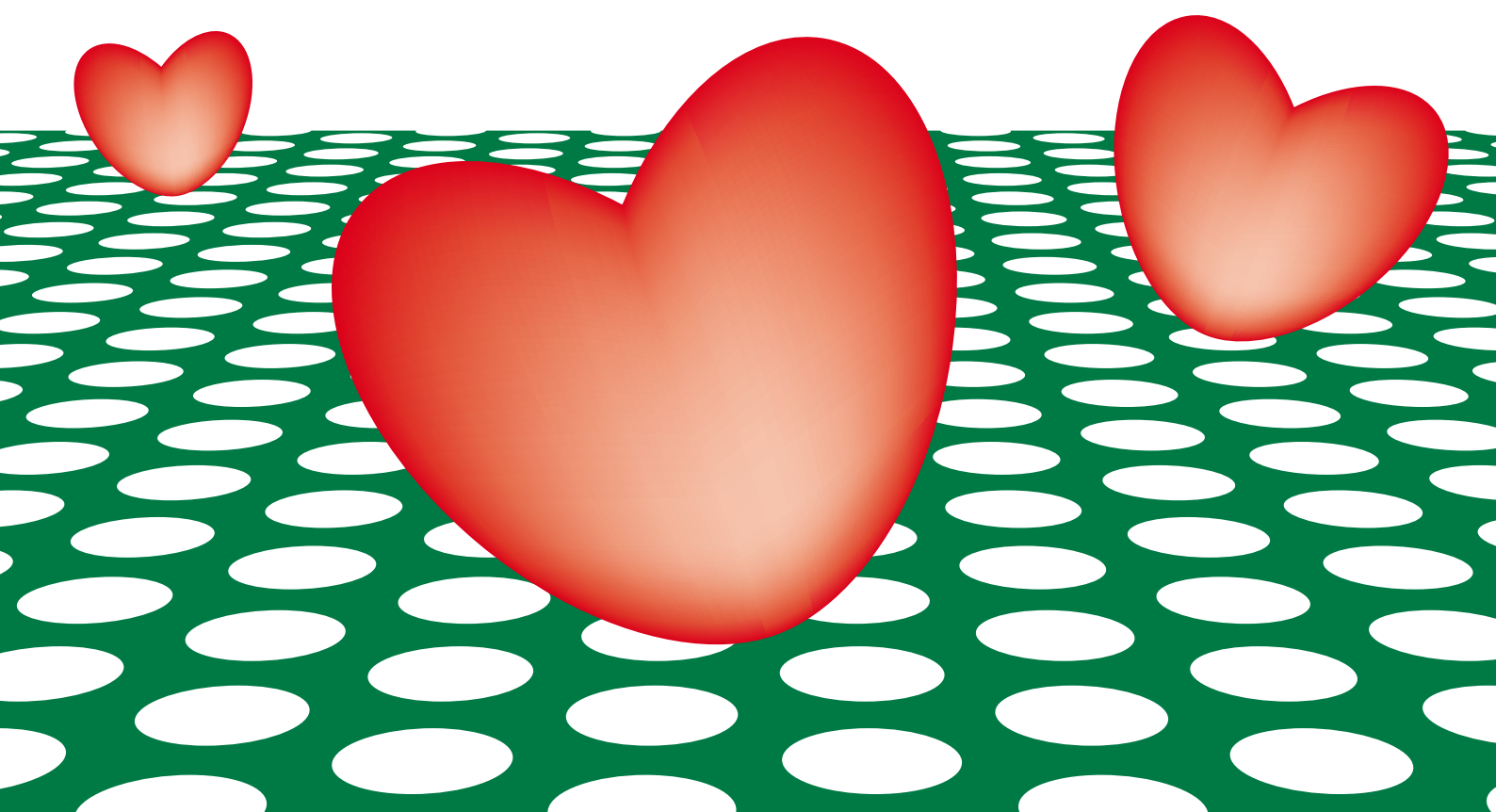


Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen

Rehabilitering og sammenhængende patientforløb for kronisk syge.

Inspiration til kommuner, regioner, almen praksis, sygehuse m.fl.



*Netværk
af forebyggende
sygehuse i Danmark*

HJERTEFORENINGEN



Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen

Rehabilitering og sammenhængende patientforløb for kronisk syge.

Inspiration til kommuner, regioner, almen praksis, sygehuse m.fl.

Juli 2007

ISBN: 978-87-91688-12-6

Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen

Rehabilitering og sammenhængende patientforløb for kronisk syge.

Inspiration til kommuner, regioner, almen praksis, sygehuse m.fl.

Udgivet af:

Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark

Bispebjerg Hospital
Bispebjerg Bakke 23
2400 København NV
Tlf: 35 31 24 38

E-mail: forebyggendesygehuse@bbh.regionh.dk
www.forebyggendesygehuse.dk

og

Hjerteforeningen

Hauser Plads 10
1127 København K
Tlf: 33 93 17 88

E-mail: post@hjerteforeningen.dk
www.hjerteforeningen.dk

i samarbejde med

**Dansk Cardiologisk Selskab
Danske Regioner
Dansk Selskab for Almen Medicin
Kommunernes Landsforening
Kræftens Bekæmpelse**



Juli 2007

Layout: Martin Savery, Marusa Design
Tryk: Glumsø Bogtrykkeri A/S

Indhold

Styregruppens medlemmer	4	Systematisk vurdering af alle nydiagnosticerede hjertekarpatienter	18
Forord	5	Hjertekarpatienter med behov for socialt differentieret rehabilitering	18
Publikationens samlede anbefalinger	6		
Kapitel 1	7	Kapitel 7	19
Indledning	7	En mulig model for samarbejde	19
		Rehabiliteringsindsatsen i almen praksis	21
Kapitel 2	9		
Hjertekarsygdom i Danmark	9	Kapitel 8	23
		Kompetencer til hjertekarrehabilitering	23
Kapitel 3	11	Kompetente patienter og pårørende	23
Hjertekarrehabilitering	11	Lægefaglig videndeling	23
Det optimale rehabiliteringsforløb	11	Del viden og netværk	24
Hjertekarrehabilitering er effektiv	11		
Behov for hjertekarrehabilitering	12	Kapitel 9	25
Tilbud om hjertekarrehabilitering	12	Kvalitet	25
		Løbende monitorering af kvalitet	25
		Eksisterende standarder og indikatorer	25
		Ansvar for monitorering	26
Kapitel 4	13		
Retningslinjer og lovgivning	13	Referencer	27
Pligt til at tilbyde rehabilitering ved hjertekarsygdom	13		
Et oplagt samarbejde om forebyggelse og rehabilitering	14	Bilag 1	29
Formelle rammer for planlægning på tværs	14	Workshop vedr. udvikling af materiale til understøttelse af sundhedsaftaler på hjerterehabiliteringsområdet	29
Kapitel 5	15	Bilag 2	31
Sammenhængende patientforløb	15	Den Danske Kvalitetsmodels standarder	31
Tovholder til patienter i akut behandling på flere sygehuse	15		
Kapitel 6	17		
Organisering og samarbejde	17		
Fora for samarbejde og koordinering	17		
Det regionale specialistmiljø	18		
Formaliseret patientinddragelse i planlægningen	18		

Styregruppens medlemmer

- Ane Friis Bendix, *sundhedschef*, Frederiksberg Kommune
- Elsebeth Bols, *oversygeplejerske Kardiologisk afdeling*, Aalborg Sygehus
- Christina Carlsen, *konsulent Kontoret for Sundhedspolitik*, Danske Regioner
- Bo Christensen, *professor i almen medicin Institut for Almen Medicin*, Aarhus Universitet,
repræsentant for Dansk Selskab for Almen Medicin
- Janne Elsborg, *næstformand i Netværk af forebyggende sygehuses forretningsudvalg, sygepleje-*
direktør, Bispebjerg Hospital
- Nina Gath, *konsulent*, Kommunernes Landsforening
- Else Hjortbak, *kvalitetskonsulent*, Hospitalsenheden Vest
- Mogens Lytken Larsen, *lægefaglig chef*, Hjerteforeningen, *repræsentant for Dansk Cardiologisk*
Selskab
- Lillian Møller, *netværkskoordinator*, Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse
- Charlotte Bruun Piester, *chef for ekstern påvirkning og formidling*, Kræftens Bekæmpelse
- Janet Marie Samuel, *kontorchef Kontoret for Sundhedspolitik*, Danske Regioner
- Ingeborg Thusgaard, *medlem af Netværk af forebyggende sygehuses forretningsudvalg, syge-*
husdirektør, Sygehus Vendsyssel
- Kari Vieth, *seniorkonsulent*, Kommunernes Landsforening
- Ingrid Willaing, *sundhedschef*, Hjerteforeningen
- Jytte Aaen, *vicechefsyrgeplejerske*, Sygehus Vendsyssel

Redaktionel bearbejdning

Rie Duun, *kommunikationskonsulent*

Øvrige

- Hanne Rasmusen, *overlæge*, Frederiksberg Hospital og Henrik Steen Hansen, *overlæge*,
Odense Universitetshospital har bidraget til publikationen som repræsentanter for Dansk
Cardiologisk Selskab.
- Morten Freil, *afdelingsleder Enheden for Brugerundersøgelser*, Region Hovedstaden har bidra-
get til kapitel 9, Kvalitet.
- Anne Mette Fugleholm, *direktør Sundheds- og Omsorgsforvaltningen*, Københavns Kommune
har bidraget til kapitel 9, Kvalitet.

Forord

I denne publikation præsenteres en model for, hvordan rehabilitering af kroniske patienter, her eksemplificeret ved hjertekarpatienter, kan tilrettelægges som en del af et sammenhængende patientforløb i kommune og region.

Bag oplægget står Dansk Cardiologisk Selskab, Danske Regioner, Dansk Selskab for Almen Medicin, Hjerteforeningen, Kommunernes Landsforening, Kræftens Bekæmpelse og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Arbejdet er koordineret af en styregruppe.

Anledningen er den nye ansvarsfordeling vedrørende sundhedsopgaver, som følger af strukturreformen.

Publikationen er tænkt som et inspirationsmateriale og redskab, der kan understøtte samarbejdsprocessen med at gennemføre sundhedsaftalerne i praksis, specielt med henblik på aftaler om forebyggelse og sundhedsfremme. Redskabet kan bruges af sundhedsplanlæggere og sundhedsfagligt personale, herunder praktiserende læger i kommuner og regioner, som er involveret i etablering af hjertekarrehabilitering eller rehabilitering ved andre kroniske sygdomme.

I det følgende er hjertekarrehabilitering brugt som eksempel på rehabilitering ved kronisk sygdom, fordi der for netop hjertekarrehabilitering er evidens for effekten af indsatsen, og fordi hjertekarpatienterne repræsenterer en væsentlig del af det samlede behov for rehabilitering.

God fornøjelse

Styregruppen

Publikationens samlede anbefalinger

Systematisk tilbud om hjertekarrehabilitering

Det anbefales, at alle patienter, der indlægges med hjertekarsygdom, vurderes individuelt med henblik på et individuelt tilbud om hjertekarrehabilitering. Alle patienter med behov herfor bør have adgang til et kvalitetssikret og sammenhængende hjertekarrehabiliteringstilbud, uanset om de enkelte ydelser gives på sygehus, i kommune, i almen praksis eller i andet regi. Der bør være særligt fokus på at identificere hjertekarpatienter med behov for socialt differentieret rehabilitering.

Patienter med kronisk hjertekarsygdom bør gennem visitation i almen praksis få adgang til kvalitetssikret rehabilitering.

Fælles målsætninger som samarbejdsgrundlag

Det anbefales, at region og kommune tilstræber enighed om vision og mål på hjertekarområdet. Fokus kan med fordel lægges på incitamentet som faglig og organisatorisk kvalitet, brugeroplevelset tilfredshed, opnåelse af (nye) kompetencer, kvalitetsudvikling og etablering af inspirerende faglige miljøer.

Forventninger region og kommune imellem, hvad angår regionens rådgivningsforpligtelse i forhold til patientrettet forebyggelse, bør afstemmes. Desuden anbefales, at indsatsen på hjertekarområdet drøftes i sundhedskoordinationsudvalg og i de udvalg og fora, der etableres under sundhedskoordinationsudvalgene, med inddragelse af det regionale kardiologiske miljø.

Overblik og sammenhæng

Det anbefales at skabe et let tilgængeligt overblik for patienter, pårørende og alle involverede sundhedsprofessionelle over:

- det planlagte rehabiliteringsprogram
- de medvirkende aktører
- den konkrete kommunikation mellem aktørerne
- hvilke målgrupper, der hører til hvilket rehabiliteringsprogram
- tidsplan – konkrete faktorer som f.eks. hvornår og hvor.

Patienter og pårørende bør på alle tidspunkter i et rehabiliteringsforløb vide, hvem de kan henvende sig til ved behov, hvor næste kontakt med sundhedsvæsenet foregår, og hvad kontakten drejer sig om.

Standardiseret kvalitetsmåling

Løbende kvalitetsmonitorering anbefales som en forudsætning for at vurdere, om de enkelte aktiviteter i den samlede indsats lever op til de mål, der er fastsat for rehabiliteringen. Løbende monitorering udgør grundlaget for at tilpasse og videreudvikle indsatsen. Kvalitetsmonitorering kan med fordel omfatte:

- aktiviteter på tværs af patientforløbet
- den konkrete sammenhæng i forløbet
- strategisk vigtige aktiviteter på tværs af sektorer.

Det anbefales at anvende klart definerede kvalitetsstandarder og -indikatorer. Monitoreringen baseres på indberetning af udvalgte målbare variable med udgangspunkt i det eksisterende arbejde på området.

Indledning

Publikationen er udformet som et vejlednings- og inspirationsmateriale, der kan bruges til at udarbejde lokale rehabiliteringsprogrammer på hjertekarområdet. Fokus er lagt på rehabilitering* efter indlæggelse på sygehus med hjertekarsygdom og på, hvordan hjertekarrehabilitering kan inddrages i sundhedsaftaler og udmøntes i samarbejdet mellem regioner (sygehuse og almen praksis) og kommuner.

Formålet med udgivelsen er:

- at præsentere en model for, hvordan arbejdet med et kronisk sygdomsområde og den tilhørende patientrettede forebyggelse kan inddrages i sundhedsaftaler og i samarbejdet mellem kommune, region og almen praksis, og hvordan opgaver og ansvar kan placeres
- at medvirke til at sikre alle hjertekarpatienter adgang til et sammenhængende patientforløb med et kvalitetssikret rehabiliteringstilbud, der fagligt og organisatorisk fremstår som en helhed, hvad enten ydelserne gives på sygehus, i kommune, i almen praksis eller i andet regi.

Udgangspunktet for arbejdet er Sundhedsstyrelsens nationale retningslinjer for hjerterehabilitering fra 2004 "Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse" (2) og "Hjerterehabilitering på danske sygehuse" udgivet af Netværk af forebyggende sygehuse og Hjerteforeningen i 2004 (3) foruden konsensusbeslutninger i styregruppen og blandt deltagerne i en workshop afholdt 27. oktober 2006, se bilag 1.

Desuden er inddraget elementer fra "Forløbsprogram for kronisk sygdom" fra Sundhedsstyrelsen, som er under udarbejdelse efter første høringsrunde i januar 2007 (4).

Publikationen er opbygget på baggrund af en række spørgsmål, som er vigtige ved planlægning af sammenhængende patientforløb for kroniske sygdomme generelt.

Spørgsmålene søges besvaret på et generelt niveau med hjertekarområdet som eksempel. De generelle spørgsmål er blandt andet:

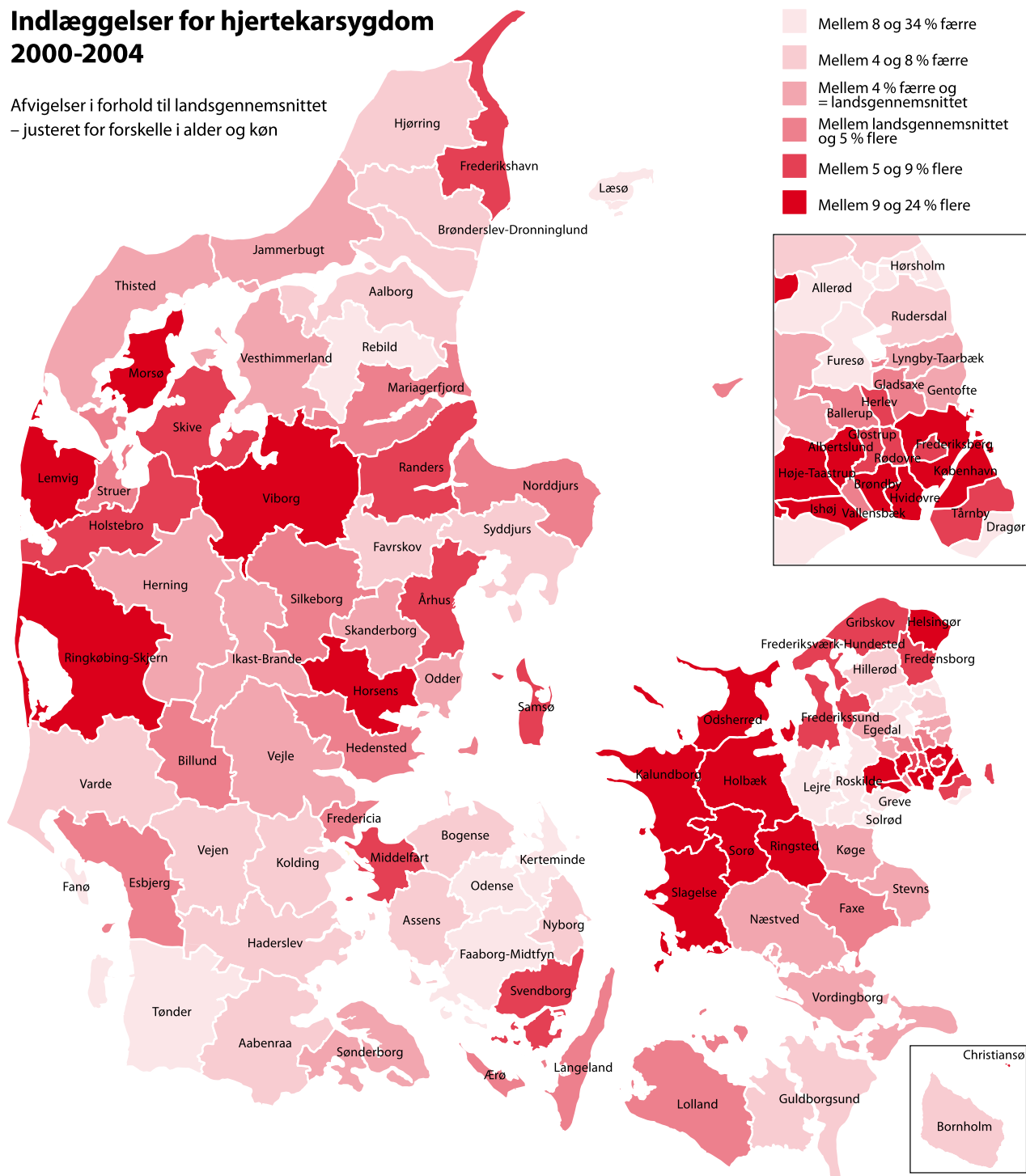
- Hvilke overordnede målsætninger skal kendetegne rehabiliteringsforløbene?
- Hvem er aktørerne i det gode rehabiliteringsforløb?
- Hvordan sikres samarbejde mellem region, specialister, kommune, almen praksis og f.eks. patientforeninger og -grupper?
- Hvilken rolle kan almen praksis spille, og hvordan sikres rehabilitering i almen praksis?
- Hvilke kompetencer er der brug for, og hvordan opbygges de?
- Hvilke succeskriterier kan opstilles for indsatsen, og hvordan monitoreres den?

* Rehabilitering defineres som en sundhedsaktivitet, der indeholder elementer af både forebyggelse og sundhedsfremme, med det formål, at patienten, som har risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv (1).

Indlæggelser for hjertekarsygdom 2000-2004

Afvigelser i forhold til landsgennemsnittet
– justeret for forskelle i alder og køn

- Mellem 8 og 34 % færre
- Mellem 4 og 8 % færre
- Mellem 4 % færre og = landsgennemsnittet
- Mellem landsgennemsnittet og 5 % flere
- Mellem 5 og 9 % flere
- Mellem 9 og 24 % flere



Figur 1. Geografisk spredning af indlæggelser for hjertekarsygdom
Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed, 2006 (5)

Hjertekarsygdom i Danmark

Hjertekarsygdom er det sygdomsområde, der er årsag til flest indlæggelser og sengedage i Danmark. Mindst 300.000 personer lever med hjertekarsygdom. Hvert år indlægges mere end 125.000 voksne danskere med hjertekarsygdom. De tegner sig for 145.000 indlæggelser, da der er en del genindlæggelser, og mere end 400.000 sengedage om året. En stor del af de personer, som lever med hjertekarsygdom, har alvorlige fysiske, psykiske og sociale følger af sygdommen.

Den geografiske spredning af indlæggelser for hjertekarsygdom ses af figur 1.

I en kommune med 50.000 indbyggere vil ca. 3.000 have hjertekarsygdom iflg. Hjerteforeningen (5).

Hjertekarsygdom omfatter således mange personer og er et relativt omkostningstungt sygdomsområde. Risikoen, for at sygdommen fører til genindlæggelse og behandling, efter at den er konstateret og behandlet, kan reduceres med effektiv rehabilitering. Rehabilitering giver også en bedre prognose og et bedre liv for borgere med hjertekarsygdom.

De væsentligste risikofaktorer for at udvikle hjertekarsygdom er rygning, forkert kost og fysisk inaktivitet.

Hjertekarsygdom omfatter alle åreforkalkningsbetingede sygdomme i hjerte og kranspulsårer, perifere kar

og hjerne. Denne rapport omfatter ikke indsatsen over for patienter med følger efter apopleksi.

Hjertekarpatienter forstås i det følgende som:

- alle patienter med nyopstået iskæmisk hjertesygdom (blodprop i hjertet, hjertekrampe), herunder patienter, der har fået foretaget ballonudvidelse (PCI) eller bypassoperation
- udvalgte patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom
- patienter med hjertesvigt (hjerteinsufficiens)
- patienter med åreforkalkning i benene (perifer arteriesygdom eller claudicatio).

Hjerteforeningen skønner, at mindst 25.000 patienter årligt har brug for at få vurderet behovet for hjertekarrehabilitering.

Hjertekarrehabilitering

Hjertekarrehabilitering er betegnelsen for et sammenhængende patientforløb, der følger den akutte indlæggelse og behandling for hjertekarsygdom. Formålet med hjertekarrehabilitering er:

- at identificere påvirkelige risikofaktorer (f.eks. rygning, kost, motion, blodtryk), så livsstilsændringer og medicinsk behandling kan forebygge videre udvikling af sygdom
- at motivere patienten til en sund livsstil
- at fastholde og om muligt forbedre patientens fysiske, psykosociale og erhvervsmæssige funktionsniveau.

Det optimale rehabiliteringsforløb

Hjertekarrehabilitering kan opdeles i tre faser. Det optimale rehabiliteringsforløb indeholder de elementer, som ses i figur 2, og som er beskrevet grundigt i Sundhedsstyrelsens retningslinjer (2) og i Hjerteforeningens udgivelse ”Rehabilitering og forebyggelse af hjertekarsygdom” fra 2006 (6).

Hjertekarrehabilitering er effektiv

Der er god dokumentation for effekten af rehabilitering til patienter med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt (2, 3, 7, 8). Internationale studier viser, at hjertekarrehabilitering kan give store menneskelige og sundhedsøkonomiske gevinster. Patienternes livskvalitet bliver bedre, og hjertekarrehabilitering fører til nedsat risiko for, at sygdommen udvikler sig, så fornyet indlæggelse eller invasiv behandling er nødvendig. Også danske studier viser, at hjertekarrehabilitering er omkostnings-effektiv (2, 8).

Rehabilitering er således et væsentligt element i behandlingsforløbet for hjertepatienter, og det kan realiseres i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om rehabilitering.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at evidensen for effekt af hjertekarrehabilitering er baseret på undersøgelser af rehabilitering i sygehusregi.

Derfor er det vigtigt fortsat at overvåge kvalitet, effekt og implementering af rehabilitering i et eventuelt nyt

Figur 2. Hjertekarrehabilitering i 3 faser

Fase 1	<p><i>Indledende del</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose og prognostiske procedurer • Akut behandling • Visitation til efterbehandling (rehabilitering)
Fase 2	<p><i>Tidlig efterbehandling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimering af symptomatisk behandling • Vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling • Fysisk træning • Psykosocial støtte • Livsstilsintervention (rygning, kost og motion) • Patientuddannelse
Fase 3	<p><i>Vedligeholdelse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling • Vedligeholdelse af ændringer i livsstil

regi, f.eks. i kommunen eller i et delt forløb på sygehus, i kommune og i almen praksis.

De eksisterende retningslinjer for rehabilitering indeholder ikke anbefalinger for rehabilitering i fase 3, hvor patienterne er tilbage i deres hverdagsliv, og hvor almen praksis, kommune, patientforeninger og frivillige organisationer kan være væsentlige for et fortsat vellykket forløb.

Gennemførelse af optimal hjertekarrehabilitering fordrer et aktivt samspil med og uddannelse af patienten og inddrager et tværfagligt team af aktører.

I en litteraturgennemgang af den videnskabelige litteratur om gruppebaseret patientundervisning er der identificeret en række forhold af betydning for planlægning, evaluering og forskning i relation til patientundervisning/-uddannelse (9). De evidensbaserede anbefalinger er baserede dels på litteraturgennemgangen, dels på danske og internationale erfaringer.

Behov for hjertekarrehabilitering

Behovet for rehabilitering bør vurderes for alle patienter, der indlægges med hjertekarsygdom, sådan som sygdomsområdet er defineret i kapitel 2 Hjertekarsygdom i Danmark.

Andre patienter med hjertesygdom, som f.eks. patienter med pacemaker, implanteret defibrillator (ICD), hjerteklapoperation eller hjertetransplantation, har et tilsvarende behov for rehabilitering, og de følges oftest på en specialafdeling. Behovet for rehabilitering bør også vurderes for disse patienter.

Tilbud om hjertekarrehabilitering

I henhold til Sundhedslovens §16 (10) har alle patienter krav på at modtage information om deres helbredstilstand, herunder oplysninger om relevante forebyggelses- og behandlingsmuligheder. Mindre end halvdelen af danske hjertepatienter får reelt tilbud om rehabilitering som en del af indlæggelsesforløbet. Mange patienter tager ikke imod tilbuddet, selv om de får det, og der er en klar overvægt af deltagere med høj uddannelse i

rehabiliteringsforløb. Flere undersøgelser viser, at op mod hver tredje patient udvikler en depression efter en blodprop i hjertet eller ved diagnosen hjerteinsufficiens. Depression kan være en af årsagerne til, at et rehabiliteringsforløb bliver valgt fra. Manglende støtte i valg af efterbehandling kan også spille ind. Flere kvinder end mænd fravælger rehabiliteringen (8).

Efter udgivelsen af Sundhedsstyrelsens nationale retningslinjer for hjerterehabilitering i 2004 er der etableret rehabiliteringsforløb på adskillige hjerteafdelinger. Der findes p.t. ikke noget samlet billede af, hvor mange hjertekarpatienter der i 2007 vil få tilbudt rehabilitering på sygehus, i kommunen og/eller i almen praksis.

Retningslinjer og lovgivning

Sundhedsstyrelsen udgav i 2004 på baggrund af den foreliggende evidens "Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse" (2) med følgende anbefalinger:

- Alle patienter, der indlægges med hjertesygdom, skal vurderes med henblik på et individuelt tilbud om hjerterehabilitering
- Sygehusafdelinger, der behandler hjertepatienter, udarbejder lokale instrukser for systematisk vurdering af behov for og gennemførelse af hjerterehabilitering og forebyggende medicinsk behandling.

Anbefalingerne er i overensstemmelse med de anbefalinger, der blev fremsat i rapporten "Hjerterehabilitering på danske sygehuse" (3). Rapporten beskriver den nuværende viden om, hvad et hjerterehabiliteringsprogram skal omfatte for at være effektivt.

Pligt til at tilbyde rehabilitering ved hjertekarsygdom

Med strukturreformen er der i 2007 etableret fem nye regioner med ansvar for sygehusvæsenet og praksissektoren. Samtidig får de 98 nye kommuner et øget ansvar på sundhedsområdet. Blandt andet medfinansierer de sygehusdriften og er ansvarlige for varetagelsen af opgaver vedrørende forebyggelse, genoptræning og dele af rehabiliteringsindsatsen.

Sundhedslovens § 119 giver kommunerne ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og for de elementer af den patientrettede forebyggelse, som ikke er en integreret del af behandlingen på sygehus eller i almen praksis (10).

Forebyggelse og sundhedsfremme Sundhedslovens § 119

§ 119. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

- Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.
- Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

Regionerne og kommunerne deler ifølge Sundhedsloven ansvaret for den patientrettede forebyggelse. Regionerne har ansvaret for den patientrettede forebyggelse, der finder sted i sygehusvæsenet og i almen praksis, og regionerne skal tilbyde kommunerne rådgivning om forebyggelse (10, 11). Men hverken den patientrettede forebyggelse eller rådgivningen er nærmere defineret. Det er heller ikke defineret, hvilke patientrettede forebyggelsesopgaver kommunerne forventes at varetage. Lovgrundlaget medfører dermed nogle gråzoner, som kræver opmærksomhed og et særligt fokus på, hvordan opgaverne løses. Opgaverne og snitfladerne vil derfor skulle defineres i sundhedsaftalerne mellem kommune og region.

Sundhedsloven stiller krav om sammenhæng i patientforløbet, men ikke i rehabiliteringsforløbet. Økonomien er anstrengt for såvel regioner som kommuner, og der er ikke lovgrundlag for en præcis opgavefordeling eller en entydig ansvarsplacering for de enkelte opgaver. Det kan indgå i overvejelserne, at sikringen af en hensigtsmæssig rehabiliteringsindsats på længere sigt kan reducere presset på sygehusvæsenet og i socialektoren.

Sundhedsstyrelsen udsendte i april 2007 en vejledning om forebyggelse og sundhedsfremme til kommunerne (12). En vejledning om forløbsprogrammer er også på vej fra Sundhedsstyrelsen (4).

Et oplagt samarbejde om forebyggelse og rehabilitering

Hjertekarområdet er et oplagt område for regionalt-kommunalt samarbejde om forebyggelse og rehabilitering.

Genoptræning er en del af den samlede rehabiliteringsindsats. Regionerne skal ifølge Sundhedslovens § 84 udarbejde en genoptræningsplan for patienter, som har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning, efter at de er udskrevet fra et sygehus (10, 13). Genoptræningsplanen er bindende for kommunerne, og der er minimumskrav til, hvad en genoptræningsplan skal indeholde, herunder en beskrivelse af patientens funktionsevne forud for sygdommen og på udskrivningstidspunktet, samt hvilke begrænsninger i funktionsevnen genoptræningen skal rette sig imod.

Genoptræningsplanerne skal ikke indeholde en beskrivelse af den funktionsevne, der kan forventes som resultat af genoptræningen eller metode, omfang og karakteren af genoptræningsindsatsen. Disse mål fastsættes i samarbejde mellem patienten og den/de sundhedsperson/er i kommunen, der skal arbejde med

patienten. Ifølge Socialministeriets og Indenrigs- og Sundhedsministeriets vejledning om træning i regioner og kommuner er formålet med genoptræning, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt (14).

Formelle rammer for planlægning på tværs

Sundhedslovens § 204 pålægger regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen at nedsætte sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet, hvor region, kommune og praksissektor er repræsenteret (10).

Sundhedskoordinationsudvalgene drøfter sammenhæng i patientforløb og har udarbejdet udkast til sundhedsaftaler. De obligatoriske sundhedsaftaler mellem region og kommuner omfatter seks indsatsområder, herunder forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, hvor den patientrettede forebyggelse er central (15).

Sundhedsaftalerne på forebyggelsesområdet skal ifølge Bekendtgørelse nr. 414, bilag 5 (15) beskrive:

1. Arbejdsdeling mellem regionens sygehuse, praksissektoren og kommunen i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats
2. Hvordan parterne sikrer sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud
3. Hvordan parterne sikrer dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring
4. Hvordan indsatsen for patienterne koordineres i overensstemmelse med faglig evidens og viden
5. Hvordan kronisk syge patienter sikres kontakt med de relevante aktører i regionen og kommunen
6. Hvordan parterne følger op på aftalen.

I henhold til Sundhedsstyrelsens "Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler" (16) skal sundhedsaftaler omhandle:

- Samarbejde om de forebyggelsesaktiviteter, der finder sted på tværs af region og kommuner
- Sikring af at indsatsen er sammenhængende, velkoordineret og systematisk. Dette er særlig vigtigt for patienter med kronisk sygdom.

Sammenhængende patientforløb

Et rehabiliteringsforløb består af mange indsatser og inddrager derfor mange aktører:

- Sygehusene påbegynder rehabiliteringen under indlæggelsen i fase 1
- Sygehuse, kommuner og almen praksis kan varetage den fortsatte rehabilitering i fase 2
- Kommuner, almen praksis, patientforeninger og frivillige organisationer kan varetage rehabiliteringen i fase 3.

En væsentlig opgave er at skabe sammenhæng i patientforløbet set fra patientens synsvinkel. Patienten er den eneste, som oplever og gennemgår hele forløbet. For at sikre sammenhæng og optimal effekt af forløbet er det hensigtsmæssigt, at alle aktører har overblik over:

- det planlagte rehabiliteringsprogram
- de medvirkende aktører
- kommunikationen mellem aktørerne.

Opgavefordeling og placering af ansvar for de enkelte opgaver og ydelser bør være entydig i alle faser af rehabiliteringsforløbet. Det skal være muligt at få klart overblik over det samlede, konkrete forløb og adgang til opdaterede oplysninger om muligheder for at henviser f.eks. til og fra almen praksis og sygehus. Derfor bør alle opgaver i rehabiliteringsforløbet beskrives, for at kunne beslutte:

- Hvor er ansvaret for opgaven placeret?
- Hvem udfører opgaven?
- Hvordan og hvornår henvises patienten til næste aktør?
- Hvordan evalueres indsatsen?
- Hvordan skabes en fælles dokumentation og en fælles oplevelse af den ønskede kvalitet?

I planlægningsfasen vil det fremme overskueligheden i de forskellige faser af rehabiliteringen, hvis regionerne

arbejder med en relativt ensartet beskrivelse af sygehusenes tilbud i den enkelte region. På samme måde vil det være konstruktivt, hvis kommuner og almen praksis relativt ensartet beskriver deres tilbud.

Med det optimale forløb som målsætning kan opgavefordelingen forhandles via sundhedsaftalerne og fastlægges mellem sygehuse, kommuner, almen praksis og eventuelle andre aktører, f.eks. patientforeninger. Regionerne kan forsøge at etablere netværk og samarbejde mellem kommunerne i regionen med henblik på at sikre ensartede tilbud til hjertekarpatienter. Samtidig skabes gode muligheder for fælles kompetenceudvikling, evaluering og kvalitetssikring af rehabiliteringsindsatsen på tværs af kommuner og sygehuse i regionen.

Tovholder til patienter i akut behandling på flere sygehuse

En særlig sårbar gruppe patienter er dem, der har været indlagt på flere sygehuse i løbet af få dage og evt. ikke har afsluttet indlæggelsen på 'stamsygehuset'. Patienterne er ofte påvirkede af et meget komprimeret og forvirrende forløb. De har behov for individuel opfølgning og for særlig opmærksomhed i forhold til overgangen mellem fase 1 og 2 i rehabiliteringsforløbet.

Samarbejdet mellem sygehusene og mellem sygehus og kommune kan her evt. hjælpes af en tovholder i form af en koordinerende fagperson på sygehuset, hos den praktiserende læge og/eller i kommunen. Tovholderen har til opgave at sikre, at forløbene hænger sammen, generelt og for den enkelte patient. En række kommuner og regioner gennemfører netop nu forsøg med tovholderfunktionen. Erfaringerne fra forsøgene er vigtige at inddrage i den løbende udvikling og evaluering af hjertekarrehabilitering for at vurdere, om funktionen skaber større overblik og bedre koordination i forløbene.

Organisering og samarbejde

En vigtig udfordring for kommunalbestyrelser og regionsråd vil være at skabe fælles overordnede målsætninger for rehabiliteringen, uanset hvilken aktør eller sektor der er ansvarlig for og/eller udfører opgaverne. Patienterne bliver tabere, hvis det ikke lykkes at etablere gode rehabiliteringstilbud med en klar placering af ansvar.

Organisatorisk er opgaverne komplekse, og der vil formentlig ikke findes en grundmodel for, hvordan de løses. Der er på hjerteområdet evidens for effekten af rehabilitering med et specifikt indhold, og Sundhedsstyrelsen beskriver i ”Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler”, at indsatsen skal udføres i overensstemmelse med den relevante faglige evidens og viden i hele patientforløbet (16).

Målene kan ligge inden for faglig og organisatorisk kvalitet og brugeroplevet tilfredshed. Derudover kunne alternative incitamentsstrukturer bygge på at opnå nye kompetencer, at opnå øget faglig prestige og fokus, at synliggøre og dokumentere kvalitetsudvikling og at øge netværksdannelse og etablering af inspirerende faglige miljøer. Arbejdet med evidensbaserede metoder og evidensbaserede rehabiliteringsprogrammer kan være incitament, og for metoderne og implementeringen gælder, at det kan være et incitament at tilvejebringe dokumentation for effektive metoder.

Der er brug for en klar struktur med mål, der:

- monitoreres
- opdateres jævnligt for at kunne udgøre reelle styringsinstrumenter
- gælder i forskellige kliniske arenaer: region, sygehus, almen praksis og kommune samt eventuelt privat partner, f.eks. patientforening.

Fora for samarbejde og koordinering

Sundhedskoordinationsudvalgene, som nedsættes af regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne, kan vælge at organisere sig med underudvalg. F.eks. har mange amter i en årrække haft diabetesudvalg med alle aktører repræsenterede. En mulighed kunne være at nedsætte tilsvarende hjerteudvalg, som kunne udgøre strategiske og visionære faglige fora, der kan etablere forpligtende samarbejde og hurtigt samle op på eventuelle problemer.

Hvis man lokalt vælger at etablere samordningsudvalg, kan de fungere som koordinerende fora på den operationelle plan mellem sygehuset, de praktiserende læger og kommunerne. Udvalgene kan også rumme løbende drøftelse af proces, problemer etc. i relation til hjertekarrehabilitering.

Der kan endvidere nedsættes udviklingsfora under sundhedskoordinationsudvalget. I nogle af de regioner, hvor der er etableret udviklingsfora, er det tanken, at disse kan fungere som styregruppe for projekter vedr. kroniske patienter.

For hjertekarrehabilitering, såvel som for rehabilitering på andre sygdomsområder, gælder, at kommunerne har metodefrihed og dermed selv bestemmer, hvordan tilbuddene skal se ud.

Et generelt spørgsmål, som det er nødvendigt at forholde sig til i samarbejdet, er, hvilken rådgivning og bistand kommunen har brug for fra regionen.

Det regionale specialistmiljø

De sundhedsfaglige aktører, som møder patienterne, skal skabe det praktiske samarbejde og det sammenhængende patientforløb, som udmønter de fælles målsætninger for rehabiliteringen. Derfor er det vigtigt at sikre en god kommunikation fra ledelsen i regioner og kommuner til de relevante fagpersoner. Den konkrete logistik i rehabiliteringen skal fødes af et effektivt samarbejde mellem de faglige miljøer, som bidrager.

Mange steder er det gået stærkt med at få de første sundhedsaftaler på plads. Underudvalg mellem region, sygehuse, almen praksis og kommuner på specifikke sygdomsområder, f.eks. hjertekarområdet, kan være en måde at sikre, at de relevante fagpersoner i det samlede lokale/regionale sundhedsvæsen bliver inddraget, når aftalerne skal omsættes til praksis.

Formaliseret patientinddragelse i planlægningen

I henhold til Sundhedslovens § 4 skal regioner og kommuner i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde m.v. (10). Derfor bør der både regionalt og lokalt skabes mulighed for, at repræsentanter for patienterne/brugerne får lejlighed til at drøfte og komme med bidrag til det løbende arbejde på sundhedsområdet. Dialogen med brugere kan på hjerteområdet bl.a. ske via inddragelse af eksempelvis Hjerteforeningen og på andre områder ved at inddrage tilsvarende organisationer.

Systematisk vurdering af alle nydiagnosticerede hjertekarpatienter

Alle nydiagnosticerede hjertekarpatienter bør have vurderet deres behov for rehabilitering med henblik på at forebygge tilbagefald og tilrettelægge et individuelt rehabiliteringsprogram.

Hjertekarrehabilitering bør betragtes som en integreret del af patientbehandlingen og ikke blot et tilbud, som

patienterne kan til- eller fravælge. De sundhedsprofessionelle bør gøre klart for patienter og pårørende, at rehabilitering har stor betydning for prognosen.

Den systematiske, individuelle vurdering bør ske allerede i forbindelse med akut indlæggelse for hjertekarsygdom (fase 1). For at tage hensyn til reaktioner i forløbet hos patienter og pårørende bør der ske en revurdering i fase 2, som kan foregå på sygehuset, i almen praksis eller i kommunalt regi.

Den mest hensigtsmæssige visitering bliver lettere, hvis regioner og kommuner kender rammer og muligheder for rehabilitering.

Regionerne kan understøtte processen ved:

- at beskrive sygehusenes rehabiliteringstilbud på de hjertemedicinske afdelinger ensartet
- at udpege koordinerende personer og kontaktpersoner i sygehus- og regionsregi
- at facilitere samarbejde mellem kommunerne i regionen
- at støtte faglig kompetenceudvikling i kommunen, f.eks. gennem videndeling
- at støtte netværksdannelse mellem relevant personale på sygehus og i kommunen
- at skabe arbejdsgrupper på tværs af sektorer til evaluering og kvalitetssikring.

Hjertekarpatienter med behov for socialt differentieret rehabilitering

På Århus Sygehus har man gjort en række erfaringer med individuelt tilpasset og socialt differentieret hjertekarrehabilitering. Projektet tog udgangspunkt i, at kun mellem 25 % og 55 % af patienterne reelt valgte at deltage i rehabilitering, og at det største fravær fandtes blandt lavt uddannede og personer med dårligt socialt netværk (17, 18).

Undersøgelsen i Århus identificerede disse grupper ved hjælp af nogle meget enkle spørgsmål om uddannelse og socialt netværk. Med et intensiveret tilbud lykkedes det at øge deltagelsesprocenten til 80. Resultaterne kan med fordel inddrages ved etablering af hjertekarrehabilitering.

En mulig model for samarbejde

For at tilrettelægge optimale og sammenhængende patientforløb kræves et reelt overblik over regionale og lokale tilbud vedr. hjertekarrehabilitering.

Relevante spørgsmål i denne forbindelse kunne være:

- Hvilke erfaringer har sygehus, kommune og almen praksis?
- Hvilke tilbud er der på sygehus og i almen praksis?
- Hvilke tilbud står kommunen for – og hvordan skal tilbuddene integreres i et samlet forløb?
- Hvilke forventninger har aktørerne til hinanden?
- Hvordan kommunikerer de forskellige aktører?
- Hvem løser hvilke opgaver?

Figur 3 viser en oversigt over aktørerne i de tre faser af hjertekarrehabiliteringen, og hvilke af aktørerne der fortrinsvis refererer til henholdsvis kommune og sygehus.

Rehabiliteringen i fase 2 bygger på erfaringer fra sygehusene, og væsentlige elementer må betragtes som en specialisstopgave, der bør varetages af sygehusets specialister i samarbejde med almen praksis.

Fremover vil rehabiliteringen i fase 2 formentlig kunne tilrettelægges meget forskelligt, afhængig af lokale aftaler, ressourcer og kompetencer. Helt afgørende for sammenhæng og kvalitet i forløbene er aftaler om, hvem der tager sig af hvad i fase 2 samt klarhed om, hvilke kompetencer aktørerne skal have for at kunne varetage de enkelte opgaver. Overdragelse af ansvaret til en ny aktør ved overgangene mellem faserne er væsentlig for patienters og pårørendes oplevelse af helhed i forløbet.

Patienter og pårørende bør på alle tidspunkter i et rehabiliteringsforløb vide, hvem de kan henvende sig til ved behov, hvor næste kontakt med sundhedsvæsenet foregår og hvad kontakten drejer sig om.

Gennem det videre sygdomsforløb (fase 3) er der behov for at følge op og motivere. Indsatsen vil kunne ske i

Figur 3. Samarbejdspartnere i hjertekarrehabiliteringens tre faser

	Fase 1 – dage	Fase 2 - uger til måneder	Fase 3 – måneder til år
Aktører	Akut hjerteafsnit Invasive hjertecentre Kardiologiske specialister	Hjerterehabiliteringsafsnit - læge - sygeplejerske - diætist - fysioterapeut - psykolog og socialrådgiver Praktiserende læge Kommunale tilbud	Praktiserende læge Kommunale tilbud Sygehusambulatorium Patientforeninger/klubber
Styring og reference	Sygehus	Sygehus og kommune	Kommune/praktiserende læge

sygehusregi men først og fremmest formentlig i almen praksis og/eller i kommunalt regi eller patientforeningsregi, forudsat at de nødvendige kompetencer er tilstede (se kapitel 8 Kompetencer til hjertekarrehabilitering).

I figur 4 er skitseret en oversigt over elementerne i et optimalt rehabiliteringsforløb, mulig placering af ansvar og i hvilket regi opgaverne udføres. Figuren viser, hvordan opgaverne i fase 2 kan varetages på sygehus, i kommunen eller i almen praksis, såfremt de fornødne kompetencer er til stede.

For patienter med iskæmisk hjertesygdom vil et rehabiliteringsforløb omfatte information og undervisning i sygdomsforståelse, rygestopvejledning, kostvejledning,

fysisk træning, psykosocial støtte og forebyggende medicinsk behandling.

For patienter med hjerteinsufficiens vil et rehabiliteringsforløb typisk omfatte information og undervisning i sygdomsforståelse, rygestopvejledning, kostvejledning, fysisk træning, psykosocial støtte samt træning i selvmonitorering og selvbehandling.

Der er et vist sammenfald i tilbuddene til de to patientgrupper, men også vigtige forskelle både indholdsmæssigt og forløbsmæssigt. For at opnå den bedste planlægning kræves en vurdering af, hvor mange patienter de to grupper udgør og en vurdering af muligheden for evt. fælles rehabilitering.

Figur 4. Rehabilitering for patienter med iskæmisk hjertesygdom

Modellen kan bearbejdes til rehabilitering af patienter med hjerteinsufficiens

	Fase 1 Sygehus	Fase 2 Sygehus	Fase 2 Kommune/Almen praksis (AP)	Fase 3 Kommune/Almen praksis (AP)
Visitation og planlægning af individuelt rehabiliteringsprogram	Ved udskrivelsen: Aftale om opfølgning og vurdering af behov for rehabilitering	≤ 2 uger efter udskrivelse: Revurdering af behov for rehabilitering	≤ 2 uger efter udskrivelse: Revurdering af behov for rehabilitering	
Patientinformation og undervisning	Motiverende samtale inden udskrivelse	Individuelt eller gruppebaseret	Individuelt eller gruppebaseret	
Rygestopvejledning	Forebyggelsessamtale	Rygestopinstruktion	Rygestopinstruktion	Opfølgning i AP eller kommunalt regi
Kostvejledning	Information og motivation	Vejledning	Vejledning	Opfølgning i AP eller kommunalt regi
Fysisk træning	Information og motivation	6 ugers træning. Indledt og afsluttet med test	6-8 ugers træning Indledt og afsluttet med test	"Udslusning" til lokale tilbud og fastholdelse i lokale tilbud
Psykosocial støtte	Samtaler m. patient og pårørende	Samtaler med patient og pårørende Screening for depression Evt. socialrådgiver- og psykologbistand	Samtaler med patient og pårørende Screening for depression v. AP Evt. socialrådgiver- og psykologbistand	Opfølgning i AP, kommunalt regi
Symptomatisk og forebyggende medicinsk behandling	Medicinsk behandling påbegyndes	Optimering og kontrol af den medicinske behandling	Optimering og kontrol af den medicinske behandling v. AP	Opfølgning i AP Informationstilbud i kommunalt regi
Kontrol, opfølgning og vedligeholdelse		Afsluttende kontrol efter rehabiliteringsforløbet	Afsluttende kontrol efter rehabiliteringsforløbet v. AP	Evt. udslusning Opfølgning i AP eller i kommunalt regi

Rehabiliteringsindsatsen i almen praksis

Patienter med kronisk sygdom udgør en meget stor del af konsultationerne i almen praksis. Det viser en undersøgelse fra Fyn (19).

Patienter med hjertekarsygdom tegner sig for næsten 20 % af samtlige lægelige konsultationer eller mere end 2,5 millioner lægebesøg om året. Patienter med høj risiko for hjertekarsygdom, med de første symptomer på hjertekarsygdom eller med kronisk hjertekarsygdom, diagnosticeres og behandles i almen praksis uden et indlæggelsesforløb på hospital.

Forebyggende konsultationer er veletablerede i almen praksis og indgår i de praktiserende lægers overenskomst. Aftalte forebyggelseskonsultationer kan bruges til at vurdere risikoen for at udvikle hjertekarsygdom og til at iværksætte relevant forebyggelse med udgangspunkt i patientens behov.

Undersøgelser viser, at praktiserende læger ser et behov for at kunne henvise patienter til rygestopkurser, kostvejledning og motionsaktiviteter. DSAM's vejledning, som danner grundlaget for den forebyggende indsats for hjertekarpatienter, anbefaler også, at man benytter sig af kommunale forebyggelsestilbud, som f.eks. "motion på recept" (20). Det er ikke pålagt kommunerne at tilbyde dette.

Tilbuddet om forebyggende konsultationer gælder patienter, der henvender sig i praksis med de første symptomer på hjertekarsygdom for at forebygge forværring og undgå indlæggelse. Desuden er der et behov for, at patienter med kronisk hjertekarsygdom kan få tilbudt et rehabiliteringsforløb enten for første gang eller som en gentagelse af et rehabiliteringsforløb i kommunalt regi.

Overenskomsten lægger vægt på, at patienterne følges, de forebyggende aktiviteter justeres og at arbejdsgangen er velegnet til den fortsatte kontrol hos egen læge ved overgangen til fase 2 og 3 i rehabiliteringen.

Kompetencer til hjertekarrehabilitering

De fleste kommuner vil formentlig have behov for at udvikle og udvide de kompetencer, der kræves for at kunne varetage hjertekarrehabilitering på en kvalitetsmæssigt forsvarlig måde, hvad enten de indgår i hjertekarrehabiliteringsforløbet i fase 2 eller 3.

Ansvar for, at de rette kompetencer er til stede, ligger hos regionen såvel som hos kommunen. Nøgleordene er sammenhæng og koordinering, kvalitet, effektivitet og tværfaglighed.

Midlerne er undervisning, uddannelse, redskaber/materiale om hjertekarsygdom og rehabilitering samt en faglig rådgivningsstruktur med supervision og faglige netværk. Det kan overvejes at nedsætte et hjertedudvalg/en styre- eller følgegruppe, der kan hjælpe med at udvikle og siden følge og evaluere opbygningen af kompetencer, som f.eks. kan ske ved at trække på sygehusenes og patientforeningens viden og ressourcer.

Kompetente patienter og pårørende

Kompetenceudviklingen gælder ikke alene fagpersoner. Patienter og pårørende har brug for den nødvendige viden og kompetence til at påtage sig et medansvar i rehabiliteringsforløbet og kunne yde egenomsorg, træffe beslutninger på et oplyst grundlag og give input til behandlere og omsorgsgivere.

Kompetente patienter og pårørende kan spille en væsentlig rolle som overdragere af viden mellem de forskellige aktører i behandlings- og rehabiliteringsforløbet.

Det sundhedsfaglige miljø på tværs af sektorer bør råde over den nødvendige pædagogiske ekspertise og tage bevidst stilling til at involvere patienter og pårørende. En fælles strategi og klar fordeling af opgaver kan medvirke til at sikre fælles mål og pædagogisk strategi,

f.eks. vedr. timing af forskellige informationer. Der bør tages stilling til, hvordan patienter og pårørende bedst kan stimuleres og motiveres til medansvar for egen sundhed og behandling gennem alle faser i rehabiliteringsforløbet. Strategien skal omfatte information, motivation og retningslinjer (21).

Lægefaglig videndeling

Den lægelige del af rehabiliteringen omhandler som minimum symptomatisk behandling og optimering af den medicinske, herunder profylaktiske behandling. Speciallæger i kardiologi og/eller alment praktiserende læger kan varetage disse opgaver.

De alment praktiserende læger kan visitere til fysisk træning, psykosocial støtte, rygestop, kostvejledning og fysisk aktivitet i andre regier. Vurderingen af, hvilke tilbud der er relevante for den enkelte patient, kan eksempelvis foregå via de forebyggende helbredssamtaler.

De enkelte elementer af rehabiliteringen varetages af andre faggrupper, typisk fysioterapeuter, sygeplejersker og diætister, som har brug for særlige kompetencer på hjertekarområdet.

Træning, efteruddannelse og erfaringsudveksling om behandling og rehabilitering af patienter med hjertekarsygdom kan være nødvendig.

Hvilke kompetencer, der konkret kræves hos de sundhedsfaglige faggrupper, afhænger af, hvor i hjertekarrehabiliteringens tre faser, patienten befinder sig.

I forhold til patienter i fase 1 og 2 er specifik kompetence nødvendig, f.eks. angående grundigt kendskab til det akutte forløb og rehabiliteringsforløb for hjertekarpatienter. Denne kompetence kan erhverves gennem kurser, uddannelse og klinisk erfaring fra kardiologien.

Del viden og netværk

I henhold til sundhedsloven skal regionerne tilbyde kommunerne rådgivning på forebyggelsesområdet.

I kommunerne vil der være et stort behov for uddannelse og løbende opdatering i forbindelse med de opgaver, der eventuelt varetages i kommunalt regi. Sygehuse og patientforeninger har ekspertise, som kan formidles til kommunerne, lige som faglige netværk mellem regionens kommuner og sygehuse kan være et redskab. Regionen og Hjerteforeningen kan støtte etablering og drift af netværk, og der kan trækkes på eksisterende, relevante netværk, som f.eks. Hjerteforeningens netværk af kontaktsygeplejersker fra kardiologiske, thoraxkirurgiske og karkirurgiske afdelinger.

Sygehusene rummer i dag vigtige sygdomsspecifikke kompetencer, og sygehusenes personale er derfor centrale aktører i den kommende videndeling.

Kommuner og almen praksis har muligheden for at skabe nærhed og tryghed i lokalmiljøet, ofte med gode muligheder for fleksibilitet over for de enkelte patienters behov.

Kvaliteten og effektiviteten i rehabiliteringsforløbet forudsætter ekspertise fra mange forskellige faggrupper. En effektiv rehabiliteringsindsats kræver samarbejde og kontinuerlig uddannelse og inspiration. Der er behov for:

- tværfaglig uddannelse af aktørerne i rehabiliteringsforløbene
- temadage for at tilføre ny viden og for at vedligeholde interessen for området
- udviklingsarbejde på baggrund af ny viden, selvevaluering og netværk for patienter
- uddannelse i at inddrage patienter og pårørende
- tværgående netværk for fagpersonale med fokus på samarbejde og multifaglighed
- kvalitetsmonitorering af uddannelsesindsatsen.

Kvalitet

For at kunne opbygge viden om rehabiliteringsforløb i den nye struktur er der behov for systematisk evaluering af nye rehabiliteringsaktiviteter, og det er vigtigt, at der benyttes samme værktøjer til at vurdere interventionen i både primær og sekundær sektor.

Rehabiliteringsprogrammer bør bygge på forskningsbaseret viden om effekt i det omfang, det er muligt. Der er god evidens for effekten af hjertekarrehabilitering i sygehusregi, men der er ikke entydig forskningsbaseret evidens for effektive metoder til den patientuddannelse, som udgør en væsentlig del af rehabiliteringen. Tilsvarende er der kun sparsom evidens vedrørende organisering af rehabilitering som en delt opgave mellem primær og sekundær sundhedssektor.

Løbende monitorering af kvalitet

Løbende kvalitetsmonitorering er en forudsætning for at vurdere, om de enkelte aktiviteter i den samlede indsats lever op til de mål, der er fastsat, og for at tilpasse og videreudvikle indsatsen.

En særlig udfordring er at skabe sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, kommuner og almen praksis. Der er god dokumentation for, at det netop er i overgangene mellem afdelinger, organisationer og sektorer, at der opstår kvalitetsbrist. Kvalitetsmonitorering kan således med fordel rette sig mod monitorering af aktiviteter på tværs af patientforløbet, strategisk vigtige aktiviteter i de to sektorer samt den konkrete sammenhæng i forløbet.

En forudsætning for at kunne sammenligne kvaliteten i forskellige programmer er, at der anvendes veldefinerede mål for kvalitet i form af kvalitetsstandarder. Monitoreringen af, om kvalitetsstandarderne opfyldes, baseres på indberetning af udvalgte målbare variable.

Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer (4) stiller tre grundspørgsmål, som også giver et godt udgangspunkt for kvalitetsmåling ved hjertekarrehabilitering:

- Hvilke standarder og indikatorer for indsatsens kvalitet skal som minimum monitoreres?
- Hvordan opsamles, registreres, analyseres og formidles data?
- Hvem har ansvaret for monitoreringen?

Eksisterende standarder og indikatorer

I Danmark er udviklet nationale standarder med tilhørende indikatorer i relation til visse kroniske sygdomme, blandt andet hjerteinsufficiens. Standarder og indikatorer er validerede og kan anvendes i den løbende monitorering af både igangværende og nye indsatser.

I det Nationale Indikatorprojekt (NIP) er der udarbejdet 10 indikatorer relaterede til hjerteinsufficiens, som alle sygehuse er forpligtet til løbende at monitorere og indberette (22). Indberetning sker til en national database, og indikatorerne, der indgår i Den Danske Kvalitetsmodel fra 2007 (23), omfatter blandt andet:

- andel af patienter, der ernæringsrisikovurderes
- andel af patienter, der henvises til individualiseret fysisk træning
- andel af patienter, der i ambulant opfølgning/ under indlæggelse gennemgår et struktureret undervisningsprogram (optræning, symptom-, medicin- og sygdomsforståelse, risikofaktorer)
- andel af patienter, der genindlægges inden for fire uger efter udskrivning, eller afslutning på ambulant forløb

- andel af patienter med hjertesvigt, der gennemgår et struktureret undervisningsprogram om deres sygdomsforløb inden for fire uger efter deres første kontakt med behandlingsstedet.

Eksempler på indikatorer vedr. iskæmisk hjertesygdom kunne desuden være:

- opnåelse af medicinske behandlingsmål for risikoparametre i forhold til retningslinjer: Blodtryk, lipider, HbA1C (langtidsblodsukker)
- andel af udskrevne AKS-patienter, der gennemfører rehabiliteringsforløb på sygehus, i kommune, almen praksis eller andet regi, finansieret af det offentlige sundhedsvæsen
- andel af patienter, der gennemgår et struktureret undervisningsprogram med optræning, undervisning om symptom-, medicin- og sygdomsforståelse samt risikofaktorer.

Se også eksempler på generelle indikatorer fra Den Danske Kvalitetsmodel i bilag 2.

Ansvar for monitorering

Ansvar for registrering af enkelttydelser, kvalitetsmålinger og samlet monitorering bør placeres utvetydigt og klart. De enkelte aktører vil oftest have ansvar for registrering, der vedrører de enkelttydelser, som de leverer. De nationale kvalitetsmodeller har standarder for indberetningspligt, registrering og formidling. Det bør besluttes, hvem der er ansvarlig i kommunen og regionen for den samlede monitorering og formidling, hvornår målinger gennemføres, hvordan resultaterne formidles, og hvem der skal reagere på resultaterne.

Referencer

1. Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Sundhedsstyrelsen, 2005.
2. Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse og Enhed for Planlægning, 2004.
3. Hjerterehabilitering på danske sygehuse. Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Hjerteforeningen i samarbejde med Dansk Cardiologisk Selskab, 2004.
4. Forløbsprogram for kronisk sygdom (høringsudkast). Sundhedsstyrelsen, Enhed for Planlægning, 26. januar 2007.
5. Hjerterstatistik for nye Kommuner og Regioner 2006. Hjerteforeningen i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
6. Rehabilitering og forebyggelse af hjertekarsygdom. Samarbejde med Hjerteforeningen. Hjerteforeningen, 2006.
7. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, Skidmore B, Stone JA, Thompson DR, Oldridge N. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004;116:682-92.
8. Zwisler A-D, Nissen NK, Madsen M, DANREHAB-gruppen. Hjerterehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget. Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006. *Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter* 2006; 6(10).
9. Willaing I, Gisselbæk AB. Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter. Sundhedsstyrelsen, 2005.
10. Sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005.
11. Bemærkninger til Forslag til Sundhedsloven fremsat den 24. februar 2005, § 120.
12. Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2. Sundhedsstyrelsen, 2007.
13. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, BEK nr. 1266 af 5. december 2006, § 1 stk. 1.
14. Vejledning om træning i kommuner og regioner. Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, december 2006, afsn. 2.3.
15. Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, BEK nr. 414 af 5. maj 2006.
16. Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Sundhedsstyrelsen, august 2006.
17. Meillier LK, Larsen ML, Larsen FB, Lind K, Andersen DG, Gustafson B for the Aarhus Rehab-group. Systematic Screening and socially differentiated rehabilitation programme facilitate high participation rate among MI patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehab* 2006;13 (Suppl 1): 92.
18. Her bliver hjertepatienterne forskelsbehandlet. *Dagens Medicin*, 9. marts 2006.
19. Hansen DG, Rasmussen NK, Munck A. Folkesygdomme i almen praksis. Audit Projekt Odense. Statens Institut for Folkesundhed, 2004.
20. Forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom i almen praksis. *Klinisk Vejledning*, 3. udgave. Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med Fonden for Tidsskrift for praktisk lægegering, 2007.
21. Brugernes Sundhedsvæsen. Oplæg til en patientreform (rapport). Mandag Morgen/Innovationsrådet i samarbejde med Patientforum, Danske Regioner og Oxford Health Alliance, 2007.
22. Det Nationale Indikatorprojekt. www.nip.dk.
23. Standarder med tilhørende indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, høringsudgave april 2007.

Workshop vedr. udvikling af materiale til understøttelse af sundhedsaftaler på hjerterehabiliteringsområdet

Fredag den 27. oktober 2006 i Regionernes Hus, Dampfærgevej 22, 2100 København

Formål

At deltagerne bidrager med konkret viden, erfaringer og idéer til indholdet af materiale til understøttelse af sundhedsaftaler på hjerterehabiliteringsområdet.

Program

- 10.00–10.20 **Velkomst og introduktion til workshop og materiale**
v/ Janne Elsborg og Lillian Møller
- 10.20–12.15 **Oplæg og diskussion**
- Præcisering af sundhedsvæsenets forpligtelse til at udbyde hjerterehabilitering og til at sikre sammenhængende patientforløb for patienterne
 - Sundhedsaftaler på forebyggelsesområdet
Oplæg v/ Janet Samuel
 - Beskrivelse af patientforløb for hjertekarpatienter
 - Beskrivelse af kvalitetskriterier fagligt, organisatorisk, uddannelsesmæssigt m.m. i hjerterehabiliteringens forskellige faser
Oplæg v/ Mogens Lytken Larsen og Bo Christensen
- 12.15–13.00 **Frokost**
- 13.00–14.30 **Oplæg og diskussion, fortsat**
- Gråzoner og barrierer for et sammenhængende patientforløb før og efter strukturreformen samt nye muligheder
Oplæg v/ Ingrid Willaing
 - Evaluering
 - Anbefalinger vedrørende patientforløb
 - Otte centrale spørgsmål vedr. planlægning af sundhedsaftaler på hjerterehabiliteringsområdet
Opsamling og diskussion v/ alle
- 14.30–15.00 **Handlingsplan og afslutning**

Workshopdeltagere

- Ane Friis Bendix, sundhedschef, Frederiksberg Kommune
- Elsebeth Bols, oversygeplejerske Kardiologisk afdeling, Aalborg Sygehus
- Christina Carlsen, konsulent Kontoret for Sundhedspolitik, Danske Regioner
- Bo Christensen, professor i almen medicin, Institut for Almen Medicin, Aarhus Universitet
- Janne Elsborg, næstformand i Netværk af forebyggende sygehuses forretningsudvalg, sygeplejedirektør, Bispebjerg Hospital
- Nina Gath, konsulent, Kommunernes Landsforening
- Carsten Hendriksen, overlæge, SIKS projektet, Bispebjerg Hospital
- Else Hjortbak, kvalitetskonsulent, Hospitalsenheden Vest
- Mogens Lytken Larsen, lægefaglig chef, Hjerteforeningen
- Gitte Mogensen, fuldmægtig Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune
- Lillian Møller, netværkskoordinator, Sekretariat for Netværk af forebyggende Sygehuse i Danmark
- Charlotte Bruun Piester, chef for ekstern påvirkning og formidling, Kræftens Bekæmpelse
- Janet Marie Samuel, kontorchef Kontoret for Sundhedspolitik, Danske Regioner
- Anne Smetana, vicekontorchef, Region Syddanmark
- Ingeborg Thusgaard, medlem af Netværk af forebyggende sygehuses forretningsudvalg, sygehusdirektør, Sygehus Vendsyssel
- Ingrid Willaing, sundhedschef, Hjerteforeningen
- Mads Hyldgaard, chefkonsulent, Hjerteforeningen (*proceskonsulent*)
- Ulla Møller Hansen, folkesundhedsvidenskabsstuderende (*referent*)
- Lene Jonsen, folkesundhedsvidenskabsstuderende (*referent*)

Den Danske Kvalitetsmodels standarder

Den Danske Kvalitetsmodel beskriver standarder med tilhørende indikatorer, som alle offentlige udbydere af sundhedsydelser er forpligtet til at opfylde (23).

Standarderne er opdelt i *generelle forløbsstandarder* med fokus på information og koordination m.v. og *sygdomsspecifikke forløbsstandarder*, der vedrører kliniske ydelser og aktiviteter i de enkelte patientforløb. Særlige *organisatoriske standarder* vedrører de organisatoriske aktiviteter og strukturer, der er nødvendige forudsætninger for det gode patientforløb. Her er fokus på ledelse, principper for kvalitets- og risikostyring m.v.

Eksempler på indikatorer vedr. organisatorisk og faglig kvalitet

- Anvendes kliniske og sundhedsfaglige retningslinjer for samarbejdsrelationer og faglig kvalitet?
- Anvendes relevante, specificerede kliniske retningslinjer for diagnostik, behandling og rehabilitering?
- Har patienten en tværgående kontaktperson i forløbet?
- Hvor lang var ventetiden mellem udskrivelse og start på rehabilitering?
- Hvordan kommunikerer involverede enheder og sektorer, f.eks. sygehus, almen praksis, kommune, patientforening?
- Hvilke kompetencer har aktørerne?

Der er også på nationalt niveau arbejdet med at udvikle standarder for patienternes oplevelse af kvalitet. Det er sket i form af landsdækkende undersøgelser af patienternes oplevelser af kontakten til sygehus i 2002, 2004, 2006.

Eksempler på indikatorer vedr. den patient-oplevede kvalitet

- Andel af patienter, der oplevede omfanget af den mundtlige information passende
- Andel af patienter, der følte sig inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om deres behandling og pleje
- Andel af patienter, der ved udskrivelsen fra sygehuset blev informeret om egen livsstils betydning for helbred (f.eks. motion, ernæring, rygning og alkohol)
- Andel af patienter, som havde en afsluttende samtale med en læge eller sygeplejerske inden udskrivelse fra sygehuset.

Eksempler på indikatorer for individuelt tilpasset rehabilitering

Nogle patienter har begrænsede muligheder for at deltage i valg i forhold til egen sundhed. Der skal ydes en særlig indsats for at opnå samarbejdsvilje og –muligheder hos ressourcetsvage patienter. Behovet for god kommunikation, differentierede rehabiliteringstilbud og koordinering er ekstra vigtigt for disse patienter. En indikator kunne være:

Hvilke rammer er der for individuelt tilpasset rehabilitering samt effekt af intervention, f.eks.

- andel af patienter, der tilbydes hhv. gennemfører udvidede rehabiliteringsforløb?
- afdækning af socialt netværk og uddannelsesstatus?

