*

I et forsøg på at ensrette indholdet af henvisninger har en afdeling udarbejdet et henvisningsskema, som der er lagt på afdelingens hjemmeside. Det var meningen, at de praktiserende læger skulle udfylde det ved henvisning af patienter. Men ifølge både informanterne på afdelingen og den lokale praksiskonsulent bruges det ikke af de praktiserende læger. Praksiskonsulenten mener, det er et problem, at hver afdeling vil have et særligt skema, som de vil have almen praksis til at udfylde ved henvisning af patienter. Det besværliggør arbejdet i almen praksis at skulle ind på forskellige afdelingers hjemmeside og finde frem til forskellige skemaer, hver gang de skal henvise en patient.

Praksiskonsulenterne oplever, at det er en generel holdning blandt deres kollegaer, at de ikke vil have skemaer, som de skal udfylde og sende ind, fordi det er for besværligt og derfor tager for meget tid. En del af udfordringen i relation til standardisering af henvisningspraksis handler således om det rent praktiske i, at praktiserende læger skal bruge tid på at finde frem til særlige skemaer, instruktioner, kriterier mv. Den meget beskedne rolle, som hjertepakkerne spiller i almen praksis, er en af de væsentligste årsager til, at de praktiserende læger ikke er særlig motiverede for at ændre deres henvisningspraksis på hjerteområdet:

”Det her med at hver eneste afdeling vil have deres eget skema, vi skal udfylde, og så skal vi ind og finde det på en hjemmeside, det passer ikke ind i en hverdag i almen praksis. Vi kan ikke finde rundt i 100 skemaer. Det kan ikke administreres.” (Praksiskonsulent)

En anden praksiskonsulent oplever, at det er svært at få budskabet om pakkerne ud i almen praksis, og at pakkerne derfor ikke har ændret på henvisningsvanerne i almen praksis, efter hans opfattelse. Han påpeger, at det er væsentligt, at henvisningsprocessen bliver lettere i almen praksis, hvis der skal findes en løsning.

Det skal understreges, at udfordringerne i relation til henvisningerne ifølge informanterne vedrører mange – men ikke alle – praktiserende læger. De fire deltagende praksiskonsulenter på hjerteområdet er som beskrevet på ingen måde repræsentative for problemstillingerne, om end de kender deres kollegaer og deres argumenter. Noget af det handler ifølge

praksiskonsulenterne om vilje og prioritering, noget andet om vaner og rutiner. Praksiskonsulenterne ser generelt meget positivt på pakkerne. Og selvom de skal lave lidt mere udredningsarbejde, skrive mere standardiserede henvisninger, finde frem til beskrivelser af henvisningskriterier på hjemmesider mv., så peger de på, at det fx er "*nemmere, fordi man ved, hvad man skal skrive*", og de oplever generelt ikke, at henvisning er "*blevet tungere og sværere af den grund*". En praksiskonsulent oplever faktisk, at han skal lave *mindre* diagnostik efter hjertepakkerne, fordi han tidligere selv sendte patienter til ekkokardiografi på et laboratorium og således kom væsentligt længere i sin udredning, inden han evt. henviste patienterne til kardiologerne, ud fra devisen:

"Jeg prøver at udrede så meget som muligt, jeg selv kan. Jeg har sådan grundlæggende en tanke om, at jeg skal gøre så meget, jeg kan, før jeg sender patienten på sygehus. Jeg vil prøve at skåne sygehusene til de alvorligt syge. Dem vi virkelig ikke kan komme videre med her i praksis. Men det er sådan min grundholdning. Sådan en hjertepakke som den her, den har jo gjort det lidt lettere for mig at give videre." (Praksiskonsulent)

Spredningen i udrednings- og henvisningskvalitet i almen praksis er således ganske forventeligt meget stor, og praksiskonsulenterne er ikke gennemsnitlige, idet de i sagens natur er særligt interesserede i hjerteområdet.

Men på trods af hospitalernes oplevelse af mangelfulde henvisninger har alle hospitaler den holdning, at kvaliteten af henvisningerne ikke skal gå ud over patienterne – derfor er de "*large*", som en overlæge formulerer det, og tager henvisningerne, lige meget hvor mangelfulde nogle af dem er, og visiterer patienterne efter bedste evne.

Samlet set handler de udfordringer i relation til henvisning, som undersøgelsen peger på, om to relaterede aspekter:

1. **Henvisningernes indhold:** Hvor meget – eller hvor lidt – diagnostik skal foregå i almen praksis? Hvor meget arbejde skal en praktiserende læge lave for at kunne henvise en patient til en hjertepakke? Overlæger på alle de fire matrikler og i vid udstrækning i den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse peger på, at indholdet af henvisningerne fra almen praksis langt fra lever op til pakkeforløbsbeskrivelserne.
2. **Henvisningernes form:** I hvor høj grad skal henvisningssystemet være ensartet set fra den praktiserende læges skrivebord *eller* set fra hospitalernes perspektiv? Eller er det muligt i praksis at finde løsninger på det dilemma, så det ikke bliver et spørgsmål om enten/eller, men om at gøre formen lettere og mere ensartet for alle parter? (Informanterne peger på mulighederne for at sikre, at henvisning til alle afdelinger på et hospital eller i en region fungerer efter ensartede principper, ensartede skabeloner og med en éntydig og let adgang for almen praksis, samtidig med det sikres, at data kan overføres mellem forskellige systemer, så dobbeltarbejde med dataforskydning kan minimeres.)

Ifølge praksiskonsulenter såvel som hospitalsoverlæger er det generelt ikke lykkedes at ændre henvisningerne som tiltænkt i pakkeforløbsbeskrivelserne.

Generelt ønsker de sundhedsfaglige på hospitalerne mere ensartede og strukturerede henvisninger – både mht. indhold og form – mens de praktiserende læger gerne vil have ensartede henvisningsstrukturer til alle de afdelinger, de henviser til.

3.3 Fra henvisning i almen praksis til visitation på hospitalet

Alle henvisningerne – både fra almen praksis og fra andre læger, både til pakker og til anden udredning – går gennem den interne visitation på hospitalerne, hvor en kardiolog dagligt vurderer, hvem der skal i hvilke (pakke)forløb.

Speciallæger har også før pakkeforløb foretaget visitation af indkomne henvisninger. Det nye er ifølge overlægerne, at der nu konsekvent visiteres dagligt. Som en overlæge formulerer det: *"Nu er det blevet en lov. Der skal være tom skuffe hver dag"*. Speciallægevisitationen sker uanset, om den praktiserende læge har henvist til et pakkeforløb eller ej, som denne ledende overlæge forklarer:

"Vi tager henvisningerne, som de kommer, og så læser vi dem meget omhyggeligt. Så siger vi, at det her ligner meget en patient, som har fortjent et pakkeforløb. Så vi lader tvivlen komme patienterne til gode. Vi tager dem, vi selv mener, har tegn og symptomer, der svarer til et pakkeforløb. Ligegyldigt hvad den praktiserende læge skriver, så skal en speciallæge her på afdelingen se henvisningen." (Ledende overlæge)

Det betyder, at henvisningerne fra praktiserende læger fungerer som en form for prævisitation af patienterne. Også praksiskonsulenter, som kender området godt, oplever, at deres patienter omvisiteres til pakkeforløb, selvom de ikke havde sendt en henvisning til et pakkeforløb.

I interviewundersøgelsen er der kun fundet eksempler på, at speciallæger på afdelingerne omvisiterer fra almindelige henvisninger til pakkeforløb – der er således ikke fundet eksempler på det modsatte: At patienter henvist til pakkeforløb omvisiteres til almindelig forundersøgelse.

Til gengæld peger flere overlæger på, at det er hospitalets egne overlæger, der selv foretager størstedelen af visitationerne til pakkeforløbene. Ifølge de overlæger, der har berøring med visitationen, er det i de fleste tilfælde de visiterende overlæger, der ud fra henvisningens indhold vurderer, om der er tale om en patient, som bør komme i pakkeforløb. En visiterende overlæge anslår, at det kun er ca. 10 % af patienterne i pakkeforløb, som er henvist direkte fra almen praksis som pakkepatienter. Resten henvises af overlægerne selv via omvisitation af de øvrige almindelige henvisninger fra almen praksis.

Denne praksis omkring omvisitation er med til at forklare, hvorfor indholdet af henvisningerne er så vigtigt for mange af overlægerne, idet de bruger henvisningernes informationer som grundlag for omvisitation i et ikke ubetydeligt omfang.

3.4 Implementering af hjertepakker i almen praksis og praksiskonsulenternes rolle

Implementering af hjertepakker i almen praksis er i varierende grad sket som et lokalt samarbejde mellem den enkelte kardiologiske afdeling og deres praksiskonsulent. Praksiskonsulenterne er det formelle bindeled mellem den kardiologiske afdeling og almen praksis. Undersøgelsen viser, at praksiskonsulenterne har spillet meget forskellige roller i forbindelse med implementeringen: Nogle har været mere aktive, mens andre ikke har været involveret og ser hjertepakkerne og deres implementering som et hospitalsprojekt, som afdelingerne har ansvaret for.

En praksiskonsulent fortæller, at han ikke husker, at der har været særlige tiltag i forbindelse med implementeringen, men at han læste om hjertepakkerne i et månedligt elektronisk nyhedsbrev til almen praksis. Andre hospitaler har afholdt informationsmøder, hvor de har inviteret almen praksis og informeret om pakkerne. Deltagelse i møderne har været frivillig for almen praksis, og derfor er det ikke alle praktiserende læger, der har deltaget i møderne. Informationsmøderne er nogle steder fulgt op af information på hjemmesider for almen praksis. En praksiskonsulent fortæller, at vedkommende har holdt et indslag på et fællesmøde for almen praksis og skrevet mails til de andre praktiserende læger i kommunelavet. Vedkommende har således deltaget mere aktivt i implementeringen. Implementering af hjertepakkerne i almen praksis har således været præget af, at information om pakkerne er søgt spredt af de praksiskonsulenter og overlæger, som på eget initiativ har taget opgaven på sig. Men praksiskonsulenterne ser deres rolle forskelligt: Specifikt i forhold til implementeringen af pakkeforløb beskriver én praksiskonsulent sin rolle som værende *"at bibringe afdelingen noget viden om, hvordan virkeligheden er i almen praksis"*. En anden formulerer det således: *"Praksiskonsulentens opgave i forhold til pakkeforløb er at sikre, at de er relevante for almen praksis"*.

Der gives også eksempler på forskellige former for opfølgning på implementeringen, fx at afdelingen og praksiskonsulenten årligt gennemgår henvisningskriterierne med henblik på forbedring. Et andet sted planlægges audit også med det formål at forbedre henvisningerne. Dog havde ingen af matriklerne nogen form for systematisk feedback eller opfølgning til almen praksis omkring henvisningerne, manglende oplysninger eller henvisningernes kvalitet mere generelt. Den feedback, der er, sker som en dialog mellem praksiskonsulent og ledende overlæge på fastlagte møder. Hvad der kommer ud af den praksis, stiller flere overlæger sig tvivlende overfor. Såvel afdelingsledere som praksiskonsulenter beskriver generelt en god dialog mellem parterne, men som en overlæge formulerer det: *"De kan jo heller ikke ændre noget!"* Der er ingen direkte eller automatiske mekanismer eller strukturer, der bringer temaer, kritik eller løsningsforslag videre fra praksiskonsulenten til de praktiserende læger i lægelavet. Praksiskonsulenterne beskriver generelt deres rolle som *"bindeled mellem primær sektor og sekundær sektor"*. Men som én tilføjer:

"Når det så er sagt, så er det nok mest sekundær sektor, der bruger os. Min direkte kontakt til mine kollegaer er sparsom. Jeg går ikke aktivt ud og henvender mig til dem." (Praksiskonsulent)

Der er således tale om en relativt løst koblet struktur i relation til praksiskonsulenterne og deres kobling til såvel deres kollegaer som til hospitalsafdelingerne.

Praksiskonsulenternes rolle i relation til deres kollegaer kompliceres for nogles vedkommende af, at hospitaler med kort venteliste har patienter og dermed også henvisninger fra mange praktiserende læger, der ikke ligger i deres eget opgaveområde, og som derfor ikke er del af det kommunale lægelav, som praksiskonsulenten er tilknyttet. Særligt én praksiskonsulent oplevede denne udfordring:

"Mange af dem [praktiserende læger], der er problemer med, er heller ikke fra (hospitalets) optageområde. Jeg bliver altid overrasket hvert år, når vi laver audit, over, hvor mange der kommer andre steder fra." (Praksiskonsulent)

Flere praksiskonsulenter peger selv på, at de generelt ikke oplever, at pakkerne er slået igennem i almen praksis – i hvert fald ikke i samme grad som kræftpakkerne. Men derud-

over peger én på, at det også handler om tid: *"Implementering er noget, der skal løbes i gang, og så fungerer det bedre og bedre"*. En anden praksiskonsulent mener, at det handler om kultur: *"Praktiserende læger er en flok individualister. De er ikke sådan lige at ændre"*. Én peger på, at hjertepakkerne under implementeringen *"ikke er solgt godt nok"*. Og én peger på, at det er blevet gjort for kompliceret, og at *"hvis man skal lykkes med at implementere nogle ting, så skal man ikke gøre det for kompliceret"*.

Praksiskonsulenterne har således mange bud på, hvad årsagen til den manglende gennemslagskraft er, men deres rolle har alt i alt været relativt passiv i forbindelse med implementeringen i almen praksis. Da dette er fælles for de fire praksiskonsulenter, peger det på strukturen og rammerne omkring praksiskonsulentordningen generelt – og kan ikke fortolkes som en indirekte kritik af de medvirkende praksiskonsulenter.

Fælles for implementeringen af hjertepakkerne i almen praksis er, at de initiativer, der berettes om, alle er lokale og bundet op på den enkelte hjerteafdeling og den enkelte praksiskonsulent. Ingen informanter peger på regionale eller nationale initiativer vedrørende implementering i praksis. Det har været op til de enkelte afdelinger og praksiskonsulenter at tage initiativ til at implementere pakkerne og eventuelt følge op på dem.

Samlet set peger informanter i begge sektorer – i såvel interviews som spørgeskemaer – på forholdsvis store problemer i relation til pakkernes gennemslagskraft i netop almen praksis. Det tyder på, at selve implementeringsindsatsen – og dermed den meget decentrale og ikke klart definerede struktur omkring den – ikke har haft tilstrækkelig gennemslagskraft til at løfte den opgave. Det har i høj grad været op til den enkelte ledende overlæge og den enkelte praksiskonsulent – herunder dennes kommunikation med det øvrige lægelaug. Analysen viser, at de enkelte individer ser deres rolle og opgaver – eller mangel på samme – i forbindelse med implementeringen af pakkeforløb meget forskelligt.

Henvisningernes kvalitet og antal er helt afgørende for at kunne styre produktionen og kvaliteten af visitationen på hospitalerne. Det gælder ikke blot i relation til pakkeforløb, men i relation til et hvilket som helst sygdomsområde. Henvisningerne er grundlaget for at sikre, at de rette patienter får den rette udredning og behandling til rette tid. Udfordringerne bliver imidlertid særligt store, når der er knyttet tidsfrister til udredning for bestemte sygdomme. Derfor er det et meget væsentligt tema i forbindelse med pakkeforløb generelt, at det er muligt at sikre implementeringen af henvisningskriterier til patientforløb nogenlunde ensartet og konsekvent hos de henvisende læger – hvilket i mange tilfælde er almen praksis. Denne undersøgelse tyder på, at dette endnu ikke er lykkedes i forhold til hjertepakker, og de medvirkende praksiskonsulenter peger i analysen på flere mulige årsager. Dermed rejser analysen spørgsmålstegn ved, om praksiskonsulentordningen i dens nuværende form, er egnet som løftestang for denne type implementeringsprojekter – eller om det kræver en anden eller revideret form for struktur og opgavefordeling at sikre en bedre implementering i almen praksis, når der laves nationale indsatser som fx hjertepakker, hvor almen praksis' rolle som gatekeepere ved indgangen til forløbene er afgørende for indsatsernes succes.

3.5 Pakkernes konsekvenser for antallet af henvisninger

Som beskrevet indledningsvist er hensigten med pakkeforløbene at forkorte forløbstiderne, så patienterne kommer *hurtigere* igennem (2). Det har ikke været formålet, at få *flere* patienter igennem, men nogle informanter oplever alligevel, at antallet af henvisninger er steget i større eller mindre omfang.

Kapitel 2 beskrev bl.a. Sundhedsstyrelsens monitorering af hjerteområdet, og de udfordringer der er relateret til at skille *patientforløb* fra *pakkeforløb*¹². Med forbehold for forskellene mellem *patientforløb* og *pakkeforløb* viser monitoreringen, at den samlede aktivitet på området er steget kraftigt indenfor alle pakkediagnoser, bortset fra UAP/NSTEMI (se evt. Tabel 3: Antal patientforløb pr. år fordelt på sygdomsområder (2008-2010), s. 15).

For at supplere disse tal har vi i undersøgelsens spørgeskema til afdelingerne spurgt, hvorvidt "*pakkeforløb har medført en stigning i antallet af henvisninger til de fire sygdomsområder, som pakkerne dækker*". Godt halvdelen (47 %) svarer *ja*, 39 % svarer *nej*, mens 14 % svarer *ved ikke*. Det skal understreges, at DSI ikke kan afgøre, i hvilket omfang respondenterne svar er baseret på skøn eller på valide lokale aktivitetsopgørelser.

Det brogede billede fra spørgeskemaundersøgelsen går igen i interviewundersøgelsen: Nogle informanter oplever ikke en aktivitetsstigning, mens andre oplever en mindre aktivitetsstigning på 5-10 %.

Flere beskriver også midlertidige ændringer i aktiviteten i forbindelse med implementeringen af hjertepakker. En afdelingssygeplejerske beskriver:

"I starten havde vi et kæmpe indtag af patienter fra de praktiserende læger, hvor de skrev hjertepakker på alle henvisningerne, og hvor patienterne måske fejlede noget helt andet, der intet havde med hjertepakker at gøre eller hjertesygdom overhovedet. Dem havde vi rigtig mange af. Fordi der var kommet hjertepakker, så skulle patienterne også ind og undersøges hurtigst muligt." (Afdelingssygeplejerske)

De afdelinger i interviewundersøgelsen, der oplever en aktivitetsstigning, mener selv, at det er en konsekvens af kortere ventetider og mere velbeskrevne forløb. En overlæge oplever, at pakkeforløbene har "*givet meget mere arbejde*", fordi almen praksis nu kan henvise direkte til et pakkeforløb. En anden overlæge mener, at aktivitetsstigningen er som en "*naturløse*", der følger af, at ventetiden er reduceret, og forløbene er blevet velbeskrevne. En ledende overlæge peger på samme generelle tendens: At kortere ventetider generelt giver flere henvisninger:

"Jeg tror ikke, antallet af henvisninger har ændret sig, fordi de praktiserende læger forholder sig ikke til, om det er en pakkepatient eller ej. Hvis man har en kort ventetid generelt, så tror jeg, at man får flere henvisninger, for det er en nem løsning, hvis man [den praktiserende læge] sidder med et svært problem og ved, at patienten kan komme til på hospitalet inden for et par uger, så er det et godt hjørnespark at sende patienten ind." (Ledende overlæge)

Ingen af de fire interviewede praksiskonsulenter oplever, at de henviser flere – eller færre – patienter som følge af hjertepakkerne, men de pointerer samtidig, at når hjertepakkerne i forvejen fylder så lidt, er det meget svært for dem at vurdere, om der er en stigning:

¹² SSTs monitorering kan ikke skille antallet af pakkeforløb fra ikke-pakkeforløb. Data til monitoreringen er baseret på indberetninger til Landspatientregisteret. Det er ikke muligt ud fra data i LPR at identificere patienter i et hjertepakkeforløb (10).

”Jeg har ikke oplevet, at der har været en aktivitetsstigning [i form af flere henvisninger til hjertepakker fra lægen selv]. Men man skal huske, at det godt kan være, at der her fra mit bord har været en 50 % stigning, men det er ikke noget, jeg er opmærksom på, fordi det numeriske antal er så lille. Det er en stor relativ stigning, men det er bare ikke noget, der fylder i min hverdag, så derfor har jeg ikke rigtig nogen fornemmelse af det.” (Praksiskonsulent)

Praksiskonsulenternes vurdering af ændring i egen aktivitet på dette område må generelt ses i dette perspektiv.

3.6 Pakkeforløbenes samlede konsekvenser for henvisning og visitation

Dette kapitel har vist, at hjertepakkerne udgør en meget beskeden del af opgaverne i almen praksis og derfor også fylder relativt lidt for de praktiserende lægers hverdag og bevidsthed ifølge praksiskonsulenterne.

Almen praksis' rolle er primært at afklare, om der er tale om *begrundet mistanke* for hjertesygdom hos patienten og derefter at henvise disse patienter til en kardiologisk afdeling til videre udredning. Hjertepakkerne har betydet, at der er opstillet mere specifikke kriterier for, hvad der udgør *begrundet mistanke* for hver enkelt hjertepakke, og således på hvilket grundlag den praktiserende læge kan henvise en patient til et pakkeforløb. Hospitalerne oplever, at henvisningerne generelt ikke lever op til de nye kriterier.

Udfordringer i relation til almen praksis' rolle i hjertepakkerne relaterer sig til henholdsvis henvisningernes indhold og form: Henvisningernes indhold handler om, hvor meget diagnostik der skal foregå i almen praksis, og henvisningernes form handler om, hvordan henvisningssystemet gøres ensartet via fx ensartede principper for henvisning eller skabeloner.

Henvisningerne fra almen praksis gennemgås dagligt af en kardiolog, som foretager visitation af nyhenvisninger på afdelingerne, og beslutter hvem der skal i hvilke (pakke)forløb. Her omvisiteres ofte *fra* almindelige henvisninger *til* pakkeforløb. Ifølge overlægerne er det de visiterende speciallæger, der på baggrund af almen praksis' henvisninger foretager størstedelen af visitationerne til pakkeforløbene.

Analysen peger på, at der ikke er nogen entydig og klar struktur for implementering af ændringerne i indgangen til patientforløb – som fx pakkeforløb. Det afhænger i høj grad af den enkelte ledende overlæge, den enkelte praksiskonsulent og vedkommendes kommunikation med det øvrige lægelav (eller mangel på samme). Undersøgelsen tyder på, at denne struktur i sin nuværende form ikke er stærk nok til at bære denne type implementeringsopgave. En bedre styring af indgangen til pakkeforløb er afgørende for en bedre implementering af pakkeforløb generelt.

Konsekvenserne for antallet af henvisninger opleves meget forskelligt: Praksiskonsulenterne oplever ikke, at de henviser flere. De hospitalsansatte er delt: Nogle oplever en klar aktivitetsstigning, andre en mindre aktivitetsstigning på 5-10 %, og flere beskriver midlertidige ændringer i aktiviteten i forbindelse med implementeringen.

4 Pakkernes konsekvenser for udredning og behandling

Efter visitation til et pakkeforløb kommer patienten til udredning på hospitalet og eventuelt efterfølgende behandling. Dette kapitel analyserer, hvilke konsekvenser hjertepakker har for den næste fase i forløbet: organiseringen af udredning og behandling på hospitalerne. Afsnit 4.1 beskriver, hvordan pakkerne har standardiseret indholdet i forløbene såvel som forløbstiderne. I afsnit 4.2 beskrives, hvordan hjertepakkerne har skabt behov for forskellige former for reorganiseringer. Afsnit 4.3 beskriver informanternes vurdering af hjertepakkernes konsekvenser for det samlede ressourcetræk. Kapitlet afsluttes i afsnit 4.4 med en opsamling.

4.1 Pakkeforløb i praksis: En standardisering af forløbsindhold og -tider

Hjertepakkerne udgør en standardisering af det sundhedsfaglige indhold af forløbene såvel som af, hvor hurtigt det skal ske. Det har konsekvenser for arbejdsgange og organisering lokalt.

4.1.1 Standardisering af det kliniske indhold i udredning og behandling

På hospitalerne beskriver informanterne, at særligt udredningen er blevet *"meget standardiseret i forhold til tidligere"*, som en ledende overlæge formulerer det. Det afhænger ikke længere i samme grad af den enkelte læges individuelle vurderinger. Den største ændring er ifølge informanterne den langt mere omfattende brug af ekkokardiografier som led i den primære udredning. En ledende overlæge beskriver:

"I pakkeforløbene ligger, at alle skal have lavet en ekkokardiografi. Førhen var det ikke unormalt, at man vurderede en patient først, og så tog stilling til om de skulle ekkoes eller ej." (Ledende overlæge)

Før hjertepakker var det en lægelig vurdering, om patienten skulle ekkokardiograferes og hvornår i forløbet, mens det nu er et krav i pakkeforløbene som led i primærudredningen. Ekkokardiografien er i den forstand blevet *"kernen i udredningen"*, som en ledende overlæge formulerer det.

I praksis udmøntes standardiseringen af indholdet på forskellige måder på hospitalerne. På en af matriklerne har man fx udarbejdet et skema, der indeholder en beskrivelse af alle relevante undersøgelser, som patienten skal have udført for den aktuelle pakke, som en overlæge forklarer her:

"Hjertepakkerne har ændret det, at vi har et skema for de undersøgelser, som patienterne skal have, som vi selv har defineret. Det er helt ens for alle patienter." (Overlæge)

Samtidig beskriver flere af overlægerne den kardiologiske udredning som en kompleks opgave, hvor mange typer af faktorer både kliniske, livsstilsmæssige og patientens historik skal vurderes samlet for at kunne træffe de rette afgørelser. Som gennemgangen af hjerterområdet i kapitel 2 viste, er udredningen ikke kun et spørgsmål om, hvorvidt patienten er syg eller rask. Det er ofte snarere et spørgsmål om, hvor på et kontinuum mellem akut syg og helt hjerterask patienterne befinder sig, og om hvordan patientens risikoprofil og behandlingsmuligheder ser ud på baggrund af en lang række faktorer. Hjertepakkernes standardisering af forløbenes indhold fortolkes således ind i en medicinsk praksis, hvor den

individuelle vurdering har haft en meget central plads. Det har betydning for lægernes anvendelse af pakkerne i praksis. En overlæge beskriver det således:

"Vi er ikke robotter, vi er læger. Der ligger ikke en lov i det her [hertepakkerne]. Det er stadig skønnet og vurderingen af den enkelte patient, så det er jo ikke på den måde, at man ikke kan fravige, hvis man kan argumentere for sine ting." (Overlæge)

Informanterne er således inkonsistente, idet de på den ene side pointerer, at pakkerne har standardiseret indholdet i udredningen og behandlingen og samtidig på den anden side understreger, at de som fagpersoner stadig foretager et individuelt skøn. Det skal ses i sammenhæng med, at flere overlæger oplever, at der er forskel på yngre¹³ og ældre læger mht., hvordan de forholder sig til pakkernes standardisering af undersøgelsesvalget. En ledende overlæge beskriver, at de yngre og mere uerfarne læger ofte vælger *"hele rækken af undersøgelser"* (ledende overlæge), mens de mere erfarne læger er mere selektive og laver færre undersøgelser og afslutter hurtigt, hvis de mener, at patienten ikke er (tilstrækkeligt) hjertesyg til at være behandlingskrævende. Det skal også ses i sammenhæng med, at mange af informanterne mener, at pakkerne har haft større indholdsmæssig betydning på *andre* matrikler end deres egne.

Denne forståelse af den kardiologiske praksis kan være med til at forklare, hvorfor interviewene blandt hospitalsansatte peger på, at det kliniske indhold i udredning og behandling i vidt omfang er uændret med et større antal ekkoer som eneste væsentlige undtagelse. En ledende overlæge beskriver således, at *"undersøgelse og behandling er præcis det samme"*.

Interviewundersøgelsen peger således på, at de væsentligste ændringer ikke vedrører det kliniske indhold i udredning og behandling.

4.1.2 Standardisering af forløbstider

De største ændringer er en konsekvens af pakkernes forløbstider, som kræver ændringer i organiseringen af arbejdet og har medvirket til at skabe nye arbejdsopgaver og funktioner for at sikre overholdelsen af forløbstiderne – såvel som en samtidig fuld kapacitetsudnyttelse.

De sundhedsfaglige pointerer alle ventetiden som helt central, når de beskriver argumentet for at indføre pakkeforløb. En ledende overlæge påpeger, at *"det var ventetiderne, som gjorde, at man tænkte, at det her er en god idé"*. Pakkeforløbene fungerer som en *"lov"* (ledende overlæge), der får hospitalerne til at nedbringe ventetiden, fordi hospitalerne ikke længere kan gå ud og sige, at de ikke kan overholde forløbstiderne i pakkeforløbene. Flere informanter beskriver, at ventetiden såvel som forløbstiden og nedbringelse af dem, var den primære motivation for de sundhedsfaglige i relation til pakkeforløbene. Svaret på, hvorfor man skal have pakkeforløb, er derfor for langt de fleste sundhedsfaglige *"for at få patienterne igennem så hurtigt som overhovedet muligt"* (afdelingssygeplejerske)¹⁴.

¹³ Det fremgår af interviewmaterialet, at der med 'yngre' læger i denne sammenhæng ikke menes fx helt nyuddannede eller læger i første introstilling, da de ikke arbejder med hertepakkepatienter.

¹⁴ Pakkernes legitimitet blandet de sundhedsfaglige beskriver denne pointe yderligere i afsnit 8.2, s.63.

Pakkeforløb handler i informanternes perspektiv primært om at forkorte ventetiden til udredning og videre behandling – altså standardisering af gennemløbstid – og ikke i nær samme grad om at ændre udredning og behandling – standardisering af det kliniske indhold.

4.2 Pakkeforløb og behovet for reorganisering: Hvorfor og hvordan?

Forløbstiderne har haft konsekvenser for arbejdsorganiseringen, og flere beskriver, at man nu *"analyserer mere på sin struktur og sine processer"* (*ledende overlæge*), og at arbejds-gange er blevet set *"igennem i krogene"* (*ledende overlæge*) som følge af pakkerne. Konsekvensen af det øgede fokus på arbejdsorganisering er, at arbejds-gange er ændret, nye er etableret, og i nogen tilfælde er der kommet nye arbejdsfunktioner og stillingstyper til. Dette afsnit beskriver de forskellige eksempler på reorganiseringer: Reservation af kapacitet til pakkepatienter, udvidelse af kapacitet, øget frekvens af organisatoriske rutiner som fx visitation og hjertekonferencer samt nye opgaver og funktioner. Afsnittet afsluttes med en beskrivelse af, hvilke konsekvenser reorganiseringerne har haft.

4.2.1 Reservation af kapacitet til pakkepatienter og sikring af kapacitetsudnyttelsen

Alle de medvirkende afdelinger har ændret på den måde, de booker ydelser i forbindelse med udredning. Det er ikke nok at booke, når en patient henvises til udredning inden for en af de fire pakkediagnoser. Hvis forløbstiderne skal overholdes, er det nødvendigt på forhånd at reservere en del af kapaciteten til pakkepatienter, *inden* de henvises. En overlæge forklarer:

"I og med det er en pakkepatient, så ved den sygeplejerske, som skal kalde patienten ind, at patienten skal kaldes ind på en af de pakketider, vi har lagt ind i vores system. Vi har lavet nogle åbne tider til det her, sådan at vi ved, at de kan komme ind inden for den tidsramme, det skal være. Det er de åbne tider, der er nyt." (Overlæge)

På stort set alle områder beskrev hospitalsmedarbejderne, hvordan der til forskellige ydelser nu var etableret et bestemt antal forhåndsreserverede tider – "åbne tider" – i form af en bestemt kapacitet reserveret til pakkepatienter, og som ikke kan bookes til andre indlagte eller ambulante patienter. En overlæge beskriver, hvordan der fx er reserveret fire pladser pr. uge til hjerteklappatienter, og de pladser kan kun anvendes til andre patienter, hvis hjerteklappatienter *ikke* udnytter tiderne.

Flere beskriver, at systemet med at have en vis mængde forhåndsreserveret kapacitet ikke er helt ny for dem – nogle matrikler har brugt det i årevis inden for andre dele af hjerteområdet. Grundtanken i de forhåndsreserverede tider er således langt fra ny, og ikke noget, som pakkeforløb har medført. Men det har medført udfordringer, at man bruger systemet på dele af produktionen, hvor der i nogle tilfælde er en betydeligt oplevet efterspørgsel efter de ydelser, som nu forhåndsreserveres til (kommende) pakkepatienter.

En åben pakketid står tom, indtil relativ kort tid før den anvendes (den kan max bookes ca. 7-14 hverdage inden, alt afhængigt af hvilken pakke der er tale om, og hvor i forløbet man befinder sig). Derfor er der en løbende *prioriteringsmæssig* udfordring i at sikre nok "åbne" tider, så alle nyhenviste pakkepatienter kan få et pakkeforløb, der overholder forløbstiderne. Det er en udfordring at holde de reserverede tider frie, når man andre steder

i systemet står med patienter, som har brug for disse ydelser, og der er et pres for at give dem en tid så hurtigt som muligt.

Men pakkerne rummer også en *logistisk* udfordring, fordi det ikke er nok at sikre, at der er kapacitet nok til, at forløbstiderne kan overholdes – det skal samtidig sikres, at kapaciteten udnyttes fuldt ud. En ledende overlæge beskriver udfordringerne for kapacitetsudnyttelsen:

"Når henvisningerne den ene dag er to og den næste dag er sytten, og man altid skal kunne tage patienterne inden for forløbstiderne ... så risikerer man at have uudnyttet kapacitet indimellem." (Ledende overlæge)

Den logistiske udfordring er at sikre fuld kapacitetsudnyttelse på trods af korte forløbstider og udsving i patientindtaget.

Interviewundersøgelsen peger på forskellige lokale løsninger på den logistiske udfordring omkring kapacitetsudnyttelsen. Afdelingerne er meget opmærksomme på udfordringerne på dette område og har "*nultolerance over for ledig kapacitet*", som en afdelingssygeplejerske formulerer det.

En metode til at undgå ledig kapacitet har for flere hospitaler været brugen af *afbudslister*:

"Når vi skriver en tid ud til patienterne [som ikke er i pakkeforløb], så beder vi dem om at kontakte os, hvis de vil på en afbudsliste. Så vi har faktisk sådan en liste, så hvis vi får et afbud, så kan vi ringe." (Afdelingssygeplejerske)

En venteliste med andre patienter, evt. en decideret afbudsliste, hjælper med at sikre udnyttelse af kapaciteten, fordi den giver mulighed for at indkalde patienter til ubenyttede pakkeforløbstider, i stedet for at disse tider står tomme og ikke anvendes, hvis der mod forventning ikke er pakkepatienter nok.

En *fleksibel arbejdsplan* er en anden måde at sikre anvendelse af kapaciteten. En ledende overlæge beskriver, hvordan arbejdsplanen i langt højere grad end tidligere er fleksibel. Så selvom der er en arbejdsplan, hvor de forskellige opgaver er fordelt på bestemte ansatte på bestemte dage, ændres den ofte efter behov. Fx kan en sygeplejerske have én type opgave frem til frokost og en anden opgave efter frokost. Den mere fleksible arbejdsplan muliggør en bedre udnyttelse af kapaciteten, både hvis der er mange, og hvis der er få pakkepatienter. Det gør det muligt at tilpasse kapaciteten langt hurtigere.

En anden matrikel har lavet et system med *fleksibel kapacitetsudvidelse*, hvor lægerne kan skrive sig på aften- eller lørdagsarbejde. En ledende overlæge forklarer:

"Man honorerer nogle læger for at lave nogle ekstra ydelser efter arbejdstid. Så når vi kan se, at tilgangen af pakkepatienter stiger, så sender vores planlægger en mail rundt til overlægerne og spørger, om der er nogle, der har lyst til aftenarbejde. Så er der nogle, der byder ind og siger, at de godt kan tage fem patienter på onsdag, eller at de godt kan tage 10 på lørdag. Det kører vi stort set hele tiden, og det kan vi skrue op og ned for som en hane." (Ledende overlæge)

Andre steder skabes fleksibiliteten som overarbejde, hvor det ene af tre pakkespor kører videre fra 16-19 i perioder, hvor det er nødvendigt.

Disse former for fleksibel kapacitetsudvidelse bruges som det, en overlæge kalder en "*bufferzone*" og er anvendt i forskellige former på alle fire matrikler.

Undersøgelsen peger imidlertid på, at denne form for fleksibel kapacitetsudvidelse også kan rumme ledelsesmæssige udfordringer. En ledende overlæge peger på det grundlæggende dilemma, at motivationen til at nå opgaverne inden for arbejdstiden kan blive mindre, hvis man får penge for at gøre det samme efter kl.16. Kun én af de fire ledende overlæger så denne klassiske principal-agent problemstilling som en udfordring. Han udtrykker synspunktet således: *"Ting tager den tid, der er"*.

Eksempler herover illustrerer to grundlæggende forskellige måder at håndtere den logistiske udfordring i relation til kapacitetsudnyttelsen på: Den første metode går ud på at *flytte efterspørgslen*, så den hele tiden matcher et fast udbud af kapacitet i og med, at der hele tiden fyldes "huller" ud med patienter fra andre ventelister, så den faste kapacitet søges udnyttet maksimalt trods variationer i antallet af pakkeforløb. Den anden metode går ud på at *flytte udbuddet* af ydelser ved at lave en mere fleksibel planlægning af arbejdsopgaver såvel som arbejdstid for at sikre, at udbuddet af ydelser hele tiden matcher den opståede efterspørgsel. I praksis benytter flere afdelinger sig af en kombination af disse to strategier.

Det er ikke kun udsvinget i antallet af patienter, der er en udfordring for kapacitetsudnyttelsen. Hospitalerne oplever også – nogle dagligt – at patienter enten melder afbud eller udebliver fra undersøgelsestider. Det er særligt patienter i den erhvervsaktive alder, der ringer for at ændre deres tid til undersøgelse, eller som blot ikke møder op. Men patienter melder også fra på grund af et ferieophold i udlandet, eller hvis det ikke lige passer ind i deres øvrige planer. En ledende overlæge beskriver, at patienterne *"slet ikke er motiverede for at komme så tidligt"*, som pakkeforløbene foreskriver, hvilket er inden for syv hverdage for de tre pakker, der visiteres fra primærsektoren. Hvis patienten melder afbud med kort varsel, er det vanskeligt at nå at indkalde en anden patient. Udeblivelse er også et problem. En afdelingssygeplejerske beskriver, at udeblivelser uden afbud sker ca. fire gange dagligt.

Hospitalerne anvender således forskellige tiltag, der er med til at sikre en høj udnyttelse af den samlede kapacitet. Men det er faktorer som afbud eller udeblivelse af patienter, som disse tiltag ikke kan gardere sig i mod.

4.2.2 Permanent udvidelse af kapaciteten

Alle afdelingerne i interviewundersøgelsen har oplevet et behov for at udnytte den eksisterende kapacitet bedre og for at kunne udvide kapaciteten, hvilket stemmer godt overens med den aktivitetsstigning på hjerteområdet, der er sket i denne periode (se evt. Tabel 3: Antal patientforløb pr. år fordelt på sygdomsområder (2008-2010), s. 15).

Behovet for at forbedre kapacitetsudnyttelsen og skabe plads til mere aktivitet er en tendens, som ses på hele det medicinske område, og sker derfor ikke kun som konsekvens af hjertepakkerne. Men pakkerne accentuerer dette behov, og gør det samtidig væsentligt, at kapaciteten er til stede på bestemte tidspunkter for at sikre overholdelsen af forløbstiderne. Dette afsnit beskriver de måder, afdelingerne forsøger at udvide kapaciteten på.

Hjertepakkerne har nogle steder betydet etablering af såkaldte produktionsspor¹⁵. Sporene er forbeholdt patienter i et pakkeforløb (jf. afsnit 4.2.1.), og der fokuseres særligt på at skabe så høj produktivitet som muligt. En ledende overlæge beskriver produktionssporene som et *"isoleret arbejdsområde"*, hvor en speciallæge arbejder fra 8.15-14.30 uden at blive forstyrret og derfor *"udnytter man fuldt ud en arbejdsdag for en speciallæge"*. En oversygeplejerske beskriver produktionssporene som en fordel, fordi *"skæg og snot skilles fra hinanden, sådan at der ikke er alt det der [fx forskellige former for forstyrrelser eller afbrydelser i arbejdet], der tager en masse tid"*. Det centrale ved produktionssporene er netop, at de sundhedsfaglige ikke må forstyrres, og at man fokuserer på at nå en højere produktion:

(Produktionssporet) "det (op)tager en sygeplejerske helt, hun kommer ikke ud: Hun går derned kvart over otte, og jeg ser hende ikke før hun skal hjem. De arbejder, og de må heller ikke forstyrres. Det er det, der er hele idéen i det. De kører bare, og det er effektivt." (Afdelingsygeplejerske)

Den grundlæggende idé i at etablere produktionsspor handler om en anden form for arbejdskultur, hvor man er fokuseret på, hvad selv små afbrydelser og spild betyder for den samlede produktion, og derfor forsøger man at etablere dele af produktionen, hvor man opnår en højere effektivitet end i det daglige¹⁶.

Der er andre eksempler på, at kapaciteten er udvidet ved reorganisering inden for de eksisterende rammer. Fx har et hospital øget antallet af tider på en arbejdsdag, så en læge skal nå lidt flere undersøgelser på den samme afsatte tid, som denne ledende overlæge forklarer:

"Der bliver sat lidt flere [patienter] til, og lægerne får besked på, at nu skal du lige nå nogle flere, nu prøver vi at presse den lidt ekstra." (Ledende overlæge)

Fx sætter afdelingen nu seks patienter til KAG mod fire patienter tidligere på den samme tid. En overlæge beskriver, hvordan dette er muligt, fordi man har gjort op med visse rutiner, som *"man bare har haft med pr. tradition"*: Fx fastede patienterne tidligere før en KAG-undersøgelse, fordi man mente, at det forebyggede mulige lungebetændelser¹⁷, og de blev indlagt dagen før til journalskrivning og røntgen. Men efter en gennemgang af hvor mange patienter der skulle faste, for at én patient fik forebygget risikoen for lungebetændelse, besluttede afdelingen, at patienterne ikke længere skulle faste før en KAG, hvilket betyder, at patienten ikke optager en seng, mange arbejdsgange bliver lettere og mindre personalekrævende, og det har gjort det muligt at nå seks i stedet for fire KAG-undersøgelser på den samme tid. Eksemplet illustrerer, hvordan udvidelse af kapaciteten ikke kun handler om, at systemet presses til at gøre 'det samme' på kortere tid, men også om ændring af arbejdsprocesser og rutiner blandt andet som følge af ændringer i behandlingen, personalerotationer og et øget fokus på optimering af kapacitetsudnyttelsen.

¹⁵ Et 'spor' er den typiske betegnelse for de forskellige aktiviteter i ambulatorier. Antallet af spor refererer til det antal sundhedsfaglige (ofte læger), der tager patienter en given dag.

¹⁶ Forskning tyder på, at afbrydelser i arbejdet – ikke mindst forårsaget af kollegaer – er et stort problem på hospitaler – set ud fra både et kvalitets-, men også et effektivitetsperspektiv. Særligt sygeplejekulturen har tradition for kollektive arbejdsformer såvel som for afbrydelser. (Liselotte Brahe: "Hvordan fænomenet afbrydelser viser sig i klinisk sygeplejepraksis belyst ud fra sygeplejerskeperspektivet", masterafhandling, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet nr. 21/2007).

¹⁷ Eventuelt opkast kan gå ned i luftvejene og derfor medføre lungebetændelse.

Endnu et eksempel på reorganisering som følge af pakkeforløb er forskellige måder at konvertere ambulante kontroltider til pakketider: Det vil sige, at en del af den kapacitet, der var afsat til kontrol af patienter (fx hjertesygge eller opererede, som går til ambulante rutinekontroller med en bestemt frekvens), i stedet anvendes til nye patienter i pakkeforløb, som ellers ville have ventet længere på at blive udredt og evt. sat i behandling. Hospitalerne anvender forskellige typer af konvertering, både konvertering af tider fra kontrolpatienter til pakkepatienter og udskydelse af bookede kontrolpatienter til fordel for pakkepatienter.

Ét hospital har fx valgt, at deres speciallægeambulatorier til kontrolpatienter på iskæmiområdet har konverteret tre tider til pakkepatienter for at overholde forløbstiderne. Men denne model er sårbar, fordi speciallægenes kontrolambulatorier er langt mindre styrbare end de produktionsspor, som er oprettet og reserveret til pakkepatienter. En ledende overlæge forklarer hvorfor:

"Speciallægeambulatorierne er meget personlige, og det betyder, at de [speciallægerne] lukker dem, hvis de er væk, mens de andre [produktionsspor for pakkepatienter] bliver bemandet via arbejdsplanen, så de bliver altid bemandet. Speciallægeambulatorierne er sårbare. Nogle gange har de så mange kontroller, som de synes er vigtige, så det kræver lidt mere styring end den anden model [produktionsspor for pakkepatienter]." (Ledende overlæge)

I det omfang, der er mere eller mindre personlig styring, som speciallægerne i varierende grad har over (kontrol)ambulatorierne, hvor tit de afvikles, og hvem der går i dem hvor ofte mv., skaber det udfordringer for de ledelser, der skal sikre overholdelsen af pakkeforløbenes tidsfrister.

Som nævnt i indledningen til dette afsnit, så har hospitalerne generelt arbejdet på at optimere deres produktion og udnytte ressourcerne bedre, hvilket pakkeforløb har accentueret behovet for. At justere, kalibrere og omprioritere anvendelsen af ressourcer er en løbende opgave. Eksemplet med de mere eller mindre personlige ambulatorier illustrerer, hvorfor det i praksis kan være svært for ledelserne at styre deres produktion og dermed overholde forløbstider eller andre eksternt fastsatte krav til produktionen: Afdelingsledelserne har reelt set ikke altid den viden om og styring med produktionen, som det kræver.

Flere informanter kommer med eksempler på, hvordan hjertepakkerne netop har været anledning til at stille spørgsmål ved tidligere organiseringsformer, fordi pakkerne presser deres kapacitet og skaber behov for en mere stramt styret og fleksibel produktion.

En oversygeplejerske beskriver, hvordan hendes afdeling har skaffet kapacitet ved at gennemgå tider, der før stod tomme og ikke blev anvendt. Fx havde der traditionelt været reserveret seks tider ugentligt til arbejdstest på indlagte patienter. Men de blev bare ikke brugt længere, fordi færre patienter skal have lavet arbejdstest før udskrivelse, men de tomme tider stod der hver uge. Den ubenyttede kapacitet konverterede ambulatoriet til tider, der kan bookes til andre patienter. I alt var der ifølge afdelingssygeplejersken "*faktisk 400 tider om året som vi havde stående tomme*", hvilket hun vurderer, var "*ren spildtid*".

Det er ikke muligt at afgøre, om mange af de former for reorganisering og udvidelse og bedre udnyttelse af kapaciteten, som her er beskrevet, kun er sket som konsekvens af indførelsen af hjertepakker, eller om de alligevel ville have fundet sted som led i et vok-

sende fokus på effektiv produktion og arbejdsorganisering. Men de sundhedsfaglige peger selv på, hvordan pakkeforløbene har medvirket til at skubbe på denne udvikling.

4.2.3 Behov for øget frekvens af visitation og konferencer

Forløbstiderne skaber et behov for at øge frekvensen af rutiner, som også eksisterede før hjertepakkerne, men som nu skal udføres oftere for at opfylde forløbstiderne. På tværs af matrikler går særligt to centrale rutiner igen: øget frekvens af *visitation af nyhenviste* og af *multidisciplinære hjertekonferencer* mellem kardiologer og kirurger.

Hjertepakker gør det nødvendigt at sikre, at nyhenviste patienter visiteres af en speciallæge hver dag (som beskrevet i afsnit 3.3). Selve visitationen er ikke noget nyt, men det er vigtigt at sikre, at det sker hver dag for at kunne overholde forløbstiderne.

Også frekvensen af hjertekonferencerne, hvor der træffes multidisciplinære beslutninger om behandlingsvalg, primært om operation og/eller anden form medicinsk behandling, er øget. Fx fra to gange ugentligt til (næsten) dagligt i hverdagene.

Samtidig med indførelsen af pakkeforløb er hjertekonferencerne også påvirket af centraliseringen af hjertekirurgien, som har betydet, at flere matrikler oplever at gå fra møder med kirurger på samme matrikel til nu at tage videokonferencer i brug. Men der er også eksempler på to matrikler, hvor videokonferencer har erstattet en tidligere praksis med, at lægerne kørte til konference på andre matrikler. Denne centralisering af kirurgien og den øgede brug af videokonferencer er ikke direkte koblet til implementeringen af hjertepakker. Men da det tidsmæssigt flere steder falder sammen med hjertepakkernes indkøring, har det konsekvenser for organiseringen. Blandt de sundhedsfaglige er der delte meninger om videokonferencerne: På den ene side betyder det nogle steder væsentligt mindre transporttid og derfor en oplevelse af, at det har *"optimeret"* (ledende overlæge) konferencerne og gjort det lettere at afholde dem mere *"ad hoc"*, som en ledende overlæge formulerer det. På den anden side oplever andre derimod, at samarbejdet lider under, at man ikke længere mødes ansigt til ansigt, og at det ud over visse tekniske udfordringer også på sigt skaber mere samarbejds-mæssige udfordringer at holde videokonferencer i stedet. En ledende overlæge uddyber lægernes bekymring, som begrundes med:

"Hvis man skal diskutere de her ting [beslutninger om behandlingsvalg på videokonferencer], er det vigtigt at vide, hvad holdningerne er, når man fremlægger [en patient]. Det er vigtigt, at man kender personen og ved, hvad vedkommende kan og ikke kan, hvilke billeder man viser, og hvilke krav man stiller. Der er det vigtigt en gang i mellem at mødes og aftale, hvordan det her skal køre. Lige nu er det ikke så svært, fordi alle kender hinandens rutiner." (Ledende overlæge)

Samlet set skaber hjertepakkerne og de tilknyttede forløbstider altså et behov for at udføre arbejdsrutiner oftere. Både visitation af patienter til udredning og afvikling af hjertekonferencer sker oftere. Det sidste har blandt andet været ledsaget af en øget brug af videokonferencer, som både har logistiske fordele, men som også nogle steder er ledsaget af mere samarbejds-mæssige og tekniske udfordringer.

4.2.4 Nye opgaver, nye funktioner: Forløbskoordinatorer, patientvejledere og sweepere

Hjertepakkerne har ikke kun betydet en reorganisering af det eksisterende arbejde. Behovet for en strammere styring af hele den logistiske del af produktionen fra intern arbejds-

organisering og kapacitetsstyring til indkaldelse og booking af patienter har skabt nye arbejdsopgaver. Det er flere steder blevet til nye funktioner. Dette afsnit beskriver de nye funktioner, som informanterne har peget på i form af forløbskoordinatorer eller lokale patientvejledere, sweeper-funktionen eller 'den frie læge' og nye arbejdsopgaver i relation til indkaldelsen af patienter.

To hospitaler har i forbindelse med implementeringen af pakkeforløbene ansat hhv. en forløbskoordinator eller en såkaldt patientvejleder. Imidlertid er arbejdsopgaverne sammenlignelige, og derfor tales der i det følgende generelt om forløbskoordination, selvom nogle matrikler kalder funktionerne noget andet. Forløbskoordinatorens opgaver er at sikre patientens forløb, fx at patienten får en tid med i hånden til næste undersøgelse, inden de går ud af døren fra den seneste, at informere patienten om kommende undersøgelser, indkalde patienter, monitorere forløbene, fungere som kontaktperson for alle pakkeforløbspatienterne, sikre at patienterne får de svar, de skal have, og i nogle tilfælde foretager koordinatoren også selv nogle af de indledende undersøgelser.

Forløbskoordinatoren har ansvaret for, at *"tingene kører"* og fungerer som *"limen"*, der får hele forløbet til at hænge sammen, som en afdelingssygeplejerske formulerer det. Hun fortæller her, hvorfor hun mener, det var nødvendigt med en koordinatorfunktion i forbindelse med hjertepakkerne:

"Det er fordi, pludselig skal forløbene gå så hurtigt. Vi er nødt til at have nogle til at sidde og koordinere de her forløb, så vi er sikre på, at vi når at få alting lavet inden for de her tider. Plus, at når det skal gå så hurtigt, så er vi nødt til at have nogle til at sidde og informere patienten om, hvad næste step er. Vi er nødt til at have nogle, der kan fylde alle huller [ubenyttede tider], som ved, hvad der foregår ude i det her ambulatorieshow. Så vi synes faktisk, at det var ret nødvendigt, at vi fik sygeplejersker ud at sidde på den her pind." (Afdelingssygeplejerske)

Særligt opgaverne med at sikre fuld booking og fuld kapacitetsudnyttelse, uagtet hvordan patientindtaget svinger, beskriver afdelingerne som en væsentlig opgave, og den varetages nogle steder af forløbskoordinatorer og/eller af afdelingssygeplejersker. En overlæge beskriver forløbskoordinatorens funktion ved at sammenligne med det at sikre pladser i et fly:

"Jamen det er jo vigtigt at få fyldt sine huller, det er ligesom, når man skal flyve, hvis der skal være ledige sæder nok, er det vigtigt at have de her koordineringspersoner. Det er alfa og omega i det her." (Overlæge)

Forløbskoordinatoren spiller således både en direkte rolle i patientforløbene og i organisationen for at sikre kapacitetsudnyttelse bl.a. ved at have ansvar for at indkalde patienter til uudnyttede tider.

Et af de andre hospitaler har også overvejet at ansætte en forløbskoordinator men har vurderet, at det ikke var tilstrækkelig optimal udnyttelse af ressourcer, fordi en forløbskoordinator kun kan varetage én type af opgaver, nemlig forløbskoordination. Den afdelingssygeplejerske pointerer: *"Hvad skal jeg så bruge hende til den dag, hvor der ikke lige er nogen, der skal kaldes ind?"*.

Grundlæggende handler det om at skabe funktioner, der understøtter det behov for fleksibilitet, som pakkerne er med til at skabe: Det handler derfor om at lave funktioner, der

både kan varetage koordinerende opgaver og kliniske opgaver, så personaleressourcerne udnyttes fuldt ud i perioder med få koordinerende opgaver.

En anden ny funktion, som de samme to hospitaler har implementeret i forbindelse med pakkeforløbene, er en læge i en såkaldt sweeper-funktion. En afdelingssygeplejerske forklarer vedkommendes funktion:

"Vi har i vores ambulatorium valgt at sige, at vi hver dag har en overlæge, som er fri. Han har ikke noget program, så han tager alt det, der kommer ind fra højre her og der og alle vegne. Alt der kommer fra sengeafdelingen med forskellige undersøgelser, en hæmatologisk patient der lige skal have tjekket sit hjerte, inden man kan starte kemo osv. Så vi har sådan en fri læge, som vi kan trække på." (Afdelingssygeplejerske)

Sweeper-lægens funktion er at fungere som buffer for alle de løbende ad hoc opgaver fra de andre kollegaer, der har spørgsmål og/eller andet behov for en kardiolog. Desuden tager sweeperen sig af supervision af de yngre læger. Derfor har sweeper-lægen ofte *"rigtig travlt"* ifølge afdelingssygeplejersken. Men den nye funktion betyder, at de andre læger i produktionssporene kan arbejde mere uforstyrret. Således er sweeperen et led i en udvikling mod at skabe en klarere adskillelse mellem det akutte og det planlagte bl.a. for at opnå en højere produktivitet samlet set.

Forløbstiderne har flere steder betydet ændringer i måden, patienterne indkaldes på. Indkaldelse af patienter er blevet en opgave, der fylder mere, fordi forløbstiderne kræver, at patienterne skal indkaldes med kort varsel, efter de er henvist til et pakkeforløb kombineret med et fokus på at udfylde ledige tider. Generelt oplever afdelingerne, at opgaven fylder mere nu, hvor tiden er mere knap: *"Det er svært at få patienterne ringet ind. Det bruger vi rigtig meget tid på"* (afdelingssygeplejerske). Det har betydet, at opgaven med at ringe patienter ind nogle steder er blevet re-fordelt: Et sted er det en visitationsgruppe bestående af sekretærer og en sygeplejerske, der varetager den funktion, et andet sted er opgaven helt flyttet fra sekretærer til sygeplejersker (forløbskoordinatorer). En afdelingssygeplejerske begrundet det således:

"Når man kører i de her accelererede patientforløb [pakkeforløb], så er det meget vigtigt, at vi giver den bedste information til patienterne, så de kan komme så godt igennem som muligt, og for det andet er det kun sygeplejerskerne, der ved, hvordan det er ude i ambulatoriet." (Afdelingssygeplejerske)

Den afdelingssygeplejerske beskriver, at sygeplejerskerne i højere grad end sekretærerne kan svare på spørgsmål fra patienterne, når de ringer og indkalder dem, og at de dermed har bedre mulighed for at forventningsstyre.

4.2.5 Konsekvenser for arbejdsorganiseringen

Reorganiseringen af arbejdsdagen på hospitalerne er forbundet med udfordringer. Dette afsnit vil beskrive, hvilke udfordringer som især afdelingssygeplejersker oplever, når de har ændret organiseringen af arbejdet for at få plads til pakkeforløbene.

En afdelingssygeplejerske beskriver det *"som en stor opgave at få organisationen ændret og svinget rundt"* (afdelingssygeplejerske), så de var i stand til at løfte opgaven med pakkeforløb. Udfordringen er hovedsagligt relateret til *"kulturen"* (afdelingssygeplejerske):

"Jeg skal have speciallægerne til at trække i samme retning. Arbejde efter det samme mål om at de her hjertepakker dem skal vi lykkes med. Så kan det godt være, at man synes det er sjovere med nogle andre arbejdsopgaver, men det nytter ikke. Hvis man gerne selv vil be-

stemme sin arbejdsdag, og det er der nogle, der holder fast i, at det er noget, man har ret til som speciallæge, det er svært at pille ved. Det er der, man skal ind og pille ved kulturen og sige, at hvis det her er et team, så skal vi arbejde som et team, så har vi det samme mål, og det er det, vi går efter. Så kan det ikke nytte noget, at en enkelt eller to synes, at "jeg kører selv, jeg vil selv bestemme", så man skal ud i en større forhandling, hver gang man prøver at forfølge det mål, vi har sat. Det er tungt." (Afdelingssygeplejerske)

Udfordringerne drejer sig blandt andet om, at afdelingssygeplejersker og nogle af speciallægerne har forskellige interesser i forhold til at ændre arbejdstilrettelæggelsen, hvor sygeplejersken oplever modstand fra nogle speciallæger mod ændringer. Det kræver en vedholdende indsats fra afdelingssygeplejerskernes side fortsat at forsøge at ændre organisationen og kulturen blandt speciallægerne.

En anden afdelingssygeplejerske fortæller, hvordan hun stadig oplever det som en stor udfordring at sikre kapacitet – konkrete tider – til pakkepatienterne, fordi lægernes arbejdsorganisering planlægges meget individuelt og decentralt. Her er hendes oplevelse af, hvilke udfordringer det skaber:

Lægernes arbejdsplan er en udfordring for afdelingssygeplejersken, når hun skal planlægge på hvilke dage, der kan etableres produktionsspor for hjertepakke-patienter. Sygeplejersken ønsker en form for fast rul, hvor der fx er pakkespor 2-3 faste ugedage – uagtet om det er ferie eller helligdage. På den måde vil det være muligt for lægerne at vide, hvornår de hhv. skal være i pakkespor, og hvornår de skal se kontrolpatienter. Det gør det muligt at booke patienterne til kontrol hos den samme læge, fordi det er fastlagt, hvornår lægerne udfører forskellige funktioner. Men det er ikke muligt pga. lægernes vagtplan, der skifter fra måned til måned – ikke bare mht. hvem der er på arbejde, men også mht. hvor mange der er på arbejde hvilke dage. Det betyder, at den afdelingssygeplejerske hver måned modtager lægernes vagtplan for den efterfølgende måned. Så prøver hun at finde de dage, hvor der er tre læger på arbejde, hvilket er det nødvendige antal for, at et pakkespor kan etableres, men hun skal også se på antallet af sygeplejersker, der er på arbejde, og antallet af undersøgelsesrum der er til rådighed. Herefter spørger hun en overlæge, om de pågældende reservelæger, hun har sat på til et pakkespor, er kvalificerede til opgaven? For afdelingssygeplejersken i dette eksempel, er det en arbejdsopgave, der tager ca. en uges tid hver måned, ifølge hendes egen vurdering. Derfor så sygeplejersken gerne, at lægerne havde en fast arbejdsplan, hvor der var indlagt pakkespor på bestemte dage, som kunne bookes fx et halvt år frem ad gangen. På den måde ville pakkesporene i højere grad styre lægernes vagtplanlægning – og ikke som nu hvor det er lægernes vagtplan, der styrer, hvornår der ad hoc kan gennemføres pakkespor. (Referat af interview med afdelingssygeplejersker)

Denne type af udfordringer i relation til arbejdsorganiseringen handler grundlæggende set om, at det øgede behov for at styre produktionen og tilrettelægge den efter patientflowet i varierende grad begrænser medarbejdernes frihed i relation til arbejdsplanlægningen. Det skaber udfordringer for de medarbejdere, der står med opgaven – for selv en afdelingssygeplejerske er kun en medarbejder i denne sammenhæng – og det kræver en ledelsesmæssig indsats at løse udfordringerne. Alternativet er som beskrevet, at der bruges mange ressourcer på ad hoc planlægning, fordi der er barrierer mod mere stram planlægning af produktionsressourcerne, samtidig med pakkerne stiller stramme krav til selve produktionen, som kan honoreres.

4.2.6 Konsekvenser for opgavefordelingen mellem speciallæger og yngre læger

En sidste konsekvens for arbejdsorganiseringen vedrører ændringer i opgavefordelingen mellem speciallæger og yngre læger – og de afledte konsekvenser det kan have for uddannelsen af de yngre læger.

I pakkeforløbsbeskrivelserne står, at alle trin i pakkeforløbet skal udføres af en speciallæge i kardiologi eller en læge med kardiologisk erfaring¹⁸. En overlæge forklarer her, hvordan vedkommende oplever, at pakkeforløb har ændret speciallægenes rolle:

"Det nye er, at de [patienterne] bliver set af en speciallæge med det samme. Tidligere kunne du måske komme ind og få lavet en ekko en dag hos en specialuddannet sygeplejerske, og så kunne du efterfølgende blive set af en 1. reservelæge i ambulatoriet. Nu kommer de ind i et pakkeforløb, og der står i hjertepakkerne, at de skal ses af en speciallæge. Det har vi sat i system. Det kan godt være, at det ikke er en speciallæge, der ser patienten fysisk, men så bliver det godkendt af en speciallæge, eller inde i rummet ved siden af står der en speciallæge." (Overlæge)

Pakkeforløbene ændrer opgavefordelingen i afdelingen, hvor det før var op til den enkelte afdeling at beslutte, hvem patienten først skulle tilses af. Nu bestemmer pakkeforløbene, at pakkepatienter skal ses af en speciallæge som den første. En ledende overlæge beskriver, hvilke konsekvenser det har for bemanningen af ambulatorierne i hans afdeling:

"Det kræver et vist niveau af læger. Man kan godt sætte en yngre læge til at skrive en god journal, men man skal altså have været i faget i nogle år, før man kan ekkoe [ekkokardiografere]. Vi er nødt til at bemane pakkeambulatorierne med speciallæger eller i hvert fald folk, der er meget sent i deres forløb [speciallægeuddannelse]." (Ledende overlæge)

Speciallægerne er således generelt kommet længere frem i forløbene for at sikre, at en patient i et pakkeforløb som det første ses af en speciallæge.

Hvorvidt denne ændring har konsekvenser for uddannelsen af de yngre læger, er der delte meninger om i interviewundersøgelsen – hvor det understreges, at ingen yngre læger har indgået, det er udelukkende overlæger, som har udtalt sig. Nogle mener, at uddannelsen forringes, fordi de yngre læger på nogle matrikler ikke ser pakkepatienter, fordi forløbstiderne skal overholdes, og fordi det fortolkes som et krav, at patienten ses af en speciallæge. Det har den konsekvens, at de yngre ser patienter, der er "hverken eller". Andre peger på, at det er en fordel for uddannelsen af de yngre læger, fordi de får mulighed for at se patienten i et forløb. Forskellene handler i høj grad om, hvordan den enkelte afdeling har organiseret arbejdet – og dermed hvilken rolle yngre læger har fået.

På en matrikel har man valgt at have ét ambulatorium, hvor yngre læger ser pakkepatienter – ellers ses pakkepatienter udelukkende af speciallæger. Her vurderer overlægen, at det har medført en forringet uddannelsessituation for de yngre læger. Han mener, at der pga. forløbstiderne ikke er tid til at involvere de yngre læger. En anden overlæge beskriver, at før pakkerne havde afdelingen et stort fællesambulatorium, hvor den yngre læge kunne gå så langt med en patient, som vedkommende havde kompetencer til. Derefter kunne den yngre læge spørge en speciallæge. I dag ser de yngre læger i højere grad patienter, der hverken er pakkepatienter eller tilhører andre store patientgrupper. Denne form for reorganisering betyder, at nogle overlæger oplever, at *"det er faktisk en udfordring at finde noget at bruge sine basislæger og introduktionslæger til"* (overlæge). Det skal understreges, at der i denne sammenhæng er stor forskel på yngre læger, og der er

¹⁸ En af de fire ledende overlæger fortolker dette som: En læge med kardiologisk erfaring er typisk en speciallæge i intern medicin, der har arbejdet i kardiologien, men det kan også være en læge i et kardiologisk uddannelsesforløb, der bliver kardiolog inden for en kortere årrække [mail med præcisering fra en af de ledende kardiologiske overlæger, som har deltaget i interviewundersøgelsen, 31. januar 2012].

langt fra en basislæge eller en introlæge, som er de første to ansættelser efter cand.med., til en læge som er på 4. eller 5. år og sidste år af speciallægeuddannelsen.

Andre overlæger mente derimod, at pakkeforløbene gav de yngre læger mulighed for at se patienter i forløb, hvilket, de mener, er en fordel for uddannelsen. Her varetager yngre læger pakkepatienter – fx som beskrevet i begyndelsen af dette afsnit, hvor yngre læger enten superviseres af en speciallæge eller dispositionerne godkendes af en speciallæge.

4.3 Afledte konsekvenser for ressourcetrækket

Det kliniske indhold i forløbene er ikke væsentligt ændret, dog er der konsensus om, at der er øget pres på ekkofunktionen, som mange steder er blevet udvidet som led i implementeringen af hjertepakkerne. Alligevel oplever mange af de sundhedsfaglige – både i interviews og i høj grad i kommentarerne til spørgeskemaundersøgelsen – at pakkeforløb koster flere ressourcer.

Dette afsnit fokuserer på, hvad de sundhedsfaglige respondenter i interview- såvel som spørgeskemaundersøgelsen selv mener, der ligger bag det øgede ressourcetræk, de oplever. Det er derfor ikke en opgørelse over faktiske omkostninger, og det er ikke en evaluering af, hvorvidt ressourcetrækket kan mindskes ved en anden organisering.

Der er tale om temaer, der alle med undtagelse af det sidste er behandlet i dette eller foregående kapitler, men som her opsummeres, fordi respondenterne fremhæver dem som afgørende for det øgede ressourcetræk, de oplever. Respondenterne ser selvfølgelig forskelligt på *i hvor høj grad* de enkelte temaer påvirker ressourcetrækket. Men der er stor enighed om, at det er disse temaer, som skaber et øget ressourcetræk – i det omfang de er til stede:

4.3.1 Øget aktivitet som følge af flere henvisninger

Afdelingerne peger på en øget aktivitet, som en årsag til et øget ressourcetræk¹⁹. Som beskrevet i afsnit 3.5, er billedet langt fra entydigt, og i spørgeskemaundersøgelsen svarede godt halvdelen (47 %) "ja" til, at pakkeforløb har medført en stigning i antallet af henvisninger til de fire sygdomsområder, mens 39 % svarede "nej", og 14 % svarede "ved ikke". Men i det omfang implementeringen af pakkerne fører til flere henvisninger, påvirker det ressourcetrækket.

4.3.2 Øget brug af (nær)speciallæger i udredningen

En anden årsag, som afdelingerne peger på, er, at pakkerne ændrer arbejdsfordelingen blandt lægerne, særligt fordi alle patienter i pakkeforløb skal have foretaget en ekkokardiografiundersøgelse som en del af den indledende udredning, og at undersøgelsen kræver en speciallæge eller en (nær)speciallæge. Den ændrede opgavefordeling mellem lægerne er beskrevet nærmere i afsnit 4.2.6. Afdelingerne peger derfor på, at pakkeforløbene øger behovet for speciallæger, fordi alle patienter nu skal ses eller som minimum vurderes af

¹⁹ Mht. udviklingen i aktiviteten henvises til gennemgangen i kapitel 2, der beskriver, hvor mange der visiteres til, og hvor mange der gennemfører et pakkeforløb (se afsnit 2.2.3 og 0).

en speciallæge eller anden læge med en vis erfaring. Øget brug af speciallæger er derfor også en årsag til oplevelsen af øget behov for ressourcer.

4.3.3 Øgede logistiske og organiseringsmæssige opgaver

Afdelingerne peger også på øgede logistiske og koordinerende opgaver som årsag til et øget ressourcetræk. Disse opgaver er beskrevet i afsnit 4.2.4. For at undgå ubenyttede tider ved afbud fra patienter eller ved udsving i antallet af henvisninger skal afdelingerne indkalde andre patienter med kort varsel, og derfor er indkaldelsen nødt til at ske pr. telefon, hvilket er tidskrævende, fordi der skal ringes mange patienter op, før det er muligt at finde én, der er hjemme og kan den dag, hvor der er en ledig tid. Oplevelsen af et øget ressourcetræk skyldes også de koordineringsfunktioner, der er indført i forbindelse med forløbene, som fx forløbskoordinatoren. Det, der koster ifølge afdelingerne, er altså de koordinerende opgaver, der får pakkeforløbene til at fungere i praksis.

4.3.4 Lavere kapacitetsudnyttelse

Afdelingerne satser hårdt på ikke at have ledig, ubenyttet kapacitet, og særligt afdelings-sygeplejersker bruger ressourcer på at sikre dette. Dog peger enkelte afdelinger på, at der er få tilfælde, hvor kapaciteten ikke udnyttes optimalt.

4.3.5 Udfordringer omkring afregning af sammedagsundersøgelser

Et sidste element, som påvirker ressourcetrækket, handler om tabt indtjening. Flere respondenter pointerer, at det koster at lave pakkeforløb, i det omfang afdelingerne laver flere undersøgelser af samme patient på samme dag, fordi sammedagsundersøgelser betyder tabt DRG-takst. En ledende overlæge beskriver paradokset:

”Det er jo en enormt god patientbehandling, hvis vi kan lave flere undersøgelser på én dag, hvis patienten er interesseret i det, og det bliver vi straffet for, fordi vi kun får for én ydelse. Det er meget bedre for mig at få patienten til at komme i morgen og få lavet den næste undersøgelse og i overmorgen og få lavet den næste undersøgelse.” (Ledende overlæge)

Hospitalet får kun DRG-takst for den dyreste ydelse, hvis en patient har fået flere ydelser på samme dag. Det betyder, at hvis en patient har fået fem forskellige ydelser på samme dag, får hospitalet betaling for én, og hvis hospitalet i stedet fordeler de samme undersøgelser på fem dage, får de betaling for alle fem. Der er derfor ikke et incitament til at forkorte udredningsforløbet ved at lave flere undersøgelser på samme dag. En ledende overlæge fortæller, at de indtil videre ikke har ladet sig styre af de manglende økonomiske incitamenter, men har fulgt det faglige incitament ved at gøre det bedst muligt for patienten. Dog pointerer den ledende overlæge, at man ikke har råd til at lave sammedagsundersøgelser, hvis økonomien er stram.

Flere afdelinger i spørgeskemaundersøgelsen har ligeledes påpeget, at den største ulempe i relation til pakkeforløb er, at de ikke kan DRG-afregne flere undersøgelser på samme dag for den samme patient. Afdelingerne ser det som god patientbehandling at lave sammedagsundersøgelser, men det nuværende honoreringssystem skaber ikke incitament til at udføre flere undersøgelser på samme dag.

Samlet set peger afdelingerne på flere forskellige årsager til, at de oplever, at hjertepakkerne – i varierende grad – giver et øget ressourcetræk lokalt, bl.a. flere henvisninger,

øget brug af speciallæger i forløbene, flere logistiske og organiseringsmæssige opgaver, lavere kapacitetsudnyttelse samt tabt DRG-takst ved sammedagsundersøgelser.

4.4 Pakkeforløbenes samlede konsekvenser for organiseringen af udredning og behandling

Dette kapitel har beskrevet hjertepakkenes konsekvenser for organiseringen af udredningen og behandlingen på hospitalerne.

Pakkeforløbene har standardiseret indholdet i forløbene og forløbstiderne. Fra de sundhedsfagliges perspektiv er det centrale ved pakkerne primært, at de har forkortet ventetiden til udredning og videre behandling, og ikke nær så centralt har pakkerne handlet om at ændre selve det kliniske indhold.

Hjertepakkerne har medført, at bestemte processer skal kunne afvikles med kortere frister for at opfylde forløbstiderne, hvilket har haft konsekvenser for arbejdsorganiseringen og medført, at hospitalerne har anvendt forskellige reorganiseringstiltag som fx at reservere kapacitet til pakkepatienter, udvide kapaciteten i perioder hvor det er nødvendigt, øge frekvensen af visitation og hjertekonferencer og etablere nye funktioner som fx en forløbskoordinator. Disse tiltag er med til at sikre en høj udnyttelse af den samlede kapacitet, men der er faktorer som afbud eller udeblivelse af patienter, som disse tiltag ikke kan gardere sig imod.

I relation til reorganiseringstiltagene, der har ændret arbejdsorganiseringen, opstår der udfordringer, der hhv. handler om konsekvenser for arbejdsorganiseringen og opgavefordelingen mellem speciallæger og yngre læger. Grundlæggende set handler konsekvenserne for arbejdsorganiseringen om, at det øgede behov for at styre produktionen og tilrettelægge den efter patientflowet i varierende grad begrænser medarbejdernes frihed i relation til arbejdsplanlægningen. Konsekvenserne for opgavefordelingen mellem speciallæger og yngre læger handler om, at speciallægerne er kommet længere frem i forløbene for at sikre, at en patient i et pakkeforløb ses af en speciallæge. Det ser nogle overlæger som en forringelse af de yngre lægers uddannelse, mens andre peger på det som en fordel. Forskellene handler i høj grad om, hvordan afdelingerne har valgt at organisere arbejdet – og dermed hvilken rolle yngre læger i praksis har fået.

Samlet set pegede afdelingerne på flere forskellige årsager til, at hjertepakkerne i varierende omfang giver et øget ressourcetræk lokalt, herunder et øget antal henvisninger med deraf følgende øget aktivitet, øget brug af speciallæger i forløbene, flere logistiske og organiseringsmæssige opgaver, lavere kapacitetsudnyttelse samt tabt DRG-takst ved sammedagsundersøgelser.

5 Pakkernes konsekvenser for rehabilitering

Sidste trin i et pakkeforløb er rehabilitering. Dette kapitel analyserer, hvilke konsekvenser pakkerne har for rehabiliteringen på hospitalerne. Afsnit 5.1 beskriver, hvordan rehabilitering er beskrevet i pakkeforløbsbeskrivelserne og rehabiliteringen i praksis på hospitalerne kort. I afsnit 5.2 beskrives pakkerne konsekvenser for tidsaspektet i relation til rehabiliteringen, mens afsnit 5.3 ser på pakkeforløbenes konsekvenser for det mere indholdsmæssige i relation til rehabilitering. Til sidst giver afsnit 5.4 informanternes forklaringer på rehabiliteringens beskedne rolle på hospitalerne.

5.1 Rehabilitering i pakker og i praksis

Ifølge pakkeforløbsbeskrivelserne skal en patient tilbydes rehabilitering, som er beskrevet til at bestå af bl.a. patientundervisning, fysisk træning, kostomlægning, psykosocial støtte og klinisk kontrol (se afsnit 2.2.1 for en yderligere beskrivelse af rehabiliteringen i pakkeforløbene). Rehabiliteringsforløbet er det samme for de fire hjertesygdomme.

Hospitalsinformanterne beskriver, at rehabiliteringsforløbet består af en række tilbud, som patienten indkaldes til, efter vedkommende har afsluttet behandlingen. Fx består forløbet på én matrikel af to lægesamtaler, otte gange undervisning i hjertesygdom og 16 gange fysisk træning.

På flere af de undersøgte matrikler var rehabiliteringen dog blevet udsat for generelle besparelser – dog uden direkte relation til implementeringen af pakkeforløbene. Fx havde en afdeling lukket ét af to rehabiliteringsspor som led i en optimeringsproces. En yderligere konsekvens af besparelser er, at antallet af de tilbud, som patienterne tilbydes nogle steder, er blevet reduceret.

5.2 Pakkeforløbenes konsekvenser og tidsaspektets rolle i rehabiliteringen

En af udfordringerne ved rehabilitering er at sikre, at ventetiden på rehabilitering, fra patienten udskrives efter endt behandling, til vedkommende påbegynder rehabiliteringsforløbet, er kort. De sundhedsfaglige argumenterer imidlertid ikke ud fra pakkeforløbene, når de beskriver ventetiden som en udfordring, men fordi de oplever, det har konsekvenser for patienterne. En afdelingssygeplejerske beskriver, at den nuværende ventetid på hendes afdeling er seks uger, hvilket er for lang tid:

”De bliver udskrevet og er i krise her, men om seks uger er de sådan set klar til at gå på arbejde igen og har det måske meget godt. Så kommer de ind til en samtale om ændring af kost- og motionsvaner, men der er de langt over det punkt, hvor man kan nå at fange dem. De skal ind meget hurtigere. Mens de er motiverede for det, mens de kan huske, hvor ondt det gjorde, og mens de kan huske, hvor syge de var.” (Afdelingssygeplejerske)

Det er derfor væsentligt, at ventetiden på rehabilitering ikke er så lang, så patienterne mister noget af motivationen for at deltage.

5.3 Pakkeforløbenes konsekvenser for indholdet i rehabiliteringen

De sundhedsfaglige har forskellige opfattelser af, hvilke konsekvenser pakkerne har for, hvordan rehabiliteringsforløbene fungerer. En ledende overlæge beskriver, at rehabilitering er kommet mere i fokus og er blevet mere *"struktureret"* og derfor fungerer bedre efter implementering af pakkeforløbene. En sygeplejerske beskriver omvendt konsekvenserne af det øgede fokus på rehabilitering:

"Rehabiliteringsdelen er tung. Den omhandler en hel masse patienter, hvor man helt skematisk har fremstillet et forløb for dem, som kan være svært og alt for meget. Det er et stort forløb og et langt forløb, og det er lidt overdrevet ind imellem i forhold til, hvad de her patienter fejler." (Sygeplejerske)

Som en konsekvens af pakkeforløbene er rehabiliteringen ifølge informanterne blevet mere omfattende, involverer flere tilbud og strækker sig over en længere periode end før. Flere af matriklerne ser det som en ulempe, at de forskellige grupper af hjertepatienter får tilbudt det samme omfattende rehabiliteringsforløb uanset hjertesygdom, alder og individuelle behov, og en ledende overlæge beskriver, at rehabiliteringen er *"pisket op"*, fordi alle patienter får det samme tilbud. Det får en sygeplejerske til at konkludere, at forløbet er *"for tungt, og man skyder med spredehagl"*.

Flere informanter mener, at det bl.a. er omfanget af forløbet, der får nogle patienter til helt eller delvist at fravælge rehabiliteringsforløbet. De sundhedsfaglige beskriver, at særligt hjertesvigtspatienter adskiller sig fra de andre patientgrupper, fordi der er tale om en gruppe med mange ældre patienter, der dels har svært ved at transportere sig, dels på grund af alder og mobilitet ofte ikke er motiveret for at deltage i et omfattende forløb. En anden gruppe, der også fravælger dele af rehabiliteringen, er patienter i den erhvervsaktive alder. Fordi rehabiliteringen er omfattende, og alle tilbud ligger i dagtimerne, vælger denne gruppe ofte kun at tage fri til lægesamtalerne. Udfordringen i relation til rehabilitering er ifølge hovedparten af de informanter, som havde berøring med rehabiliteringen, at forløbet er for udifferentieret.

Hvor opbakningen til indholdet af hjertepakkenes udrednings- og behandlingsdel er stor blandt informanterne, er billedet således som beskrevet noget anderledes mht. rehabiliteringsdelen.

5.4 Rehabiliteringens rolle på hospitalerne

En mulig forklaring på, at opbakningen til rehabiliteringsdelen ikke er stor blandt informanter, er, at rehabilitering adskiller sig fra de andre trin i et pakkeforløb ved, at opgaven ikke fylder så meget i de sundhedsfagliges bevidsthed. Informanterne beskriver, at rehabiliteringen ikke er præget af samme standardiserede og strømlinede forløb som de indledende trin i pakkeforløbene. I stedet er rehabilitering ofte båret af lokale ildsjæle, hvilket gør området sårbart over for personale-flow. En ledende overlæge beskriver rehabiliteringens rolle således:

"Det er ikke vores kerneydelse. Vi gør det, men det vi er specialister i, det er jo at stå for den invasive udredning og behandling. Derfor har vi måske følt lidt mindre for den her meget bløde rehabilitering." (Ledende overlæge)

Rehabilitering er en del af opgaven, men ikke af kerneydelsen, hvilket muligvis hænger sammen med, at rehabilitering indeholder mange ydelser, der ikke involverer brug af vanlige sundhedsfaglige metoder, (invasive) undersøgelser og apparatur. Dertil kommer, at rehabilitering i vidt omfang kan ses som forebyggelse, og forebyggelsen er ikke en del af hospitalernes kerneydelse i praksis – det er og bliver udredning og behandling.

Analysen af rehabilitering i dette korte kapitel bør ses i dette perspektiv – helt parallelt til den tidligere analyse af hjertepakkernes rolle i almen praksis, som også var ganske beskedent. På samme måde er rehabiliteringens rolle på de undersøgte hospitaler stadig relativt beskedent i bevidstheden hos de sundhedsfaglige.

6 Pakkernes største udfordringer for afdelingerne

Som supplement til interviewundersøgelsens analyser af organisatoriske konsekvenser på fire matrikler, og nogle af de centrale udfordringer der skal håndteres i forbindelse med implementeringen af pakkeforløb, giver spørgeskemaundersøgelsen et bredere overblik over, hvordan afdelingerne mere generelt opfatter disse udfordringer. Dermed svarer kapitlet på, hvordan afdelingerne generelt set vurderer de forskellige typer af udfordringer.

DSI har udvalgt seks temaer, der var gennemgående udfordringer i interviewundersøgelsen, og bedt alle hjerteafdelinger vurdere, i hvilket omfang disse temaer skaber udfordringer for dem. Det drejer sig om temaer, som alle er blevet behandlet i de to foregående kapitler om hjertepakkenes konsekvenser for afdelingerne:

1. Kapacitetsudfordringer pga. *mangel på apparatur/lokaler*
2. Kapacitetsudfordringer pga. *mangel på speciallæger*
3. Ændring af *intern arbejdsorganisering* og arbejds gange
4. Etablering/ændring af *samarbejde på tværs* af afdelinger og matrikler
5. Sikring af *ynge lægers uddannelse*
6. Sikring af *rehabilitering*²⁰.

Hvert tema har respondenterne vurderet på en kontinuer skala fra 1-5, hvor 1 var lig med en *stor udfordring* og hvor 5 var lig med *ingen udfordring*²¹.

I det efterfølgende gennemgås resultater for hvert tema enkeltvis.

Respondenterne har kunnet anføre kommentarer til de enkelte temaer, hvilket de i vidt omfang har gjort. Disse kommentarer giver et uddybende indblik i de udfordringer, der ligger bag respondenternes kvantitative vurdering.

Det er vigtigt at sammenholde de uddybende kommentarer med afrapporteringen af det gennemsnitlige billede i figurerne, der viser, hvor stor en udfordring afdelingerne mener, at det enkelte tema udgør. Årsagen er, at det oftest er de afdelinger, som oplever udfordringer, der uddyber dem i kommentarerne. Det betyder, at der skabes et overdrevent negativt billede af, hvor store udfordringerne vurderes at være, hvis kommentarerne ses isoleret.

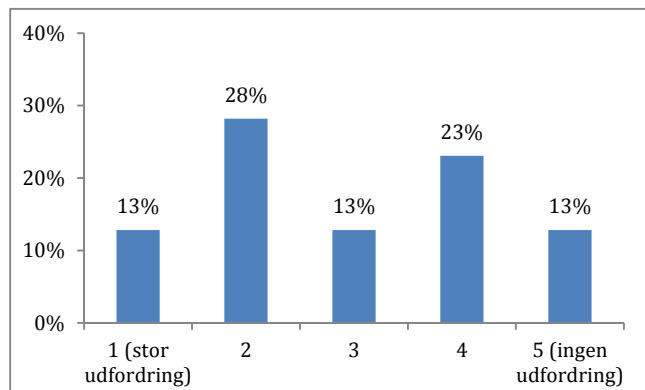
²⁰ Hele spørgeskemaet er gengivet i Bilag 2: Spørgsmål til spørgeskemaundersøgelse, s. 74.

²¹ Selvom datamaterialet ikke udgør en stikprøve, men indeholder hele populationen af hjerteafdelinger, og selvom svarprocenten i denne rangordning er 100 %, så er datamaterialet for lille til at kunne lave test for signifikans. (Det skal bemærkes at 1-2 afdelinger ikke har besvaret 4 af de 6 rangordninger, hvorfor 'n' er angivet for hver figur. Hele populationen tæller 36 afdelinger).

Det bør bemærkes, at forskellene mellem regionerne ikke er markante. Således svinger den sammenlagte gennemsnitlige score (på en skala fra 1-5) for alle temaer samlet set mellem et gennemsnit på 2,6 i Region Nordjylland til 3,3 i Region Syddanmark. Afdelingerne i Region Syddanmark oplever altså i gennemsnit lidt færre udfordringer ved hjertepakker end afdelingerne i Region Nordjylland. De øvrige regioner ligger mellem disse to yderpoler på 2,6 og 3,3. Det bør bemærkes, at en nominal spredning på 0,7 på en skala fra 1-5 er en relativt lille forskel.

Tema 1, kapacitetsudfordringer pga. mangel på apparatur/lokaler opleves meget blandet, som det fremgår af Figur 1:

Figur 1: Tema 1: Afdelingernes vurdering af kapacitetsudfordringer pga. mangel på apparatur/lokaler (n=35)

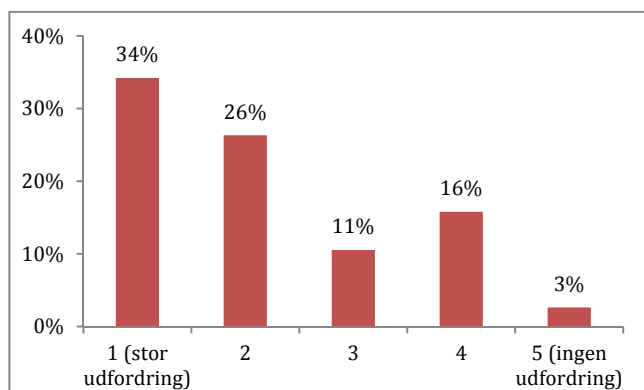


Kilde: Beregninger på baggrund af data fra DSIs spørgeskemaundersøgelse blandt kardiologiske afdelinger i efteråret 2011.

I kommentarerne peger langt de fleste afdelinger på, at det er kapaciteten på ekkokardiografiområdet, der udgør den største udfordring. Dette resultat stemmer helt overens med interviewundersøgelsen, hvor ekkoundersøgelsernes mere centrale plads i udredningen var det enkeltelement, som skabte flaskehalsproblematikker i relation til overholdelse af forløbstiderne.

Tema 2, kapacitetsudfordringer pga. mangel på speciallæger er klart den største udfordring ifølge spørgeskemaundersøgelsen, som det fremgår af Figur 2.

Figur 2: Tema 2: Afdelingernes vurdering af kapacitetsudfordringer pga. mangel på speciallæger (n=34)



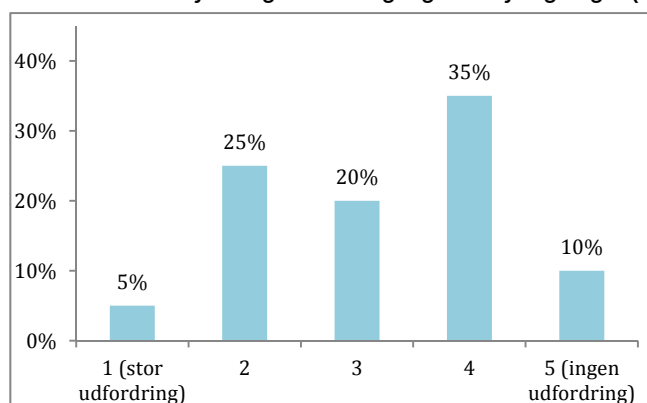
Kilde: Beregninger på baggrund af data fra DSIs spørgeskemaundersøgelse blandt kardiologiske afdelinger i efteråret 2011.

I relation til dette tema peger kommentarerne fra afdelingerne på, at hjertepakkerne kræver, at patienten altid ses af en speciallæge eller "senior 1. reserve-læge", der kan ekkokardiografere, og at kun få patienter kan ses af læger, der ikke er speciallæger eller under speciallægesupervision. Det er dette kompetencekrav, der særligt gør, at en stor del anfører, at manglen på (nær)speciallæger (særligt med kompetence til at ekkokardiografere) er den største af de seks udfordringer. Nogle afdelinger peger på, at de løser ud-

fordringen ved at lade ikke-speciallæger se en del af patienterne under supervision, andre at de har indført (dyrt) merarbejde for medarbejderne uden for normal åbningstid, fx om aftenen, andre igen at de køber konsulenter udefra til at løse nogle af opgaverne. Nogle afdelinger – fortrinsvis i yderområderne – peger på, at manglen ikke kun handler om resourcer, men også om rekrutteringssituationen disse steder.

Tema 3, ændring af intern arbejdsorganisering og arbejdsgange er langt mere jævnt fordelt end det forrige tema mht., hvor stor en udfordring det er. Dog ses en overvægt af afdelinger, der oplever dette som ingen eller en mindre udfordring end det modsatte.

Figur 3: Tema 3: Afdelingernes vurdering af udfordringer i forbindelse med ændring af intern arbejdsorganisering og arbejdsgange (n=36)



Kilde: Beregninger på baggrund af data fra DSIs spørgeskemaundersøgelse blandt kardiologiske afdelinger i efteråret 2011.

I kommentarerne peger flere afdelinger på, at de nye rammevilkår i form af korte tidsfrister kombineret med udsving i efterspørgslen er en stor udfordring, hvilket denne kommentar fra en respondent illustrerer:

”Der er mindre planlagt og dermed mere svingende produktion: Den ene dag behov for 0 KAG'er på UAP/NSTEMI pakken, den næste dag behov for 8. Det sætter enhver produktionsvirksomhed under pres!” (Spørgeskemakommentar)

Kommentarerne fra afdelingerne peger på, at der er en væsentlig opgave i at få organisationen omstillet til det nye indhold og tidsfrister, herunder at finde den rette dimensionering af de forskellige pakkeforløb, sikre korrekt booking, indkaldelse af patienter og i det hele taget varetagelse af de logistiske og planlægningsmæssige opgaver. Ikke mindst koordineringsopgaver mht. at sikre størst mulig udnyttelse af kapaciteten når tidsfristerne skal overholdes, og ”huller” som følge af afbud eller overskudskapacitet på pakketider skal undgås. Flere afdelinger peger på, at det netop er til disse opgaver, de har ansat tovholdere, forløbskoordinatorer o. lign., der konstant kan optimere arbejdsprocesser, lokale kapacitet og logistik omkring patientundersøgelser – og samtidig være patienternes gennemgående kontaktperson og kontakt ud til samarbejdspartnere i de andre trin i pakkeforløbet. Dette er i overensstemmelse med interviewundersøgelsen, der pegede på de samme funktioner.

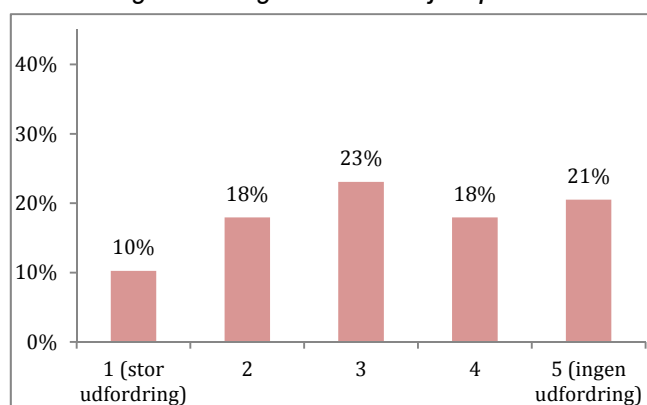
Den tætte logistik betyder, at forsinkelser ét sted i systemet bliver mere synlige for alle, da det forsinkes forløbene, som jo monitoreres. Det skaber frustrationer, og nogle af

kommentarerne går således på, at andre enheder – enten eksternt, fx kirurgien, eller internt, fx sekretariater, der skal skrive – forsinker den samlede proces i pakkeforløbet.

Andre peger på, at det er sværere at få arbejds- og vagtskemaer til at gå op, og at det er en udfordring for afdelingerne, at det er blevet sværere at drosle ned for aktiviteten i ferieperioder, da pakkerne skal fungere uanset ferie og helligdage. Afdelingerne peger på, at pakkernes krav kræver ændringer i arbejdsorganiseringen, men at det er svært – både at finde ud af hvad der skal gøres hvordan, men også at få ændringerne implementeret og fastholdt.

I relation til **tema 4**, *etablering/ændring af samarbejde på tværs af afdelinger og matrikler* er besvarelsene meget jævnt fordelt og billedet dermed meget broget, som det fremgår af Figur 4.

Figur 4: Tema 4: Afdelingernes vurdering af udfordringer i forbindelse med etablering/ændring af samarbejde på tværs af afdelinger og matrikler (n=35)

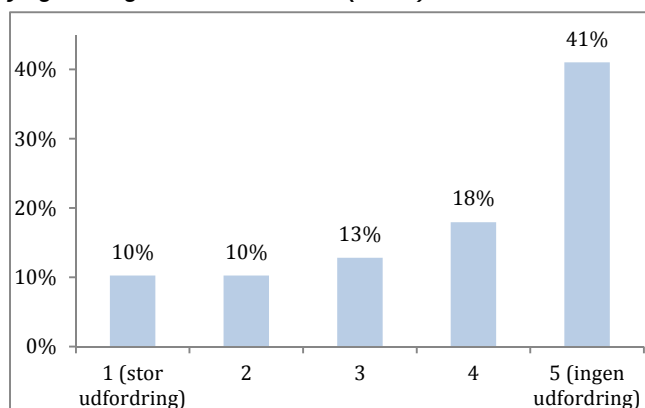


Kilde: Beregninger på baggrund af data fra DSIs spørgeskemaundersøgelse blandt kardiologiske afdelinger i efteråret 2011.

Der er to udfordringer, som går igen på tværs af afdelingernes besvarelser. Den ene vedrører sene epikriser fra kirurgiske afdelinger tilbage til kardiologiske afdelinger (bl.a. i forbindelse med rehabilitering). Det andet tema er knapt så entydigt, men en del kommentarer vedrører generelle samarbejdsudfordringer mellem afdelinger – særligt (thorax)kirurgiske og (hjerter)medicinske – men også mellem medicinske afdelinger. Udfordringerne spænder fra tekniske og logistiske vanskeligheder omkring fx IT-systemer til problemer med samarbejdskultur, samarbejdsrutiner og mangel på klare aftaler om konkrete samarbejdsrelationer og opgavedelingen på tværs af afdelinger.

Tema 5, *sikring af yngre lægers uddannelse* er det tema, som færrest afdelinger oplever store udfordringer ved, og derfor er der også færre kommentarer til udfordringerne.

Figur 5: Tema 5: Afdelingernes vurdering af udfordringer i forbindelse med sikring af yngre lægers uddannelse (n=35)



Kilde: Beregninger på baggrund af data fra DSIs spørgeskemaundersøgelse blandt kardiologiske afdelinger i efteråret 2011.

Kommentarerne til tema 5 handler primært om at sikre tid til, at de yngre læger får supervision af en speciallæge, selvom forløbstiderne skal overholdes, og produktionen skal køre, fordi pakkerne kræver speciallægeressourcer. En kommentar lyder:

"Pakkepatienter skal ved første ambulante besøg ses af en kompetent læge (speciallæge eller H5), og det kan reducere uddannelsen af H1 og H2²², med mindre de blot går med som "føl" i ekko- eller iskæmi ambulatorium. Men det er ikke noget stort problem." (Spørgeskemakommentar)

At udfordringen ikke udgør et stort problem synes at være generel, idet temaet vurderes at udgøre relativt små udfordringer for afdelingerne. En afdeling anfører faktisk, at yngre læger under supervision kan have fordele af pakkeforløbstankegangen i relation til deres uddannelse; og en anden at yngre læger i speciallægeuddannelse til kardiologi er glade for at se pakkepatienter. En afdeling har brugt hjertepakkerne som en løftestang for at lave parallelle ambulatorier, hvor en speciallæge arbejder i rummet ved siden af en yngre læge, og de kan så diskutere og udveksle patienter.

Dette brogede billede af, at det både kan være en fordel og en ulempe for de yngre lægers uddannelse, stemmer helt overens med interviewundersøgelsen, hvor det fremgik, at konsekvenserne var helt afhængige af, hvilken form for organisering og opgavefordeling, der var valgt i forbindelse med implementeringen af pakkeforløb.

På trods af at uddannelsen er det tema, som udgør den mindste udfordring for afdelingerne, anfører flere dog, at det øgede fokus på produktion risikerer at få negative konsekvenser for uddannelsen på sigt, hvis uddannelsen ikke i højere grad tænkes ind, når produktionen optimeres og reorganiseres, sådan som det formuleres i denne kommentar:

"Der går meget speciallægetid til produktion mhp. at overholde hjertepakketider, og dette betyder en risiko for, at uddannelsen af yngre læger forringes, fordi der bliver mindre tid til tæt supervision af de yngre læger pga. den høje produktion. Dette bør være et opmærksomhedspunkt." (Spørgeskemakommentar)

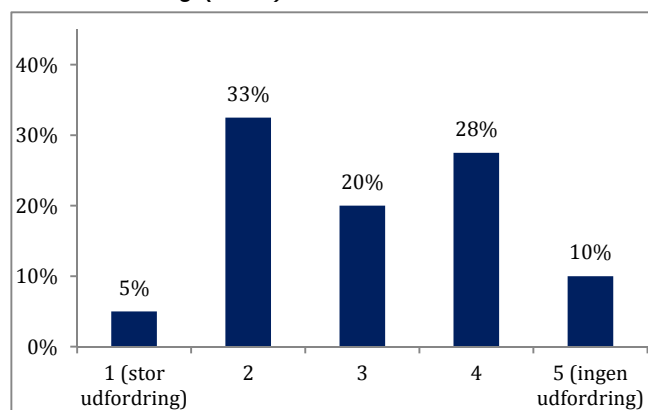
Ligesom i interviewundersøgelsen bør det igen understreges, at vurderingen af pakkeforløbenes konsekvenser for yngre lægers uddannelse *ikke* er et udtryk for de yngre lægers

²² H1, H2, H5 henviser til, hvor langt en pågældende læge er i sit uddannelsesforløb, hvor H1 er første del af uddannelsesforløbet, og H5 er den afsluttende del af uddannelsesforløbet.

egen vurdering af deres uddannelsessituation, da ingen af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen er yngre læger.

Tema 6, sikring af rehabilitering opleves også meget forskelligt af afdelingerne, som det fremgår af Figur 6.

Figur 6: Tema 6: Afdelingernes vurdering af udfordringer i forbindelse med at sikre rehabilitering (n=36)



Kilde: Beregninger på baggrund af data fra DSIs spørgeskemaundersøgelse blandt kardiologiske afdelinger i efteråret 2011.

I kommentarerne relaterer udfordringerne sig først og fremmest til kapacitetsproblemer som følge af en stigende efterspørgsel kombineret med, at rehabiliteringen på nogle afdelinger ikke har været særlig udbygget før pakkeforløbene. Derudover handler udfordringerne primært om tværsektoriel samordning af tilbud mellem sygehuse og kommuner. Et eksempel:

"Der mangler tilbud i kommunalt regi vedr. et fase-3 rehabiliteringstilbud. Mange kommuner har tilbud om "hjerteskolet", der til forveksling ligner sygehusets tilbud om rehabilitering. Til gengæld har de ikke tilbud om opfølgning og udslusning til træning i patienternes lokalmiljø. På den måde kan det virke, som om patienterne får dobbelt op på fase 2, men intet tilbud om fase 3." (Spørgeskemakommentar)

Nogle afdelinger peger på, at de forskellige samordningsinitiativer der er ikke lykkes med at skabe et samlet, koordineret og ensartet rehabiliteringstilbud.

6.1 Pakkeforløbenes samlede udfordringer for afdelingerne ifølge spørgeskemaundersøgelsen

Sammenholdes besvarelsene for de seks temaer er to forhold markante:

For det første så er kapaciteten den største udfordring for afdelingerne, og her er det særligt mangel på speciallæger (tema 2), der er den absolut største udfordring, mens mangel på apparatur og lokaler (tema 3) følger som den anden største udfordring.

For det andet ses, at respondenterne – hvoraf ingen er yngre læger – vurderer, at sikring af yngre lægers uddannelse (tema 5) er den mindste af de seks udfordringer. Over 40 % mener ikke, det er en udfordring.

Af de bagvedliggende data fremgår det, at de sammenlagt 20 % af afdelingerne, som oplever, at pakkeforløb giver udfordringer for yngre lægers uddannelse (afdelinger der har angivet scoren 1 eller 2), samtidig er afdelinger, der oplever store kapacitetsmæssige ud-

fordringer på grund af mangel på speciallæger. Imidlertid er der langt flere afdelinger, der oplever kapacitetsmæssige problemer relateret til mangel på speciallæger, idet 60 % har angivet scoren 1 eller 2 (til tema 2). Således er der en stor gruppe af afdelinger, der oplever kapacitetsmæssige problemer pga. speciallægemangel uden samtidig at opleve problemer med yngre lægers uddannelse.

7 Medarbejdernes vurdering af konsekvenser for patienter

Fokus for denne undersøgelse og de bagvedliggende interviews har primært været de organisatoriske konsekvenser af pakkeforløb for hhv. henvisning, udredning, behandling og rehabilitering, hvorfor patienterne ikke har været direkte inddraget. Men når de sundhedsfaglige forholder sig til pakkeforløb - ikke mindst deres fordele og ulemper - vedrører det i høj grad de konsekvenser, de oplever at pakkeforløbene har for patienterne. Dette kapitel handler derfor om de sundhedsfagliges vurderinger af pakkeforløbenes konsekvenser for patienterne – både dem i og dem uden for pakkeforløb.

7.1 Konsekvenser for patienter i pakkeforløb

I spørgeskemaundersøgelsen peger stort set alle afdelinger på, at den største fordel ved pakkeforløbene er den korte ventetid for patienterne efterfulgt af hurtige, velstrukturerede udredningsforløb for de fire (i Region Syddanmark fem) diagnoser, der er dækket af pakkeforløb. I interviewundersøgelsen peges der ligeledes på, at pakkeforløbene har betydning *"hurtige"*, *"velbeskrevne"* og mere *"strukturerede"* forløb.

Andre fordele, som flere ledere peger på i spørgeskemaundersøgelsen er, at de mere strukturerede forløb og arbejdsgange betyder, at færre patienter bliver tabt eller *"glemt"*, andre mener også, at kvaliteten i udredningen er blevet bedre.

Det påpeges også, at pakkerne kan have positive konsekvenser i form af mere lighed i sundhed: Fx mener en overlæge i interviewundersøgelsen, at flere patienter med UAP/NSTEMI får ensartede forløb med samme ret til udredning af specialister uanset geografiske forhold: Hans oplevelse var, at patienter med UAP/NSTEMI før pakkerne kunne ligge på et af de hospitaler, som ikke selv behandler UAP/NSTEMI i længere tid, fordi der ikke var en forløbstid, der stillede krav om, hvornår og på baggrund af hvilke kliniske kriterier patienter skulle viderehenvises til et hjertecenter. I nogle tilfælde skete det – da denne overlæge selv tidligere var ansat på et sådant henvisende hospital – at man efter nogen tids indlæggelse vurderede, at der ikke længere var grundlag for viderehenvisioning, og patienterne blev udskrevet. Pakkernes forløbstider betyder, at man ikke når til denne fase, hvor en udskrivning uden yderligere udredning og behandling kan komme på tale, fordi patienten overflyttes og udredes med det samme for at overholde forløbstiderne. Overlægen ser det som en fordel for patienterne, fordi forløbene på denne måde bliver mere ensartede og mere uafhængige af indlæggelsesstedets egen behandlingskapacitet eller patienternes evne til at kræve udredning på et hjertecenter (overlæge).

Udover det hurtigere forløb beskriver en sygeplejerske også, at de sundhedsfaglige specialister i de langt mere tætpakkede forløb har fået en bedre forståelse af patienternes forløb – hvor patienterne kommer fra i pakkeforløbet, og hvor de skal hen bagefter – fordi forløbene nu er mere standardiserede og tætpakkede:

"Patienten er kommet mere i fokus. Nu er det ligesom mere patientens linje. Det er selvfølgelig også det, der er tanken med det. Jeg betragter ikke længere mig selv som en station, som patienten er stået af på, og så er jeg sådan set ligeglad med den næste station. Jeg kan se de næste stationer for patienten og vil gerne hjælpe patienten til også selv at vide og kende de stationer, hvis man forestiller sig patienten som et tog." (Sygeplejerske)

Sygeplejersken beskriver, hvordan standardiseringen og den tætte pakning af forløbet betyder, at de sundhedsfaglige også får en bedre viden om det forløb, de er en del af – frem for kun at vide noget om den specialiserede procedure, undersøgelse eller ydelse de selv udfører. Det har konsekvenser for, hvordan de forholder sig til patienten – og ikke mindst til patientens forløb – som sygeplejersken oplever, at pakkerne gør det nemmere for de sundhedsfaglige at understøtte.

7.2 Konsekvenser for hjertepatienter uden for pakkeforløb

Pakkeforløbene har ikke kun konsekvenser for de patienter, de berører. Beskrivelsen af de kapacitetsmæssige udfordringer og eksemplerne på, hvordan der skaffes kapacitet til at leve op til pakkeforløbenes forløbstider og krav til indholdet i udredning og behandling (se evt. afsnit 4.2.2), viser, at pakkeforløb på forskellig vis implementeres, så det tager kapacitet fra to andre patientgrupper uden for pakkeforløb: De nyhenviste som ikke har en pakkediagnose og kendte kontrolpatienter. Konsekvenserne for de to grupper behandles i dette afsnit.

Med undtagelse af én matrikel oplever de fire hospitaler i interviewundersøgelsen, at ventetiden for patienter, der ikke er en del af et pakkeforløb, er steget. En ledende overlæge oplever det således:

”Ikke-pakkepatienter er jo dem, der bliver nedprioriteret. Der ligger en fare dér, for vi kan jo meget vel overse nogle, der er ligeså syge som dem, der kommer i pakkeforløb. Der er nogle, vi tror, vi forsømmer. Det er folk, som kommer ind med nogle symptomer, som lyder som om, at det kunne være en hjerterytmeforstyrrelse eller et blodtryksproblem eller noget uspecifikt.” (Ledende overlæge)

De typer af patienterne, der bliver *”ladt i stikken”*, som en ledende sygeplejerske formulerer det, er ifølge de sundhedsfaglige arytmipatienter (uden for Region Syddanmark), blodtrykspatienter, børn og patienter med uspecifikke symptomer, fordi de kommer på en *”almindelig”* venteliste og ikke en *”pakkeventeliste”*. Ventetiden på den almindelige venteliste er vokset på tre ud af fire matrikler – på nogle er den fordoblet, på en enkelt matrikel var den i en periode over et år.

Årsagerne til den længere venteliste for ikke-pakkepatienter er, at pakkepatienter så at sige springer køen over. En ledende sygeplejerske fortæller, hvordan allokeringen af tider sker i praksis, og hvad det betyder for patienterne uden for pakkeforløb:

”Pakkerne har medført, at der er allokeret relativt mange tider til nyhenviste patienter hver dag. Førhen havde man et dagsprogram, og der var så og så mange nyhenviste, og det var så bare efter fælles venteliste, og så var der kontrolpatienter for resten. Nu skal man så allokere så og så meget energi til pakkeforløb, men det er også nyhenviste patienter. Pakkepatienterne tager tiderne til de nyhenviste. Det vil sige, de kommer så hurtigt ind, at de høvler foran de andre [uden for pakkeforløb]. Så de bliver jo skubbet længere ud i fremtiden. For hvis du har fire tider hver dag, så tog du dem før fra en venteliste, hvor der kunne være to arytmipatienter, et barn og en med stabil angina pectoris. Så har du måske nu tre, der er henvist med diagnosen stabil angina pectoris og en med hjertesvigt, og så ser du jo ikke nogen af de andre, for du får jo ikke flere tider til at se nyhenviste den dag. Man opfinder jo ikke flere tider, for der er ikke flere tider. Derved skubber man nogle.” (Ledende sygeplejerske)

I spørgeskemaundersøgelsen peger afdelingerne på det øgede ressourcetræk, som afdelingerne - i varierende grad og af forskellige årsager - oplever som den primære årsag til, at hjertepakkerne trækker ressourcer fra andre patientgrupper.

Flertallet af afdelingerne peger således på, at ventetiden for almindelige nyhenviste (ikke akutte) hjertepatienter, der *ikke* indgår i pakkeforløb, er steget. Mens nyhenviste patienter med én af de fire diagnoser i pakkeforløb nu skal udredes 'akut' og kontaktes og tilbydes en tid inden for 7 hverdage med undtagelse af UAP/NSTEMI, der udredes inden for 72 timer, så rapporterer flere afdelinger i spørgeskemaundersøgelsen om ventetider på mellem 6 og 12 måneder for en såkaldt almindelig kardiologisk forundersøgelse til patienter, der er henvist med mistanke om hjertesygdom, men hvor der ikke er specifik mistanke om én af de fire hjertesygdomme, der er i pakkeforløb.

Påvirkningen af ventelisterne og dermed ventetiderne for patienter uden for pakkeforløb får nogle afdelinger til at foreslå pakkerne udvidet til at dække andre patientgrupper. Således foreslår flere afdelinger uden for Region Syddanmark, at der laves pakkeforløb for arytmipatienter samt for patienter med mere uspecifikke symptomer. Det sikrer muligvis en højere prioritering af ikke-pakkepatienter, men det skaber ikke i sig selv mere kapacitet og løser derfor ikke – alt andet lige – ventelisteproblemerne lokalt.

Den anden gruppe af patienter, som informanterne peger på, at pakkerne har konsekvenser for, er kontrolpatienter, der går til ambulant kontrol for en hjertelidelse - ofte med en fast frekvens - fx hver 6. eller 12. måned. Særligt analysen af reorganiseringerne i ambulatorierne viste, at der i forskelligt omfang blev konverteret kontroltider til pakketider. I spørgeskemaundersøgelsen forklarer en respondent udfordringen således:

"Problemet er især ambulant kontrol af patienter i forløb, som udskydes, da der ikke er noget økonomisk/administrativt incitament og ingen garantier for disse. Kontrol af patienter med kendt, men ikke operationsmoden, hjerteklapsygdom er fx en gruppe, der udskydes, og det ender i visse tilfælde med akut indlæggelse i stedet, da ikke alle patienter selv reagerer adækvat på symptom progression." (Kommentar fra ledende overlæge i spørgeskemaundersøgelsen)

Det bør understreges, at det ikke er alle fire afdelinger i interviewundersøgelsen, der oplever, at hjertepakker tager kapacitet fra andre patientgrupper, som følgelig bliver nedprioriteret og enten får længere ventetid eller færre kontrolbesøg med lavere frekvens. Ligesom det heller ikke var alle afdelinger, der oplevede et øget antal henvisninger. De lokale forskelle mellem afdelingerne er store på disse områder.

7.3 Pakkeforløbenes samlede konsekvenser for patienterne

Samlet set kan konsekvenserne for patienterne opdeles i hhv. konsekvenser for patienter, der kommer i et pakkeforløb og patienter, der ikke kommer i et pakkeforløb. Interviewundersøgelsen såvel som spørgeskemaundersøgelsen peger på, at konsekvenserne for patienter i et pakkeforløb er en kort ventetid på udredning og behandling og hurtige og velstrukturerede forløb. Desuden peges der på, at flere patienter får mere ensartede forløb uanset geografiske forhold.

Gruppen af patienter der ikke kommer i et pakkeforløb – og som ressourcerne tages fra – består af hhv. nyhenviste patienter og kontrolpatienter. Ifølge de sundhedsfaglige er ventetiden for de nyhenviste patienter uden for pakkeforløb steget som følge af pakkeforløb-

bene. Frekvensen af kontrolbesøg er også reduceret som følge af pakkeforløbene, fordi kontroltider konverteres til pakketider. Pakkeforløb medfører således, at nogle patientgrupper prioriteres, mens andre nedprioriteres. Det skal understreges, at denne undersøgelse ikke kan eller skal afgøre, i hvilket omfang denne (om)prioritering er (u)hensigtsmæssig eller ej.

8 Hjertepakkernes monitorering, legitimitet og udbredelse

Dette kapitel fokuserer på tre temaer. Afsnit 8.1 analyserer de sundhedsfagliges syn på monitoreringen af pakkeforløbene, mens afsnit 8.2 fokuserer på pakkernes legitimitet forstået som de sundhedsfagliges holdning til, hvorvidt hjerteområdet trængte til et centralt initiativ, og hvorvidt det var pakkeforløb, det trængte til. Afsnit 8.3 analyserer pakkernes udbredelse med særligt fokus på spørgsmålet om fordele og ulemper ved et pakkeforløb for arytmipatienter.

8.1 Monitorering mellem kontrol og motivation

Pakkeforløbene monitoreres på flere forskellige måder og af forskellige niveauer. Man har stræbt efter at afveje flere hensyn i forbindelse med registreringen på området – på den ene side behovet for at kunne følge implementeringsgraden løbende, på den anden side ikke at belaste systemet med (for mange) nye registreringer. Det har ført til et system med en national monitorering udført i regi af Sundhedsstyrelsen baseret på eksisterende data i LPR. Herudover laver Danske Regioner en spørgeskemabaseret monitorering af, hvorvidt afdelingernes ledelser selv vurderer, at de hhv. *"overholder forløbstider"*, *"overskrider med få dage"* eller *"ikke overholder forløbstiderne"* inden for de enkelte pakker og de forskellige forløbstider (13). Hertil kommer regionernes og sygehusenes egne lokale monitoreringer.

Dette afsnit beskriver respondenternes oplevelse af monitoreringerne, og hvilke konsekvenser de har for dem og deres arbejde.

En del afdelinger påpeger i spørgeskemaundersøgelsen, at det er en stor udfordring at få en éntydig, enkel, relevant og ikke mindst valid monitorering af området. Den nuværende situation er præget af *"mange forskellige registreringer, der indføres lokalt, regionalt og nationalt og de deraf følgende udredninger og forklaringer på afvigelser i tallene"*, som en afdeling formulerer det. En overlæge fra interviewundersøgelsen beskriver Sundhedsstyrelsens monitorering således:

"Jeg kan ikke finde ud af præcis, hvordan de måler, det synes jeg er meget svært at finde ud af. Vi kan ikke få konkret at vide sådan og sådan. Det er uigennemskueligt. Vi har flere gange oplevet forskelligheder [mellem Sundhedsstyrelsens monitorering og afdelingens egne monitoreringer], hvis vi selv bruger vores egen database." (Overlæge)

Monitoreringerne fra Sundhedsstyrelsen opleves ikke som værende et retvisende billede af antallet af patienter i pakkeforløb eller den reelle overholdelse af forløbstider – hvilket monitoreringen heller ikke er, da den kun kan opgøre *patientforløb* og ikke *pakkeforløb* (se evt. afsnit 2.2.3 for en uddybning af forskellen). Det får en ledende overlæge til at betegne monitoreringen som en *"katastrofe"*, fordi det er belastende for medarbejderne at blive målt på noget, der ikke afspejler den virkelighed, de selv oplever. Det opleves af flere som en kontrol på forkerte præmisser. Forskellene i tallene mellem Sundhedsstyrelsen og de lokale ambulatorier opstår bl.a., fordi Sundhedsstyrelsens monitorerer alle forløb på hjerteområdet samlet, mens ambulatorierne lokalt monitorerer tal særskilt for pakkeforløb.

Nogle informanter beskriver, hvad monitoreringerne betyder for medarbejdernes motivation. En ledende sygeplejerske fortæller, hvordan ledelsen orienterer sig imod at få "så gode tal som overhovedet muligt":

"Vi vil jo gerne have så gode tal som overhovedet muligt, det er der da ingen tvivl om. Det holder vi meget øje med." (Ledende sygeplejerske)

En ledende overlæge desuden peger på, at det kan have den konsekvens, at de områder, der monitoreres, prioriteres højere, end de områder, der ikke monitoreres:

"Hvis man alligevel kun bliver målt på hjertepakkerne, kan de godt have betydning for, hvordan man disponerer ens indsats." (Ledende overlæge)

Monitorering kan således medvirke til at sikre motivation og fastholde en indsats, som løbende monitoreres – men som vi så i det foregående afsnit, kan det have afledte konsekvenser for alle de områder, som ikke monitoreres (i samme grad).

Det er dog helt afgørende, at monitoreringen har legitimitet. Respondenterne tegner et klart billede af, at hverken Sundhedsstyrelsens monitorering af patientforløb på basis af LPR eller Danske Regioners spørgeskemaundersøgelse om overholdelse af forløbstider har høj legitimitet set med deres øjne, hvilket er en kilde nogen frustration.

8.2 Hjertepakernes legitimitet set med praktikernes øjne

Hjertepakkerne er resultatet af en national beslutning, og de skal implementeres overalt. Som en overlæge formulerer det: "*Pakkerne er lov!*" Men hjertepakernes konkrete implementering, udfoldelse og efterlevelse i praksis er i høj grad et spørgsmål om pakernes legitimitet set med medarbejderes og sundhedsfaglige lederes øjne. Det gælder alle typer af forandringer i et sundhedsvæsen, som ikke er præget af en stærk tradition for autoritet i hierarkiske organisationer, og som desuden er præget af en praksissektor, der slet ikke er hierarkisk organiseret. Forandringers legitimitet afhænger blandt andet af, om medarbejderne oplever, at der er så store udfordringer, at der er behov for en forandring, og at den konkrete forandring opleves som en meningsfuld løsning på udfordringerne. Det fører til to underafsnit: Oplevede klinikerne, at hjerteområdet trængte til et centralt indgreb? Og opleves pakkerne som den rigtige forandring?

8.2.1 Trængte hjerteområdet til et centralt indgreb?

Det korte svar er ifølge de sundhedsfaglige 'ja'! Mange oplevede, at forløbene ikke var hurtige nok. Det gælder både i almen praksis, der henviser patienter, og de sygehusansatte og ledere der udreder patienterne. Også på matrikler som både før og efter de nationale hjertepakker har haft lave ventetider, er der en klar oplevelse af, at ventetiderne på hjerteområdet var et stort problem.

Men mange respondenter oplevede det også som problematisk, at forløbene var så uens ikke bare fra region til region, men også fra matrikel til matrikel inden for en region. Flere sundhedsfaglige mener, at det var nødvendigt med et "*indgreb ovenfra*", som en overlæge formulerer det, fordi nogle afdelinger haltede bagud, og tilbuddene simpelthen var for forskelligartede.

I relation til spørgsmålet om behandlingsvariation peger nogle læger på, at social ulighed i adgangen til behandlingstilbud var et problem for NSTEMI/UAP patienter, som gjorde et

nationalt initiativ nødvendigt. En overlæge på AKS-området²³ peger på en undersøgelse²⁴, der viste, at før hjertepakkerne havde en mand, der var veluddannet, havde relativt høj indkomst og boede tæt på et af de fem hjertecentre, dobbelt så stor sandsynlighed for at gennemgå det anbefalede forløb for AKS, som en kvinde med lav indkomst, lavere/ingen uddannelse der boede mere end 60 km fra et hjertecenter. Det scenarie mener overlægen, at hjertepakkerne har været med til at ændre i kraft af standardiseringen af forløbstiderne og indholdet i behandlingen. Selvom respondenterne generelt set ikke oplevede store problemer på deres egen matrikel (se afsnit 4.1.1), så oplevede de, at variationen mellem matriklerne var for høj – og at det var et væsentligt problem for behandlingen af hjertesygdom generelt set.

Netop fordi variation og ventetiderne blev set som problemer, var der blandt de sundhedsfaglige en generel oplevelse af, at der var behov for et centralt initiativ på hjerteområdet. Både fordi *”det er et kæmpe arbejde at udarbejde sådan et program, hvis det skal være evidensbaseret”*, som en sygeplejerske formulerede det, men også fordi det kan være vanskeligt i de faglige selskaber at blive enige om, hvad der er det rigtige at gøre. Som denne overlæge forklarer:

”Vi er jo fagpersoner, der kan komme med mange synspunkter og holdninger, men nogle gange er det en enorm styrke, at der er nogle administratorer, der sætter sig og siger: Nu er vi enige om ud fra nogle kriterier, at det her er en potentielt farlig sygdom [AKS], og det her er også en potentielt farlig sygdom. [...]Der er styrken ved fagfolk, at vi kender det faglige belæg, men vi har mange forskellige måder at gribe det an på. Så at blive enige nationalt om, hvordan man gør det, er mange gange vanskeligt.” (Overlæge)

Langt den overvejende del af respondenterne i interviewundersøgelsen mener således, at der var behov for et centralt initieret indgreb på hjerteområdet.

8.2.2 Er pakkerne den rigtige forandring?

Langt de fleste respondenter mener, at den grundlæggende idé med at lave nationale evidensbaserede pakkeforløb, hvor de faglige selskaber inddrages, men hvor der også kobles forløbstider på, er den rigtige løsning. Og der er stor opbakning til de valgte pakkeforløb blandt respondenterne. Men der er også en del kritiske kommentarer, særligt i spørgeskemaundersøgelsen. Her blev afdelingerne spurgt (som åbent fritekstspørgsmål), hvad de så som den største ulempe ved hjertepakkerne? Den største gruppe af svar handler om hjertepakkernes faglige relevans og indhold og dermed deres legitimitet.

Der fremføres særligt to problemstillinger. Den ene er, at en del af kravene til tidsfrister i forløbene ikke opleves som fagligt velbegrundede.

Men den største anke er en oplevelse af, at patienter, der ikke er hjertesygge, eller patienter, der har meget beskedne symptomer, kommer i pakkeforløb. Afdelingerne mener, at det fører til unødvendige undersøgelser – særligt påpeges det, at der nu laves ekkokardiografi på patienter, der ikke blev henvist tidligere. Nogle afdelinger vurderer, at det er hovedparten af de patienter, som henvises til hjertepakker, der ikke har kardiell sygdom, og at de er visiteret til pakkeforløb på baggrund af en for dårlig/ubegrundet henvisning:

²³ AKS (Akut Koronart Syndrom) omfatter NSTEMI/UAP-pakken, som også omtales som AKS-pakken af nogle respondenter.

²⁴ Hvelplund, A. (2011): *Invasive treatment strategy in patients with acute coronary syndrome in Denmark*.

”De patienter, vi ser, er generelt meget raske. Dvs. ofte er det blot et spørgsmål om en ekko og ikke en speciallægevurdering. Gælder både for hjertesvigt og mislyd-pakken.” (Spørgeskemakommentar)

Den vurdering leder til et forslag om at justere på kompetencekravene i pakkerne, så man kan *”nøjes med en ekko fra en specialuddannet ekkosygeplejerske frem for en speciallægevurdering”* (spørgeskemasvar). Andre foreslår ændringer i de nuværende pakkeforløb, så de i højere grad målrettes højrisikopatienter. Andre igen efterlyser en bedre implementering af særligt henvisningskriterierne (jf. diskussionen i afsnit 3.2.1). Enkelte afdelinger mener, at ulemperne generelt er så store, at man helt bør afskaffe hjertepakkerne igen og vende tilbage til den tidligere praksis.

Der er tale om to forskellige problemstillinger, som der bør skelnes meget klart mellem: Hvis problemet primært skyldes implementeringsfejl, så løses det ikke ved at ændre på inklusionskriterierne, da de i forvejen ikke er implementeret effektivt i praksis (se afsnit 3.4 for pakkernes implementering i almen praksis).

Med hensyn til den sidste pakke, NSTEMI/UAP, peger ingen af de interviewede AKS-læger på, at der er problemer med for raske patienter – snarere tværtimod. Nogle læger peger således på, at social ulighed i adgangen til behandlingstilbud før pakkeforløb var et større problem for netop NSTEMI/UAP-patienter, som gjorde et nationalt initiativ nødvendigt. En overlæge på AKS-området²⁵ peger på en undersøgelse²⁶, der viste, at før hjertepakkerne var der en betydelig ulighed, mht. hvem der fik det anbefalede forløb for AKS. Det scenarie mener overlægen, at hjertepakkerne har været med til at ændre både i kraft af standardiseringen af forløbstiderne såvel som af indholdet. Han beskriver, hvordan patienterne med NSTEMI/UAP tidligere ventede på de henvisende sygehuse i 5-14 dage, før de blev henvist til udredning på et af de udredende sygehuse. Men for en del patienter havde situationen stabiliseret sig i denne periode, og de blev derfor udskrevet. Pakkernes 72 timers grænse for viderehenvisning gør, at man ikke længere når til det stadie, hvor en udskrivning kan komme på tale, og i stedet bliver patienten henvist, udredt og behandlet med det samme. Tidsgrænserne kombineret med de mere ensrettede kriterier for viderehenvisning og de positive konsekvenser, som nogle læger mener, at pakkerne har for den sociale ulighed på hjerteområdet, får overlægen i eksemplet til at konkludere:

”AKS-pakken er en enormt stor succeshistorie. Vi modtager patienterne i et hurtigt forløb på en videnskabelig veldokumenteret baggrund.” (Overlæge)

Samlet set er der således stor generel opbakning til grundtanken i pakkeforløb. De største problemer relaterer sig ifølge hospitalsklinikkerne til de interne udfordringer i relation til kapaciteten (som tidligere beskrevet i kapitel 6, s. 44) og til problemerne med styringen af indgangen til pakkeforløb på de tre pakker, der primært starter i almen praksis. Hertil kommer at ikke alle tidsfrister findes lige fagligt velbegrundende.

²⁵ AKS (Akut Koronart Syndrom) omfatter NSTEMI/UAP-pakken, som også omtales som AKS-pakken af nogle respondenter.

²⁶ Hvelplund, A. (2011): *Invasive treatment strategy in patients with acute coronary syndrome in Denmark*.

8.3 Udbredelse af pakker: Fordele og ulemper ved en arytmipakke

Region Syddanmark har valgt at implementere et femte pakkeforløb for arytmipatienter. Dette afsnit vil beskrive fordele og ulemper ved at gøre den femte hjertepakke national set fra respondenternes perspektiv.

De fleste respondenter fra undersøgelsens to matrikler uden for Region Syddanmark, som således ikke har pakkeforløb for arytmia, vil gerne have en arytmipakke.

En ledende overlæge uden for Region Syddanmark beskriver de nuværende vilkår for arytmipatienterne:

"Pakkeforløb er ikke så dårligt, som det lyder. Det skulle bare være flere patienter, der havde pakkeforløb, så man havde den mulighed at tildele andre patientgrupper pakkeforløb. Fx arytmierne. De trænger til, at det bliver mere struktureret og et bedre tilbud, end det er nu. For de sejler lidt rundt i systemet nu." (Ledende overlæge)

Den ledende overlæge peger på, at pakketankegangen er god, og at den burde udbredes til arytmiorrådet for at forbedre deres forløb.

En sygeplejerske uden for Region Syddanmark beskriver fordelene ved et pakkeforløb for arytmipatienter:

"Det vil være et plus for patienten, fordi de kommer hurtigere til og får det her velbeskrevne forløb." (Sygeplejerske)

Sygeplejersken lægger vægt på, at et pakkeforløb for arytmipatienter vil medføre, at de ikke skal vente så længe som nu på udredning (se afsnit 7.2, s. 54), og at de vil få et mere velstruktureret forløb ligesom de patienter, der nu er i pakkeforløb.

Også praksiskonsulenterne ser positivt på en eventuel national arytmipakke:

"Jeg tænker, det ville være rigtig fint. Og så lægge det ind i en pakke at de laver en hurtig udredning og så starter behandling og afslutter patienten og så sender tilbage til mig. Det ville være fint. Det kunne jeg godt tænke mig." (Praksiskonsulent)

Ifølge de sundhedsfaglige vil et pakkeforløb således give denne patientgruppe et mere velstruktureret forløb, og det vil forkorte deres ventetid – som det er sket for de patientgrupper, der er i pakkeforløb nu.

Men der er også udfordringer forbundet med en arytmipakke. Udfordringerne relaterer sig dels til patientgruppen, der er uhomogen og stor i antal, dels til udredningen af sygdommen, der kan vare lang tid. Til spørgsmålet om, hvorfor arytmipakken ikke blev national, svarer en ledende overlæge, som sad med i arbejdsgruppen i Sundhedsstyrelsen:

"Vi, der sad dér fra Region Syddanmark, sagde, at det [arytmipakken] er langt den mest problematiske pakke, fordi det er en så inhomogen patientgruppe. Arytmisymptomer har Gud og hvermand, og de fleste fejler ingenting, de har nogle ekstra slag. Hvis man bare siger, vi tager alle med, der mærker et eller andet, så får vi halvdelen af befolkningen. Og det er rigtig svært at få skilt skæg fra snot, og det var også en lang proces i Region Syddanmark at få det snævret ind, at arytmipakken det er ikke hvad som helst." (Ledende overlæge)

Denne holdning er generel: Netop fordi *"en arytmipatient ikke bare er en arytmipatient"*, som en overlæge formulerer det, er det nødvendigt at indføre *"filtre"*, der kan sikre, at de ufarlige arytmipatienter ikke henvises til arytmia-pakker, men i stedet udredes og afsluttes i almen praksis som en anden overlæge pointerer. En eventuel arytmipakke skal derfor kun være for de alvorligt syge. Denne pointe gælder alle pakker, men er særlig væsentlig her fordi gruppen både er meget uhomogen og meget stor.

Det vanskelige ved en arytmi-pakke er ikke kun at indkredse målgruppen. Selve udredningen af patienterne er også en udfordring. Fordi patienternes symptomer sjældent viser sig, har denne gruppe ofte lange udredningsforløb på hele og halve år, og derfor kan de ikke udredes inden for de fastsatte forløbstider. Praksiskonsulenterne i Region Syddanmark, der kan henvise til en arytmi-pakke, oplever dog ikke en forskel på arytmi-pakken og de andre pakker. De oplever begge, at arytmi-pakken fungerer godt. Dog var der ifølge den ene praksiskonsulent i begyndelsen problemer med kapaciteten til udredning.

Samlet set peger både praksiskonsulenter og de sundhedsfaglige på hospitalerne på potentielle fordele ved et pakkeforløb for arytmi. Samtidig pointerer de også bekymringer relateret til alt for mange henvisninger, fordi gruppen er meget stor i antal og meget uhomogen. Et indirekte argument for at indføre pakkeforløb for arytmi er, at flere praksiskonsulenter anfører, at arytmiområdet er det eneste store område på hjerteområdet, der er uden for pakkeforløb. Praksiskonsulenterne sammenligner med kræftområdet, hvor alle kræftsygdomme er i pakkeforløb. Det kan være en medvirkende årsag til pakkernes begrænsede gennemslagskraft i almen praksis.

8.4 Sammenfatning

Kapitlet har diskuteret tre aspekter af hjertepakkerne: Monitorering og legitimitet i klinikkernes øjne som var temaer, der fyldte meget i interviews såvel som spørgeskemaer samt pakkernes udbredelse med særligt fokus på de oplevede fordele og ulemper ved en arytmi-pakke.

Monitorering kan medvirke til at sikre motivation og fastholde en indsats, men kan have afledte konsekvenser for de områder der ikke monitoreres i samme grad, og som derfor nedprioriteres. Det er dog helt afgørende, at monitoreringen har legitimitet, og hverken Sundhedsstyrelsens monitorering eller Danske Regioners spørgeskemaundersøgelse har stor legitimitet blandt de sundhedsfaglige respondenter.

I relation til pakkeforløbenes legitimitet er de sundhedsfaglige generelt enige om, at hjerteområdet trængte til et nationalt initiativ, primært fordi forløbene ikke var hurtige nok, og variationen var stor.

De sundhedsfaglige i de regioner, der ikke har pakkeforløb for arytmi-patienter, ser gerne, at pakkeforløbene udbredes til denne gruppe. Dog pointerer Region Syddanmark, der allerede har et pakkeforløb for arytmi-patienter, en række udfordringer forbundet med arytmi-pakken, dels fordi patientgruppen er broget og stor, dels fordi udredningen er en lang proces, som afhænger af arytmien, og ikke kun af sundhedsvæsenets indsats.

9 Diskussion

I denne afsluttende diskussion sættes særligt fokus på ét af de væsentlige spørgsmål i relation til pakkeforløbs organisatoriske konsekvenser, nemlig spørgsmålet om hvordan, hvorfor og under hvilke betingelser pakkeforløb fører til dyrere forløb. Dette spørgsmål er ikke kun relevant i relation til hjertepakker, men også i relation til pakkeforløb mere generelt.

På baggrund af rapportens analyser opstilles en typologi, der giver et overblik over de forskellige typer af påvirkning af produktionen, som i forskelligt omfang er fundet i de empiriske analyser på de fire matrikler. Typologien gør det muligt at skelne mellem principielt forskellige typer af påvirkninger, hvis årsager, konsekvenser – og mulige løsninger – er forskellige. Den skaber således et fundament for en mere præcis og målrettet diskussion af konsekvenserne af pakkeforløb – både på hjerteområdet og på andre områder. Men den kan også bruges i implementeringsøjemed til at sætte fokus på de udfordringer og faldgruber, der er forbundet med implementering af pakkeforløb og sætte fokus på at forebygge og undgå de uønskede bivirkninger af pakkeforløb. Først præsenteres typologien, herefter opsummeres de konkrete empiriske fund fra analysen.

9.1.1 Pakkeforløbs generelle konsekvenser for produktionen

Der er to centrale forudsætninger for, at indførelsen af pakkeforløb *ikke* kommer til at skabe et kombineret og uønsket aktivitets- og udgiftspres: At produktionen *ikke* forøges, og at produktionen *ikke* fordyres. I det følgende beskrives de grundlæggende mekanismer, der kan føre til hhv. tilsigtet og utilsigtet forøgelse eller fordyrelse af produktionen, og til sidst opsummeres de fire generelle situationer i en samlet tabel 4 herunder. (Det skal understreges, at det også er muligt, at pakkeforløb generelt set kan blive løftestang for en mere rationel tilrettelæggelse af produktionen, som kan føre til en *billigere* produktion).

Der er to principielt forskellige kilder til *forøget* produktion:

- 1) Der kan foretages ændring af henvisningskriterier i pakkeforløb, som er bredere end de gældende kriterier. I den forstand sker der en tilsigtet udvidelse af målgruppen for et pakkeforløb. Implementeres de nye kriterier loyalt, vil der ske en forøgelse af aktiviteten, og derfor er der tale om en *tilsigtet* forøgelse.
- 2) Der kan også ske en ændring, præcisering eller standardisering af henvisningskriterierne, som ikke tager sigte på at udvide målgruppen. Men hvis det ikke lykkes at implementere kriterierne effektivt i praksis, henvises der flere end dem, som henvisningskriterierne formelt set tilsigter. Mange faktorer kan spille ind her: Korte ventelister kan skabe tendens til hurtigere henvisninger, uklare henvisningskriterier kan skabe gråzoner og tvivl eller mangelfuld implementering og anvendelse af nye henvisningskriterier i praksis. Her er der tale om *utilsigtet* forøgelse af produktionen²⁷.

Der er ligeledes to principielt forskellige kilder til *fordyret* produktion:

²⁷ Mangelfuld implementering kan selvfølgelig også føre til den modsatte situation: At for få henvises i henhold til de gældende henvisningskriterier. I så fald foreligger et sundhedspolitisk og sundhedsfagligt problem, men det fører ikke umiddelbart til forøget eller fordyret produktion, snarere tværtimod. På længere sigt kan kronisk sygdom, der ikke behandles i tide, dog føre til større aktivitet og dermed større udgifter på længere sigt.

- 3) Produktionen bliver dyrere, hvis indholdet i patientforløbene er gjort mere omfattende – og her er der tale om *tilsigtet* fordyrelse. I det omfang selve udredningen, behandlingen og rehabiliteringen udvides i forhold til tidligere praksis, fordyres hvert forløb tilsvarende.
- 4) Men produktionen kan også fordyres *utilsigtet*.
- a. De kortere tidsfrister kan føre til brug af overkapacitet, som sikrer, at alle kan komme til indenfor tidsfristen. Men *overkapacitet og beredskabsløsninger* som svar på tidsfristerne, giver ofte lavere kapacitetsudnyttelse.
 - b. De korte tidsfrister betyder også, at en større andel af patienter – alt andet lige – vil *udeblive*, fordi de indkaldes langt hurtigere, og her er det meget svært for produktionsenhederne at undgå fald i kapacitetsudnyttelsen, når en del udeblivelser ikke er varslet.
 - c. Pakkeforløbenes tidsfrister ændrer produktionsvilkårene fra en elektiv til en (sub)akut opgave. Den opgave kræver mere fleksible produktions- og dermed organiseringsformer, der er egent til (sub)akut aktivitet – og ikke de produktionsformer som har været effektive i den elektive produktion. De mere fleksible produktionsformer skaber *nye opgaver* i relation til hele tiden at sikre det optimale match mellem inflowet af opgaver og organiseringen af arbejdet.

Tabellen viser de fire principielt forskellige former for fordyret produktion, som pakkeforløb kan afstedkomme²⁸. Der ses her bort fra kortvarige midlertidige fordyrende forhold i forbindelse med selve implementeringen.

Tabel 4: Oversigt over generelle tilsigtede såvel som utilsigtede ændringer af aktiviteten som følge af pakkeforløb

	<i>Forøget (og fordyret) produktion</i>	<i>Fordyret produktion</i>
Tilsigtet	1) Der henvises flere <i>på grund af</i> henvisningskriterierne: Ændrede henvisningskriterier udvider målgruppen for indsatsen.	3) Der produceres mere <i>på grund af</i> forløbsbeskrivelserne: En bevidst udvidelse af indholdet i patientforløbene (fx øget diagnostisk, behandling eller rehabilitering).
Utilsigtet	2) Der henvises flere <i>på trods af</i> henvisningskriterierne: Mangelfuld implementering af henvisningskriterier (fx grundet uklarhed, kortere ventelister, manglende efterlevelse, øget opmærksomhed på området mv.).	4.a) <i>Lavere kapacitetsudnyttelse</i> som følge af overkapacitet og beredskabsløsninger som svar på de kortere tidsfrister i pakkeforløb. 4.b) <i>Lavere kapacitetsudnyttelse</i> som følge af flere udeblivelser og aflysninger (som følge af kortere indkaldelsesfrister til patienterne). 4.c) <i>Nye opgaver</i> , særligt i relation til behovet for tæt logistisk styring, justering og omstilling til mere fleksibel produktion.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af analyseresultater.

Note *: Det skal understreges, at undersøgelsen *ikke* kan vurdere, om de tilførte ressourcer til hjerteområdet i forbindelse med pakkeforløb var tilstrækkelige, da dette *ikke* er en driftsøkonomisk undersøgelse. Den kan udelukkende påpege, hvor, hvorfor og hvordan pakkeforløb kan forøge og på anden vis fordyre produktionen.

²⁸ Det er principielt set også muligt, at pakkeforløb generelt set fører til en mere rationel tilrettelæggelse af produktionen, som kan føre til billigere produktion. Der er dog ikke fundet empiriske eksempler på dette.

9.1.2 Pakkeforløbs konsekvenser for produktionen på hjerteområdet

I dette afsnit opsummeres analysens konklusioner i forhold til typologiens fire kilder til forøget og fordyret produktion:

Ad 1) Tilsigtet forøgelse af produktionen:

Formålet med pakkeforløb var ikke at udvide målgruppen ved at ændre henvisningskriterierne, så de ville omfatte en bredere gruppe af patienter. De lokale udfoldelser af de konkrete henvisningskriterier, der er foretaget på hver afdeling, har ifølge praksiskonsulenter og overlæger i undersøgelsen heller ikke 'sænket barren' og skabt basis for, at flere patienter skal henvises. Der er således ingen tilsigtet forøgelse af målgruppen i de nationale hjertepakker, og der er ifølge informanterne heller ikke sket en de facto udvidelse af målgruppen qua de lokale udformninger af henvisningskriterierne.

Ad 2) Utsigtet forøgelse af produktionen:

Derimod har analysen peget på, at implementeringen af de nye henvisningskriterier ikke har været effektiv, og overlæger såvel som praksiskonsulenter oplever, at implementeringen er mangelfuld. Informanterne peger på, at implementeringsindsatsen har været præget af lokale initiativer i relativt løst kobled systemer – hvor det har været op til den enkelte afdelings overlæger, og praksiskonsulenternes rolle er ikke klart defineret: Nogle har deltaget mere aktivt i selve implementeringsdelen, andre har set deres rolle mere som almen praksis' advokater, der skulle sikre relevansen for almen praksis. Ingen matrikler i undersøgelsen oplever en vellykket implementering af de nye henvisningskriterier, og det skaber udfordringer på hospitalerne, at indgangen til pakkeforløb ikke fungerer som tiltænkt. Flere afdelinger peger på, at de selv foretager langt de fleste henvisninger til pakkeforløb – på et mindre fuldstændigt grundlag end tiltænkt – da de langt fra mener, at almen praksis i tilstrækkelig grad henviser til pakkeforløb. Den mangelfulde implementering af de nye henvisningskriterier til trods skal det understreges, at analysen ikke peger på, at almen praksis er et problem. Analysen peger udelukkende på, at *mekanismerne til implementering* af de nye henvisningskriterier i almen praksis ikke har været effektive nok. Analysen kan ikke udelukke, at problemet også er henvisningskriteriernes omfang og ønsket om standardisering af de præhospitaler undersøgelser, som muligvis er urealistisk i forhold til den virkelighed, der hersker i praksis, og de meget svage implementeringssystemer og strategier der i dag findes på området.

Ad 3) Tilsigtet fordyrelse af produktionen:

Den væsentligste kilde til en tilsigtet fordyrelse af produktionen er udvidelse af forløbenes indhold som følge af pakker. Det er forbundet med en vis usikkerhed på grund af den lokale variation mellem matrikler at tale om ændringerne i det kliniske indhold af forløbene, fordi patientforløbene netop ikke var standardiseret før pakkeforløb. På den ene side viser analysen, at en lang række overlæger peger på, at der ikke er ændret noget grundlæggende ved diagnostik og behandling. Men samtidig peger de på, at ekko nu bruges mere, tidligere og ikke mindst mere konsekvent i den primære udredning. Dette er en direkte konsekvens af udformningen af hjertepakkerne, og flere afdelinger beretter også om, at der er allokeret midler til udvidelse af kapaciteten på ekkoområdet, om end det på interviewtidspunktet stadig var en væsentlig flaskehals, hvilket spørgeskemaundersøgelsen

også bekræftede. Den udvidede brug af ekko må således betragtes som en *tilsigtet* fordyrelse af forløbene.

Ad 4) Utilsigtet fordyrelse af produktionen:

Implementeringen af pakkeforløb kræver en omstilling af produktionen fra elektiv til (sub)akut – en omstilling hvor indarbejdelsen af fleksibilitet i hele produktionsmaskinen er nøgleordet. Flexibiliteten kræver, at produktionen bliver styrbar og kan tilpasses efterspørgslen løbende, og at den i mindre grad bliver personafhængig. Mao: Det er vigtigt, at nogen kan skrue op og ned for blusset, flytte ressourcer, planlægge pakkespor og i det hele taget sikre og justere den kapacitet, der er behov for. Det kræver nogle steder et stort opgør med den i varierende grad af fri arbejdstilrettelæggelse på det ambulante område. Afdelingerne er i meget varierende grad lykkedes med at omstille deres produktion til de mere akutte arbejdsvilkår. Nogen har opbygget mange forskellige metoder til at skabe en fleksibel og styrbar kapacitet og dermed så gode vilkår som muligt for en høj udnyttelse af kapaciteten, selvom efterspørgslen svinger, og selvom der ofte skal justeres og fyldes huller ud i programmerne. Andre steder er det betydeligt vanskeligere at skabe fleksibel kapacitet til pakkeforløbene, og der sidder i flere tilfælde en mere underordnet sygeplejerske eller overlæge, som ikke har det ledelsesmæssige råderum til at foretage de mere grundlæggende omstillinger som følge af de nye og mere akutte produktionsvilkår.

De afdelinger, som har satset hårdt på at leve op til pakkeforløbenes tidsfrister – og sikre en fuld kapacitetsudnyttelse – oplever, at der opstår nye opgaver, som kræver ressourcer: Der skal både ringes pakkepatienter ind, der skal forventningsafstemmes mere med patienterne, som skal være forberedte på det hurtige forløb, de skal igennem, hvis det skal lykkes at få dem igennem til tiden. Der skal ringes ventelistepatienter ind til at fylde huller i programmerne, når antallet af pakkepatienter svinger, og der er ledige pakketider, eller der kommer afbud. Der skal holdes løbende øje med ventetider for at kunne tilpasse kapaciteten, der skal skaffes merkapacitet ad hoc i perioder fx ved at holde aftenåbent. Der skal være nogen, der sikrer og følger op på, at alle patienter kommer igennem systemet – til tiden – og at ingen bliver tabt eller glemt i systemet. Kort sagt: Der skal generelt ske en langt tættere logistisk styring af forløbene såvel som af produktionen. Det er opgaver, som kræver, at der skabes et ledelsesmæssigt rum, for at de kan udføres i praksis. Men det er også opgaver, der tager tid og ressourcer.

I lyset af den opstillede typologi og den efterfølgende diskussion af de empiriske fund i lyset af typologien kan analysen bruges fremadrettet til at sætte fokus på de områder, som pakkeforløb skaber udfordringer på – men hvor der også i praksis begynder at vise sig forskellige former for lokale løsninger.

9.1.3 Behov for bedre styring med indgangen til pakkeforløb

Kontrol med indgangen til pakkeforløb er helt central for at nå det ønskede mål uden en (unødigt) fordyrelse af hele området. Denne pointe er generel og gælder for enhver sundhedsfaglig indsats: Hvis man ikke kan få fat i de rigtige patienter i målgruppen, virker indsatsen ikke (så effektivt) som ønsket. Analysen har vist, at ændringer i henvisningspraksis er en såvel omfattende som svær opgave, fordi det skal ske blandt flere tusinde praktiserende læger, fordi hjerteområdet fylder meget lidt, og fordi de nuværende systemer og

strukturer til ændring er meget løst koblede, og mekanismerne er svage. Effektiv styring af indgangen til pakkeforløb kræver en anderledes implementeringsstrategi end den hidtil anvendte. Implementeringen har i høj grad været op til den enkeltes fortolkning af opgaven, og hverken overlæger eller praksiskonsulenter har mange muligheder i dette løst koblede system. Analysen kan ikke afgøre, om ændringerne i henvisningssystemet er for ambitiøse og dermed urealistiske, eller om det er implementeringsstrukturen og strategien, der er for svag. Men det har i praksis ikke vist sig muligt at skabe den ønskede ændring i indgangen til pakkeforløb, som var tiltænkt, og i stedet prøver overlægerne at foretage visitationerne selv så kvalificeret som muligt på det foreliggende henvisningsgrundlag, hvor ingen henvisninger sendes tilbage, da det vil forsinke patienternes forløb.

Flere informanter – også praksiskonsulenter – peger på mulige løsninger med forskellige former for elektroniske skabeloner, som kan medvirke til at sikre et mere omfattende såvel som ensartet henvisningsindhold, idet ingen har oplevet, at de skabeloner, de selv har udarbejdet på nogle matrikler, bliver brugt i praksis. Men der er et dilemma mellem overlægernes ønsker om ensartede (elektroniske) henvisninger i henhold til pakkeforløbsbeskrivelserne og praktiserende lægers ønsker om ensartede henvisningssystemer på tværs af afdelinger og matrikler i den enkelte region.

Hvordan der kan skabes mere kontrol med indgangen til pakkeforløb, kan denne analyse ikke pege entydigt på. Den kan kun vise, at de nuværende lokale og decentrale strukturer langt fra er klare, entydige eller effektive nok. Dette er ikke nogen kritik af det nuværende samarbejde mellem sygehuse og almen praksis via praksiskonsulentordningen. Men i dette tilfælde har den ikke været nogen egnet implementeringsorganisation.

9.1.4 Reorganisering af arbejdet: De ledelsesmæssige opgaver

Pakkeforløbenes tidsfrister ændrer de ambulante funktioners produktionsvilkår fra elektivt til subakut: Der er ikke længere en lang venteliste, som man kan booke patienter fra, når der er ledig kapacitet i de forskellige ambulante funktioner. Der *skal* være ledig kapacitet til helt bestemte ambulante funktioner med meget kort varsel, og man ved aldrig præcist hvor meget indtil få dage før.

Alle afdelinger er forskellige – men opgaven er grundlæggende set den samme og udfordringerne ligeså: Det kræver en omstilling fra elektive produktionsformer, der kan klare en høj grad af individuel arbejdstilrettelæggelse i den enkelte overlæges ambulatorieaktivitet til en samlet set langt mere styrbar produktionskapacitet med langt mere indbygget fleksibilitet. Nogle afdelinger har både fundet metoder til at skabe mere fleksibilitet i efterspørgslen (fx ved at ringe patienter ind fra ventelister når der er for lidt efterspørgsel) eller i produktionen af ydelser (fx ved at udvide kapaciteten ad hoc ved aftenåbent og ved at flytte mere rundt på arbejdsfunktioner og opgaver efter behov).

Men styrbarheden og fleksibiliteten går ud over individets frie arbejdstilrettelæggelse, hvilket er en større udfordring i nogle afdelingskulturer end i andre. Derfor kræver omstillingen også i varierende grad en stor ledelsesmæssig indsats på områder, som ikke kun handler om produktionsplanlægning, logistik og optimering af forløb. Disse opgaver kan i langt højere grad lægges ud til menige overlæger og sygeplejersker med særligt forløbsansvar. Det er imidlertid ledelsens ansvar at skabe den grundlæggende styrbarhed af produk-

tionskapaciteten og de justeringsmuligheder, der løbende er behov for – så kan medarbejdere med særligt forløbsansvar sikre afviklingen af pakkerne i hverdagen.

Analysen peger således på, at det er væsentligt at formulere de lokale ledelsesmæssige opgaver tydeligere i forbindelse med implementeringen af pakkeforløb. Både for at sikre det nødvendige fokus på at der undgås en utilsigtet forøgelse såvel som fordyrelse af produktionen, men også for at sikre at ledelsen sørger for at skabe den styrbarhed og den fleksibilitet i produktionen, som opgaven kræver, for at forløbsansvarlige medarbejdere har mulighed for at løfte opgaven i praksis. De steder, hvor forløbsansvarlige medarbejdere og mellemledere selv forsøger at skabe rum til pakkeforløb, fleksibilitet, flytte kapacitet, ændre arbejdsformer osv., fører det primært til frustration, fordi de ikke har beføjelser til det og hele tiden må forsøge at forhandle sig frem med kollegaer og andre faggrupper.

Analysen peger på, at man med fordel kan tydeliggøre såvel de risici og udfordringer, som pakkeforløb indebærer, de kendte metoder og strategier til løsning af udfordringerne samt det ledelsesmæssige ansvar og de ledelsesmæssige opgaver succesfuld implementering af pakkeforløb rummer.

10 Konklusion

Denne rapport har undersøgt de organisatoriske konsekvenser af hjertepakker for afdelinger og almen praksis. Rapporten har besvaret følgende spørgsmål:

1a) Hvilke konsekvenser har pakkeforløbene for indgangen til hjerteudredning med fokus på henvisning i almen praksis og visitation på hospitalerne?

Undersøgelsen peger på, at det ifølge praksiskonsulenter såvel som hospitalsoverlæger generelt set ikke er lykkedes at ændre **henvisningerne i almen praksis** som tiltænkt i pakkeforløbsbeskrivelserne. Overlæger på alle de fire matrikler og i vid udstrækning i den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse peger på, at indholdet af henvisningerne fra almen praksis langt fra lever op til pakkeforløbsbeskrivelserne. Udfordringerne i relation til henvisning handler om to aspekter:

- *Henvisningernes indhold:* Hvor meget – eller hvor lidt – diagnostik skal foregå i almen praksis?
- *Henvisningernes form:* I hvor høj grad skal henvisningssystemet være ensartet set fra den praktiserende læges skrivebord *eller* set fra hospitalernes perspektiv? Generelt ønsker de sundhedsfaglige på hospitalerne mere ensartede og strukturerede henvisninger – både mht. indhold og form – mens de praktiserende læger gerne vil have ensartede henvisningsstrukturer til alle de afdelinger, de henviser til.

Alle henvisninger går gennem den interne **visitation på hospitalerne**, hvor en kardiolog dagligt vurderer, hvem der skal i hvilke (pakke)forløb. Det betyder, at henvisningerne fra praktiserende læger fungerer som en slags prævisitation. I interviewundersøgelsen er der fundet mange eksempler på, at speciallæger på afdelingerne omvisiterer *fra* almindelige henvisninger *til* pakkeforløb (der er ikke fundet eksempler på det modsatte). Til gengæld peger flere overlæger på, at det er hospitalets egne overlæger, der selv foretager størstedelen af visitationerne til pakkeforløbene – en visiterende overlæge anslår, at det kun er ca. 10 % af patienterne i pakkeforløb, som er henvist direkte fra almen praksis *som* pakkepatienter. Resten henvises af overlægerne selv via omvisitation. Det er med til at forklare, hvorfor kvaliteten af henvisningerne er så vigtig for overlægerne: I et ikke ubetydeligt omfang bruger de henvisningernes informationer som grundlag for omvisitation.

1b) Hvilke konsekvenser har pakkeforløbene for organiseringen af udredning, behandling og rehabilitering på hospitalerne?

Pakkeforløbene har standardiseret såvel indholdet i forløbene som gennemløbstiderne. Fra de sundhedsfagliges perspektiv er det centrale ved pakkerne primært, at de har forkortet ventetiden til udredning og videre behandling. Klinikerne ser ingen steder væsentlige indholdsmæssige ændringer i forløbene – bortset fra en øget brug af ekkoundersøgelser, særligt i relation til primærudredningen.

Hjertepakkerne har medført, at bestemte processer skal kunne afvikles med kortere frister for at opfylde forløbstiderne, hvilket har haft konsekvenser for arbejdsorganiseringen og medført, at hospitalerne har reorganiseret arbejdet fx ved at reservere kapacitet til pakkepatienter, udvide kapaciteten i perioder hvor tilgangen øges, øge frekvensen af or-

organisatoriske rutiner som fx visitation og hjertekonferencer og etablere nye funktioner som fx forløbskoordinatorer. Disse tiltag kan medvirke til at sikre en højere, mere fleksibel kapacitet såvel som en høj udnyttelse.

Grundlæggende set handler konsekvenserne for arbejdsorganiseringen om, at det øgede behov for at styre produktionen og tilrettelægge den efter patientflowet i varierende grad begrænser medarbejdernes frihed i relation til arbejdsplanlægningen.

Samlet set pegede afdelingerne på flere forskellige årsager til, at de oplever at hjertepakkerne i varierende omfang giver et øget ressourcetræk lokalt, herunder et øget antal henvisninger med deraf følgende øget aktivitet, øget brug af speciallæger i forløbene, flere logistiske og organiseringsmæssige opgaver, lavere kapacitetsudnyttelse (bl.a. som følge af flere udeblivelser grundet kortere indkaldelsesfrister) samt tabt DRG-indtjening ved sammedagsundersøgelser.

Generelt er opbakningen til indholdet af hjertepakkernes udrednings- og behandlingsdel stor blandt informanterne, men billedet er noget mere broget mht. rehabiliteringsdelen, hvor mange – sundhedsfaglige såvel som patienter (ifølge de sundhedsfaglige) – oplever, at forløbene er meget omfattende og ikke tilpasset hverken diagnoser eller patienttyper. De sundhedsfaglige mener, at det er forhold som disse, der er medvirkende årsag til, at mange patienter vælger rehabilitering helt eller delvist fra.

2) Hvordan vurderer afdelingerne generelt set de forskellige typer af udfordringer?

Der er udvalgt seks gennemgående udfordringer fra interviewundersøgelsen som grundlag for spørgeskemaundersøgelsen blandt de kardiologiske afdelinger:

- Kapacitetsudfordringer pga. *mangel på apparatur/lokaler*
- Kapacitetsudfordringer pga. *mangel på speciallæger*
- Ændring af *intern arbejdsorganisering* og arbejdsgange
- Etablering/ændring af *samarbejde på tværs* af afdelinger og matrikler
- Sikring af *ynge lægers uddannelse*
- Sikring af *rehabilitering*.

Undersøgelsen viser for det første, at kapaciteten er den største udfordring for afdelingerne. Her er det særligt mangel på speciallæger, der er den absolut største udfordring, mens mangel på apparatur og lokaler følger som den næst største udfordring.

For det andet ses, at respondenterne – hvoraf ingen er yngre læger – vurderer, at sikring af yngre lægers uddannelse er den mindste af de seks udfordringer. Over 40 % mener ikke, det er en udfordring.

For det tredje viser undersøgelsen, at spredning i besvarelserne af alle seks temaer er meget stor. Det er således meget forskelligt, hvilke temaer afdelingerne oplever som udfordringer. Til gengæld er der en lille spredning mellem de kardiologiske afdelinger i de 5 regioner samlet set: Udfordringerne er altså ikke væsentligt større i nogen regioner end i andre.

3) *Hvordan opfatter klinikerne hjertepakkerne, herunder deres konsekvenser for patienterne, pakkernes legitimitet samt perspektiverne for udvidelse af hjertepakkerne til andre dele af hjerteområdet (særligt arytmie)?*

Konsekvenserne for patienter i pakkeforløb er en kort ventetid på udredning og behandling og hurtige og velstrukturerede forløb. Desuden peges der på, at flere patienter får mere ensartede forløb uanset geografiske forhold. Pakkeforløb har imidlertid også indirekte konsekvenser for gruppen af patienter, der *ikke* kommer i et pakkeforløb, særligt nyhenviste patienter og kontrolpatienter. Ifølge de sundhedsfaglige er ventetiden for de nyhenviste patienter uden for pakkeforløb steget som følge af pakkeforløbene, fordi det resourcetræk afdelingerne – i varierende omfang – oplever, at hjertepakkerne skaber, tages fra disse patientgrupper. Frekvensen af kontrolbesøg er nogle steder reduceret som følge af pakkeforløbene, bl.a. fordi kontroltider konverteres til pakketider. Pakkeforløb medfører således, at nogle patientgrupper prioriteres, mens andre nedprioriteres. Det skal understreges, at denne undersøgelse ikke kan eller skal afgøre, i hvilket omfang denne (om)prioritering er (u)hensigtsmæssig eller ej.

I både interviews og spørgeskemaer fyldte temaet om **pakkernes legitimitet** set med klinikerøjne meget. De sundhedsfaglige er generelt enige om, at hjerteområdet trængte til et nationalt initiativ, primært fordi forløbene ikke var hurtige nok, og variationen var for stor. Og langt de fleste respondenter mener, at den grundlæggende idé med at lave nationale evidensbaserede pakkeforløb, hvor de faglige selskaber inddrages, men hvor der også kobles forløbstider på, er den rigtige løsning. Men der er også en del kritiske kommentarer, særligt i spørgeskemaundersøgelsen. Her blev afdelingerne spurgt (som åbent fritekstspørgsmål), hvad de så som den største ulempe ved hjertepakkerne? Den største gruppe af svar handler om hjertepakkernes faglige relevans og indhold og dermed deres legitimitet. Der fremføres særligt to problemstillinger. Den ene er, at en del af kravene til tidsfrister i forløbene ikke opleves som fagligt velbegrundede. Men den største anke er en oplevelse af, at patienter, der ikke er hjertesygge, eller patienter der har meget beskedne symptomer, kommer i pakkeforløb. Hvad end årsagerne er - implementeringsfejl, modelfejl eller en kombination - betyder det i praksis, at hjertepakkernes udfordringer med at ramme 'de rigtige patienter' set med klinikernes øjne har konsekvenser for pakkernes legitimitet i feltet og dermed klinikernes opbakning til dem på sigt.

Monitorering kan medvirke til at sikre motivation og fastholde en indsats, men kan have afledte konsekvenser for de områder, der ikke monitoreres i samme grad, og som derfor nedprioriteres. Det er dog helt afgørende, at monitoreringen har legitimitet, og hverken Sundhedsstyrelsens monitorering eller Danske Regioners spørgeskemaundersøgelse har stor legitimitet blandt de sundhedsfaglige respondenter.

De sundhedsfaglige i de regioner, der ikke har **pakkeforløb for arytmipatienter**, ser gerne, at pakkeforløbene udbredes til denne gruppe. Dog pointerer Region Syddanmark, der allerede har et pakkeforløb for arytmipatienter, en række udfordringer forbundet med arytmi-pakken, dels fordi patientgruppen er stor og meget inhomogen, dels fordi udredningen er en lang proces, som afhænger af arytmi - ikke kun af sundhedsvæsenets indsats.

På baggrund af besvarelsenerne af de tre underspørgsmål, udvikles i rapportens afsluttende diskussion en typologi, der beskriver de forskellige typer af tilsigtede og utilsigtede konsekvenser af pakkeforløb i form af hhv. forøgelse og fordyrelse af produktionen:

Tabel 4: Oversigt over generelle tilsigtede såvel som utilsigtede ændringer af aktiviteten som følge af pakkeforløb

	<i>Forøget (og fordyret) produktion</i>	<i>Fordyret produktion</i>
Tilsigtet	1) Der henvises flere <i>på grund af</i> henvisningskriterierne: Ændrede henvisningskriterier udvider målgruppen for indsatsen.	3) Der produceres mere <i>på grund af</i> forløbsbeskrivelserne: En bevidst udvidelse af indholdet i patientforløbene (fx øget diagnostisk, behandling eller rehabilitering).
Utilsigtet	2) Der henvises flere <i>på trods af</i> henvisningskriterierne: Mangelfuld implementering af henvisningskriterier (fx grundet uklarhed, kortere ventelister, manglende efterlevelse, øget opmærksomhed på området mv.).	4.a) <i>Lavere kapacitetsudnyttelse</i> som følge af overkapacitet og beredskabsløsninger som svar på de kortere tidsfrister i pakkeforløb. 4.b) <i>Lavere kapacitetsudnyttelse</i> som følge af flere udeblivelser og aflysninger (som følge af kortere indkaldelsesfrister til patienterne). 4.c) <i>Nye opgaver</i> , særligt i relation til behovet for tæt logistisk styring, justering og omstilling til mere fleksibel produktion.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af analyseresultater.

Ledelsernes rolle er ikke kun at implementere pakkeforløb, men at arbejde aktivt på at minimere de utilsigtede konsekvenser i form af forøgelse og fordyrelse af produktionen. Pakkeforløbenes tidsfrister ændrer de ambulante funktioners produktionsvilkår fra elektivt til subakut: Der *skal* være ledig kapacitet til bestemte ambulante funktioner med meget kort varsel, og man ved aldrig præcist hvor meget indtil få dage før. Det kræver omstilling fra produktionsformer med en høj frihed i arbejdstilrettelæggelsen til en langt mere styrbar og fleksibel produktionsform. Nogle afdelinger har skabt mere fleksibilitet i efterspørgslen (fx ved at ringe patienter ind fra ventelister når der er for lidt efterspørgsel) eller i produktionen af ydelser (fx ved at udvide kapaciteten ad hoc ved aftenåbent og ved at flytte mere rundt på arbejdsfunktioner og opgaver efter behov). Men styrbarheden og fleksibiliteten går ud over den frie arbejdstilrettelæggelse. Derfor kræver pakker en ledelsesmæssig indsats på områder, der rækker ud over produktionsplanlægning og optimering af forløb. Det er ledelsens ansvar at sikre den grundlæggende omstilling af produktionskapaciteten, så den bliver mere styrbar og fleksibel. Det muliggør, at medarbejdere kan sikre selve afviklingen af pakkerne i hverdagen. De steder, hvor ledelserne ikke i tilstrækkeligt omfang løfter dette ansvar, og hvor medarbejdere derfor selv forsøger at skabe rammerne for pakkeforløb, mere fleksibilitet, flytte kapacitet, ændre arbejdsformer osv., fører det primært til frustration, fordi de ikke har de ledelsesmæssige beføjelser til det.

Analysen peger dermed på, at det er væsentligt at tydeliggøre såvel de risici og udfordringer, som pakkeforløb indebærer, såvel som de fundne metoder og strategier til at imødegå udfordringerne samt det ledelsesmæssige ansvar og de ledelsesmæssige opgaver, succesfuld implementering af pakkeforløb kræver.

Bilag 1: Informanter (anonymiseret)

Interviewdato	Funktion	Organisation
31. oktober 2011	Ledende overlæge	Region 1
27. oktober 2011	Overlæge	Region 1
10. oktober 2011	Overlæge	Region 1
31. oktober 2011	Afdelingssygeplejerske	Region 1
10. oktober 2011	Praksiskonsulent	Region 1
24. november 2011	Ledende overlæge	Region 2 – hospital A
24. november 2011	Afdelingssygeplejerske	Region 2 – hospital A
24. november 2011	Sygeplejerske i koordinerende funktion	Region 2 – hospital A
24. november 2011	Overlæge	Region 2 – hospital A
28. november 2011	Praksiskonsulent	Region 2 – hospital A
1. november 2011	Ledende overlæge	Region 2 – hospital B
1. november 2011	Overlæge	Region 2 – hospital B
1. november 2011	Praksiskonsulent	Region 2 – hospital B
12. oktober 2011	Ledende overlæge	Region 3
12. oktober 2011	Afdelingssygeplejerske	Region 3
12. oktober 2011	Sygeplejerske i koordinerende funktion	Region 3
12. oktober 2011	Praksiskonsulent	Region 3

Bilag 2: Spørgsmål til spørgeskemaundersøgelse

Følgende spørgeskema blev udsendt sammen med Danske Regioners monitorering af pakkeforløb som beskrevet i metodeafsnittet (se afsnit 1.3, s. 6, samt bilag 3, s. 77):

DSI Dansk Sundhedsinstitut foretager i efteråret 2011 en undersøgelse for Danske Regioner af de organisatoriske konsekvenser af hjertepakkeforløb. Følgende spørgsmål indgår i denne undersøgelse – sammen med en række interviews med ledere og medarbejdere på hjerteområdet. Svarene vil **ikke blive anvendt af Danske Regioner**, men udelukkende af DSI. Alle besvarelser på nedenstående spørgsmål vil kun blive offentliggjort i **anonymiseret** form. Af hensyn til muligheden for at synliggøre bl.a. regionale eller andre relevante forskelle beder vi jer oplyse matrikel i det første spørgsmål.

Er der spørgsmål i forbindelse med denne del af spørgeskemaet, kontakt da venligst Sidsel Vinge (senior projektleder i DSI) på siv@dsi.dk eller 35.29.84.28 (direkte) eller 35.29.84.00 (reception).

Undersøgelsen vil blive **offentliggjort på www.dsi.dk** i foråret 2012. Ønsker du at få den tilsendt, send da venligst en mail til siv@dsi.dk om det. Vi **takker alle** for jeres medvirken: **Din mening gør en forskel!**

Spørgsmål 0: Stilling og matrikel

Hvilket hospital vedrører denne besvarelse? (fritekst)
Hvad er din stilling i afdelingen? (fritekst)

Spørgsmål 1: Ventetid

1.a) Har ventetiden for udredning af almindelige (ikke akutte) hjertepatienter der <i>ikke</i> indgår i pakkeforløb ændret sig i forbindelse med implementering af hjertepakker? (indsæt ventetiden i antal uger)	
Ventetiden før pakkeforløb var ca.	
Ventetiden efter pakkeforløb er i dag ca.	
Uddybende kommentarer til udviklingen i ventetiden for patienter der <i>ikke</i> indgår i pakkeforløb? (fritekst)	

Spørgsmål 2: Patientvolumen

2.a) Har hjertepakkeforløb medført en stigning i antallet af henvisninger til de fire sygdomsområder som pakkerne dækker? (sæt ét kryds)	
Ja , hjertepakkerne har medført en stigning i antallet af henvisninger	
Nej , hjertepakkerne har ikke medført nogen stigning i antallet af henvisninger	
Ved ikke om hjertepakkerne har medført en stigning i antallet af henvisninger	

Spørgsmål 3: Udfordringer

Hvad ser du som de **største udfordringer** i relation til hjertepakkeforløb? (ud over de nævnte muligheder herunder, kan der tilføjes andre udfordringer til sidst i spørgsmålet)

3.a) Kapacitetsudfordringer pga. mangel på apparatur/lokaler? (sæt kryds i ét af de 5 felter)				
1 (stor udfordring)	2	3	4	5 (ingen udfordring)
Uddybende kommentar: Hvad består udfordringerne mere konkret i? (fritekst)				

3.b) Kapacitetsudfordringer pga. mangel på speciallæger ? (sæt kryds i ét af de 5 felter)				
1 (stor udfordring)	2	3	4	5 (ingen udfordring)
Uddybende kommentar: Hvad består udfordringerne mere konkret i? (fritekst)				

3.c) Ændring af intern arbejdsorganisering og arbejdsgange? (sæt kryds i ét af de 5 felter)				
1 (stor udfordring)	2	3	4	5 (ingen udfordring)
Uddybende kommentar: Hvad består udfordringerne mere konkret i? (fritekst)				

3.d) Etablering / ændring af samarbejde på tværs af afdelinger og matrikler? (sæt kryds i ét af de 5 felter)				
1 (stor udfordring)	2	3	4	5 (ingen udfordring)
Uddybende kommentar: Hvad består udfordringerne mere konkret i? (fritekst)				

3.e) Sikring af yngre lægers uddannelse ? (sæt kryds i ét af de 5 felter)				
1 (stor udfordring)	2	3	4	5 (ingen udfordring)
Uddybende kommentar: Hvad består udfordringerne mere konkret i? (fritekst)				

3.f) Sikre rehabilitering ? (sæt kryds i ét af de 5 felter)				
1 (stor udfordring)	2	3	4	5 (ingen udfordring)
Uddybende kommentar: Hvad består udfordringerne mere konkret i? (fritekst)				

3.g) Andre udfordringer : (beskriv udfordringen i fritekst)				
(sæt kryds i ét af de 5 felter)				
1 (stor udfordring)	2	3	4	5 (ingen udfordring)
Uddybende kommentar: Hvad består udfordringerne mere konkret i? (fritekst)				

Spørgsmål 4: Fordele og ulemper

4.a) Hvad er de største fordele ved hjertepakker? (fx for afdelingen, for patienterne, for kvaliteten, for økonomien, etc.) (fritekst)

4.b) Hvad er de største ulemper ved hjertepakker? (fx for afdelingen, for patienterne, for kvaliteten, for økonomien, etc.) (fritekst)

4.c) Hvordan kan eventuelle ulemper løses eller imødekommes ? (fritekst)

Bilag 3: Metode

Interviewundersøgelsen

Udvælgelsen af matrikler er sket ud fra et ønske om at inkludere hospitaler i forskellig størrelse, som alle varetager flere trin i pakkeforløbene. Der er tilstræbt en geografisk spredning, dog ligger to matrikler i Region Syddanmark for at kunne belyse, om der er væsentlige forskelle mellem matrikler, der også har pakkeforløb for det relativt store arytmi-område, og matrikler der ikke har.

På hver matrikel har vi kontaktet den ledende overlæge på den kardiologiske afdeling/afsnit og bedt om 3-5 interviews med de centrale medarbejdere på pakkeforløb. Da organiseringen varierer lokalt, var det ikke muligt på forhånd at udpege et sæt af informanter. Nogle steder er der fx forløbskoordinatorer på hjerteområdet, og her er disse medtaget i interviewundersøgelsen. Andre steder er det en (ledende) sygeplejerske, som varetager de samme opgaver. Nogle steder er enkelte overlæger udpeget som ansvarlige for et eller flere pakkeforløb, andre steder er det den ledende overlæge eller gruppen af overlæger, der varetager nogle af de samme opgaver. Derfor har vi på hver matrikel i samarbejde med den ledende overlæge udvalgt en gruppe af relevante informanter. Det gennemgående fællestræk er dog, at vi på alle matrikler har interviewet den ledende overlæge og afdelingens praksiskonsulent på hjerteområdet. Herudover udgøres informanterne af overlæger, afdelingssygeplejersker og sygeplejersker med koordinerede funktioner i relation til pakkeforløbene.

I interviewundersøgelsen med praksiskonsulenterne har vi kun spurgt til de pakkeforløb, som de henviser til, dvs. pakkeforløb for SAP, hjerteklapsygdom og hjertesvigt. I interviewene på hospitalerne er der spurgt bredt til alle pakkeforløb, og informanterne har selv haft mulighed for at pointere eventuelle væsentlige forskelle mellem pakkeforløbene eller deres særlige rolle i forbindelse med et eller flere af pakkeforløbene.

Det viste sig, at tre informanter også har deltaget i de arbejdsgrupper, som har udarbejdet de nationale forløbsbeskrivelser. Disse medarbejdere har selvfølgelig en særlig viden om hjertepakkerne og forståelse af deres baggrund.

De udvalgte matrikler har desuden i varierende omfang haft erfaring med pakkeforløb på hjerteområdet, før de nationale pakkeforløb blev vedtaget og implementeret. Nogle matrikler har arbejdet med at optimere forløb, herunder er der eksempler på lokale variationer af pakkeforløb, mens andre ikke har arbejdet med pakkeforløb, før de blev implementeret nationalt.

DSI har valgt at inddrage praksiskonsulenter på hjerteområdet, fordi de er det formelle bindeled mellem den kardiologiske afdeling og almen praksis. Det betyder, at de fire praksiskonsulenter, der indgår i denne undersøgelse, har et langt mere indgående kendskab til hjerteområdet og hjertepakkerne qua deres rolle end andre praktiserende læger, der ikke er praksiskonsulenter. Det har naturligvis både fordele og ulemper. Fordelen er, at praksiskonsulenterne har deltaget i implementeringen af pakkeforløbene, hvilket er en del af denne undersøgelses fokus, og derfor har et godt kendskab til denne proces. Ulempen er, at de ikke er repræsentative for holdninger hos deres øvrige kollegaer i almen praksis.

Interviewene er gennemført i efteråret 2011. Da formålet med at udvælge fire matrikler ikke har været at sammenligne dem i et evalueringsperspektiv, har vi valgt at anonymisere såvel matrikler som informanter. I rapporten citeres alle informanter med anonymiserede titler (fx praksiskonsulent, ledende overlæge, forløbskoordinator).

Alle interviews er lydoptaget. Af praktiske årsager kunne det ikke lade sig gøre at interviewe den ene af praksiskonsulenterne direkte, og derfor er der i stedet lavet et telefoninterview med vedkommende.

Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført i samarbejde med Danske Regioner som led i deres løbende monitorering af hjerteområdet. Danske Regioner monitorerer overholdelse af forløbstider i pakkeforløb via et spørgeskema, der udsendes to gange årligt til afdelingerne.

Den seneste undersøgelse fra Danske Regioner blev foretaget i november 2011, og her medsendte DSI et kort spørgeskema med fire spørgsmål om (1) konsekvenser for andre patientgrupper uden for hjertepakker, (2) ændringer i patientvolumen som følge af hjertepakker, (3) forskellige typer af udfordringer i forbindelse med hjertepakker samt (4) øvrige fordele og ulemper ved pakkeforløb. Det fremgik af spørgeskemaet, at besvarelsenerne til DSI kun ville blive offentliggjort i anonymiseret form, og at de ikke ville blive anvendt af Danske Regioner, der stod for den praktiske del af undersøgelsen i forbindelse med elektronisk udsendelse af skemaer og videresendelse af besvarelsenerne til DSI.

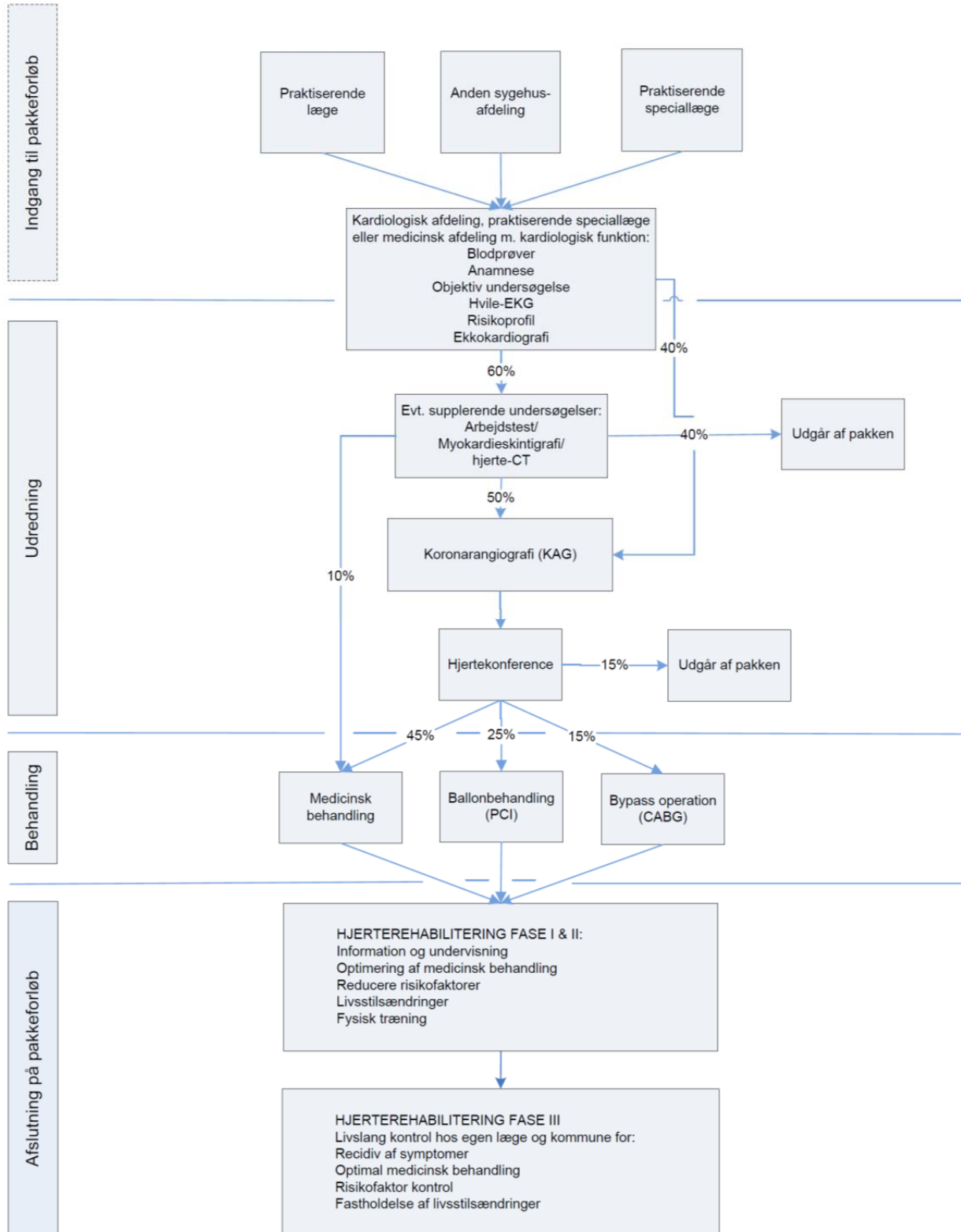
Skemaet blev udsendt til samtlige 40 afdelinger, der indgår i Danske Regioners monitorering af området, og alle afdelinger har svaret. DSI har således ikke haft indflydelse på udvælgelsen af afdelinger, der deltager i Danske Regioners løbende monitorering af området²⁹. Bortset fra fire afdelinger er alle afdelingerne kardiologiske afdelinger. Besvarelsener fra disse fire afdelinger indgår ikke i de resultater, der præsenteres i denne rapport. Det er næsten udelukkende overlæger (35 i alt, primært ledende overlæger og specialeansvarlige overlæger), der har besvaret spørgeskemaet. Tre af disse besvarelsener er udført i samarbejde med en sygeplejerske (afdelingssygeplejerske eller forløbsleder). I ét tilfælde er det en afdelingssygeplejerske, der alene har besvaret spørgeskemaet.

²⁹ Resultater fra Danske Regioners spørgeskemaer kan ses på www.regioner.dk/Sundhed/Behandlingsområder/Hjerteområdet.aspx

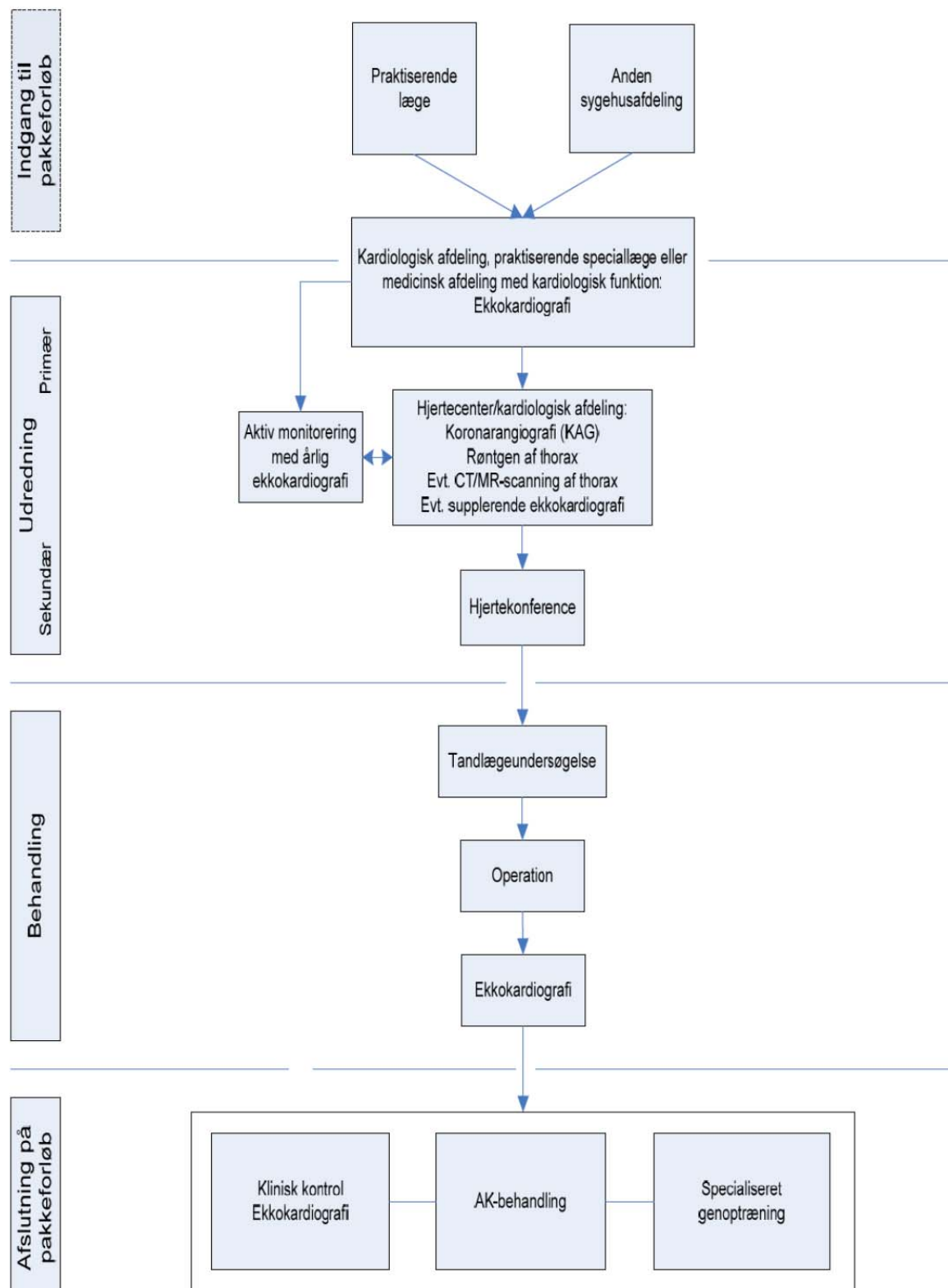
Bilag 4: Flowchart over pakkeforløb

Alle flowchart er gengivet direkte fra Sundhedsstyrelsens pakkeforløbsbeskrivelser (3,7,9)

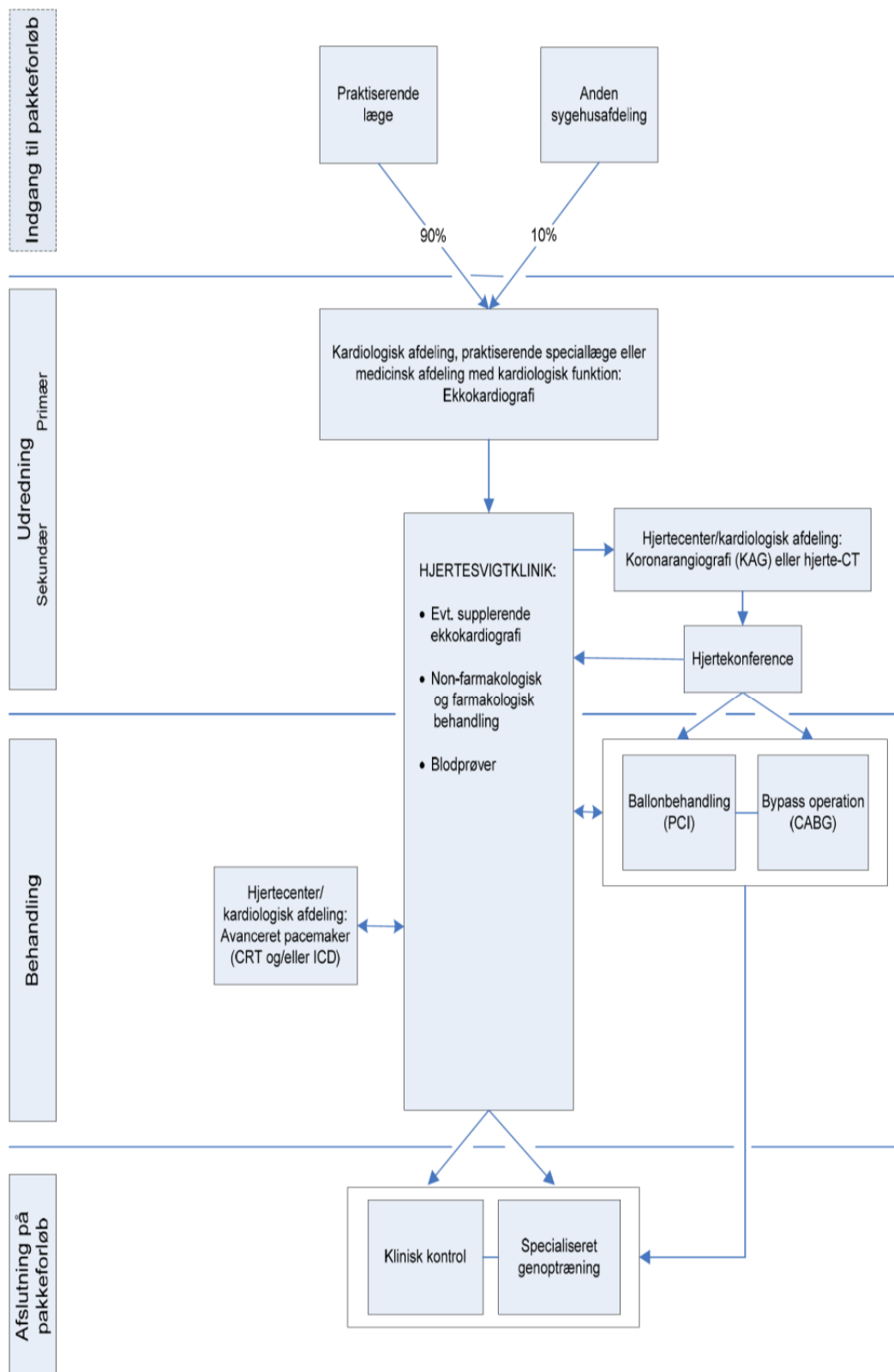
Figur 7: Flowchart for stabil angina pectoris



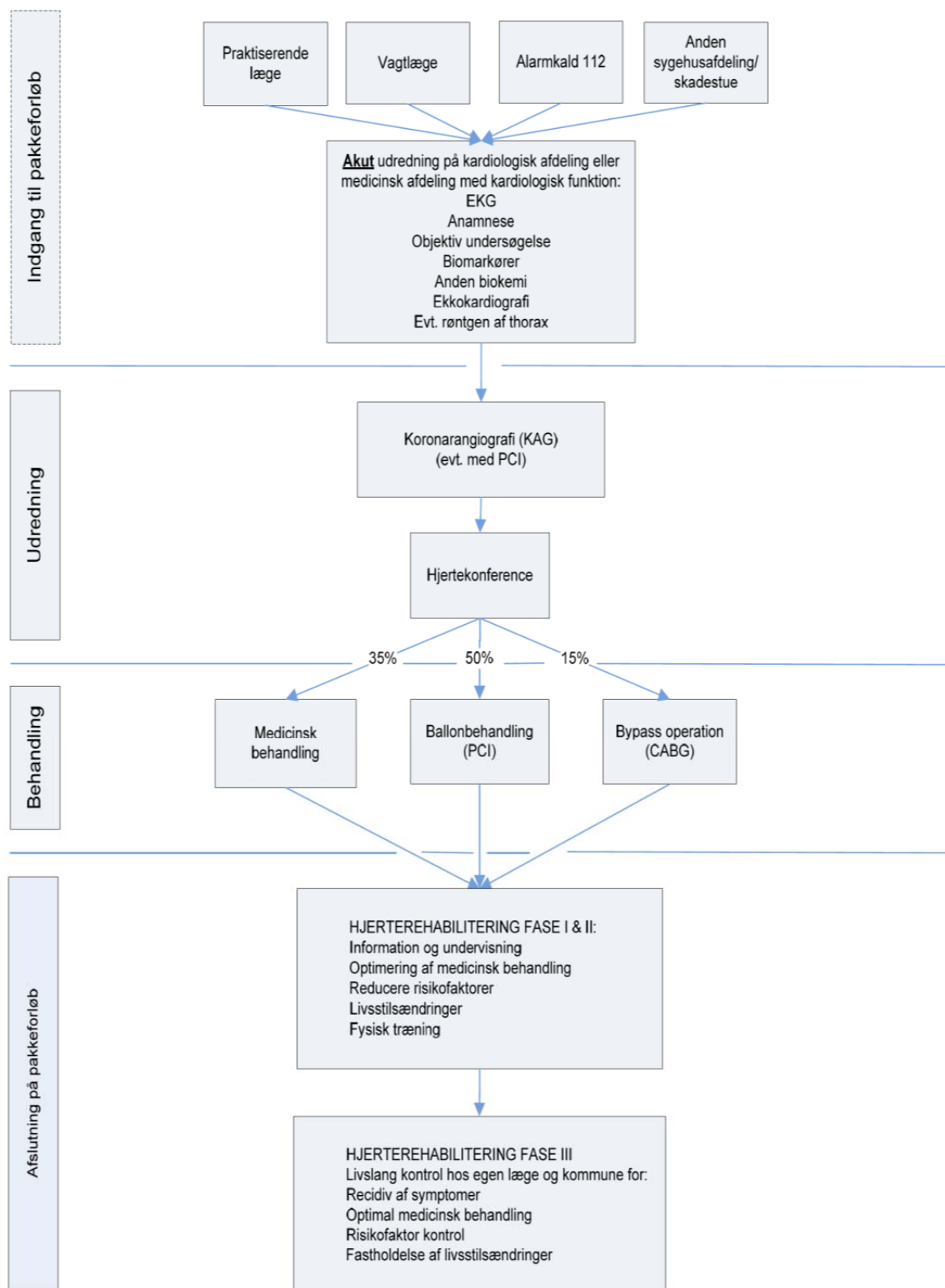
Figur 8: Flowchart for hjerteklapsygdom



Figur 9: Flowchart for hjertesvigt



Figur 10: Flowchart for UAP og NSTEMI



Litteraturliste

- (1) Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb på hjerteområdet. Available at: http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Behandling%20af%20hjertesygdomme/Pakkeforloeb_paa_hjerteomraadet.aspx.
- (2) Task Force for patientforløb for Kræft- og hjertepatienter. Generelle rammer for indførelse af pakkeforløb for patienter med ikke-akutte livstruende hjertesygdomme. København; 2008.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for hjerteklapsygdom og hjertesvigt. Version: 1.1; Versionsdato: 27. oktober 2009 ed. Kbh.; 2009.
- (4) Bech J. Hjertepakkerne 2009. Hospital Health Care 2009(2):4-7.
- (5) Region Syddanmark. Arytmi (K78, K79, K80). 2011; Available at: <http://www.visinfosyd.dk/default.asp?id=282369>.
- (6) Region Syddanmark. God start på hjertepakker i Syddanmark. 2009; Available at: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm283840>.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for ustabil angina pectoris (UAP) og akut myokardieinfarkt uden st-elevation (NSTEMI). København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- (8) Bech J. Ustabil angina pectoris og NSTEMI i hjertepakken 2009. Hospital Health Care 2009(3):2-6.
- (9) Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for stabil angina pectoris (hjertekramper). Version: 1.1; Versionsdato: 27. oktober 2009 ed. Kbh.; 2009.
- (10) Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner. Monitorering af hjerteområdet: Antal patientforløb og tid i forløb -1. halvår 2008 - 2. halvår 2010. : Danske regioner og Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (11) Koch MB, Davidsen M, Juel K. Hjertekarsygdomme i Danmark. Forekomst og udvikling 2000-2009. : Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed; Oktober 2011.
- (12) Hjerteforeningen. Generelt om medfødte hjertefejl. 2011; Available at: http://www.hjerteforeningen.dk/hjertesygdomme/sygdomme/medfoedte_hjertefejl/generelt_om_medfoede_hjertefejl/.
- (13) Danske Regioner. Status på implementering af pakkeforløb på hjerteområdet marts 2011. København: Danske Regioner; 2011.
- (14) Lægeforeningen. PLO. Praksistælling 2011. København: Lægeforeningen, PLO; 2011.

Pakkeforløb på hjerterområdet

**Det Nationale
Analyse- og Forskningsinstitut
for Kommuner og Regioner**

Dampfærgevej 27-29, Postboks 2595
2100 København Ø
Telefon: +45 35 29 84 00