FÆLLESKOMMUNALT SUNDHEDSSEKRETARIAT

RÅDHUSPASSAGEN 3
6600 VEJEN
FAELLESKOMMUNALSUNDHED.DK

Kommissorium for Sundhedsstrategisk Forum

Godkendt den 19. marts 2015

OPRETTET: 09-03-2015
REF.:
CHRISTINA TRANKÆR RYBORG
CETR@VEJEN.DK

GRUNDLAG

Sundhedsstrategisk Forum (herefter SSF) er nedsat efter beslutning på mødet i kommunaldirektørkredsen den 7. august 2008.

SSF er et samarbejde mellem de 22 kommuner i Region Syddanmark om udvikling af kommunernes rolle i fremtidens sundhedsvæsen. SSF er derudover et koordinationsforum for de 22 kommuners samarbejde med Region Syddanmark i DAK, SKU og PPU.

SSF baserer sig på tre overordnede præmisser:

- Det skal operere på et overordnet strategisk og principielt niveau.
- Sundhedsområdet skal ses i sammenhæng med socialområdet og arbejdsmarkedsområdet.
- Der skal være opbakning fra alle 22 kommuner.

SSF kan ikke indgå bindende aftaler på vegne af det politiske niveau. Sundhedsaftalerne og andre centrale tværsektorielle aftaler på sundhedsområdet indgås for kommunernes vedkommende af byrådene.

KOMPETENCE OG KOORDINERING

SSF understøtter de 22 kommuner i udvikling af fremtidens sundhedsvæsen, kommunernes rolle heri og sammenhængen til de enkelte kommuners sundhedsopgaver og relaterede opgaver på social- og arbejdsmarkeds- og børn- og ungeområdet.

SSF fungerer desuden som repræsentantskab for de kommunale medlemmer af Det Administrative Kontaktforum (herefter DAK) og beskæftiger sig med drøftelse og formulering af overordnede og principielle kommunale holdninger og positioner, der kan danne referenceramme/generelt mandat for de kommunale repræsentanter i Det Administrative Kontaktforum. De

kommunale repræsentanter i DAK har kompetence til at koordinere og træffe administrative beslutninger i DAK på vegne af de 22 kommuner.

FORMÅL

SSF arbejder for at;

- formulere fælles strategisk retning og ambitioner for udvikling af kommunernes rolle og opgavevaretagelse i fremtidens sundhedsvæsen
- udvikle et mere vidensbaseret, mere borgernært og mere samarbejdende sundhedsvæsen
- kommunerne kan erfaringsudveksle og opnå koordineringsgevinster på det kommunale sundhedsområde
- sikre et velfungerende samarbejde mellem de 22 kommuner i Region Syddanmark og et stærkt bagland for de kommunale DAK-medlemmer
- sikre, at kommunernes interesser og præferencer kommer stærkt til udtryk i sundhedsaftalen og i dens implementering via samarbejdsaftaler m.v.
- kommunerne kan formulere og varetage fælles interesser og synspunkter på nationalt niveau på sundhedsområdet

OPGAVER

SSF danner for det første rammen om samarbejdet mellem de 22 kommuner på sundhedsområdet, herunder om den rehabiliterende tilgang, indsatser i borgerens eget hjem og velfærdsteknologi/telemedicin.

SSF løser denne opgave ved at:

- fastholde et strategisk fokus på udvikling af de kommunale sundhedsopgaver og understøttelse af den driftsmæssige forankring
- afholde temamøder og møder med de kommunale udvalgsformænd og –næstformænd på sundhedsområdet samt med de kommunale medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget (herefter SKU) og Praksisplanudvalget (herefter PPU)
- sikre rammer for videndeling, erfaringsudveksling, koordination og strategisk kommunikation
- skabe overblik over kommunale aktiviteter og udviklingsinitiativer på sundhedsområdet.
- igangsætte kommunale analyser og projekter, der understøtter udviklingen i forhold til de kommunale sundhedsopgaver.

SSFs opgave tager for det andet udgangspunkt i de emner, som Sundhedskoordinationsudvalget skal varetage jf. §3 i Bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler, dvs:

- Udarbejdelse og årlig revision af sundhedsaftalen
- Opfølgning på sundhedsaftalens gennemførelse
- Vurdering af regionens sundhedsplan
- Øvrige emner, som fx udspringer af regionens sundhedsplanlægning

SSF løser disse opgaver ved at:

- drøfte strategiske udfordringer for kommunerne i det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner, region og almen praksis.
- erfaringsudveksle vedr. implementeringen af sundhedsaftalerne.
- formulere overordnede strategiske og principielle kommunale holdninger og positioner til brug for de kommunale repræsentanter i DAK samt understøtte de kommunale medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget (herefter SKU) og Praksisplanudvalget (herefter PPU).
- gøre kommunale repræsentanter i tværsektorielle arbejdsgrupper bekendt med SSFs strategiske prioriteringer.
- deltage i tværsektorielle analyser af økonomi og kapacitet samt aktivitet og nye opgaver m.v.
- udarbejde fælleskommunale perspektiver ved høringer på det tværsektorielle sundhedsområde.

For det tredje danner SSF rammen om samarbejde med de øvrige kommuner i landet i forhold til kommunal interessevaretagelse på nationalt niveau af mere strategisk karakter.

SSF løser disse opgaver ved at:

- deltage i KL's sundhedsstrategiske gruppe
- søge indflydelse i nationale arbejdsgrupper o. lign.
- sikre orientering af de øvrige kommuner i forummet, når kommuner deltager i nationale udviklingsaktiviteter
- være proaktive i forhold til deltagelse i den nationale meningsdannelse.

ORGANISERING

MEDLEMSKREDS

SSFs medlemmer består af den øverste chef med beslutningskompetence på sundhedsområdet i hver kommune.

Endvidere deltager følgende sekretariatsfunktioner:

- En repræsentant fra sekretariatet for KKR Syddanmark
- formanden for den fælleskommunale økonomigruppe og
- Fælleskommunalt sundhedssekretariat.

FORMANDSKAB

SSF konstituerer sig med en formand og 4 næstformænd for en periode på fire år, hvorefter der foretages en ny konstituering. Formandskabet udgør de kommunale medlemmer af Det Administrative Kontaktforum.

Formandsskabet kan i tilfælde af betydeligt tidspres udarbejde høringssvar på vegne af de 22 kommuner, der sendes til medlemmernes orientering samtidig med fremsendelsen til modtageren af høringssvaret.

ARBEJDSGRUPPER
SSF kan efter behov nedsætte fælleskommunale arbejdsgrupper og tværkommunale sundhedsnetværk.

SEKRETARIATSBETJENING
Sekretariatsfunktionen for SSF varetages af Fælleskommunalt Sundhedssekretariat, som deltager i SSFs møder, samt i møder i DAK, SKU og PPU.

ARBEJDSFORM
SSF udøver sin virksomhed i møder. Der afholdes 6-8 møder årligt. SSF vedtager en mødeplan for et år af gangen og et årshjul for behandling af strategiske temaer m.v. Møderne afholdes forinden møderne i Det Administrative Kontaktforum.

Formanden og i dennes forfald en af næstformændene leder SSFs møder. Det tilstræbes, at SSFs møder afholdes på et geografisk centralt sted i regionen.

Dagsorden til SSFs møder udarbejdes af formandskabet. Forummets medlemmer kan ved henvendelse til formanden få optaget et emne på den ordinære dagsorden. Forslag til dagsordenspunkter skal være sekretariatet i hænde senest 3 uger før et ordinært møde. Dagsorden for et ordinært møde udsendes til SSFs medlemmer 1 uge før mødet.

Dagsordenen er opdelt i en behandling af DAK-dagsordenen og en behandling af fælleskommunale sager.

Behandlingen af DAK-sagerne forudsætter samtidig læsning af DAK-dagsordenen og indeholder en kommentering på de kommunale synsvinkler på sagen samt formandsskabets anbefalinger til generel referenceramme/mandat til de kommunale repræsentanter i DAK.

Dagsordenen vedr. de fælleskommunale sager afspejler SSF's opgaver i relation til samarbejdet mellem de 22 kommuner, herunder strategiske emner, tematiske drøftelser og kobling til kommunernes opgaveløsning.

Såvel oplæg fra de 22 kommuner og evt. eksterne aktører kan indgå i møderne.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat udarbejder et referat af SSF's møder. Referatet godkendes af formanden og udsendes senest 14 dage efter mødets afholdelse til alle SSFs medlemmer og disse har tre dage til at kommentere. Herefter betragtes referatet som godkendt.

IKRAFTTRÆDEN
Dette kommissoriums bestemmelser træder i kraft straks efter vedtagelse.

KKR Syddanmarks forretningsudvalg

Forretningsudvalget	Pladser	Suppleanter	Udpegede
	11	Nej	Borgmester Johannes Lundsfryd Jensen A , Middelfart Borgmester Bo Hansen A, Svendborg Borgmester Frank Jensen B, Fanø Borgmester Frank Schmidt-Hansen C, Vejen Byrådsmedlem Andreas Møller D, Odense Byrådsmedlem Villy Søvndal F, Kolding Byrådsmedlem Jack Odgaard O, Faaborg-Midtfyn Borgmester Jørgen Popp Petersen S, Tønder Borgmester Søren Steen Andersen V, Assens Byrådsmedlem Kirsten Lundgaard Ø, Faaborg-Midtfyn Borgmester Stephanie Storbank V, Billund

Beskæftigelse

	Pladser	Udpegede	Suppleanter
RAR Fyn	5	Rådmand Christoffer Lilleholt V, Odense Byrådsmedlem Charlotte Vincent Petersen A, Assens Byrådsmedlem Joakim Hoffmann-Pedersen C, Odense Byrådsmedlem Nynne Printz F, Langeland Byrådsmedlem Kirsten Lundgaard Ø, Faaborg-Midtfyn	Byrådsmedlem Jens Gantriis V, Kerteminde Udvalgsformand Sonja Marie Jensen A, Nyborg Byrådsmedlem Henrik Madsen C, Kerteminde Udvalgsformand Winni Kielstrup Hansen F, Langeland Byrådsmedlem Stina Sølvberg Thomsen Ø, Svendborg
RAR Sydjylland	5	Udvalgsformand Gitte Frederiksen V, Vejle Borgmester Jørgen Popp Petersen S, Tønder Udvalgsformand Ann Charlotte Gaardsvig Vilstrup A Billund Udvalgsformand Birgitte Munk Grunnet A Kolding Byrådsmedlem Nikolai Aarøe C, Esbjerg	Byrådsmedlem Signe Knappe V, Haderslev Byrådsmedlem Thomas Andresen V, Aabenraa Udvalgsformand Jakob Lykke A, Esbjerg Byrådsmedlem Anne Catherine Hoxcer Nielsen A, Varde Byrådsmedlem Knud Peter Wad C, Vejen

Erhverv

	Pladser	Udpegede	Suppleanter
Det Syddanske EU-kontor bestyrelse	4	Borgmester Mads Sørensen V, Varde (formand fra 2024 og frem) Byrådsmedlem Henrik Madsen C, Kerteminde (næstformand 2022-23) Borgmester Hans Stavnsager A, Faaborg-Midtfyn Borgmester Steen Wrist A, Fredericia	Nej
Overvågningsudvalget for Interreg Tyskland-Danmark	1	Borgmester Hans Stavnsager A, Faaborg-Midtfyn	Borgmester Steen Wrist A, Fredericia
Koordinationsudvalg for den regionale vækst- og udviklingsstrategi og kommunernes planstrategier	5	Borgmester Søren Steen Andersen V, Assens Udvalgsformand Jørgen Thøgersen A, Vejen Borgmester Peter Hansted A, Ærø Udvalgsformand Arne Ebsen F, Svendborg Udvalgsformand Søren Ramsing B, Langeland	Nej
Erhvervshus Sydjylland bestyrelse	4	Borgmester Mads Skau V, Haderslev (formand) Borgmester Stephanie Storbank V, Billund Borgmester Jan Riber Jakobsen C, Aabenraa Borgmester Steen Wrist A, Fredericia	Nej
Erhvervshus Fyn bestyrelse	4	Borgmester Kenneth Muhs V, Nyborg (formand) Borgmester Hans Stavnsager A, Faaborg-Midtfyn Borgmester Peter Rahbæk Juel A, Odense Rådmand Søren Windell C, Odense	Nej
DK's Erhvervsfremme-bestyrelse	1	Borgmester Johannes Lundsfryd Jensen A, Middelfart	Nej

Sundhed

	Pladser	Udpegede	Suppleanter
Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget	5	Borgmester Johannes Lundsfryd Jensen A, Middelfart Borgmester Mads Skau V, Haderslev Borgmester Stephanie Storbank V, Billund Rådmand Tommy Hummelmose C, Odense Udvalgsformand Poul-Erik Svendsen A, Assens	Nej
Koordinationsudvalg på praksisområdet Tandlæger	1	Byrådsmedlem Andreas Møller D, Odense	Nej
Samarbejdsudvalg på praksisområdet Almen praksis	2	Udvalgsformand Morten Thorø V, Vejen Byrådsmedlem Iben Lehmann Rasmussen F, Kolding	Nej
Samarbejdsudvalg på praksisområdet Fysioterapi	2	Jørgen Thøgersen A, Vejen Rådmand Christoffer Lilleholt V, Odense	Nej
Samarbejdsudvalg på praksisområdet Kiropraktorer	1	Byrådsmedlem Jack Odgaard O, Faaborg- Midtfyn	Nej
Samarbejdsudvalg på praksisområdet Psykologer	1	Byrådsmedlem Per Nyhus O, Billund	Nej

Uddannelse

	Pladser	Udpegede	Suppleanter
Social- og sundhedsskolen Fyn bestyrelse	1	Byrådsmedlem John Arly Henriksen A, Svendborg	Nej
Social- og sundhedsskolen Syd bestyrelse	1	Udpeges af Aabenraa Kommune	Nej
Social- og sundhedsskolen Fredericia-Vejle-Horsens bestyrelse	1	Udpeges af kommunerne i optagsområdet	Nej
Social- og sundhedsskolen Esbjerg	1	Udvalgsformand Tina Agergaard Hansen V, Varde Johnny Søtrup, Esbjerg	Nej
Syddansk Uddannelsesforum	2	Byrådsmedlem Signe Knappe V, Haderslev Borgmester Erik Lauritzen A, Sønderborg	Byrådsmedlem Lars Erik Hornemann V, Svendborg Udvalgsformand Birgitte Munk Grunnet A, Kolding
University College Lillebælt bestyrelse	1	Borgmester Steen Wrist A, Fredericia	Nej
University College Syd bestyrelse	1	Udvalgsformand Diana Mose Olsen F, Esbjerg	Nej
FGU Danmark bestyrelse	1	Udvalgsformand Lone Myrhøj F, Vejle	Nej
Bestyrelsen for Ungeafdelingen for specialundervisning og særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse	1	Byrådsmedlem Anja Kongsdal V, Nyborg	Borgmester Kasper Ejsing Olesen A, Kerteminde
IBA Erhvervsakademi Kolding bestyrelse	1	Borgmester Knud Erik Langhoff C, Kolding	Nej
International Business College bestyrelse	1	Byrådsmedlem Vibe Dyhrberg A, Fredericia	Nej

Øvrige

Øvrige	Pladser	Udpegede	Suppleanter
Center for kommunikation og velfærdsteknologi Bestyrelse	1	Byrådsmedlem Gert Rasmussen A, Nordfyns	Udvalgsformand Martin Sikær A, Vejle
Trafikselskabet Fynbus Bestyrelse	10	Udpeges af repræsentantskabet	Nej
Trafikselskabet Sydtrafik Bestyrelse	12	Udpeges af repræsentantskabet	Nej
TV Syds repræsentantskab	3	Byrådsmedlem Anne Marie Geisler Andersen B, Esbjerg Borgmester Knud Erik Langhoff C, Kolding Byrådsmedlem Thomas Andresen V, Aabenraa	Nej
DK2020 politisk partnerskabsgruppe	1	Borgmester Johannes Lundsfryd Jensen A, Middelfart	Nej
Ringgården bestyrelse	1	Udvalgsformand Jesper Kiel Ø, Svendborg	Nej

SUNDHEDSKLYNGER

Møde med kommunernes sundhedsdirektører d. 8. december 2021
Oplæg af Christian Harsløf, direktør, KL

Sundhedsklynger pr. 1. juli 2022

KL

Sundhedsklynger og nærhospitaler: Status for de forskellige spor i arbejdet

LOVGIVNING OG OVERGANGE

GEOGRAFI

OPGAVER OG ØKONOMI

GOVERNANCE OG SEKRETARIATS-BETJENING

Lovgivning og overgange

Vinter/forår: Politisk aftale - forud for lovgivning.

Tidlige forår: Lovmæssig etablering af de nye Sundhedssamarbejdsudvalg (SSU) og sundhedsklynger.

Sundhedsaftaler og praksisplaner: Forventeligt *mulighed* for at forlænge den nuværende sundhedsaftale med ½ år (kommende sundhedsaftale forkortes tilsvarende med ½ år)

KL anbefaler ift. konstituering i overgangsperioden:

- **Indstiller borgmestre til Sundhedskoordinationsudvalg og Praksisplanudvalg**
- **Personsammenfald til SSU**

KL

Geografi

Efterår/Vinter: Klynger tegnes geografisk

- Inddragende proces med kommunerne

- Tre problematikker:
  - 50:50
  - Uoverensstemmelse mellem somatiske og psykiatriske optageområder
  - Primær tilknytning til mindre hospital

- Tre løsningsforslag:
  - 50:50 → kommunal repræsentation i flere klynger administrativt
  - Somatik/psykiatri → regionale psykiatri repræsenteres administrativt i flere klynger
  - Primær tilknytning til mindre hospital → regionale løsninger fx med backup fra større hospitaler.

- Ikke alle steder er der fundet løsninger endnu
- 22 klynger
- Nærhospitalernes rolle her?

KL

Opgaver og økonomi

Opgaver

Generelt opgavesnit mellem regionsniveau og klyngeniveau:

- SSU drøfte og beslutte rammer, der går på tværs af sundhedsklynger fx aftaler om lægeligt behandlings-ansvar og adgang til remedier og udstyr fra sygehus
- SSU drøfte forsøg i klynger ift. skalerbarhed og evt. indstilling til national udbredelse

- Klynger drøfte og drive omstilling af behandling til det nære. Drøfte konsekvenser og ændringer i sygehusets eller kommunernes opgaver
- Klynger beslutte udmøntning af fælles midler
- Klynger varetage populationsansvar og understøtte gennemførelse af nationale initiativer

Økonomi

De 80 mio. kr. er givet som fælles midler til borgernære indsatser (50/50 fordeling)

Model for udmøntning af fælles midler:

- Klyngerne disponerer over de fælles midler
- Midler er fælles mellem sygehus og kommuner – klyngen som helhed har dispositionsret
- Fælles midler er til konkrete forsøg med tværsektorielle indsatser/omstilling til det nære – ikke til drift.

- Lokale erfaringer med fx omstilling af indsatser til det nære kan drøftes nationalt med henblik på udbredelse og finansiering

KL

Governance og sekretariatsbetjening

Governance:

- Formandskab i SSU og i klyngerne
- Involvering af PLO/læger i SSU og klynger
- Patient-/borgerinddragelse

Sekretariatsbetjening:

Delt sekretariatsbetjening – hvordan?

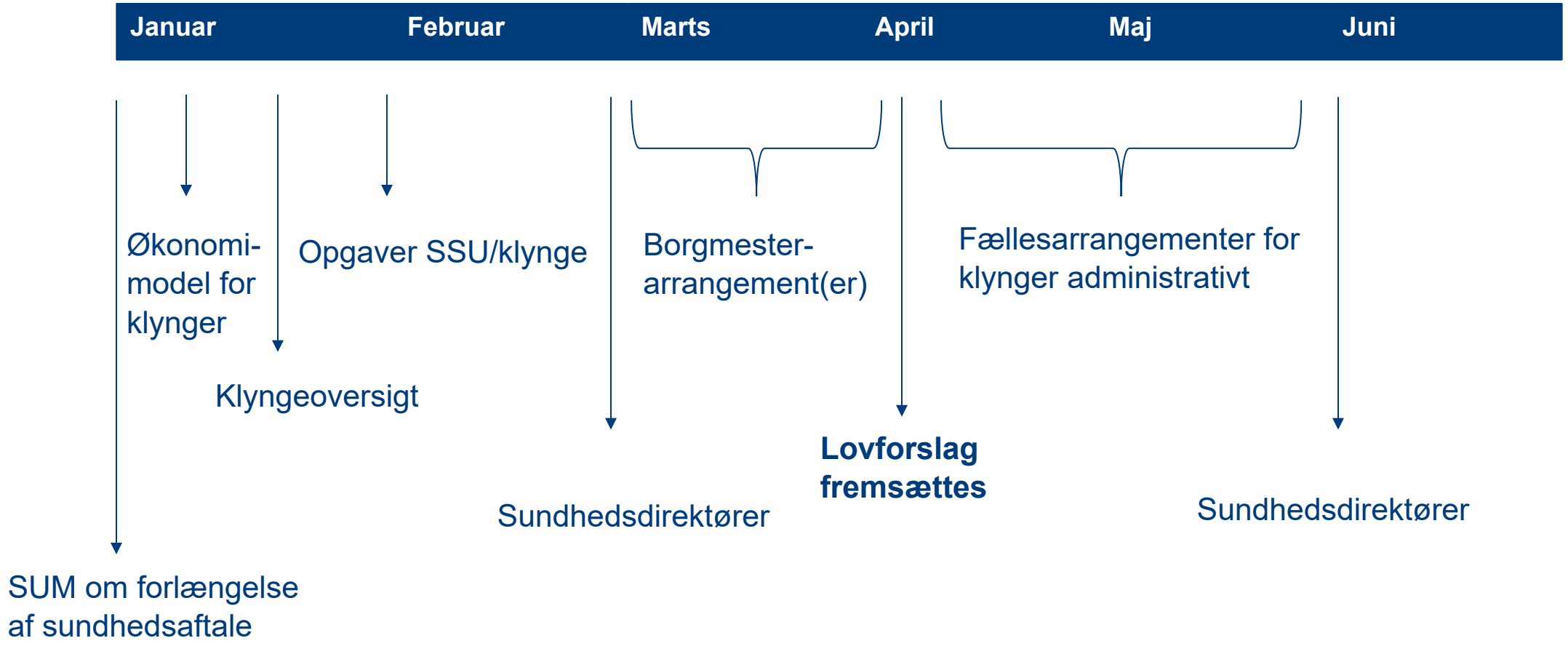
- - KL's sekretariat – KKR-sekretariater – sundhedssekretariater – kommunernes sekretariater

KL's rolle:

- Stærk koordinerende rolle især i forberedelse og opstart (politisk og administrativt)
- Bistå klyngesekretariater
- Udvikle og dele data med klynger (benchmark, data-usecases…)
- Forhandling af nationale aftaler om omlægning og/eller aftaler med almen praksis
- Bestyrelsesmandater mv. og besøg i KKR
- Kommunaldirektørtovholdere
- Faste møder i denne sundhedsdirektørkreds
- Sundhedsstrategisk gruppe

KL

Køreplan (leverancer) – forår 2022



Køreplan (leverancer) – efterår 2022

Juli	August	September	Oktober	November	December

Datapakke til klynger

Sundhedsdirektører

5 regionale workshops forud for klyngemøder (adm.)

Klyngeformands-møder (B98)?

Første runde klyngemøder

Sundhedsdirektører

Nærhospitaler

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Den tværsektorielle COVID-19-task force
Aftale indgået: Den 22. december 2021

Regional udmøntning af aftale om kommunal aflastning af sygehusene

Baggrund
Folketingets Epidemiudvalg har besluttet, at hvis antallet af Covid-19-indlæggelser i den kommende tid stiger ud over det niveau, sygehusene kan håndtere, så kan kommunerne i Danmark stille med et beredskab på 300 midlertidige pladser. Aftalen kan alene udløses af Epidemiudvalget efter indstilling fra Epidemikommissionen.

Regeringen, KL og Danske Regioner har på den baggrund indgået aftale om, at kommunerne på nationalt niveau opretter et beredskab på 300 pladser, som kan aflaste sygehusene i forbindelse med et stigende antal indlæggelser som følge af Covid-19. I Syddanmark drejer det sig om 63 pladser.

I denne regionale udmøntningsaftale beskrives, hvordan aftalen om kommunal aflastning af sygehusene udmøntes i Syddanmark. Udmøntningsaftalen er indgået mellem Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner.

Aftalen og samarbejdet om at udmønte den bygger på en gensidig fleksibilitet og dialog.

Udmøntningsaftalen tager udgangspunkt i:

- Endelig aftale om kommunal aflastning af sygehusene
- Model for kommunal aflastning af sygehusene.

Patientgrupper
Ud fra et hensyn til den enkelte borger, udskrives patienter via SAM:BO-aftalerne som udgangspunkt til egen bopælskommune.

Det er de mindst behandlingskrævende patienter, der skal håndteres i kommunerne, og derfor omfatter aftalen patienter med forventelig stabile og ukomplicerede forløb, som er færdigudredt, men ikke færdigbehandlede.

Hvilke konkrete patienter, kommunerne skal håndtere, aftales lokalt. Dette sker under hensyn til den enkelte patients/borgers samlede situation.

Det kan være patienter med behov for hyppige sygeplejefaglige observationer og lægefaglig opfølgning, ligesom det kan være patienter med infektioner og patienter, der fortsat er i behandling med IV-antibiotika, og hvor der er bedring i patientens tilstand.

Eksempler på patientgrupper:

- Patienter med Covid-19
- Patienter med behov for IV-behandling
- Patienter med sonde til ernæring
- Patienter, som er kendt af kommunen i forvejen f.eks.
  - Ældre medicinske patienter med særlige behov
  - KOL-patienter med behov for kendt iltbehandling
  - Patienter med dehydrering, som har behov for IV-væskebehandling
  - Patienter som er smertebehandlingskrævende
  - Plejehjemsbeboere med urinvejsinfektioner, dehydration og lungebetændelse – som så snart diagnosen er stillet og de ikke er septiske, vil kunne udskrives
- Hjemtagning af terminale patienter, såfremt det vil være en fordel for patienterne.

Regionens ansvar
Den kommunale aflastning af sygehusene sker på baggrund af de forudsætninger, som er beskrevet i *Model for kommunal aflastning af sygehusene.*

Det betyder, at:
- Regionen påtager sig behandlingsansvaret for patienter, som udskrives hurtigere end normalt for at aflaste sygehusene.
- Regionen visiterer de mindst behandlingskrævende patienter til de kommunale pladser. Regionen anvender det kommunale beredskab, når regionens egen kapacitet til de berørte patientgrupper er udnyttet, i tilfælde af et stigende antal indlæggelser som følge af Covid-19. Dette under hensyntagen til den enkelte patient/borgers samlede situation.
- Hospitalerne bevarer/overtager behandlingsansvaret indtil patienterne er registreret som færdigbehandlede på sygehuset, så det er klart for det kommunale personale, hvem der har det lægefaglige ansvar.
- Den enkelte kommune har døgnet rundt mulighed for direkte kontakt til en læge på den afdeling, patienten er tilknyttet.

Kommunernes ansvar
De kommunale pladser fordeles efter indbyggertal på den enkelte kommune. En anden fordeling mellem kommunerne kan aftales, så en kommune f.eks. opretter flere pladser og en anden færre. Det vil være mellem kommunerne i de enkelte samordningsfora, at der kan aftales en anden fordeling.

Samlet stiller kommunerne i Syddanmark 63 pladser til rådighed. I de enkelte samordningsfora er der en løbende dialog om, hvor mange pladser, der er ledige i kommunerne.

Almen praksis
Den nationale aftale anbefaler, at almen praksis stiller sig til rådighed i forhold til forebyggelse af indlæggelser og sikring af lægedækning ved tidlige udskrivelser.

Almen praksis i Syddanmark indgår i denne udmøntningsaftale indenfor allerede eksisterende rammer, jf. aftalen om *Indsats for forebyggelse af akutte indlæggelser eller uhensigtsmæssige genindlæggelser.*

SAM:BO
Ved udskrivelse følges de normale procedurer beskrevet i den regionale samarbejdsaftale om tværsektorielle borger/patientforløb, SAM:BO, og alle aftaler i forbindelse med udskrivelser overholdes, herunder medfølgende behandlingsplaner, opdaterede medicinkort (FMK) mv.

Sygehusene er ansvarlige for at vurdere, hvilke patienter, der kan udskrives til henholdsvis eget hjem uden pleje eller til kommunalt regi med pleje. Planlægning af udskrivelsen foregår i samarbejde med de kommunale visitatorer. Det er kommunen, der visiterer til ydelser.

For at hjemtagning kan iværksættes hurtigst muligt, udvider kommunerne den kommunale visitation til weekender.

Aftalens aktivering og udløb
Aftalen om kommunal aflastning af sygehusene kan udelukkende aktiveres, hvis antallet af Covid-19-indlæggelser stiger ud over det niveau, som kan håndteres på sygehusene. Særligt presset på intensivafdelingerne vil indgå i vurderingen.

Det er alene Folketingets Epidemiudvalg der, efter indstilling fra Epidemikommissionen, i givet fald beslutter, om aftalen skal aktiveres. Aktiveringen skal revurderes hver 14. dag.

Aftalen følger kategoriseringen af covid-19 som samfundskritisk sygdom.

Ved aktivering af den nationale aftale, skal kommunerne inden for 48 timer kunne stille pladser til rådighed.

Godkendelse
Aftalen er godkendt den 22. december 2021 af formandskabet for Det Administrative Kontaktforum, Arne Nikolajsen og Kurt Espersen.

REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN

RLTN

c/o Danske Regioner
Dampfærgevej 22, Postbox 2593, 2100 København Ø
Tlf. 35 29 81 00

09-12-2021

EMN-2021-01494

Jane Holm

Midlertidig aftale mellem PLO og RLTN om dosispakket medicin til patienter tilknyttet den kommunale hjemmepleje, sygepleje, plejehjem eller botilbud i en midlertidig periode under Covid-19

§ 1 Baggrund og formål

Formålet med denne aftale er at frigøre medarbejderressourcer i en periode, hvor der kommer ekstraordinært pres på det kommunale og regionale sundhedsvæsen grundet corona-situationen i vinteren 2021-2022.

Parterne er enige om, at denne aftale om dosispakket medicin er kortvarig og tager sigte på at håndtere en ekstraordinært vanskelig situation, og at det er et særligt hensyn at understøtte, at overgang til dosispakket medicin, hvor egen læge vurderer det relevant for sine patienter, kan ske hurtigst muligt bl.a. for at aflaste plejesituationen i kommunerne.

Der er tale om en midlertidig aftale.

§ 2 Målgruppe og afgrænsning

Aftalen vedrører gruppe 1-sikrede patienter, som får bistand fra kommunens sundhedspersonale til at dosere og/eller administrere medicin.

Aftalen gælder såvel patienter tilknyttet den kommunale hjemmepleje, sygepleje, eller patienter på plejehjem og botilbud.

Målgruppen for dosispakket medicin er borgere, som er stabilt medicinerede uden forventning om nært forestående ændringer i medicinen. Det er ikke en forudsætning, at en borgers medicin har været stabil seneste f.eks. 3-6 måneder. Den fremadrettede forventning om nært forestående ændringer/status quo er afgørende for vurderingen.

Det er frivilligt for de praktiserende læger om de vil anvende aftalen.

§ 3 Fremgangsmåde

Sygeplejersken/SOSU-assistenten/medicinansvarlige (herefter benævnt som ”medarbejderen”) finder egnede borgere, som er stabilt medicinerede uden forventning om nært forestående ændringer i medicinen, jf. § 2.

Medarbejderen informerer borgeren om ordningen med dosispakket medicin og udleverer pjecen ”Dosispakket medicin”. Der indhentes informeret samtykke fra borgeren.

Medarbejderen kontakter lægen via kommunens EOJ-system, hvor der skrives: ”Vi har vurderet, at XX er egnet til dosispakket medicin. Han/hun er informeret om kodningen med dosispakket medicin og har fået udleveret pjecen” Dosispakket medicin”. Borger har givet informeret samtykke. Borgeren ønsker at anvende følgende apotek: X. Vil du foretage den endelige vurdering af, om borger er egnet til dosispakket medicin og give en tilbagemelding?”.

Lægen vurderer, om borger er egnet til dosispakket medicin og sender svar via korrespondance til kommunen. Hvis lægen finder borgeren egnet til dosisdispensering, gennemgås og ajourføres medicinkortet. Der udstedes dosisrecepter, via FMK, på medicinen, som skal dosisdispenseres og recepterne stiles til det ønskede apotek.

Hvis lægen ikke umiddelbart kan vurdere, om borgeren er egnet til dosispakket medicin - kan lægen vælge at indkalde patienten til konsultation eller afvente årskontrol inden endelig vurdering.

Overgang til dosispakket medicin betyder som udgangspunkt kun, at selve dispenseringsopgaven bortfalder for kommunen - ikke at administrationsopgaven bortfalder.

Medarbejderen kontakter apoteket for at aftale dato for opstart af dosispakket medicin. Normalt planlægges opstart efter 2-4 uger, så borgeren får brugt den eksisterende medicin.

En medarbejder aflægger besøg hos borgeren den dag, hvor dosispakket medicin opstarter. Efterfølgende hver 14. dag tjekker kommunen f.eks. at antal tabletter i dosisposerne og om medicinlisten stemmer overens, og at der er korrekt navn og cpr. nummer på dosisposerne.

Hvis borger bliver ”selvhjulpen” ved overgang til dosispakket medicin – fordi borgeren efter eventuel oplæring vurderes at kunne håndtere medicinen selv, eller borgeren ikke længere ønsker kommunal hjælp til opgaven – orienteres egen læge via korrespondance (efter samtykke fra patienten).

Lægen kan på ethvert tidspunkt stoppe eller pausere dosispakket medicin.

§ 4 Honorering og ydelser

Opstart af dosispakket medicin honoreres med 450 kr. og registreres med ydelseskode 4500.

I ydelsen er indeholdt efterfølgende ændringer i den dosispakkede medicin.

Hvis dosispakket medicin bliver seponeret af andre end egen læge, og kommunen igen ønsker dosispakning, så kan ydelsen anvendes igen.

Ydelserne indgår ikke i den økonomiske ramme for almen praksis, jf. bilag 4 i Overenskomst for almen praksis (2018), ligesom de ikke indgår i opgørelsen i henhold til overenskomstens (2018) § 88.

§ 5 Ikrafttrædelse og opsigelse
Aftalen er midlertidig og løber indtil 1. april 2022.
Aftalen kan gensidigt af parterne opsiges med 14 dages varsel.

København den 10. december 2021

For Regionernes Lønnings- og Takstnævn

Kirsten Jørgensen
Centerchef

For Praktiserende Lægers Organisation

Jette Galatius
Vicedirektør

KKR
SYDDANMARK

Formand for Region Syddanmark
Stephanie Lose

Formand for PLO Syd
Birgitte Ries Møller

Lægevagtskonsultationer i Syddanmark

Dato: 7. december 2021

Sags ID: SAG-2021-05959
Dok. ID: 3156325

E-mail: SUHA@kl.dk
Direkte: 5376 3683

Haderslev Kommune
Christian X's Vej 39
6100 Haderslev

www.kl.dk/kkr-syddanmark

Vi henvender os til jer på vegne af de syddanske kommuner, fordi vi for ganske nyligt er blevet gjort opmærksomme på, at otte kommuner og tre sogne i Syddanmark ikke har haft en vagtlægekonsultation i halvandet år.

Det drejer sig om Assens, Brørup, Fanø, Fredericia, Faaborg, Middelfart, Tønder og Varde kommune og Ribe, Ringe og Rudkøbing sogn.

Manglende dialog
Det vækker stor undren, at de berørte kommuner ikke er blevet orienteret om beslutningen, baggrunden for den og hvilken betydning, det har for borgerne i de kommuner, der nu i halvandet år ikke har haft en vagtlægekonsultation tæt på.

Vi kan forstå, at Region Syddanmark har indgået en aftale med PLO Syd om 21 vagtlægekonsultationssteder. Når PLO Syd vælger at lukke et fysisk vagtlægetilbud nær borgerne, har det betydning for den service, borgerne får. Derfor har vi også en forventning og en forhåbning om, at vagtlægekonsultationsstederne genåbnes.

PLO Syd har begrundet valget om at lukke en række konsultationssteder med coronaepidemien. Vi anerkender, at PLO Syd kan have grunde til midlertidigt at lukke et konsultationssted. Men når lukningen har varet i halvandet år, virker det ikke som en midlertidig beslutning. Samtidig er vi uvidende om, hvilke planer der er lagt for de i alt 11 lukkede konsultationssteder og om og hvornår PLO Syd forventer at åbne dem igen.

Et nært sundhedsvæsen
Vi er sammen om at udvikle et mere nært sundhedsvæsen. Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har lige og let adgang til et sundhedstilbud tæt på.

Selvom der er mulighed for telefon- og videokonsultationer, er det fortsat vigtigt, at de syddanske borgere har adgang til en fysisk vagtlægekonsultation i nærområdet.

Dato: 7. december 2021

Sags ID: SAG-2021-05959
Dok. ID: 3156325

E-mail: SUHA@kl.dk
Direkte: 5376 3683

Haderslev Kommune
Christian X's Vej 39
6100 Haderslev

www.kl.dk/kkr-syddanmark

Ulighed i sundhed
Når borgere ikke kan tilses ved en vagtlægekonsultation tæt på, er der risiko for, at det belaster andre dele af sundhedsvæsenet unødigt, ligesom det forringer servicen for borgerne.

Særligt bekymrede er vi for, at de lukkede vagtlægekonsultationer skaber ulighed i sundhed for særligt de udsatte og sårbare borgere i Syddanmark. For dem er det af særlig stor betydning, at der er et nært tilbud.

Endelig vil vi gøre opmærksom på, at adresserne på de fysiske konsultationssteder som er nedlukket, fortsat fremgår på Region Syddanmark - Lægevagten.dk (laegevagten.dk). Det giver et ukorrekt billede af de tilbud, der på nuværende tidspunkt er til de syddanske borgere.

Med dette brev ønsker vi at appellere til, at vi lader det gode samarbejde afspejle sig i en åben dialog, når der træffes beslutninger, der i den grad påvirker borgerne i de syddanske kommuner, som på nuværende tidspunkt er nødt til at affinde sig med, at der er længere transporttid til nærmeste vagtlæge.

Vi ser frem til at høre fra jer.

Med venlig hilsen

KKR Syddanmarks formandskab

Formand
HP Geil

Næstformand
Johannes Lundsfryd Jensen

KKR Syddanmark
Att.: HP Geil og Johannes Lundsfryd Jensen
Christian Xs Vej 39
6100 Haderslev

Praksis
Praksis
Kontakt: Tine Canvin
ttc@rsyd.dk
31409
Direkte tlf. 7663 1409

17. december 2021
Journal nr. 21/66333

Svar på henvendelse vedrørende lægevagtskonsultationer i Region Syddanmark

Kære HP Geil og Johannes Lundsfryd Jensen

Tak for jeres henvendelse på vegne af de syddanske kommuner om lægevagtskonsultationerne i Region Syddanmark.

Jeg vil gerne starte med at beklage PLO Syddanmarks midlertidige nedlukning af konsultationsstederne, og at de berørte kommuner ikke er blevet informeret herom. Perioden med ændringen i brugen af konsultationsstederne har strakt sig meget længere, end regionen oprindeligt havde forventet, den ville, og set i bakspejlet burde vi have informeret kommunerne om PLOs nedlukning tidligere i det forløb, som for nogle lægevagtskonsultationers vedkommende nu har varet i omkring halvandet år.

Jeg beklager meget, at dette ikke er sket.

Som I nævner i jeres henvendelse, har PLO Syddanmark begrundet nedlukningerne med coronaepidemien.

Da regionen blev gjort opmærksom på den meget sparsomme aktivitet på de pågældende konsultationssteder, informerede PLO Syddanmark regionen om, at situationen var midlertidig, og der blev fra regionens side udtrykt forventning om, at de pågældende konsultationssteder ville blive genåbnet i takt med en normalisering af situationen.

Tilrettelæggelsen af lægevagten sker i henhold til en aftale mellem regionen og de praktiserende læger. Ifølge aftalen har PLO Syddanmark ansvaret for tilrettelæggelse, bemanding og drift af den regionale lægevagt, herunder også konsultationsstederne. Af aftalen fremgår det, at lægevagten har 21 konsultationssteder. Det fremgår ligeledes af aftalen, at det er chefen for lægevagten, der er ansvarlig for at sikre kvaliteten i lægevagtens drift og serviceniveau.

PLO Syddanmark traf i foråret 2020 en ensidig beslutning om en midlertidig nedlukning af de pågældende konsultationssteder. Som I nævner i jeres henvendelse drejer det sig om konsultationsstederne i Assens, Brørup, Fanø, Fredericia, Faaborg, Middelfart, Ribe, Ringe, Rudkøbing, Tønder og Varde.

Regionen blev bekendt med overvejelserne om nedlukning i slutningen af marts 2020 og et par måneder senere om, at en del konsultationssteder reelt ikke blev betjent midlertidigt. Ifølge en redegørelse fra PLO Syddanmark oplevede lægevagten, at der ikke blev sat patienter til i de mindre konsultationer og følte sig derfor nødsaget til at reducere antallet af læger, som havde denne funktion. Samtidigt oplevede lægevagten et øget behov for læger til at visitere, når borgerne henvendte sig telefonisk til lægevagten.

Regionen har gentagne gange over for PLO Syddanmark udtrykt forventning om, at de nedlukkede konsultationssteder vil blive genåbnet i takt med, at COVID19-situationen blev normaliseret. Det har desværre ikke på noget tidspunkt ført til en genåbning af konsultationsstederne. Derudover har regionen flere gange anmodet PLO Syddanmark om en plan for genåbning af konsultationsstederne, men en sådan er desværre endnu ikke blevet præsenteret.

Jeg vil gerne understrege, at regionen deler kommunernes ønske om, at de syddanske borgere skal have adgang til en fysisk lægevagtskonsultation også uden for de større byer. Ligeledes er der i regionen også fokus på særligt udsatte og sårbare borgere.

Regionen vil derfor fortsat over for PLO Syddanmark udtrykke forventning om, at PLO Syddanmark vender tilbage til betjening af samtlige lægevagtskonsultationer i takt med, at COVID19-situationen normaliseres, og regionen forventer ligeledes at modtage en plan for genåbningen af konsultationsstederne. Regionen er således i fortsat dialog med PLO Syddanmark om sagen.

I henleder i øvrigt i jeres henvendelse opmærksomheden på, at de midlertidigt nedlukkede konsultationssteder fortsat fremgår som fungerende på lægevagten.dk. Vi vil undersøge, om dette kan ændres til et mere retvisende billede.
Jeg vil slutte med igen at beklage, at kommunerne ikke er blevet informeret om nedlukningerne i forløbet. Jeg vil ligeledes slå fast, at det er fortsat regionens holdning, at decentrale lægevagtskonsultationer bidrager til et højt serviceniveau, og vi er derfor fortsat optagede af, at konsultationerne kommer i brug igen. Jeg kan samtidig oplyse, at vi i Region Syddanmark har betydeligt flere lægevagtskonsultationer end i de øvrige regioner.
Jeg kan i øvrigt oplyse, at regionen i medfør af den nye overenskomst for almen praksis og i samarbejde med PLO Syddanmark er gået i gang med at se på en modernisering af lægevagtsordningen. Dette kan måske medføre ønske om at flytte nogle konsultationssteder til lokaliteter i samme områder som de nuværende men med mere personale/aktivitet. Vi håber, at kommunerne vil være behjælpelige med dette, såfremt det bliver aktuelt, således at vi fælles kan medvirke til fortsat at have et højt serviceniveau i lægevagten i Region Syddanmark.
Jeg håber, dette var svar på jeres henvendelse og står naturligvis til rådighed for yderligere spørgsmål.

Venlig hilsen

Stephanie Lose
Regionsrådsformand

Damhaven 12, 7100 Vejle
Tlf.: 2920 1409
www.regionsyddanmark.dk

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION SYDDANMARK

Til KKR 14. december 2021

Svar på henvendelse vedr. lægevagtskonsultationer i Syddanmark

Kære Johannes Lundsfryd Jensen og H.P. Geil

Mange tak for jeres brev vedrørende lægevagten i Region Syddanmark. Jeg vil i det følgende prøve at svare på de punkter, I rejser, og forklare sagens sammenhæng, som vi ser den i PLO-Syddanmark.

Rammer for lægevagten
I henhold til §37 i Overenskomsten om almen praksis er regionen ansvarlig for tilrettelæggelsen af lægevagten. På det grundlag har Region Syddanmark indgået en aftale med PLO-Syddanmark om tilrettelæggelse, bemanding og drift af den lokale lægevagt, herunder også konsultationsstederne.

Lægevagtens udfordringer og tilpasning til COVID-19- situationen, herunder midlertidig tilpasning af antal konsultationssteder, har løbende været drøftet i Samarbejdsudvalget, hvor både de syddanske kommuner og Region Syddanmark er repræsenteret. Information om tilpasningerne har PLO-Syddanmark derfor forventet videreformidlet af de respektive repræsentanter til alle relevante parter.

Regionens Udvalg for det nære sundhedsvæsen er desuden også blevet orienteret om udviklingen i Lægevagtens servicemål og en status på aktiviteten på konsultationsstederne. Dette skete senest på et møde mandag 6. december 2021.

COVID-19-pandemien giver travlhed i almen praksis
Lægevagten i Syddanmark har igennem længere tid været præget af ekstrem travlhed, og dertil kommer mangel på læger i lægevagten. Samtidig har COVID-19-pandemien betydet, at muligheden for fysisk at undersøge og behandle patienter har været stærkt nedadgående. Lægerne har ved hjælp af video kunnet behandle flere end vanligt uden fremmøde. Samlet set har det betydet, at PLO-Syddanmark i forbindelse med pandemiens rasen fra foråret 2020 har været nødsaget til at omplacere læger og dermed midlertidigt at indføre lavere bemanding af konsultationssteder i Region Syddanmark. Da der i løbet af vinteren er sket opblussen af pandemien, kan PLO-Syddanmark ikke på nuværende tidspunkt oplyse, hvornår forholdene forandres.

På grund af de ændrede forhold har PLO-Syddanmark længe ønsket at genforhandle aftalen om lægevagten, og vi ser derfor frem til de kommende forhandlinger om modernisering af lægevagten.

Møderække om modernisering af lægevagten
Med de praktiserende lægers nye overenskomst (OK22) skal de regionale parter primo 2022 gå i dialog om en modernisering af lægevagten. PLO-Syddanmark og Region Syddanmark har allerede opstartet en møderække om en sådan modernisering. Denne proces er Samarbejdsudvalget også

orienteret om, og der vil løbende tilgå mere information til udvalget. PLO-Syddanmark håber, at der kan indgås en aftale, som kan tilfredsstille patienternes behov og række ind i fremtiden.

Fremtidens moderne lægevagt
Den nuværende vagtaftale i Region Syddanmark stammer fra en tid, hvor arbejdspresset hos de praktiserende læger var langt mindre, og hvor der var en helt anden struktur, med flere små, lokale sygehuse. Der er over årene sket en specialisering, hvor sygehusene er samlet på færre matrikler. PLO-Syddanmark ønsker, at lægevagten gennemgår en tilsvarende udvikling, som vil leve op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at konsultationssteder skal placeres i tilknytning til sygehuse med en akutmodtagelse, og hvor anvendelse af ny teknologi og samarbejde med kommunernes akutsygepleje kan muliggøres. Det skal være en lægevagt, hvor patienterne vil opleve trygge og sikre behandlingstilbud.

PLO-Syddanmark er meget åben for yderligere dialog om lægevagten, og derfor vil vi gerne foreslå et møde, hvor KKR-formandskabet kan blive yderligere informeret om fremtiden for lægevagten i Syddanmark.

Med venlig hilsen

Birgitte Ries Møller
Formand, PLO-Syddanmark

Indsats	Opstart af og ressourceforbrug i indsats								Status og håndtering af indsatsen Herunder organisering, evt. inddragelse af arbejdsgruppe/ sekretariat/kompetencegruppe
	1-2020	2-2020	1-2021	2-2021	1-2022	2-2022	1-2023	2-2023	
Implementering af partnerskabsprojektet ”Røgfri Fremtid”	x	x	x	X	X	x	x	x	Følgegruppen følger løbende initiativer under projekt Røgfri Fremtid, hvor bl.a. lov om Røgfri Ungdomsuddannelser træder i kraft i august 2021. Der er desuden igangsat en evaluering af projektet som forventes færdig primo 2022. I foråret 2022 offentliggøres resultaterne fra den nye sundhedsprofil, hvilket kan medføre behov for nye indsatser. Følgegruppen har igangsat en undersøgelse vedr. registreringspraksis af VBA henvisninger til kommuner, med henblik på viden om, hvor mange borgere, der opnås kontakt til i forbindelse med henvisning fra sygehus, almen praksis samt internt i kommunen, og hvordan der bedst muligt opnås kontakt. Undersøgelsen resultater præsenteres for følgegruppen ultimo 2021.
Samarbejdsaftale for børn og unge med overvægt og overvægtige gravide (familieorienteret tilgang)		x	x	X	X	X	X	X	På baggrund af et godkendt kommissorie, blev udpegning til en faglig bred arbejdsgruppe igangsat i efteråret 2020. Arbejdet er forsinket i mere end et år på grund af manglende repræsentation af kommunal formand og sekretær. Arbejdet igangsættes i efteråret 2021. Arbejdsgruppen skal sikre en tæt sammenhæng til øvrige indsatsområder, herunder et røgfrit Syddanmark og mental trivsel hos børn og unge. Et oplæg til en samarbejdsaftale forventes udarbejdet i første halvår af 2022, og implementeringen forventes igangsat senest i foråret 2023. På grund af forsinkelsen har følgegruppen udarbejdet en oversigt over igangværende initiativer på området. Overblikket er sendt til de lokale samordningsfora med henblik på lokal videndeling og inspiration.
Implementering af partnerskabsprojektet ”ABC for mental sundhed”		X	X	X	X	X	X	X	Implementering af partnerskabsprojektet ABC for mental sundhed er i gang. 19 kommuner har tilmeldt sig partnerskabet, og Regionen igangsætter et projekt vedr. ABC for mental sundhed på ungdomsuddannelserne, med inspiration fra projektet Røgfri Ungdomsuddannelse. De kommunale ABC koordinatorer vil sammen med den regionale tovholder sikre erfaringsudveksling, så gode ideer bliver videreformidlet, med henblik på lokal

									tilretning og implementering, med særligt fokus på gode overgange mellem skole- og uddannelsesinstitutioner.
Sundhedsprofilen		X	X	X	X	x	x	x	Spørgeskemaer til Sundhedsprofilen blev sendt ud til borgerne foråret 2021. Resultaterne offentliggøres i foråret 2022.
Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk syge	x	x	X	x	X	X	x	x	Der forventes en status på monitorering af forløbsprogrammerne for mennesker med hhv. KOL og diabetes primo 2022. Implementering af Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression blev sat i gang med Kick Off møde d. 4/6 2921. De lokale samordningsfora er, i samarbejde med kompetencegruppen for monitorering, blevet opfordret til at monitorere på udvalgte parametre hhv. ultimo 2021 og 2022. Igangsættelse af Forløbsprogram for mennesker med ryglidelser blev godkendt af DAK d.27/5 2021. Arbejdet er igangsat, og tids- og procesplan præsenteres for Følgegruppen primo 2022.
Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet	x	X	x	x	x	x	x	x	Implementeringen har været udfordret af Covid-19 restriktioner, men arbejdet er i gang, og der er fokus på bl.a. relationel koordinering. Derudover udarbejdes der en fælles skabelon til underretninger for sundhedsprofessionelle. I primo 2022 forventes en status på arbejdet med Børn som pårørende, da det indgår som en faglig i aftalen på børne- og ungeområdet.
Opdatering af den eksisterende regionale samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område			x		x	(x)			Indholdet i aftalen indgår som faglig forpligtelse i Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet. Derfor håndteres denne opgave i regi af arbejdsgruppen, der planlægger prøvehandlinger vedr. struktureret og koordineret kommunikation og samarbejde på børne- og ungeområdet, som har betydning for opdateringen af den eksisterende aftale. Der ventes afklaring på, hvornår arbejdet kan gå i gang.
Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning		x	X	X	X	x	x	x	Evalueringen fra efteråret 2020 viste, at der er brug for en revidering af Rammeaftalen for infektionshygiejnisk, så den i højere grad understøtter et mere agilt og tæt samarbejde mellem kommuner og sygehuse. Det videre arbejde med plan for revidering er forsinket, da der har manglet en kommunal medsekretær til arbejdsgruppen. Arbejdet igangsættes i efteråret 2021.

Fødeplan og Ammepolitikken				X	X				Begge opgaver håndteres i regi af Fødeplansudvalget. Arbejdet med en ny fødeplan er i god gænge, og Fødeplanen er sendt i høring, med forventet godkendelse ultimo 2021. Kommissorium til arbejdet med Ammepolitikken blev sendt til godkendelse i DAK d. 3/11 2021, med forventet endeligt udkast til ny ammepolitik medio 2022.
Samarbejdsaftalen om sårbare gravide			x	x	(x)				Aftalerne vurderes implementeret. Aftalerne drøftes med Fødeplansudvalget en gang om året, for at sikre sammenhæng uden overlap mellem aftalerne.
Samarbejdsaftale omkring gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af Familieambulatoriet Plus			x	x	(x)				
Aftale om regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse									Følgegruppen følger efterspørgsel og behov for rådgivning løbende, og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteter.

I Følgegruppen for Forebyggelse prioriteres fortsat igangsættelsen af indsatserne ’implementering af partnerskabsprojektet ABC for mental sundhed’ og ’samarbejdsaftalen på overvægtsområdet’ højt, selvom der har været udfordringer forbundet med igangsættelsen. Ligeledes er følgegruppen optaget af, at sikre fortsat fremdrift af initiativer under Et Røgfrit Syddanmark.
Arbejdet med Sundhedsprofilen og implementeringen af Tværsektoriel aftale på børn- og ungeområdet er i god gænge.
Arbejdsgruppen for udarbejdelse af forløbsprogrammer for mennesker med kronisk syge har flere opgaver (udarbejdelse af tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med ryglidelser samt mindre revidering af forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom).

De mindre krydser i skemaet illustrerer, at indsatsen holdes ved lige og ikke kræver ekstra ressourcer end nuværende.

Sundhedsaftalen 2019-2023
Status på indsatser
Følgegruppen for Forebyggelse
December 2021

Indsats	Igangsat	Målsætning i Sundhedsaftalen	Status og håndtering af indsatsen

Implementering af partnerskabsprojektet ”Røgfri Fremtid”, herunder fokus på henvisninger til rygestoptilbud i kommunerne	2018	Et røgfrit Syddanmark	Følgegruppen følger løbende initiativer under projekt Røgfri Fremtid, hvor bl.a. lov om Røgfri Ungdomsuddannelser træder i kraft i august 2021. Der er planlagt en ekstern evaluering af projektet Røgfri Ungdomsuddannelse og i november fik følgegruppen mulighed for at give input til det tværsektorielle fokus i denne. I foråret 2022 offentliggøres resultaterne fra den nye sundhedsprofil, hvilket kan medføre behov for nye indsatser. Følgegruppen har igangsat undersøgelse vedr. henvisninger til kommunale rygestopforløb, med henblik på viden om, hvor mange borgere, der opnås kontakt til i forbindelse med henvisning fra sygehus, almen praksis samt internt i kommunen.
Samarbejdsaftale for børn og unge med overvægt og overvægtige gravide (familieorienteret tilgang)	Forsinket. Igangsættes i efteråret 2021	Færre overvægtige	På baggrund af et godkendt kommissorie, blev udpegning til en faglig bred arbejdsgruppe igangsat i efteråret 2020. Arbejdet er et år forsinket på grund af manglende repræsentation af kommunal formand og sekretær. Arbejdet er igangsat i efteråret 2021. Arbejdsgruppen skal sikre en tæt sammenhæng til øvrige indsatsområder, herunder et røgfrit Syddanmark og mental trivsel hos børn og unge. Et oplæg til en samarbejdsaftale forventes udarbejdet i første halvår af 2022, og implementeringen forventes igangsat i foråret 2023. På grund af forsinkelsen har følgegruppen udarbejdet en oversigt over igangværende initiativer på området. Overblikket er sendt til de lokale samordningsfora med henblik på lokal videndeling og inspiration. Revideret tidsplan for arbejdsgruppens arbejde: • November 2021: Arbejdsgruppen mødes første gang • April 2022: Følgegruppen modtager en disposition til aftalen samt et mundtligt eller skriftligt oplæg af arbejdsgruppens analysearbejde. • Juni 2022: Følgegruppen modtager høringsudkast til aftalen • September 2022: Det Administrative Kontaktforum godkender et høringsudkast • Efterår 2022: Høringsperiode og efterbehandling • December 2022: Følgegruppen for Forebyggelse og dernæst Det Administrative Kontaktforum godkender den endelige samarbejdsaftale. • Primo 2023: Politisk godkendelse af samarbejdsaftalen i Sundhedskoordinationsudvalget • Foråret 2023: Aftalen sendes til implementering i de lokale samordningsfora.

Implementering af partnerskabsprojektet ”ABC for mental sundhed”	2020/2021	Mental trivsel blandt børn og unge	Implementering af partnerskabsprojektet ABC for mental sundhed er i gang. 19 kommuner har tilmeldt sig partnerskabet, og regionen igangsætter et projekt vedr. ABC for mental sundhed på ungdomsuddannelserne, med inspiration fra projektet Røgfri Ungdomsuddannelse. De kommunale ABC koordinatorer vil sammen med den regionale tovholder/projektleder sikre erfaringsudveksling, så gode ideer bliver videreformidlet, med henblik på lokal tilretning og implementering, med særligt fokus på gode overgange mellem skole- og uddannelsesinstitutioner.
Sundhedsprofilen	2020	Sundhedsprofilen giver en pejling af danskernes sundhed på flere parametre med forebyggelsesrelevans, og taler derfor ind i flere målsætninger i Sundhedsaftalen	Spørgeskemaer til Sundhedsprofilen blev sendt ud til borgerne foråret 2021. Resultaterne offentliggøres i foråret 2022.
Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk syge	2021	Bedre overgange for mennesker med kroniske lidelser	Følgegruppen har fokus på, hvordan der bedst kan monitoreres på forløbsprogrammerne for KOL og diabetes. Der arbejdes videre med dette på baggrund af input fra SOF/IPG. Der nedsættes to arbejdsgrupper på hjerteområdet, som skal se på hhv. kvalitetsudvikling af den tværsektorielle database HjerteSyd og konkrete udfordringer med forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom. Implementering af Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression blev sat i gang med Kick Off møde d. 4. juni 2021. Igangsættelse af Forløbsprogram for mennesker med ryglidelser blev godkendt af DAK d.27. maj 2021. Arbejdet er igangsat.
Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet	2020	Bedre overgange	Implementeringen har været udfordret af Covid-19 restriktioner, men arbejdet er i gang, og der er fokus på bl.a. relationel koordinering. Derudover udarbejdes der en fælles skabelon til underretninger for sundhedsprofessionelle. Der er givet en status på Børne- og Ungeområdet i september 2021. I primo 2022 forventes en status på arbejdet med *Børn som pårørende*, da det indgår som en faglig forpligtelse i aftalen på børne- og ungeområdet.
Opdatering af den eksisterende regionale samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område	2021	Bedre overgange for mennesker med psykiske lidelser	Indholdet i aftalen indgår som faglig forpligtelse i Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet. Derfor håndteres denne opgave i regi af arbejdsgruppen, der planlægger prøvehandlinger vedr. struktureret og koordineret kommunikation og samarbejde på børne- og ungeområdet, som har betydning for opdateringen af den eksisterende aftale.
Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning	2021	Forebyggelse	Evalueringen fra efteråret 2020 viste, at der er brug for en revidering af Rammeaftalen for infektionshygiejnisk rådgivning, så den i højere grad understøtter et mere agilt og tæt samarbejde mellem kommuner og sygehuse. Det videre arbejde med plan for revidering er forsinket, da der har manglet en kommunal medsekretær til arbejdsgruppen. Arbejdet er igangsat i efteråret 2021.

Fødeplan og Ammepolitik	2021	Forebyggelse	Begge opgaver håndteres i regi af Fødeplansudvalget. Arbejdet med en ny fødeplan er i god gænge, og der forventes et udkast klar til godkendelse i Regionsrådet ultimo 2021. Kommissorium til arbejdsgruppe vedr. revidering af ammepolitikken blev godkendt i DAK i november 2021, og udpegningen til arbejdsgruppen er igangsat.
Samarbejdsaftalen om sårbare gravide og Samarbejdsaftale omkring gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af Familieambulatoriet Plus	2022	Forebyggelse	Aftalerne drøftes med Fødeplansudvalget en gang om året, for at sikre sammenhæng uden overlap mellem aftalerne. Aftalerne vurderes implementeret. I løbet af 2022 vil det blive vurderet om aftalerne kan skrives sammen pga. overlap.
Rammepapir vedr. Region Syddanmarks rådgivning om forebyggelse til kommuner i Syddanmark	2021/2022	Forebyggelse	Følgegruppen følger efterspørgsel og behov for rådgivning løbende, og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteter. Rammepapiret er relevant for flere af de indsatser, der findes i følgegruppens portefølje, bl.a. rådgivning om infektionshygiejne, forebyggelse af overvægt samt fremme af mental sundhed. Eksempelvis blev en konference om overvægt i regi af denne aftale afholdt den 22. september 2021, og flere tværsektorielle aktiviteter, bl.a. aktiviteter i netværk for ABC koordinatorer, indgår i denne aftale.

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering

Spørgsmål vedr. status på indsatser i følgegrupperne

- Kort opsummering på status på følgegruppens indsatser, eksempelvis om indsatserne er sat i gang som forventet, om nogen indsatser er forsinkede, om der er indsatser, der prioriteres højere end andre mm.
- Hvilke indsatser blev igangsat i 2020, hvordan går det med dem, og hvilke målsætninger i sundhedsaftalen, taler de ind i?
- Hvilke indsatser er igangsat i 2021, og hvilke målsætninger i sundhedsaftalen, taler de ind i?
- Hvilke indsatser er endnu ikke igangsat men forventes igangsat i 2021/2022, og hvilke målsætninger i sundhedsaftalen, taler de ind i?
- Er der nogen indsatser, som ikke forventes igangsat i 2021/2022, og hvilke målsætninger i sundhedsaftalen, taler de ind i?

#	Indsats	
Nye indsatser		**Hvordan har følgegruppen G&R arbejdet med indsatserne i 2020 og 2021**
1	**Revidering af samarbejdsaftaler vedr. rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade**	Kommissoriet er godkendt. Arbejdsgruppen er nedsat og arbejdet er igangsat.
2	**Samarbejdsaftale/organisationsbeskrivelse af tværsektoriel håndtering af senfølger efter COVID-19**	Kommissoriet er godkendt. Arbejdsgruppen er nedsat og arbejdet er igangsat. Samarbejdsaftalen sendes til godkendelse i Følgegruppen og Det Administrative Kontaktforum i løbet af første halvår 2022.
Eksisterende indsatser		
3	**Samarbejdsaftale på stomiområdet**	Samarbejdsaftalen er udarbejdet og godkendt i hhv. Det administrative kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget. Aftalen er sendt til implementering i de lokale samordningsfora. Følgegruppen skal monitorere og evaluere aftalen. Der vil i 2022 blive igangsat kompetenceudviklingskurser på tværs af kommuner og sygehuse.
4	**Opfølgning på kvalitetskrav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau**	Følgegruppen har gennemført en opfølgning på kvalitetskrav hos de eksterne leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau. Indledningsvis har alle kommunerne besvaret et spørgeskema, hvor de identificerede de anvendte eksterne leverandører. Efterfølgende har leverandørerne besvaret en selvdeklarering vedr. de fastlagte kvalitetskrav. Resultaterne af opfølgningen drøftes i følgegruppen primo 2022
5	**CPOP – Opfølgnings program for børn og unge med cerebral parese.**	Det Administrative Kontaktforum godkendte den 25. januar 2018 en samarbejdsaftale om CPOP. Aftalen er behandlet i følgegruppen i oktober 2020. Resultaterne i den nationale årsrapport vedr. kvalitetsdatabasen for CPOP, skal drøftes i følgegruppen, og på baggrund af anbefalingerne i årsrapporten skal implementering og resultaterne også drøftes i de lokale samordningsfora.
6	**Casekataloget, Behandlingsredskaber og hjælpemidler**	Arbejdsgruppen for behandlingsredskaber og hjælpemidler har lavet en afrapportering til følgegruppen. Følgegruppen har revideret arbejdsgruppens kommissorium. Arbejdsgruppen mangler en kommunal sekretær
7	**Indtryk og Udtryk**	Følgegruppen har fulgt arbejdet i den nationale arbejdsgruppe vedr. brugertilfredshed på hjerneskadeområdet. Arbejdet er afsluttet og resultaterne er sendt ud i de lokale samordningsfora. Det drøftes lokalt om der er grobund for at videreføre arbejdet lokalt.
8	**Opfølgning på tværsektoriel aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser**	Følgegruppen har, på baggrund af aftalen om tidsfrister for opstart af genoptræningsplaner, lavet en dataindsamling, som undersøgte, hvorvidt tidsfristerne bliver overholdt. Resultaterne af dataindsamlingen blev præsenteret for følgegruppen og det administrative kontaktforum i starten af 2021. De lokale

		samordningsfora har efterfølgende drøftet resultaterne lokalt. Primo 2022 igangsættes monitorering for 2021.
9	**Opfølgning på understøttelsen af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter**	En arbejdsgruppe, under følgegruppen, har udarbejdet et notat og anbefalinger til, hvordan der kan sikres flere genoptræningsplaner til psykiatriske patienter. Følgegruppen besluttede den 10. februar 2021, hvordan der kan arbejdes videre med arbejdsgruppens anbefalinger. Anbefalingerne blev behandlet på Det Administrative Kontaktforum i maj 2021. Anbefalingerne er sendt til de lokale samordningsfora. Følgegruppen følger op på de lokale initiativer i foråret 2022. Følgegruppen skal monitorere og evaluere håndteringen af anbefalinger, og afgive status til det administrative kontaktforum i løbet af 2022.

Status på indsatser i følgegrupperne – Behandling og Pleje

Følgegruppen for Behandling og Pleje har tre indsatser, der talte ind i nedstående målsætninger.

Navn på indsats	Alle tre nye indsatser skal imødegå målsætningerne under Følgegruppen for Behandling og Pleje i Sundhedsaftalen	Placering af udvikling af indsats	Status på indsats
Tværsektorielle pakkeforløb for borgere med gentagne indlæggelser	• Vi vil reducere antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 15% for psykiatriske patienter. • Vi vil reducere antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 10% for somatiske patienter. • Vi vil reducere antallet af færdigbehandlingsdage på sygehusene til 1 dag for psykiatriske patienter. • Vi vil reducere antallet af færdigbehandlingsdage på sygehusene til 1 dag for somatiske patienter. • Vi vil reducere antallet af forebyggelige sygehusophold blandt ældre patienter til 55 per 1000 ældre	Den stående arbejdsgruppe for akutområdet, under Følgegruppen for Behandling og Pleje.	Indsatsen vil i efteråret 2021 være den første opgave som arbejdsgruppe for akutområdet, prioriterer at arbejde med.
Tværsektoriel understøttelse af kommunale akutfunktioner		Den stående arbejdsgruppe for akutområdet, under Følgegruppen for Behandling og Pleje.	Opgaven endnu ikke påbegyndt. Dog vurderes det, at denne opgave har sammenhæng med øvrige indsatser i akutplanen og indsatsen omkring Tværsektorielle pakkeforløb for borgere med gentagne indlæggelser og Fleksible indlæggelser.
Fleksible indlæggelser		Den stående arbejdsgruppe for akutområdet, under Følgegruppen for Behandling og Pleje.	Opgaven endnu ikke påbegyndt.

Status på de nationale mål for sundhedsvæsenet:

Målsætninger for Følgegruppen for Behandling og Pleje	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Vi vil reducere antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt:						**Endelige mål**
• 10% for somatiske patienter	**11,1%** (11,1%)	**11,1%** (10,9)	**10,7%** (10,7)	(10,4%)	(10,2%)	(10,0%)
• 15% for psykiatriske patienter	**22,1%** (22,1)	**23,5%** (20,7)	**21,3%** (19,3)	(17,8%)	(16,4%)	(15,0%)
Vi vil reducere antallet af færdigbehandlingsdage på sygehusene til 1 dag for:						
• somatiske patienter	**2,3 dage** (2,3)	**3,0 dage** (2,0)	**2,4 dage** (1,8)	(1,5 dage)	(1,3 dage)	(1 dag)
• psykiatriske patienter	**1,6 dage** (1,6)	**1,3 dage*** (1,5)	**2,5 dage** (1,4)	(1,2 dage)	(1,1 dage)	(1 dag)
***Vi vil reducere antallet af forebyggelige sygehusophold af ældre patienter til max. 55 per 1000 ældre**	**48 per 1000**	**60 per 1000**	**51 per 1000**	55 per 1000	55 per 1000	55 per 1000

* Ændret målsætning: Vi vil reducere antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 per 1000 ældre er ændret til: Vi vil reducere antallet af forebyggelige sygehusophold blandt ældre patienter til maksimalt 55 per 1000 ældre.

Som følge af ændringen i indlæggelsesdefinitionen og for også at indfange kortere, forebyggende ophold, er indikatoren ændret fra ”forebyggelige indlæggelser” til ”forebyggelige sygehusophold”, som omfatter sygehusophold på 4 timer eller derover. Ændringen blev godkendt på SKU den 28.10.20

Det er de samme diagnosekoder, der definerer forebyggelige sygehusophold som dem, der definerer en forebyggelig indlæggelse, og der er derfor ikke lavet væsentligt om i indikatoren. 35 vurderes dog som et overambitiøst måltal for målsætningen, fordi den nye indikator indfanger et højere antal forebyggelige sygehusophold end den gamle indikator, hvorfor målsætningen justeres til 55 for at gøre målsætningen ambitiøs, men samtidig realistisk.

Følgende målsætninger opgøres ikke længere:

- Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af KOL-patienter til max. 380 per 1000 KOL-patienter
- Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af KOL-patienter til max. 380 per 1000 KOL-patienter

I stedet er en ny målsætning tilføjet: Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af diabetes type 2-patienter og KOL-patienter, så DRG-værdien for sygehusenes aktivitet pr. borger med KOL og/eller diabetes type-2 er maksimalt 2700.

Ændringen blev godkendt på SKU den 28.10.20

DRG-værdi opgjort i 1000 kr., dvs. DRG-værdien på 2700 = 2.700 kr. Indikatoren bliver således opgjort ved at se på værdien af sygehusenes aktivitet for borgere med KOL og/eller diabetes type-2 frem for de særskilte antal af akutte indlæggelser af patienter med disse kroniske sygdomme. Med den nye samlede indikator er det derfor ikke muligt at følge op på antallet af akutte indlæggelser eller skille de to kroniske sygdomme ad i to særskilte opfølgninger med data fra de nationale mål.

DRG takster siger ydermere ikke noget om igangsatte tværsektorielle indsatser, hvorfor Følgegruppen for Behandling og Pleje ej længere vurderer denne målsætning som relevant for følgegruppens opgaveportefølje.

Følgegruppen for Behandling og Pleje – Status, prioritering og handleplan (15.12.21)

Farvebeskrivelse	
	Der arbejdes med indsats
	Til afklaring
	Det indstilles, at indsats sættes i bero. Området følges.
	Sat i bero/afslutte eller overdraget

Nye indsatser		Hvordan har følgegruppen arbejdet med indsatserne i 2020 og 2021	Fremadrettet handleplan
1	Tværsektorielle pakkeforløb for borgere med gentagne indlæggelser	I efteråret 2021 vil indsatsen være den første opgave, som arbejdsgruppen for akutområdet prioriterer at arbejde med. Følgegruppen udarbejdede december 2020 et kommissorium for det videre arbejde, som arbejdsgruppen arbejder ud fra. Opgaven ligger i den stående arbejdsgruppe for akutområdet.	Stående arbejdsgruppe for akutområdet arbejder med indsatsen. Denne indsats har arbejdsgruppens 1.prioritet.
2	Tværsektoriel understøttelse af kommunale akutfunktioner	Endnu ikke påbegyndt. Opgaven ligger i den stående arbejdsgruppe for akutområdet.	Stående arbejdsgruppe for akutområdet arbejder med indsatsen.
3	Fleksible indlæggelser	Endnu ikke påbegyndt. Opgaven ligger i den stående arbejdsgruppe for akutområdet.	Stående arbejdsgruppe for akutområdet arbejder med indsatsen.
Indsatser fra tidl. Sundhedsaftale			
5	Drift og videreudvikling af SAM:BO	Der blev på møde den 8.4 21 givet status af den rådgivende SAM:BO arbejdsgruppe.	Der gives fra arbejdsgruppen en årlig status til Følgegruppen.
5.1	Videreudvikling af SAM:BO ift. socialpsykiatri	På følgegruppemøde den 8.4.21 blev der givet status for SAM:BO socialpsykiatri. Følgegruppen tiltrådte indstillingerne om styrkelse af implementering og igangsættelse af evaluering.	
5.2	Videreudvikling af SAM:BO ift. arbejdsmarkedsområdet	DAK har d. 27. maj 2020 behandlet sagen om godkendelse af en præcisering af begrebet *én indgang, som at være ensbetydende med ét lokationsnummer i hver kommune, gældende for eksisterende SAM:BO aftaler.* Ifm. fremtidigt udviklingsarbejde på arbejdsmarkedsområdet samt børn- og ungeområdet vil være op til arbejdsgrupperne at få belyst de juridiske og tekniske muligheder i forbindelse med afdækningen af behovet for tværsektoriel kommunikation på de nye områder. Den 30.9.21 blev følgegruppen orienteret om status. Der er afholdt første møde i formandskabet vedr. SAM:BO arbejdsmarked. Arbejdsgruppen har rettet henvendelse til fire kommunale arbejdsmarkedsafdelinger, for at få deres vurdering af behovet for yderlige indsats. .	Der afventes en indstilling om, hvorvidt der er mulighed for eller ønske om at arbejde videre med udvikling af SAM:BO på arbejdsmarkedsområdet.
5.3	Drift af SAM:BO somatik og psykiatri	Følgegruppen har d. 11.6.20 overdraget opgaven med implementering af MedCom11-meddelelse til den Tværsektorielle SAM:BO arbejdsgruppe. Hvornår revideres den oprindelige SAM:BO aftale, som Kirsten flere gange har nævnt, at de skal i gang med?	
6	Tværsektoriel FMK arbejdsgruppe	På møde den 3.juni 2021 gav FMK arbejdsgruppesekretariatet status og anbefalede at arbejdsgruppen blev nedlagt. Følgegruppen tiltrådte anbefalingen, og sendte indstillingen om nedlæggelse videre til DAK d. 16.9.21. Nedlæggelse godkendt.	Indsats afsluttet – følges ved behov. Monitoreres ikke.

7	Samarbejdsaftale om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid	Der er afholdt temadrøftelse i DAK den 20. november 2020, drøftelse tog afsæt i gode eksempler fra de lokale samordningsfora. DAK har herefter bedt Følgegruppen om at sende generiske spørgsmål til SOF'erne, som er udsendt fra januar 2021. Følgegruppen behandlede tilbagemelding fra SOFerne august 2021, og vil igen behandle sagen 14. dec. 2021 med henblik på afklaring af den videre proces i DAK.	Revision af aftale vurderes i 2022. Monitoreres ikke. Indstilling: Afventer den regionale proces omkring "Den sidste tid", hvorefter en tværsektoriel indsats kan igangsættes.
8	Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet	Ift. den nationale handlingsplan for demens, er der kommet faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens fra SST december 2020. Den tværsektorielle arbejdsgruppe for den samlede demensindsats i regionen har udarbejdet en revision af samarbejdsaftale pga. anbefalingerne, som blev præsenteret for Følgegruppen den 30. september 2021. Høringsudkast på DAK den 3. november 2021.	Indsatsen er i proces. Revision af samarbejdsaftale er i høring. Aftale monitoreres ikke. Indstilling: Der foretages ikke yderligere ved aftale i indeværende sundhedsaftaleperiode. Området følges.
9	Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange	Følgegruppen har i 2020 og 2021 ikke behandlet vejledningen.	Planmæssigt skulle aftale revideres 2021. Der er ikke fundet grundlagt for revision. Indstilling: Der foretages ikke yderligere ved aftale i indeværende sundhedsaftaleperiode. Området følges.
10	Samarbejdsaftale om kommunikation, ledsagelse og praktisk hjælp	Revidering af aftale blev godkendt i DAK d. 27.5.20, og efterfølgende SKU. Implementeringsbrev udsendt til SOF'erne. Sekretariatet har fået enkelte henvendelser fra kommuner der har haft behov for tolkning af aftalen – henvendelser henvist til SOF'erne.	Aftale lige godkendt. Monitoreres ikke. Indstilling: Der foretages ikke yderligere ved aftale i indeværende sundhedsaftaleperiode. Området følges.
11	Aftale om dosisdispensering	Følgegruppen har i 2020 og 2021 ikke behandlet aftalen. På sekretariatsniveau har der været en proces for at afdække lokale og nationale erfaringer med dosisdispensering. I regi af FMK-arbejdsgruppen har der været et forsøg på at løfte opgaven – uden held. Umiddelbart tyder meget på, at der afventes en nationalløsning på problemstillingen. Opgaven videregivet til den stående arbejdsgruppe for opgaveoverdragelse og medicinadministration, men den er ikke prioriteret.	Afventer nationalt fokus i samspil med almen praksis. Der er ikke fundet grundlagt for etablering af ny aftale. Indstilling: Der foretages ikke yderligere ved aftale i indeværende sundhedsaftaleperiode. Området følges.
12	Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof – eller alkoholmisbrug	På DAK den 17.9.20 blev Følgegruppens prioritering af monitoreringsopgaver godkendt. Her blev det godkendt, at der ikke længere monitoreres på samarbejdsaftalen. Følgegruppen har den 6.5.21 bedt PSOF om deres vurdering af revisions behov for aftalen, 23.8.21 er SOF'erne svarfrist forlænget til 1. december 2021. Følgegruppe vurderede 14.12.21, at der ikke nødvendigvis ikke er behov for revision, men at følge op på implementeringen.	Indstilling: Der sættes fokus på implementering af aftalen via SOFerne.
13	Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Følgegruppen har i 2020 og 2021 ikke behandlet aftalen. Samarbejdsaftalen skal revideres 2021, og den er dagsordenssat på følgegruppemøde 14. december 21. Monitoreres formentlig i 2021 Opgaven videregivet til den stående arbejdsgruppe for opgaveoverdragelse og medicinadministration.	Det er tidligere besluttet, at monitorering fastholdes. Indstilling: Opgaven videregivet til den stående arbejdsgruppe for opgaveoverdragelse og medicinadministration.

14	Samarbejdsaftaler for medicinadministration (Intravenøs og subcutan)	Følgegruppen har i 2020 og 2021 ikke behandlet aftalen. Der skal udarbejdes en helt ny aftale. Opgaven videregivet til den stående arbejdsgruppe for opgaveoverdragelse og medicinadministration.	Indstilling. Den stående arbejdsgruppe for opgaveoverdragelse og medicinadministration vurderer, om der er behov for udarbejdelse af ny samarbejdsaftale.
15/ 16	Samarbejdsaftale om IV behandling med væske og antibiotika	Monitoreringsresultater blev præsenteret for DAK den 23. januar 2020, hvor det blev besluttet, at resultater skal drøftes i SOF'erne. Revision skal afklares i 2021. Opgaven videregivet til den stående arbejdsgruppe for opgaveoverdragelse og medicinadministration. Dog skal der være en opmærksomhed på, at opgaven med monitorering og evaluering af den nye IV-aftale ligger hos den faglige IV-arbejdsgruppe.	Aftalen skal planmæssigt revideres i 2021. Indstilling: Udarbejdelse og monitorering af ny IV-aftale vil kunne bringe ny viden. Revision bør således vurderes, med evaluering af ny IV-aftale ultimo 2022.
17/ 18	Samarbejdsaftale om sondeernæring & parenteral ernæring	Monitoreringsresultater blev præsenteret for DAK den 23. januar 2020, hvor det blev besluttet, at resultater skal drøftes i SOF'erne. På DAK den 17.9.20 blev Følgegruppens prioritering af monitoreringsopgaver godkendt. Her blev det godkendt, at der ikke længere monitoreres på samarbejdsaftalen. Opgaven videregivet til den stående arbejdsgruppe for opgaveoverdragelse og medicinadministration.	Indstilling: Aftalen skal revideres hurtigst muligt. Opgaven ligger i den stående arbejdsgruppe for opgaveoverdragelse og medicinadministration, som mødes første gang 10.01.22. Opgaven er prioriteret.
19	Samarbejdsaftale om akutte bed-side blodprøver og prøvetagning til undersøgelser	Samarbejdsaftalen evalueret ultimo 2020. Evaluering godkendt i DAK, og i SKU d.5.5.21. Indstilling tiltrådt om, fokus på implementering i SOF'erne. Revision udskudt til 2023. Opgaven videregivet til den stående arbejdsgruppe for opgaveoverdragelse og medicinadministration.	Evaluering udarbejdet slut 2020. Eventuel revision i 2023. Indstilling: Der foretages ikke yderligere ved aftale i indeværende sundhedsaftaleperiode. Området følges.
20/ 21	Samarbejdsaftale om pasning af dræn & kateteranlæggelse og pleje	I januar 2021 blev et e-læringsmodul for kateteranlæggelse på mænd som supplement til den obligatoriske fysiske undervisning færdiggjort. I januar blev e-læringsmodulet sendt til SOF'erne for implementering. På DAK den 17.9.20 blev følgegruppens prioritering af monitoreringsopgaver godkendt. Her blev det godkendt, at der ikke længere monitoreres på samarbejdsaftalen. Monitorering afventer evaluering i 2021. Opgaven videregivet til den stående arbejdsgruppe for opgaveoverdragelse og medicinadministration.	Afventer stillingtagen til, om en revision skal igangsættes. Indstilling. Den stående arbejdsgruppe for opgaveoverdragelse og medicinadministration, vurdere om der er behov for revision af aftale. Dette er en prioriteret opgave for arbejdsgruppen.
22	Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem	Reviderede aftale blev godkendt af Følgegruppen d. 11.6.20, og den er blevet præsenteret for DAK den 17. september 2020. Følgegruppen har januar 2021 sendt anmodning til SOFerne om at følge op på implementering ift. præcisering af aftale. Tidligere besluttet, at aftalen fortsat skal monitoreres. Revideres i 2023. Opgaven videregivet til den stående arbejdsgruppe for opgaveoverdragelse og medicinadministration.	Er revideret og kræver ikke handling. Tidligere beslutter, at aftalen fortsat skal monitoreres. Indstilling: Der foretages ikke yderligere ved aftale i indeværende sundhedsaftaleperiode. Monitorering stoppes. Området følges.

23	Telemedicinsk sårvurdering	I regi af SDSI er der gang i en proces i gang ift. opfølgning på, hvordan der kan ske kompetenceløft ift. læger. Status på Følgruppemøde d. 8.4.21. Seneste status foråret 2021 indikerede at implementering halter. Følgegruppen behandlede status den 30.9.21, med indstilling om nedlæggelse af den lokale forvaltning. Evalueringsproces er i gang - der er lavet udkast til evalueringsdesign og – spørgsmål. Den en lokale forvaltning samt erfa-gruppe er inddraget.	Evalueringsproces er i gang. Indstilling: Følgegruppen evaluerer aftale og vurderer behov for revision. Videre skal det i DAK afklares, den videre organisering.
24	Samarbejdsaftale om lavpotent kemoterapi	I foråret 2020 igangsatte følgegruppen et afklaringsarbejde af, om præparatet Velcade kunne tilføjes samarbejdsaftalen for lavpotent kemoterapi. Det blev besluttet på følgegruppemøde den 19. august 2020, at konsekvenserne skulle afdækkes og et skriftlig oplæg forelægges følgegruppen. Afdækning fandt sted i en lille arbejdsgruppe 1. kvartal 2021. og blev forelagt Følgegruppen 19. marts 2021. Udvidedelsen med Velcade blev godkendt af DAK-formandskabet 27. maj 2021. Er sendt til implementering i SOFerne den 6.5.21.	Indstilling: Den stående arbejdsgruppe for opgaveoverdragelse og medicinadministration vurderer, om der er behov for revision af aftale. Området følges, og ved nye præparater kan der evt. ske tilføjelse.
25	Samarbejdsaftale for respiration	Revidering godkendt den 21. nov 2019 i DAK. Der blev givet status på aftalen den 3. juni 2021. Ultimo 2021 forventes ERFA-gruppen at kunne præsentere case-katalog for APV i fælles hjælpeordninger samt tilbagemelding fra temadagen. Sagen drøftes igen 14. december 2021 i Følgegruppen.	Indstilling: Afventer stillingtagen på følgegruppemøde 2. februar 2022 til, om en revision skal igangsættes. Vurderer Følgegruppen ikke et revisionsbehov, vil følgegruppe fortsat følge området.
26	Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	På DAK den 17.9.20 blev Følgegruppens prioritering af monitoreringsopgaver godkendt. Her blev det godkendt, at der ikke længere monitoreres på samarbejdsaftalen. Følgegruppen har den 6.5.21 bedt PSOF om deres vurdering af revisions behov for aftalen. Den 23.8.21 er SOF'erne svarfrist forlænget til 1. december 2021. Sagen behandles på Følgegruppemøde den 14. december 2021.	Indstilling: Der nedsættes en lille arbejdsgruppen, der skal se på revision af aftalen.
Ad hoc indsatser			
27	Ny samarbejdsaftale om IV behandling	DAK besluttede den 27. maj 2020, at der skal arbejdes videre med afklaring omkring en mulig ny IV-aftale i Syddanmark med afsæt i erfaringer fra de andre regioner, erfaringer fra anvendelsen af IV-pumperne i Region Syddanmark og en afklaring af målgrupperne for henholdsvis IV pumperne og en mulig IV aftale. På denne baggrund er der i 2020 og 2021 afholdt en lang række arbejdsgruppe- og følgegruppemøder. Samarbejdsaftalen blev godkendt på Regionsrådet den 23. august 2021 og i KKR den 31. august 2021. Model for monitorering og evaluering blev godkendt i DAK den 16.9.21, hvorefter der er sendt implementeringsbrev til SOFerne. 1. oktober 2021 starter pilotperioden. Kommunerne har løbende mulighed for at tiltræde aftalen.	Arbejde pågår
28	Telemedicinsk udskrivningspakke	SDSI har januar 2021 færdiggjort det regionale forarbejde, som DAK er orienteret om skulle være igangsat. Opgaven er behandlet på følgegruppemøde den 1.2.21, hvor der blev indstillet, at opgaverne flyttes fra Behandling og Pleje og forankres i Kompetencegruppen for Sundhedsteknologi. DAK tiltrådte indstillingen den 4.3.21 sammen med opgaven om Implementeringsopskrift vedr. tværsektoriel anvendelse af video.	Forankret i Kompetencegruppen for Sundhedsteknologi.

29	Implementering af MedCom11-meddelelser	Opgaven er formelt overdraget til den tværsektorielle SAM:BO gruppe.	Opgaven er formelt overdraget til den tværsektorielle SAM:BO gruppe.
30	Fald i eget hjem	Efter aftale med DAK- formandsskabet er der i samarbejde mellem kommunerne i Syddanmark og Region Syddanmark i 2019 udarbejdet en henvendelse til Sundheds- og Ældreministeriet vedr. borgere, der falder i eget hjem, som ikke er tilskadekomne og skal have hjælp til at blive rejst op. Ministeriet har i forlængelse heraf oplyst, at praksis på dette område skal aftales mellem region og kommuner. Der er udarbejdet et oplæg til at belyse området nærmere. Oplægget blev præsenteret for Følgegruppen i oktober 2020. Primo 2021 har der været nedsat en arbejdsgruppe, der ikke kunne frembringe en løsningsmodel. På følgegruppens anmodning har DAK-formandskabet i september 2021 bragt sagen videre i DR og KL.	Afventer tilbagemelding fra DR og KL.
31	Implementeringsopskrift vedr. tværsektoriel anvendelse af video	Opgaven er behandlet på følgegruppemøde den 1.2.21, hvor der blev indstillet, at opgaverne flyttes fra Behandling og Pleje og forankres i Kompetencegruppen for Sundhedsteknologi. DAK tiltrådte indstillingen 4.3.21 sammen med opgaven om Telemedicinsk udskrivningspakke.	Forankret i Kompetencegruppen for Sundhedsteknologi.
32	Samarbejdsaftalen mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr	DAK d. 21/11 2019: Følgegruppen anbefaler, som led i implementeringen af samarbejdsaftalen, at parterne har en særlig opmærksomhed på håndtering af APV-hjælperedskaber. Det vurderes, at der fortsat kan opstå uklarheder om, hvornår der er tale om APV-hjælpemidler og hvornår der er tale om hjælpemidler og behandlingsredskaber. Det har ikke været en del af opdraget at se på denne dimension, men Følgegruppen for behandling og pleje indhenter status på området om et år. Endelig anbefales det, at den eksisterende ERFA-gruppe på området fokuserer på en smidig implementering af samarbejdsaftalen samtidig med, at det vil understøtte samarbejdet på tværs for en ofte kompleks målgruppe.	

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Følgegruppen for uddannelse og arbejde
Journal nr.: 20/3184
Dato: 03-02-2022

Status på følgegruppernes indsatser

Årlig status fra Følgegruppen for uddannelse og arbejde, december 2021

1. Kort opsummering på status for følgegruppens indsatser, eksempelvis om indsatserne er sat i gang som forventet, om nogen indsatser er forsinkede, om der er indsatser, der prioriteres højere end andre mm.

Følgegruppen har endnu ikke igangsat tværsektorielle indsatser for implementering af det nationale forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. I 2020 sendte følgegruppen en forespørgsel til SOF'erme om status for implementeringen af det nationale forløbsprogram og hvilke tværsektorielle indsatser der evt. blev efterspurgt. Flere SOF-områder var dog blevet forsinket i implementeringsarbejdet pga. af covid-19. Derfor har følgegruppen i sommeren 2021 foretaget en fornyet forespørgsel til SOF'erne, der blev behandlet på følgegruppemødet i december 2021. Indsatsen taler ind i følgegruppens målsætning: "Vi vil sikre andelen af somatisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til minimum 79,3%.

Følgegruppen prioriterede i 2020 at udvide fokus for indsatser for at øge andelen af somatiske syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet, til også at omfatte andre somatiske patientgrupper end kun patienter med kræft. En mindre kortlægning viste behov for og potentiale i styrkede indsatser på tværs af sundhed, uddannelse og arbejde for særligt fire somatiske patientgrupper. Det drejer sig om patientgrupperne med hhv. funktionelle lidelser, uspecifikke rygsmerter/lidelser, kroniske smertepatienter og hjerteoverlevere. Planen var i 2020 og 2021 at igangsætte flere mindre prøvehandlinger på disse områder. Dette arbejde er dog blevet forsinket på grund af aktørernes opgaver i forhold til covid-19 samt konsekvenser af sygeplejestrejke. Arbejdet er således først påbegyndt igen i andet halvår af 2021. Hvad angår indsatsen for patienter med funktionelle lidelser er Sygehus Lillebælt ansvarlig for udvikling af e-læringsmateriale målrettet alle relevante faggrupper og aktører, med henblik på at udbrede viden om sygdommen og behandlingsmuligheder, samt understøtte opsporing, henvisning, behandling og kommunal håndtering af patientgruppen. Relevante aktører fra bl.a. kommuner og almen praksis inviteres med i udviklingsprocessen med henblik på kvalificering. Arbejdet med udvikling af e-læringsmodul er i proces. Forventes klar til lancering i 2. kvartal 2022. For de øvrige

patientgrupper har følgegruppen på mødet i december 2021 besluttet, at der nedsættes hurtigarbejdende miniarbejdsgrupper med regional og tværsektoriel repræsentation. Med det formål at konkretisere indsatser og udbyde prøvehandlinger til interesserede aktører.

Følgegruppens øvrige indsatser er igangsat i overensstemmelse med nedenstående prioriteringsliste, som blev godkendt af Det Administrative Kontaktforum den 17. september 2020.

		Ressourcetræk				
Målsætning	**Indsats**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
1: Vi vil sikre, at andelen af unge med psykiske lidelser, som har fuldført en ungdomsuddannelse, er steget til minimum 53%.	1.1: Samarbejde mellem psykiatrien, uddannelsesområdet og almen praksis – forberedende grunduddannelse (FGU)	X*	X **X***	X **X**	X **X**	X **X**
2: Vi vil sikre, at andelen af somatisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til min. 79,3%.	2.1: Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft	X	X **X**	**X**		
	2.2: Øvrige indsatser under afklaring, herunder prøvehandlinger ift tværgående indsatser for patienter med funktionelle lidelser, uspecifikke rygsmerter /lidelser og kroniske smertepatienter		**X**	**X**	**X**	**X**
3: Vi vil sikre, at andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til min. 61,5%.	3.1: Samarbejde om rehabilitering og recovery vedrørende psykiatrien			X **X**	X **X**	X **X**

* Ressourcetræksfordeling angivet i Sundhedsaftalen 2019-2023 version 1
* Revideret prioritering og ressourcetræk indrapporteret til DAK i september 2020

	Ressourcetræk				
Eksisterende indsatser	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Samtalestøtte til stressramte og langtidssygemeldte borgere		X **X**	**X**		
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	X	**X**	**X**		

2. Hvilke indsatser blev igangsat i 2020, hvordan går det med dem, og hvilke målsætninger i sundhedsaftalen, taler de ind i?

Målsætning 1:	**Andelen af unge med psykiske lidelser, som har fuldført en ungdomsuddannelser er steget til minimum 53 %**

Følgegruppen igangsatte i 2020 et forberedende arbejde, hvor der blev udarbejdet et oversigtskort over den geografiske placering af FGUerne i regionen. Der blev også afsøgt data om frafald fra FGUerne (andel/årsag), og manglende opstart. Konklusionen blev dog, at FGUerne på daværende tidspunkt ikke havde pålidelige data, og at de arbejdede på kvalificering. Dataindsatsen i følgegruppen blev derfor sat i bero. Følgegruppens næste skridt i arbejdet med indsatsen var at invitere to oplægsholdere til dialog med følgegruppen, med fokus på FGUernes udfordringer og behov i forhold til det tværsektorielle samarbejde. Herunder bidrag ind i en drøftelse af nuværende indsatser på området og hvilke indsatser, der efterspørges for at komme i mål med følgegruppens målsætning. Der var således oplæg og drøftelser med sekretariatschef fra FGU Danmark og centerleder, fra Region Syddanmarks PsykInfo. Der blev i den forbindelse besluttet, at nedsætte en miniarbejdsgruppe, der kunne arbejde videre med forslag til indsatser på området. Arbejdsgruppen blev nedsat i 1. halvår af 2021 og kunne på følgegruppens decembermøde præsentere forslag til indsatsmuligheder. Følgegruppen besluttede at forslagene fremlægges til inspiration for Socialdirektørforum og evt. Det Administrative Kontaktforum.

Målsætning 2:	**Andelen af somatisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til minimum 79,3%**

Arbejdet med indsatserne er ikke nået så langt som forventet pga. aktørerne har været nødt til at prioritere covid-indsatser, se nærmere i svaret under spørgsmål 1.

Eksisterende insatser	**Samtalestøtte til stressramte og langtidssygmeldte**

Praksisplanudvalget har i 2019 godkendt lokalaftale om samtaleterapi og kriseterapi i almen praksis, Følgegruppen for uddannelse og arbejde følger således implementeringen af ” Lokalaftale om Samtaleterapi og Krisesamtaler i almen praksis i Region Syddanmark”.

Følgegruppen har derfor løbende fulgt udviklingen i anvendelse af aftalen via dataudtræk. I 2020 blev de kommunalt lægelige udvalg (KLUerne) desuden spurgt til anvendelse, kendskab og behov for yderligere initiativer for at understøtte udbredelse og anvendelse. På baggrund af KLUernes feedback, blev der primo 2021 udsendt yderligere vejledning i anvendelsen af aftalen via nyhedsbrev til almen praksis, med særligt fokus på muligheden for at anvende mere end de samtaleydelser pr borger/forløb, som er standard. Anvendelsen følges fortsat i 2022.

Eksisterende insatser	**Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner**

Følgegruppen for uddannelse og arbejde har i efteråret 2020 nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe for borgere med PTSD. Målgruppen for arbejdsgruppens arbejde har været voksne over 18 år med PTSD og er afgrænset til at omfatte henholdsvis flygtninge med PTSD, veteraner med PTSD og øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD. Arbejdsgruppen har holdt tre arbejdsgruppemøder med opstart i 2020 og har i 2021 udarbejdet en kortlægning, anbefalinger og udkast til en revideret samarbejdsaftale for borgere med PTSD.
Udkastet til samarbejdsaftalen blev godkendt til høring af Det Administrative Kontaktforum den 16 september 2021. Høringsudkastet har herefter været sendt i høring, På baggrund af de indkomne høringssvar er der foretaget justeringer i udkastet til ny samarbejdsaftale, der er godkendt af Følgegruppen for uddannelse og arbejde og forelægges til godkendelse for Det Administrative Kontaktforum den 27. januar og Sundhedskoordinationsudvalget den 3. marts 2022.

Samarbejdsaftalen har en eksisterende indsats Følgegruppen for uddannelse og arbejde overtog med den nye organisering af Sundhedsaftalen 2019-2023. Indsatsen taler ind i målsætningen om at øge andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet, idet det har være et væsentligt fokus i udviklingen af samarbejdsaftalen.

3. Hvilke indsatser er igangsat i 2021, og hvilke målsætninger i sundhedsaftalen, taler de ind i?

Målsætning 3:	**Andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til minimum 61,5 %**

Følgegruppen drøftede i 2020 sammenhæng mellem målsætningen, indikatoren og allerede igangværende initiativer, der taler ind i målsætningen. Der er mange indsatser i gang både lokalt og på tværs af regionen, ikke mindst det tværsektorielle forløbsprogram for voksne med depression og IPS (Individuelt Planlagt job med Støtte). Forløbsprogrammet for depression kalder på en større implementeringsproces og kræver grundig koordinering også internt i de enkelte kommuner. IPS der er en evidensbaseret metode til at få mennesker med svære

psykiatriske diagnoser i ordinært arbejde eller uddannelse via en integration af den kommunale beskæftigelsesindsats i den regionale behandlingspsykiatri. Der er pt. 12 kommuner i Region Syddanmark, der indgår i IPS-samarbejder med psykiatrien. Følgegruppen har derfor truffet beslutning om ikke aktuelt at igangsættes nye initiativer, men at følge IPS og forløbsprogram for depression tæt og sikre at de løbende bidrager til at understøtte den uddannelses- og arbejdsmarkedsrettede vinkel.

4. Hvilke indsatser er endnu ikke igangsat men forventes igangsat i 2021/2022, og hvilke målsætninger i sundhedsaftalen, taler de ind i?

Følgegruppen har som tidligere nævnt ikke igangsat tværsektorielle indsatser for implementering af det nationale forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Følgegruppen har 2021 foretaget en fornyet forespørgsel til SOF'erne.
Indkomne tilbagemeldinger blev fremlagt for følgegruppen december 2021 og det forestår nu at konkretisere opgaven, herunder vinkling af implementeringsfokus, samt snitflader til de øvrige følgegrupper.

5. Er der nogen indsatser, som ikke forventes igangsat i 2021/2022, og hvilke målsætninger i sundhedsaftalen, taler de ind i?

Følgegruppen forventer, at der er/har været indsatser i gangsat for alle følgegruppens indsatser med udgangen af 2022.

Opgaveportefølje og status for arbejdet i Følgegruppen for uddannelse og arbejde

Farvekoder:

- ● = indsatsen forløber planmæssigt
- ● = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer
- ● = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK
- ● = indsatsen er i bero følgegruppen
- ● = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.

Forkortelser

DAK	Det Administrative Kontaktforum
FGU	Forberedende Grunduddannelse
FKSS	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat
FUA	Følgegruppe for Uddannelse og Arbejde
IPG	Implementeringsgruppe
KLU	Kommunalt Lægeligt Udvalg
PPU	Praksisplanudvalget
RS	Region Syddanmark
SOF'er	SamOrdningsFora. Samlebetegnelse for SOF: Somatisk samordningsforum og PSOF: Psykiatrisk Samordningsforum
SKU	Sundhedskoordinationsudvalget

Nye indsatser

Målsætning 1: Andelen af unge med psykiske lidelser, som har fuldført en ungdomsuddannelser er steget til minimum 53 %

Indsats 1.1: Samarbejde mellem psykiatrien, uddannelsesområdet og almen praksis – forberedende grunduddannelse (FGU)

Opgaver under indsatsen	Status på indsatsen	Forventes at være klar til fremlæggelse for Følgegruppen	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger	Kontaktperson(er) i arbejdet/følgegruppen
Konkretisering af indsatsmuligheder	● **Dec 2021**: En miniarbejdsgruppe har udarbejdet forslag til indsatsmuligheder. Følgegruppen beslutter, at forslagene fremlægges til inspiration for Socialdirektørforum.	**Dec 2021:** Fremlæggelse af forslag	-	-	Arbejdsgruppens forslag fremlægges på socialdirektørforum.	Følgegruppemedlem, Charline
Data: Omfang af målgruppen	● **Dec 2021**: Sekretariatet har modtaget data fra Sundhedsdatastyrelsen / rapporten vedr. de nationale mål for 2019 og 2021. Data belyser i absolutte tal målsætningen om gennemførelse af ungdomsuddannelse blandt unge med psykiske lidelse. Formål: Klarhed over omfanget af målgrupperne		-	-	Oplysninger for den pågældende målsætning er baseret på data fra 2014-2018. Det er ikke muligt at indhente nyere data.	Sekretariatet
Data: Belysning af årsager til frafald	● **Okt 2020**: Data om frafald fra FGUerne (andel/årsag), og mgl. opstart FGUerne har ikke pålideligt data, og arbejder på kvalificering. Indsatsen er derfor i bero	**August 2020**: Status og foreløbige fund fremlagt	-	-		Sekretariatet
Afdækning: Geografisk placering af FGUer	● **Jun 2020**: Afdækning af den geografiske placering FGUerne i regionen	**August 2020**: Oversigtskort fremlagt				Sekretariatet

Målsætning 2: Andelen af somatisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til minimum 79,3%

Indsats 2.1: Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft

Opgaver under indsatsen	Status på indsatsen	Forventes at være klar til fremlæggelse for Følgegruppen	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger	Kontaktperson(er) i arbejdet
Status med implementering og efterlevelse af **Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft**	● **Dec 2021:** Indkomne tilbagemeldinger fremlagt for følgegruppen. **Juni 2021:** Ny forespørgsel til SOFerne udsendt. **Okt 2020:** SOFernes tilbagemeldinger giver ikke anledning til igangsættelse af fælles initiativer. **Aug 2020:** Afdækning via forespørgel af somatiske SOFer.				Der er brug for konkretisering af opgaven, herunder vinkling af implementeringsfokus, samt snitflader til de øvrige følgegrupper.	Sekretariatet (Jette)

Indsats 2.2: Prøvehandlinger for udvalgte patientgrupper

Opgaver under indsatsen	Status på indsatsen	Forventes at være klar til fremlæggelse for Følgegruppen	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger	Kontaktperson(er) i arbejdet
Prøvehandling vedr. patienter med funktionelle lidelser	● **Dec 2021:** Arbejdet med udvikling af e-læringsmodul er i proces. Forventes klar til lancering i 2. kvartal 2022.					IPG for Uddannelse og Arbejde i Lillebælt (Rikke og Line)
Prøvehandling vedr. patienter med lænde- og rygsmerter	● **Dec 2021:** Besluttet, at der nedsættes en hurtigarbejdende miniarbejdsgruppe med regional og tværsektoriel repr. Formål: Konkretisering af indsats, og udbud af prøvehandling til interesserede aktører.				Vigtigt med opmærksomhed på sammenhæng mellem prøvehandlinger og forløbsprogram for ryg.	
Prøvehandling vedr. patienter med kroniske smerter	● **Dec 2021:** Besluttet, at der nedsættes en hurtigarbejdende miniarbejdsgruppe med regional og tværsektoriel repr. Formål: Konkretisering af indsats, og udbud af prøvehandling til interesserede aktører.					
Prøvehandling vedr. patienter, der har overlevet hjertetilfælde.	● **Dec 2021:** Besluttet, at der nedsættes en hurtigarbejdende miniarbejdsgruppe med regional og tværsektoriel repr. Formål: Konkretisering af indsats, og udbud af prøvehandling til interesserede aktører.				Vigtigt med opmærksomhed på sammenhæng mellem prøvehandlinger og forløbsprogram for hjerte.	
Afdækning af hvilke patientgrupper med somatisk sygdom, der rummer potentiale for indsatser på tværs af sundhed, uddannelse og arbejde.	● **Sep 2021:** Status for de tre forslag drøftet i følgegruppen Pga. af covid-19 og senere sygeplejestrejke har arbejdet i IPG i Lillebælt været på pause i perioder. **Dec 2020:** Forslag til prøvehandlinger fremlagt i følge-	**August 2020**: Udkast til afdækning præsenteret.				IPG for Uddannelse og Arbejde i Lillebælt (Rikke og Line)

	gruppen for patienter - med funktionelle lidelser - med rygsygdom/smerter - med kroniske smerter - som har overlevet hjertetilfælde ● **Aug 2020:** IPG-Lillebælt udarbejder afdækning med forslag.					

Målsætning 3: Andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til minimum 61,5 %

Indsats 3.1: Samarbejde om rehabilitering og recovery vedrørende psykiatrien

Opgaver under indsatsen	Status på indsatsen	Forventes at være klar til fremlæggelse for Følgegruppen	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger	Kontaktperson(er) i arbejdet
Forløbsprogram for depression og IPS	●**Sep 2021**: Status vedr. styregruppe for IPS **Feb 2021:** Besluttet, at følgegruppen følger Forløbsprogram for depression og IPS, herunder løbende bidrager til at understøtte den uddannelses- og arbejdsmarkedsrettede vinkel. **Dec 2020:** Drøftelse af sammenhæng mellem politiske målsætninger, indikatorer og igangværende initiativer. **Okt 2020:** Målsætning og opgaver drøftet. Der er igangsat mange initiativer, som taler ind i målsætningen. Der er derfor brug for at se på sammenhæng mellem igangværende indsatser og indikatordefinitionerne for de politi-					

Opgaver under indsatsen	Status på indsatsen	Forventes at være klar til fremlæggelse for Følgegruppen	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger	Kontaktperson(er) i arbejdet
	ske målsætninger. Foreløbigt besluttet at følge IPS og forløbsprogram for depression.					
Områder med sammenfald til praksisplanen: Deltidssygemeldinger	**April 2021**: Følgegruppen drøftede sammen med praksisplanudvalgets sekretariat sammenhængen til praksisplanen og dennes fokus på deltidssygemeldinger. Herunder hvordan der kan samarbejdes ift. denne indsats.					

Status og proces for eksisterende indsatser

Eksisterende indsats A:	**Samtalestøtte til stressramte og langtidssygmeldte**

Opgave	- FUA skal undersøge om " Lokalaftale om Samtaleterapi og Krisesamtaler i almen praksis i Region Syddanmark" indgået mellem PLO Syddanmark og RS er tilstrækkelig, og hvordan man får den ud "at leve". - Der inddrages erfaringer fra Projekt Rehabilitering og Recovery fra Sønderjylland, samt fra IPS projekt (Individuel Placement and Support) i Vejle.
Baggrund	- *"Lokalaftale om samtaleterapi og krisesamtaler" er indgået mellem PLO Syddanmark og Region syddanmark. Godkendt i regionsrådet d. 30. september 2019.* - Opgaven er overdraget fra den tidligere følgegruppe for opgaveoverdragelse.

Opgaver under indsatsen	**Status på indsatsen**	**Forventes at være klar til fremlæggelse for Følgegruppen**	**Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK**	**Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne**	**Øvrige bemærkninger**	**Kontaktperson(er) i arbejdet**
Dataspor: Følge anvendelse af aftalen -	● **Sep 2021:** Datatræk for perioden frem til medio 2021 fremlagt. Ny status primo 2022 med fokus på både økonomi og omfang. **Jan 2021:** Data for 2019-2020 drøftes i FUA **Aug 2020**: Dataudtræk drøftet i FUA.	**Feb 2022**	**-**	-	Aftalen af forankret i Praksisplanudvalget, og følges derfor i samarbejde med implementeringsgruppen under PPU.	Sekretariatet
Udbrede kendskab til vilkårene i aftalen	● **Feb 2021:** Forespørgslen til KLUerne i 2020 indikerede, at dele af aftalens indhold var uklar for nogle læger. Implementeringsgruppen under PPU udsender information til almen praksis – ca uge 5 2021.	**-**	-	-		Sekretariatet (Jette)
Kvalitativt spor: Undersøge kendskab og anvendelse af aftalen.	**Aug 2020:** Tilbagemeldinger på forespørgsel (juni 2020) drøftet I FUA. Forespørgslen til KLUerne viste en bred og stigende anvendelse af aftalen.			-		Sekretariatet (Line)
Følge anvendelsen af aftalen: FUA forespørger praksisafdelingen ift drøftelse af aftalen i klyngerne	**August 2020:** Tilbagemeldinger fremlagt og drøftet i FUA.					Sekretariatet (Jette)

Eksisterende indsats B: Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner

Opgave	- FUA skal vurdere hvorvidt aftalen fortsat er dækkende, herunder lever op til gældende lovgivning og krav, samt har rette fokus på uddannelse og arbejde. - FUA sætter retning for opgaven og nedsætter evt. en arbejdsgruppe.
Baggrund	- Opgaven er overdraget fra den tidligere følgegruppe for genoptræning og rehabilitering. - "Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner (2011) er en tillægsaftale til den regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område (2009). På DAK-møde d. 24. januar 2019 blev et besluttet, at den eksisterende samarbejdsaftale fortsætter indtil relevante temaer fra samarbejdsaftalen enten er integreret i andre arbejdsgange eller er indarbejdet som indsatser under relevante visioner og målsætninger i Sundhedsaftalen 2019-2023. - I regionens budgetforlig for 2020 er det endvidere besluttet, at der skal gennemføres en analyse af veteranområdet i Region Syddanmark med henblik på at fremsætte forslag til justering af indsatsen. Psykiatrisygehuset har forelagt en sag vedrørende dette arbejde for regionens Psykiatri- og socialudvalg og Udvalget for det nære sundhedsvæsen. Her lægges der op til, at analysen tænkes ind i følgegruppens forestående revision af samarbejdsaftalen for traumatiserede flygtninge og krigsveteraner med PTSD.

Opgaver under indsatsen	Status på indsatsen	Forventes at være klar til fremlæggelse for Følgegruppen	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger	Kontaktperson(er) i arbejdet
Revision af samarbejdsaftale: En arbejdsgruppe nedsættes og gennemfører en indledende afdækning af organiseringen, flow og visitionspraksis for indsatser for borgere med PTSD, samt reviderer samarbejdsaftalen	● **Dec 2021**: Revidering på baggrund af høringssvar behandles. **Sep**: Aftaleudkast sendes i høring. **Okt 2020:** Arbejdsgruppe nedsat. 1. møde i dec. **Juni 2020:** Udkast til kommissorium, samt tids- og procesplan.		**27. januar 2022:** Godkendelse i DAK **3. marts 2022:** Godkendelse i SKU	Primo 2022		Jette er sekretær i arbejdsgruppen.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Journal nr.: 21/53421
Dato: 03-02-2022

Opsamling på fællesmøde mellem Det Administrative Kontaktforum, følgegrupper og kompetencegrupper den 6. oktober 2021

Den 6. oktober 2021 holdt Det Administrative Kontaktforum fællesmøde med alle følgegrupper og kompetencegrupper med det formål at dele erfaringer fra de første to år med Sundhedsaftalen 2019-2023 samt at se frem mod arbejdet med målopfyldelse af den nuværende sundhedsaftale og mod udarbejdelse af en kommende sundhedsaftale.

På mødet var der både borddrøftelser i de respektive følge- og kompetencegrupper samt erfaringsudveksling på tværs af grupperne omkring hvor opgaveløsningen er lykkedes samt hvad der skal tages alvorligt i det videre arbejde med Sundhedsaftalen 2019-2023. Konklusionerne på drøftelserne blev samlet op i en plenumdialog, som refereres nedenfor.

Samspillet mellem følgegrupper og kompetencegrupper:
Der er fortsat plads til forbedring i samspillet mellem følgegrupper og kompetencegrupper, og grupperne skal derfor være bedre til at bruge hinanden i opgaveløsningen. Dette vil også være med til at sikre en bedre rolleafklaring af, hvornår kompetencegrupperne kan bidrage og med hvad. Det er eksempelvis vigtigt, at der monitoreres på de indsatser, der sættes i gang, hvilket kompetencegruppen for monitorering kan hjælpe med.

Organisering med den nye sundhedsaftale
Der var flere drøftelser af, hvordan organiseringen skal se ud med den nye sundhedsaftale. I det fremadrettede arbejde med organiseringen kan vi lade os inspirere af organiseringen i Region Midtjylland og Nordjylland, men vi skal samtidig have opmærksomhed på de gode erfaringer, vi har gjort os med vores nuværende organisering.

Der var derudover drøftelser af, at den fremtidige sundhedsaftale får et styrket fokus på implementering og forankring, både organisatorisk og operationelt. Det er vigtigt at huske, at implementeringsdelen skal fylde mest. Det kan eksempelvis være relevant at arbejde på at sætte implementeringsgrupperne i spil på en mere struktureret og organiseret måde.

Indsatser i den nye sundhedsaftale
I det fremtidige sundhedsaftalesamarbejde kan vi være bedre til at arbejde med at fokusere mere frem for at have for mange opgaver og mål. Det vil medføre, at vi bedre fokuserer de kræfter, vi har i fællesskab. I forlængelse heraf skal vi blive bedre til at lukke noget ned og sætte ting i drift for at kunne skabe plads til noget nyt.

Derudover skal vi arbejde med at sætte tempoet op og øve os mere i, hvor meget vi skal have færdigt, før vi kan sætte noget ud f.eks. i form af prøvehandlinger eller direkte i drift ved brug af den syddanske forbedringsmodel, hvor vi drager erfaringer og justerer undervejs.

Vi har et ansvar i at prioritere i de indsatser, vi sætter i gang. Vores organisationer har ikke ressourcer til, at vi prioriterer alt på samme tid. Det er vigtigt, at vi frem mod den næste sundhedsaftale også får lukket opgaver ned, så vi ikke viderefører det hele. Vi skal være bedre til at lukke de ting ned, som vi kan se ikke bringer det med sig, vi havde forventet.

Det tværsektorielle samarbejde generelt

Der var stor enighed om, at tillid er den grundlæggende forudsætning for det tværsektorielle samarbejde og for, at det lykkes. Derudover er det vigtigt, at der skabes agilitet og momentum i samarbejdet, f.eks. ved at smidiggøre processerne.

Inddragelse af private aktører
Det er vigtigt, at vi fortsat arbejder på, hvordan vi inddrager almen praksis på den bedst mulige måde. Derudover kan det være relevant at arbejde på, hvordan vi får inddraget de øvrige praksisområder i det tværsektorielle samarbejde.

I forhold til uddannelse og arbejde kunne vi tænke mere i regional erhvervsudvikling og partnerskaber med private virksomheder, så vi får koblet sundhed med det private.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Afdeling/ Følgegruppe: **Forebyggelse**
Journal nr.:
Udarbejdet af:

Notat

Undersøgelse af VBA-henvisninger fra sygehusene til kommunerne i Region Syddanmark vedr. tobaksforebyggelse

I foråret 2018 blev det besluttet, at alle sygehuse i Region Syddanmark, somatiske såvel som psykiatriske, skulle arbejde hen imod fuld implementering af en systematisk opsporing af patienter, der ryger, og dernæst tilbyde dem henvisning til rygestop-rådgivning i kommunen. Dette ved brug af VBA-metoden (*very brief advice*), der er en evidensbaseret metode bestående af tre elementer til at spørge ind til rygestatus og henvise til rygestoptilbud.

Nærværende undersøgelse belyser hvilken praksis der er i kommunerne, når der modtages en henvisning til rygestoprådgivning. Undersøgelsen kan bidrage til at sætte fokus på bl.a. sygehusenes systematiske opsporing, samt sætte fokus på kommunens opfølgning på henvisningerne.

Det er ikke muligt at følge den enkelte borger helt frem til svaret på, hvorvidt borgeren gennemfører og er røgfri eller ej. Dog kan der indhentes data fra Rygestopbasen, som mange kommuner benytter, til at vise andelen af borgere, der er røgfri ved afsluttet forløb.

I foråret 2021 gennemførtes en pilotundersøgelse i SOF Lillebælt området, hvor man testede formen på registreringen. På baggrund af resultaterne fra pilotundersøgelsen blev det besluttet, at udbrede undersøgelsen til alle kommuner i Region Syddanmark.
Der blev i samarbejde med de lokale samordningsfora udpeget en kontaktperson fra hver kommune, som har haft ansvaret for at registreringsskemaet blev udfyldt.

Der ønskedes viden om, hvor mange borgere, der opnås kontakt til pr. telefon, og hvor mange der reagerer på brevet i e-boks. Dertil ønskes viden om, hvor mange, der ønsker at deltage i rygestopforløb, hvor mange der selv stopper med at ryge eller planlægger det, samt hvor mange, der ikke ønsker at stoppe.

Registreringen er gennemført i perioden 15/8 – 15/10 2021. Registreringen er foregået manuelt.

Alle kommuner har fremsendt udfyldt registreringsskema til følgegruppesekretariatet. Tilbagemeldingen fra kommunernes kontaktpersoner har generelt været, at det har været en god oplevelse med at udfylde skemaet. Dog kan det være en udfordringer at følge (identificere) den enkelte borger fra henvisningen

ankommer, til borgeren kontaktes, og til at borgeren svarer tilbage. Der kan eksempelvis gå lang tid fra et brev er sendt via e-boks til borgeren vender retur.

I det følgende vil der være en præsentation af en overordnet beskrivelse af det kommunale rygestoptilbud, samt resultater fra registreringen i kommunerne samt en opgørelse af henvisningerne.

Beskrivelse af rygestopforløbet i kommunen

Alle kommuner har et gratis tilbud til et rygestopforløb. Fælles for de kommunale tilbud er, at de lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger jf. forebyggelsestilbud vedr. tobak.
Rygestoprådgiverne i kommunerne har en sundhedsfaglig baggrund og har gennemgået et 3-4 dages kursus i rygestoprådgivning. Dermed besidder rygestoprådgiverne en solid viden om sundhed og tobak, om rygeafvænning samt om de sundhedspædagogiske redskaber i arbejdet med borgeren.
Der er variation i tilbuddet afhængigt af målgruppe, og tilbuddet kan tilpasses den enkelte i forhold til varighed og omfang. Borgeren vil som oftest kunne vælge, hvorvidt han/hun ønsker at deltage på et hold eller et individuelt forløb. Yderligere er det også muligt i nogle kommuner at deltage i digitale tilbud, eksempelvis pr. telefon eller via en rygestop-app. Brug af rygestopmedicin eller nikotinerstatning vil bero på en individuel vurdering.
Borgerens forløb vil som oftest indledes med en afklarende sundhedssamtale, hvorefter det konkrete rygestopforløb aftales. Den indledende samtale kan ske enten pr. telefon eller ved fysisk fremmøde. Når kommunen modtager henvisningen, bliver borgeren kontaktet inden for en uge.
Ovenstående er med forbehold for kommunale forskelle.

Resultater

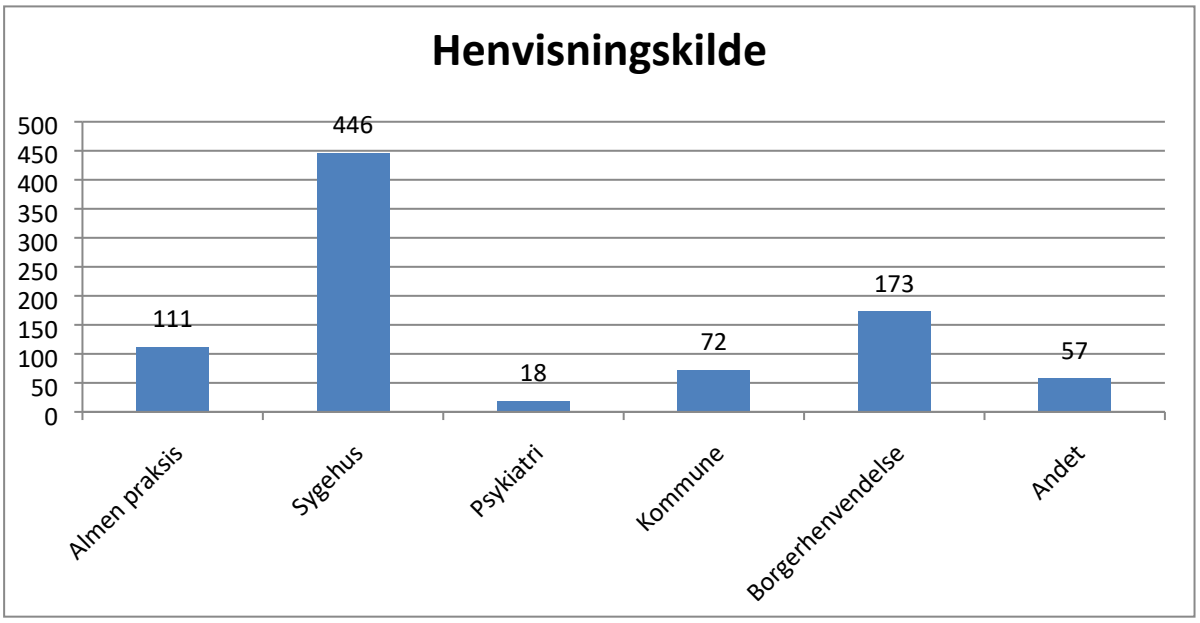
Nedenfor følger en opsummering af resultaterne fra undersøgelsen.

Henvisningskilde											
Samlet antal henvisninger	Almen praksis	Sygehuse	Psykiatri	Kommunens hjemmeside	Borger	Andet	Telefonisk kontakt	E-boks	Ja tak til forløb	Nej tak til forløb	Ingen kontakt - er typisk blevet ringet op og fået brev i eboks
879	**111**	**446**	**18**	**72**	**173**	**59**	**701**	**119**	**589**	**107**	**65**

Stort set alle deltagende kommuner kontakter borgerne pr. telefon, når de modtager en henvisning. Hvis der ikke opnås kontakt til borgerne efter 2-3 opringninger, eller hvis der er angivet forkert telefonnummer på borgeren, kontaktes borgeren via e-boks. Her opfordres borgeren til at kontakte rygestopvejlederen. Kun en enkelt kommune fremsender brev via e-boks som førstevalg.

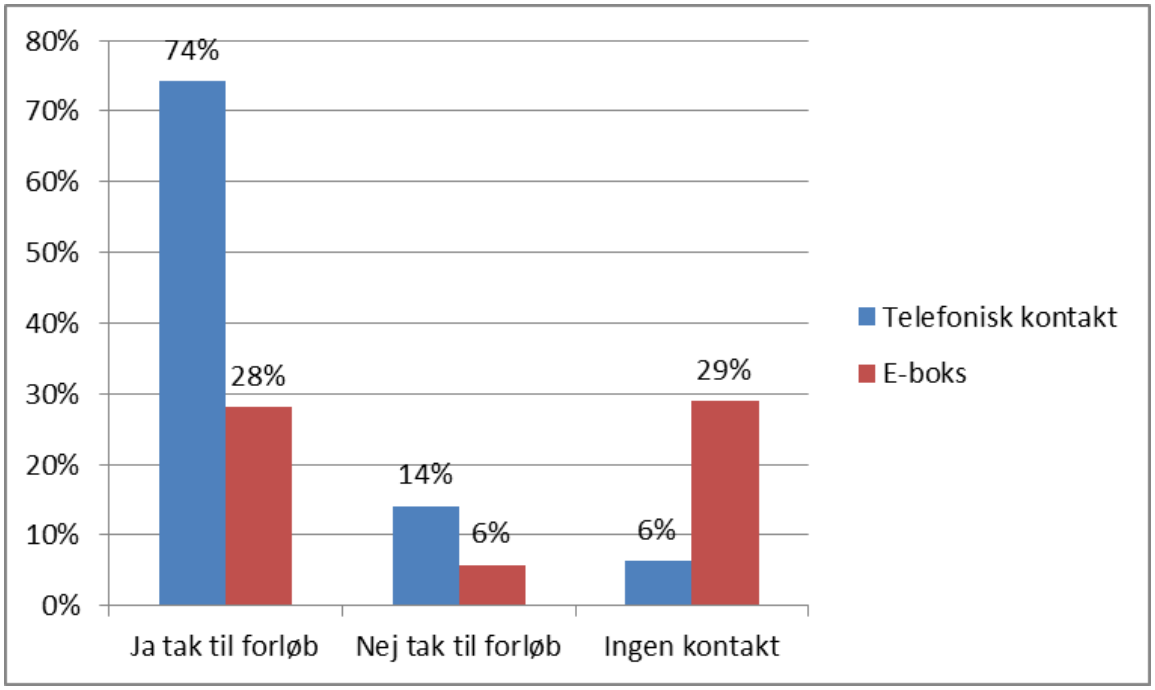
I indsamlingsperioden modtog kommunerne samlet set 879 henvisninger. Heraf sagde 67 % ja tak til et rygestopforløb. 12 % sagde nej tak til forløb og 7 % blev der ikke opnået kontakt til. De sidste 14 % blev f.eks. henvist til apotek, ville selv finde et andet tilbud, ville vende tilbage senere eller andet (f.eks. ingen registrering i tilbagemeldingen til sekretariatet).

Henvisningskilde:
I tabellen nedenfor ses antal henvisninger fordelt pr. henvisningskilde.



Sammenhæng mellem kontaktform og accept af rygestoptilbud:

I den efterfølgende tabel vises sammenhængen mellem kontaktform og accept af rygestoptilbud eller ej. I tabellen fremgår det, at såfremt der opnås kontakt til borgere pr. telefon, er sandsynligheden for, at de accepterer rygestoptilbud 74 %.



Tabellen viser, at den telefoniske kontakt bidrager til flest borgere i rygestopforløb.

Konklusion

Undersøgelsen tegner et tydeligt billede af, at telefonisk kontakt til borgerne medfører, at flere siger ja tak til rygestopforløb. Dette budskab formidles til alle kommuner. Endvidere formidles det til de henvisende parter, at henvisninger til de kommunale tilbud fortsat bør være i fokus, og at det er væsentligt, at der fremgår korrekt telefonnummer til borgeren på henvisningen.

Den videre proces

Nærværende undersøgelses resultater videreformidles til de lokale samordningsfora samt psykiatriske samordningsfora. Endvidere formidles viden til DAK på et orienteringspunkt i januar 2022.

Undersøgelsen har været foretaget én gang på tværs af kommuner i Region Syddanmark, og gennemføres i henhold til tidligere beslutning i Følgegruppen igen om 6 måneder, dvs. i april 2022. Undersøgelsen formes og udføres af Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde.

De kommunale kontaktpersoner, der har indleveret data til nærværende undersøgelse, har allerede på nuværende tidspunkt (november 2021) modtaget en henvendelse fra følgegruppesekretariatet om, at fortsætte dataindsamling frem til 15/4 2021.
Det anvendte registreringsskema ser ud som følger:

Henvisninger	Henvisningskilde					Telefonisk kontakt (opkald el. sms)	Via e-boks	Ja tak til forløb	Nej tak, er/vil selv stoppe	Ingen kontakt
	AP	Somatisk sygehus	Psykiatrien	Kommunal instans	Borger					

Kommunerne sender det samlede skema til sekretariatet for Følgegruppen for Forebyggelse d. 15/4 2022.
Det foreslås at data følges over et år eller to, hvorefter Følgegruppen for Forebyggelse igen tager stilling til om det skal fortsætte.

Formålet med at indsamle disse oplysninger er at fastholde (og øge) antallet af både henvisninger og antallet af borgere i rygestopforløb. Indsamlingen af data kan ligeledes bruges til at synliggøre og eventuelt forbedre det tværsektorielle samarbejde om henvisninger.
Sygehusene har gavn af tallene for at give en forsikring om at der følges op på de henvisninger, der bliver sendt ud, ligesom kommunerne kan have interesse i at følge deres kontaktform og antal rygestopforløb.

Rygestopbasen

Mange kommuner anvender Rygestopbasen, der kan give et indblik i andelen af borgere, der er røgfri ved afsluttet forløb samt eventuelt ved 6 måneders opfølgning. Borgerne registreres først i Rygestopbasen, hvis de siger ja tak til et rygestopforløb i kommunen samt hvis de samtykker hertil. Følgegruppen for Forebyggelse lader det være op til lokal beslutning, om disse data skal findes og bearbejdes lokalt.

Procesplan

November 2021: Første indsamling af data forelægges Følgegruppen for Forebyggelse, hvorefter DAK og evt. SKU orienteres. (P)SOF og IPG'er forelægges samme opsamling.

April 2022: Dataindsamling gennemføres igen

Juni 2022: Data foreligges Følgegruppen for Forebyggelse, hvorefter resultaterne forelægges de lokale samordningsfora, implementeringsgrupper samt andre relevante fora, såfremt det synes relevant.

Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD)

Årsrapport 2020

1. juni 2020 – 31. maj 2021

Endelig version d. 1.12.2021

Hvorfra udgår rapporten

Rapporten er udarbejdet i et samarbejde mellem Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og styregruppen for Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase. Rapportens analyser og epidemiologisk kommentering er udarbejdet af RKKP. Styregruppen er ansvarlig for faglige kommentarer, konklusioner og anbefalinger i forhold til indikatorresultaterne.

Oversigt over styregruppens medlemmer ved indeværende årsrapport findes på side 205. Oversigt over de aktuelle styregruppemedlemmer kan findes på hjemmesiden for Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase: https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-hjerterehabiliteringsdatabase

Henvendelse vedr. rapporten til:
Kvalitetskonsulent Anne Nakano
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Hedeager 3, DK-8200 Aarhus N
Telefon: (+45) 2168 7688
E-mail: annjes@rkkp.dk
Web-adresse: www.rkkp.dk

Indholdsfortegnelse

KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER **1**

OVERSIGT OVER INDIKATORER OG DE SAMLEDE INDIKATORRESULTATER **5**

INDIKATORRESULTATER PÅ LANDS-, KOMMUNALT-, REGIONS- OG AFDELINGSNIVEAU **12**

INDIKATOROMRÅDE 1: DELTAGELSE I HJERTEREHABILITERING **12**
Indikator 1a 12
Indikator 1b - Hospitaler 28
Indikator 1b – Kommuner 39
Indikator 1c - Hospitaler 43
Indikator 1d - Hospitaler 55
Indikator 1d – Kommuner 64
INDIKATOROMRÅDE 2: ARBEJDSKAPACITET **66**
Indikator 2a - Hospitaler 66
Indikator 2a – Kommuner 70
Indikator 2b - Hospitaler 72
Indikator 2b – Kommuner 77
Indikator 2c - Hospitaler 80
Indikator 2c - Kommuner 85
INDIKATOROMRÅDE 3: RYGNING **87**
Indikator 3 - Hospitaler 87
Indikator 3 - Kommuner 97
INDIKATOROMRÅDE 4: DIÆTBEHANDLING **103**
Indikator 4a - Hospitaler 103
Indikator 4a - Kommuner 113
Indikator 4b - Hospitaler 115
Indikator 4b - Kommuner 124
INDIKATOROMRÅDE 5: LDL KOLESTEROL **127**
Indikator 5 - Hospitaler 127
INDIKATOROMRÅDE 6: BLODTRYK **137**
Indikator 6 - Hospitaler 137
INDIKATOROMRÅDE 7: SCREENING FOR DIABETES MELLITUS (DM) **147**
Indikator 7 - Hospitaler 147
INDIKATOROMRÅDE 8: SCREENING FOR DEPRESSION **157**
Indikator 8a - Hospitaler 157
Indikator 8a - Kommuner 167
Indikator 8b - Hospitaler 169
Indikator 8b - Kommuner 177
INDIKATOROMRÅDE 9: BLODFORTYNDENDE BEHANDLING **179**
Indikator 9 179
INDIKATOROMRÅDE 10: STATIN-BEHANDLING **191**
Indikator 10 191

BESKRIVELSE AF SYGDOMSOMRÅDET OG MÅLING AF BEHANDLINGSKVALITET **203**

DATAGRUNDLAG **204**

STYREGRUPPENS MEDLEMMER **205**

APPENDIKS **206**

LÆSEVEJLEDNING **207**
BEREGNINGSREGLER **208**
Indikator 1a 208

Oversigt over fordeling af kommuner i forhold til hospitaler med rehabiliteringsfunktion 210
Oversigt over afdelinger inkluderet i rapporten som hjerteafdelinger 214
INDIKATOR 1A..... 220
DEMOGRAFI 234
REGISTREREDE UNDERSØGELSES- OG BEHANDLINGSKODER I LANDSPATIENTREGISTERET RELATERET TIL DIMENSIONER AF HJERTEREHABILITERING 236
DÆKNINGSGRAD 247
PUBLIKATIONER SOM ANVENDER DATA FRA DHRD 248
REGIONALE KOMMENTARER 249
STRUKTURRAPPORT 2021 251

Konklusioner og anbefalinger

Kristian Korsgaard Thomsen, overlæge, ph.d. (Formand)

Hermed foreligger den 6. årsrapport for Kvalitetsdatabasen for Hjerterehabilitering, DHRD, omfattende perioden 1. juni 2020 til 31. maj 2021. Antallet af patienter med et rehabiliteringsbehov på baggrund af iskæmisk hjertesygdom er øget lidt fra ca. 11117 til ca. 11714 patienter fra foregående opgørelse.

Rapporten afspejler en brydningstid med store omlægninger i den måde Hjerterehabilitering og forebyggelse af åreforkalkningssygdomme hos mennesker, der allerede har sygdommen, udøves på i Danmark. Dertil har Covid-19 epidemien forårsaget en langvarig, markant og uensartet reduktion i såvel ambulatorie kapaciteten på hospitalerne som i kommunernes kapacitet og muligheder for bl.a. fysisk træning og undervisning på hold.

Denne årsrapport giver således ikke et retvisende billede af kvaliteten af hjerterehabiliteringen i Danmark under normale omstændigheder, men afspejler hvad der har været muligt i lyset af pandemi og deraf følgende funktionsomlægninger ifm. omprioritering af ressourcer og nedlukning. Styregruppen har derfor kun i begrænset omfang ændret kommentarerne til de enkelte indikatorer fra sidste årsrapport, men ser frem til et mere normalt driftsår 2021-2022, hvor de fleste af landets kommuner vil bidrage med data. Styregruppen ønsker at følge patienterne i almen praksis og vil arbejde på at dette også bliver en mulighed snarest.

Databasens indikatorer vil i 2022 blive revurderet i lyset af behovet for en tværsektoriel dokumentation og formidling af kvalitetssikringen, i takt med at en større andel af rehabiliteringen foregår i kommunerne.

Løkke-Rasmussen regeringen tog initiativ til at Sundhedsstyrelsen i 2018 udgav "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med iskæmisk hjertesygdom". Fokus var rettet imod, at den ikke farmakologiske del af hjerterehabiliteringen, såsom fysisk træning og diætetisk behandling, skulle foregå i kommunalt regi og dermed for en del patienters vedkommende foregå fysisk tættere på patientens bolig. Man udstedte også et cirkulære, som forpligter alle involverede instanser til at indrapportere data til Nationale Kvalitetsdatabaser.

Den farmakologiske behandling af højt kolesterol, højt blodtryk og af diabetes skulle fortsat være forankret i et samarbejde imellem landets kardiologiske afdelinger, speciallæger og praktiserende læger. De første års indberetninger til databasen (DHRD) vidnede om, at hjerterehabiliteringen på de danske hospitaler overvejende var velorganiseret og af høj kvalitet.

I løbet af 2019-2020 er fysisk træning, diætetisk behandling og rygestopkurser i tiltagende grad overdraget til kommunerne som planlagt. De midtjyske kommuner og tre sjællandske kommuner har systematisk monitoreret kvaliteten af de kommunale tilbud. Der indberettes systematisk data på de non farmakologiske indikatorer til en kommunal kvalitetsdatabase (HjerteKomMidt platform udarbejdet af DEFACTUM), hvorfra data overføres via webservice til den nationale database for Hjerterehabilitering i RKKP.
Kommunerne i Region Syddanmark (RSD) har alle i løbet af 2021 tilsluttet sig HjerteSyd indtastningsplatformen og er påbegyndt indtastning af data. Data overføres herfra via webservice til RKKP. Der vil først foreligge aggregerede dataanalyser fra RKKP i 2022 for RSD-data.
Situationen er fortsat uafklaret vedrørende kommunerne i Region Hovedstaden og de resterende 14 Sjællandske kommuner. Region Nordjylland har valgt at følge Region Syddanmarks model for at levere data til RKKP.

De tilgængelige data fra Region Midtjylland og Sydsjælland vidner om høj patientdeltagelse og god kvalitet. Dog viser årets dataindsamling at rygestopindsatsen er markant mindre effektiv. Der kan være særlige grunde til dette i indeværende år, hvor bl.a. COVID-19 kan have haft en betydning. Der opfordres fremadrettet til særlig opmærksomhed på rygestopindsatsen, mens vi afventer resultaterne i næste årsrapport.

Desværre viser de seneste to Årsrapporter, at kvaliteten af den farmakologiske behandling, altså kontrollen af blodtryk og LDL-kolesterol i mange patientforløb vedvarende forringes. Ved en rundspørge til

en række afdelinger med vigende resultater oplyses, at i tråd med parolen om det nære sundhedsvæsen afsluttes patienterne til opfølgning i almen praksis typisk efter en enkelt kontrol eller umiddelbart ved udskrivelse fra sengeafdelingen efter akut blodprop i hjertet eller ballonudvidelse pga. åreforkalkning. Dette sker uden skelnen til om patientens risikofaktorer (kolesterol, blodtryk, rygning, diabetes) er behandlet på plads. Denne praksis er farlig og præmatur, idet almen praksis ikke systematisk indkalder patienterne til opfølgning og ikke indberetter kvalitetsdata på hjerteområdet mhp. kvalitetssikring.

I betragtning af, at det udelukkende drejer sig om patienter med en væsentlig forhøjet risiko for genindlæggelse, ny blodprop i hjertet og død; en risiko som kan reduceres signifikant ved deltagelse i komplet hjerterehabiliteringsforløb bestående af risikofaktor modifikation, medicinsk efterbehandling og fysisk træning, bør indsatsen være systematisk, ensartet og med offentligt tilgængelig kvalitetskontrol.

Denne indsats bør på baggrund af dokumentation i kvalitetsdatabaserne således ikke fjernes fra hospitalsambulatorierne, før der er etableret en konsekvent og systematisk opfølgningsmodel i almen praksis. Det betyder at patienterne skal indkaldes på samme vis, som de bliver det til hospitalsambulatorierne. Den store gavnlige ændring af såvel livskvalitet som livslængde ved behandling af højt kolesterol og højt blodtryk i denne høj risiko patientgruppe er særdeles veldokumenteret. De seneste års praksis med svækkelse eller nedlukning af forebyggelsesambulatorierne på landets sygehuse er således skadelig for såvel patienterne som for samfundsøkonomien set i et større perspektiv. Denne forholdsvis lille gruppe af højrisikopatienter bør først afsluttes fra hospitalsambulatorierne, når behandlingsmålet for LDL-kolesterol og blodtryk er opnået.

Indlæsning af data fra Centrale Registre (og dermed reduktion af indtastningsbyrden lokalt)
Trods lovning på digital overførelse af laboratoriedata siden databasens opstart, er det endnu ikke lykkedes at indlæse data, og klinikere over hele landet må derfor fortsat indtaste blodprøvesvar manuelt. Indlæsning af data fra Region Midtjylland i den landsdækkende laboratoriedatabase er etableret i efteråret 2021 og RKKP forventer at laboratoriedata herefter kan overføres digitalt til databasen.

Datatræk fra recept databasen
Data overføres fra Receptdatasen til RKKP med betydelig forsinkelse, typisk 2 mdr. Selv efter dette tidspunkt mangler nogle recepter og dette anføres som årsagen til at afdelinger, der har forsøgt sig med datatræk i receptregistret ligger for lavt i indikatorerne vedr. andel af patienter i blodfortyndende behandling og i statin behandling (Århus, Vejle). Vi opretholder derfor muligheden for manuel korrektion af det automatiske datatræk.

På vegne af Styregruppen i DHRD, oktober 2021
Kristian Korsgaard Thomsen, overlæge, ph.d. (Formand)

Konklusioner og anbefalinger
Mette Bredsgaard, leder af Sundhedscenter i Viborg Kommune (Kommunal formand).
Nedlukningen af samfundet og prioriteringen i sundhedsvæsenet under corona har påvirket både sundhedsvæsenet i hospital og kommuner. Covid-19 perioden har derfor også haft stor indflydelse på denne årsrapport fra DRHD og dermed for hjerterehabiliteringsindsatsen i Danmark. Specielt ses en stor nedgang i antallet af borgere der har gennemført hjerterehabilitering.

I denne årsrapport fra DHRD, er det første gang, at årsrapporten offentliggøres med kommunale data. Årsrapporten indeholder data registreret i alle de midtjyske kommuner og Vordingborg, Lolland og Guldborgsund kommuner.
COVID-19 har ramt de kommunale tilbud til borgere med iskæmisk hjertesygdom. Rehabiliteringscentre måtte under første nedlukning aflyse eller omlægge alle aktiviteter. Senere er en stor del af aktiviteterne flyttet udendørs og til virtuelle platforme. Selvom COVID-19 har udfordret hjerterehabiliteringen, så er der også åbnet op for nye muligheder. Der har været gang i den kreative tænkning lokalt og det har bl.a. vist et potentialet i at supplere med digitale muligheder.

Kommunerne oplever, at de digitale tilbud har gjort det muligt at nå nogle patienter, der normalt ikke deltager i rehabiliteringstilbuddene. Det er derfor væsentligt at kommunerne fastholder og udbreder de gode tilbud, som de har udviklet under corona. Herunder at finde ud af, hvilke borgergrupper som bedst profiterer af de nye tilbud.

De kommunale data kommer overordnet fra et system der hedder HjerteKomMidt. HjerteKomMidt er et system til opsamling og visning af data fra hjerterehabilitering fase 2. Systemet blev initieret af de midtjyske kommuner og udviklet og drevet af DEFACTUM. Der er derfor udelukkende tale om et kommunalt system.

Blandt de syddanske kommuner har man sammen med Region Syddanmark besluttet at udvikle et nyt system til opsamling af data fra hjerterehabilitering fase 2. Dette system kaldes Hjertesyd, og der har været registreret i systemet siden 1. januar 2021. Der har været arbejdet på at få data med i denne årsrapport, men det har ikke været muligt. I Nordjylland har man valgt at bruge Hjertesyds metode til opsamling af data, og det vil blive sat i gang snarligt efter udgivelsen af denne årsrapport.

Hos de resterende kommuner i Region Sjælland, er der endnu ikke lavet en samarbejdsaftale for hjerterehabilitering fase 2 mellem kommunerne og regionen. Kommunerne har derfor endnu ikke lagt sig fast på hvordan de skal samle data op. Det samme gør sig gældende for Region Hovedstaden.
Styregruppen henstiller til, at de kommuner der laver hjerterehabilitering i fase 2 opsamler data, som kan bruges i de kommende årsrapporter for DHRD.
I arbejdet med denne årsrapport, er der observeret nogle forskelligheder i målopfyldelsen mellem opfyldelsesgraden i årsrapporten og den samme i HjerteKomMidt. Der vil blive igangsat et arbejde, der skal fjerne disse forskelligheder, sådan at der fra næste års rapport, vil være overensstemmelse mellem Indikatorberegningen i DHRD og den som findes i HjerteKomMidt.
I nærværende årsrapport vil der derfor stadig være uoverensstemmelse mellem tæller og nævner når kommunerne sammenligner med egne data i HjerteKomMidt.

Konklusion
Det er af stor betydning for den enkelte borger, at der er mulighed for at træne tættere på eget hjem. Dette forventes at kunne øge antallet af borgere som gennemfører et hjerterehabiliteringsforløb. Kvalitetsmæssigt er det af stor værdi at kunne følge rehabiliteringsforløbet fra hospital til kommune og hermed være opmærksom på kvaliteten af hjerterehabiliteringen over sektorgrænser. Styregruppen vil frem mod næste årsrapport arbejde på, at de indikatorer hvor det giver mening, lægges sammen. Sådan at man kan se de samlede forløb for borgerne.
Der er 11 indikatorer som følges i kommunalt regi, det er de non-farmakologiske indikatorer som omhandler fysisk træning, rygning, diætbehandling samt depressionsscreening.
Styregruppen henstiller til, at kommunerne, efter Corona restriktioner og deraf nedlukninger, kommer tilbage til en kultur hvor der dokumenteres mere systematisk og tidstro. På den måde vil indikatorerne igen blive mere retvisende.

Denne årsrapport giver mulighed for at følge med i kvaliteten både på hospitalet, men også i kommunen. Ud fra opgørelserne af de forskellige indikatorer, er det overordnede indtryk, at kommunerne leverer samme kvalitet i hjerterehabiliteringen som hospitalerne gør.

På vegne af Styregruppen i DHRD, oktober 2021

Mette Bredsgaard, leder af Sundhedscenter i Viborg Kommune (Kommunal formand).

Oversigt over indikatorer og de samlede indikatorresultater

Tabellen nedenfor viser en oversigt over alle indikatorer inklusiv standarder gældende for indeværende opgørelsesperiode (1. juni 2020 – 31. maj 2021). Indikatorer som i databasen opgøres for både sygehuse og kommuner er markeret med gråt.

Indikatorområde	Indikatornr. og definition	Type	Standard
Deltagelse i hjerterehabilitering og tid til opstart	1a. Andel af patienter der deltager i hjerterehabiliteringsforløb blandt alle patienter med iskæmisk hjertesygdom, indlagt[1] på en kardiologisk afdeling.	Proces	≥70 %
	1b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabiliteringsforløb.	Proces	≥75 %
	1c. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom der har første ambulante kontakt med sygeplejerske eller læge indenfor 2 uger efter udskrivelse.	Proces	≥80 %
	1d. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom (ikke CABG) der er påbegyndt fysisk træning indenfor 4 uger efter udskrivelse.	Proces	≥80 %
Arbejdskapacitet	2a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som gennemfører mindst 75 % af de planlagte træningssessioner.	Proces	≥70 %
	2b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i kommune eller sygehusregi, som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest.	Resultat	≥80 %
	2c. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i kommune eller sygehusregi, der testes med den samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet.	Proces	≥90 %
Rygning	3. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der er eks-rygere ved afslutning af rehabiliteringsforløbet.	Resultat	≥60 %
Diætbehandling	4a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er screenet f.eks. med hjertekostskema, med henblik på at afklare behovet for kostintervention[2].	Proces	≥75 %

	4b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kost screening, som har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist, på hold eller som individuelt forløb, ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet.	Proces	≥75 %
LDL kolesterol	5. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l.	Resultat	≥70 %
Blodtryk	6. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet har opfyldt behandlingsmål for blodtryk for den pågældende patient.	Resultat	≥70 %
Screening for Diabetes Mellitus	7 Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom og uden kendt diabetes ved indlæggelsen, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet er screenet for diabetes	Proces	≥90 %
Screening for depression	8a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet.	Proces	≥80 %
	8b. Andel af patienter med positiv depressions screening, hvor der er lagt en behandlingsplan[4].	Proces	≥90 %
Trombocythæmmende behandling	9. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom i trombocythæmmende behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet.	Proces	≥95 %
Statin-behandling	10. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er i statin-behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet.	Proces	≥90 %

[1] Og patienter med stabil angina pectoris med KAG i ambulant forløb, uden indikation for PCI, men fortsat medicinsk behandling. [2] På hold eller som individuelt tilbud.
[3] Privatpraktiserende endokrinolog, endokrinolog på medicinsk-endokrinologisk ambulatorium eller Steno Diabetes Center samt egen læge. [4] "Watchful waiting" eller henvisning til egen læge, psykolog eller psykiater for patienter i sygehusregi. Vejledt til at kontakte egen læge for patienter i kommunalt regi.

Nedenstående tabeller indeholder en oversigt over de samlede indikatorresultater på landsplan for det aktuelle opgørelsesår samt de to foregående år for hhv. hospitaler og kommuner. Kolonnen "Uoplyst" angiver andel af patienter i det aktuelle opgørelsesår, som mangler data, der er nødvendige for at beregne den pågældende indikator.

Oversigt over de samlede indikatorresultater - Hospitaler

				Indikatoropfyldelse			
			Uoplyst	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020	2018/2019
Indikator	Format	Standard	%	Andel	95% CI	Andel	Andel
Indikator 1a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom der deltager i hjerterehabilitering, på sygehuset eller i kommunen	Andel	≥ 70	0	50,8	(49,8-51,7)	51,7	
Indikator 1b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabilitering	Andel	≥ 75	0	60,2	(58,5-61,9)	53,5	56,9
Indikator 1c. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der har første rehabiliteringssamtale inden for to uger efter udskrivelsen.	Andel	≥ 80	0	23,9	(22,6-25,1)		
Indikator 1d. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom (ikke CABG) der er påbegyndt fysisk træning indenfor 4 uger efter udskrivelse	Andel	≥ 80	0	20,5	(18,2-23,0)	30,7	
Indikator 2a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som gennemfører mindst 75 % af de planlagte træningssessioner	Andel	≥ 70	13	70,4	(67,1-73,6)	75,8	75,8
Indikator 2b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i sygehusregi, som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest	Andel	≥ 80	4	42,6	(36,3-49,1)	59,3	60,9
Indikator 2c. Andel af patienter, der er testet med samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af fysisk træningsforløb	Andel	≥ 90	0	88,8	(84,6-92,2)	92,9	

				Indikatoropfyldelse			
			Uoplyst	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020	2018/2019
Indikator	Format	Standard	%	Andel	95% CI	Andel	Andel
Indikator 3. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der er eks-rygere ved afslutning af forløbet	Andel	≥ 60	6	26,9	(24,3-29,6)	27,2	37,7
Indikator 4a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som er screenet for behov for kostintervention.	Andel	≥ 75	1	22,2	(21,0-23,4)	31,9	70,2
Indikator 4b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kostscreening, som har modtaget diætbehandling v. klinisk diætist ved afslutning af rehabiliteringsforløbet.	Andel	≥ 75	19	68,9	(65,5-72,2)	77,0	80,3
Indikator 5. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l	Andel	≥ 70	8	36,7	(35,3-38,2)		
Indikator 6. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har opfyldt behandlingsmål for blodtryk	Andel	≥ 70	4	37,0	(35,6-38,5)		
Indikator 7. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, uden kendt diabetes, som ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet er screenet for diabetes	Andel	≥ 90	0	96,8	(96,2-97,4)	96,8	98,1
Indikator 8a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet	Andel	≥ 80	0	56,6	(55,1-58,0)	63,3	71,0
Indikator 8b. Andel af patienter med positiv screening for depression, hvor der er lagt en behandlingsplan	Andel	≥ 90	2	80,5	(74,3-85,8)	85,4	89,3

				Indikatoropfyldelse			
			Uoplyst	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020	2018/2019
Indikator	Format	Standard	%	Andel	95% CI	Andel	Andel
Indikator 9. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom i trombocythæmmende behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet	Andel	≥ 95	0	93,5	(92,8-94,3)	94,6	95,9
Indikator 10. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er i statin-behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet	Andel	≥ 90	0	91,6	(90,7-92,4)	92,2	92,9

Oversigt over de samlede indikatorresultater - Kommuner

				Indikatoropfyldelse			
			Uoplyst	01.06.2019 - 31.05.2020		2019/2019	&PerYearName_0
Indikator	Format	Standard	%	Andel	95% CI	Andel	Andel
Indikator 1ax. Andel af patienter der deltager i hjerterehabilitering blandt patienter med iskæmisk hjertesygdom, med ja til deltagelse i kommunen	Andel	≥ 70	0	49	(48-51)	52	51
Indikator 1b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabilitering	Andel	≥ 75	1	30	(28-32)	69	
Indikator 1d. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom (ikke CABG) der er påbegyndt fysisk træning indenfor 4 uger efter udskrivelse	Andel	≥ 80	0	35	(32-39)	44	39
Indikator 2a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som gennemfører mindst 75 % af de planlagte træningssessioner	Andel	≥ 70	0	68	(64-71)	75	84
Indikator 2b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i sygehusregi, som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest	Andel	≥ 80	1	58	(53-62)	66	63
Indikator 2c. Andel af patienter, der er testet med samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af fysisk træningsforløb	Andel	≥ 90	0	98	(97-99)	100	100
Indikator 3. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der er ex-rygere ved afslutning af forløbet	Andel	≥ 60	2	51	(41-60)	57	45
Indikator 4a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som er screenet for behov for kostintervention.	Andel	≥ 75	0	100	(99-100)	100	100
Indikator 4b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kostscreening, som har modtaget diætbehandling v. ved klinisk diætist ved afslutning af rehabiliteringsforløbet.	Andel	≥ 75	0	76	(72-80)	79	74

				Indikatoropfyldelse			
			Uoplyst	01.06.2019 - 31.05.2020		2019/2019	&PerYearName_0
Indikator	Format	Standard	%	Andel	95% CI	Andel	Andel
Indikator 8a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet	Andel	≥ 80	9	83	(80-86)	85	79
Indikator 8b. Andel af patienter med positiv screening for depression, hvor der er lagt en behandlingsplan	Andel	≥ 90	100				

Indikatorresultater på lands-, kommunalt-, regions- og afdelingsniveau

Indikatorområde 1: Deltagelse i hjerterehabilitering

Indikator 1a
Andel af patienter der deltager i hjerterehabilitering blandt alle patienter med iskæmisk hjertesygdom, indlagt[1] på en kardiologisk afdeling.
Standard: ≥ 70%

Indikator 1a. Andel af patienter med hjertesygdom der deltager i hjerterehabilitering, på sygehuset eller i kommunen

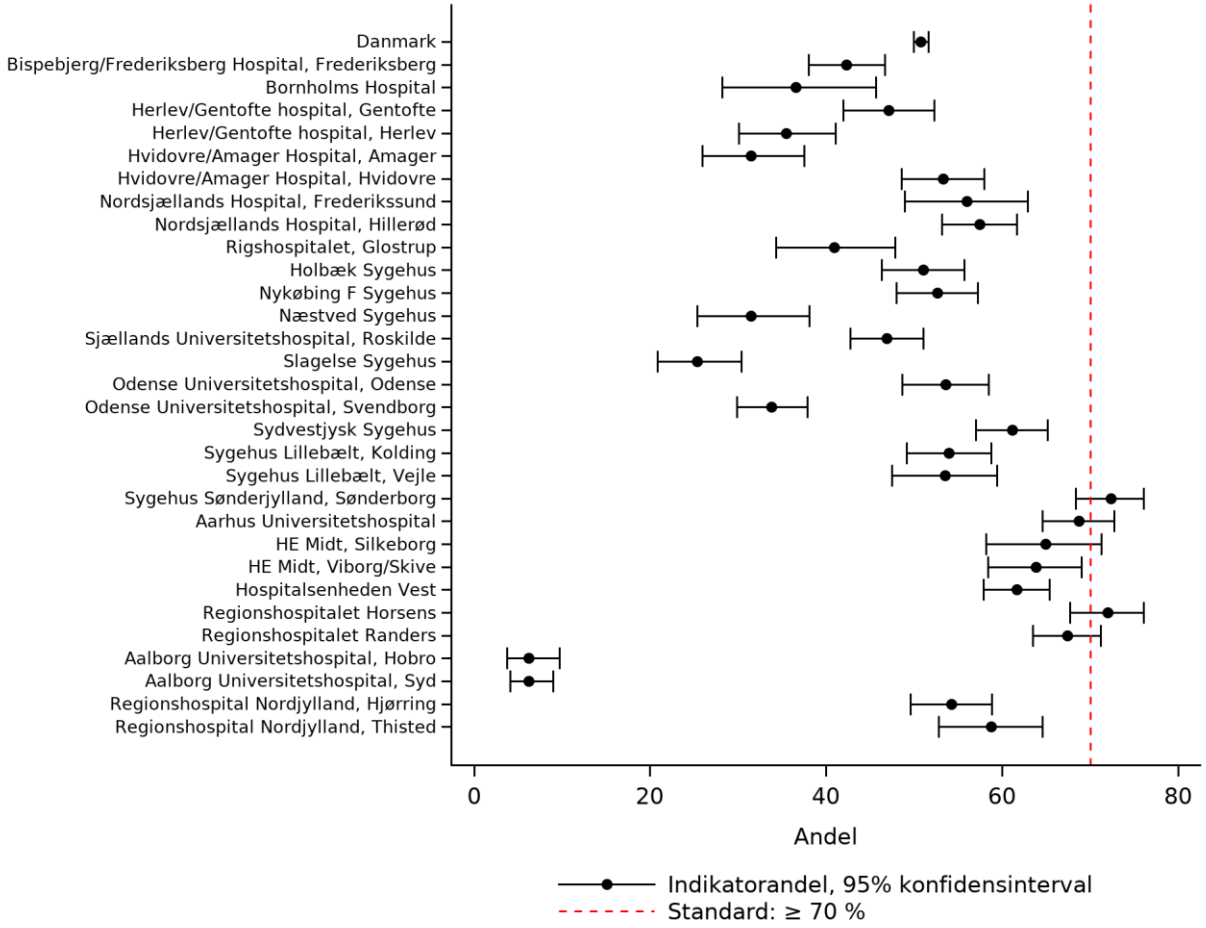
	Standard ≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Danmark	Nej	5.945 / 11.714	0 (0)	50,8	(49,8-51,7)	6.153 / 11.913	51,7
Hovedstaden	Nej	1.343 / 2.906	0 (0)	46,2	(44,4-48,1)	1.232 / 3.173	38,8
Sjælland	Nej	879 / 2.002	0 (0)	43,9	(41,7-46,1)	974 / 2.058	47,3
Syddanmark	Nej	1.482 / 2.705	0 (0)	54,8	(52,9-56,7)	1.624 / 2.689	60,4
Midtjylland	Nej	1.794 / 2.700	0 (0)	66,4	(64,6-68,2)	1.814 / 2.676	67,8
Nordjylland	Nej	447 / 1.401	0 (0)	31,9	(29,5-34,4)	509 / 1.317	38,7
Hovedstaden	Nej	1.343 / 2.906	0 (0)	46,2	(44,4-48,1)	1.232 / 3.173	38,8
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg	Nej	212 / 501	0 (0)	42,3	(38,0-46,8)	186 / 561	33,2
Bornholms Hospital	Nej	45 / 123	0 (0)	36,6	(28,1-45,8)	64 / 145	44,1
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Nej	170 / 361	0 (0)	47,1	(41,9-52,4)	126 / 332	38,0
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Nej	106 / 299	0 (0)	35,5	(30,0-41,2)	87 / 349	24,9
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Nej	80 / 254	0 (0)	31,5	(25,8-37,6)	110 / 273	40,3
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Nej	234 / 439	0 (0)	53,3	(48,5-58,1)	194 / 464	41,8
Nordsjællands Hospital, Frederikssund	Nej	112 / 200	0 (0)	56,0	(48,8-63,0)	143 / 242	59,1
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej	298 / 519	0 (0)	57,4	(53,0-61,7)	294 / 590	49,8
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	86 / 210	0 (0)	41,0	(34,2-47,9)	28 / 217	12,9
Sjælland	Nej	879 / 2.002	0 (0)	43,9	(41,7-46,1)	974 / 2.058	47,3

[1] Og patienter med stabil angina pectoris med KAG i ambulant forløb, uden indikation for PCI, men fortsat medicinsk behandling.

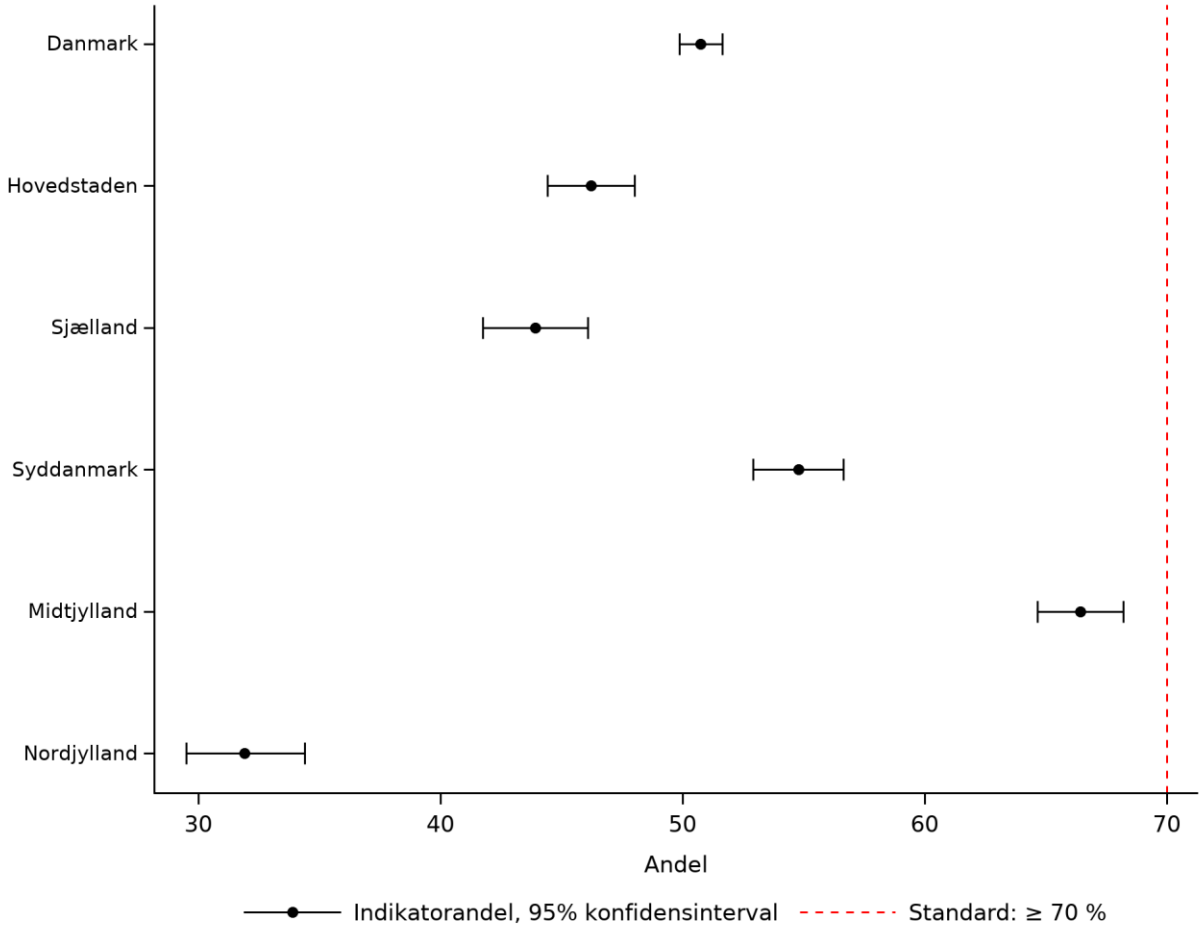
	Standard ≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Holbæk Sygehus	Nej	226 / 443	0 (0)	51,0	(46,3-55,8)	234 / 454	51,5
Nykøbing F Sygehus	Nej	240 / 456	0 (0)	52,6	(47,9-57,3)	249 / 452	55,1
Næstved Sygehus	Nej	67 / 213	0 (0)	31,5	(25,3-38,2)	99 / 228	43,4
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	262 / 559	0 (0)	46,9	(42,7-51,1)	238 / 598	39,8
Slagelse Sygehus	Nej	84 / 331	0 (0)	25,4	(20,8-30,4)	154 / 326	47,2
Syddanmark	Nej	1.482 / 2.705	0 (0)	54,8	(52,9-56,7)	1.624 / 2.689	60,4
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	217 / 405	0 (0)	53,6	(48,6-58,5)	230 / 399	57,6
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	183 / 542	0 (0)	33,8	(29,8-37,9)	235 / 477	49,3
Sydvestjysk Sygehus	Nej	337 / 551	0 (0)	61,2	(57,0-65,3)	372 / 577	64,5
Sygehus Lillebælt, Kolding	Nej	225 / 417	0 (0)	54,0	(49,0-58,8)	249 / 444	56,1
Sygehus Lillebælt, Vejle	Nej	146 / 273	0 (0)	53,5	(47,4-59,5)	205 / 283	72,4
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	374 / 517	0 (0)	72,3	(68,3-76,2)	333 / 509	65,4
Midtjylland	Nej	1.794 / 2.700	0 (0)	66,4	(64,6-68,2)	1.814 / 2.676	67,8
Aarhus Universitetshospital	Nej	345 / 502	0 (0)	68,7	(64,5-72,8)	320 / 451	71,0
HE Midt, Silkeborg	Nej	137 / 211	0 (0)	64,9	(58,1-71,4)	144 / 207	69,6
HE Midt, Viborg/Skive	Nej	205 / 321	0 (0)	63,9	(58,3-69,1)	259 / 356	72,8
Hospitalsenheden Vest	Nej	397 / 644	0 (0)	61,7	(57,8-65,4)	440 / 690	63,8
Regionshospitalet Horsens	Ja	327 / 454	0 (0)	72,0	(67,7-76,1)	339 / 451	75,2
Regionshospitalet Randers	Nej	383 / 568	0 (0)	67,4	(63,4-71,3)	312 / 521	59,9
Nordjylland	Nej	447 / 1.401	0 (0)	31,9	(29,5-34,4)	509 / 1.317	38,7
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Nej	17 / 274	0 (0)	6,2	(3,7-9,8)	52 / 262	19,9
Aalborg Universitetshospital, Syd	Nej	25 / 403	0 (0)	6,2	(4,1-9,0)	84 / 413	20,3
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej	244 / 450	0 (0)	54,2	(49,5-58,9)	208 / 386	53,9

	Standard ≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Regionshospital Nordjylland, Thisted	Nej	161 / 274	0 (0)	58,8	(52,7-64,7)	165 / 256	64,5

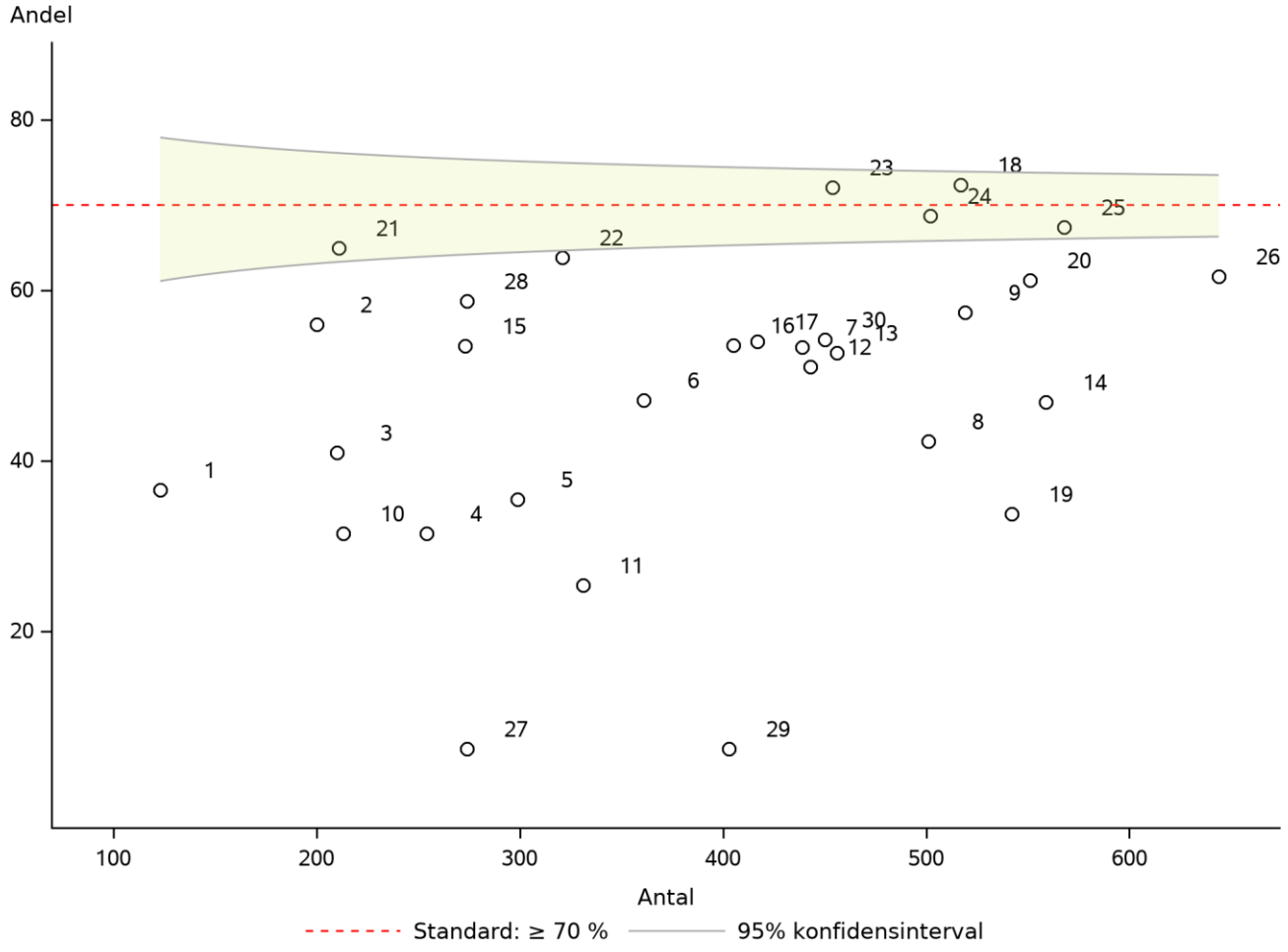
Indikator 1a. Andel af patienter med hjertesygdom der deltager i hjerterehabilitering, på sygehuset eller i kommunen. Kontroldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 1a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom der deltager i hjerterehabilitering, på sygehuset eller i kommunen. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 1a. Andel af patienter med hjertesygdom der deltager i hjerterehabilitering, på sygehuset eller i kommunen. Funnelplot på afdelingsniveau.



Afdelingskode	Afdeling
1	Bornholms Hospital
2	Nordsjællands Hospital, Frederikssund
3	Rigshospitalet, Glostrup
4	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
5	Herlev/Gentofte hospital, Herlev
6	Herlev/Gentofte hospital, Gentofte
7	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
8	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
9	Nordsjællands Hospital, Hillerød
10	Næstved Sygehus
11	Slagelse Sygehus
12	Holbæk Sygehus
13	Nykøbing F Sygehus
14	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
15	Sygehus Lillebælt, Vejle
16	Odense Universitetshospital, Odense
17	Sygehus Lillebælt, Kolding
18	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
19	Odense Universitetshospital, Svendborg
20	Sydvestjysk Sygehus
21	HE Midt, Silkeborg
22	HE Midt, Viborg/Skive
23	Regionshospitalet Horsens
24	Aarhus Universitetshospital
25	Regionshospitalet Randers
26	Hospitalsenheden Vest
27	Aalborg Universitetshospital, Hobro
28	Regionshospital Nordjylland, Thisted
29	Aalborg Universitetshospital, Syd
30	Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Indikator 1a2. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom der deltager i hjerterehabilitering, på sygehuset eller i kommunen (vist på kommuneniveau)

	Standard ≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Danmark	Nej	5.945 / 11.714	0 (0)	50,8	(49,8-51,7)	6.153 / 11.913	51,7
Hovedstaden	Nej	1.343 / 2.906	0 (0)	46,2	(44,4-48,1)	1.232 / 3.173	38,8
Sjælland	Nej	879 / 2.002	0 (0)	43,9	(41,7-46,1)	974 / 2.058	47,3
Syddanmark	Nej	1.482 / 2.705	0 (0)	54,8	(52,9-56,7)	1.624 / 2.689	60,4
Midtjylland	Nej	1.794 / 2.700	0 (0)	66,4	(64,6-68,2)	1.814 / 2.676	67,8
Nordjylland	Nej	447 / 1.401	0 (0)	31,9	(29,5-34,4)	509 / 1.317	38,7
Hovedstaden	Nej	1.343 / 2.906	0 (0)	46,2	(44,4-48,1)	1.232 / 3.173	38,8
Albertslund	Nej	30 / 63	0 (0)	47,6	(34,9-60,6)	6 / 54	11,1
Allerød	Nej	27 / 50	0 (0)	54,0	(39,3-68,2)	32 / 47	68,1
Ballerup	Nej	25 / 81	0 (0)	30,9	(21,1-42,1)	22 / 98	22,5
Bornholms Region	Nej	45 / 123	0 (0)	36,6	(28,1-45,8)	64 / 145	44,1
Brøndby	Nej	44 / 73	0 (0)	60,3	(48,1-71,6)	31 / 65	47,7
Dragør	Nej	11 / 25	0 (0)	44,0	(24,4-65,1)	8 / 27	29,6
Egedal	Nej	37 / 81	0 (0)	45,7	(34,6-57,1)	27 / 89	30,3
Fredensborg	Nej	33 / 64	0 (0)	51,6	(38,7-64,3)	56 / 99	56,6
Frederiksberg	Nej	50 / 129	0 (0)	38,8	(30,3-47,7)	50 / 150	33,3
Frederikssund	Nej	69 / 117	0 (0)	59,0	(49,5-68,0)	86 / 146	58,9
Furesø	Nej	38 / 87	0 (0)	43,7	(33,1-54,7)	23 / 62	37,1
Gentofte	Nej	58 / 106	0 (0)	54,7	(44,8-64,4)	44 / 110	40,0
Gladsaxe	Nej	30 / 90	0 (0)	33,3	(23,7-44,1)	29 / 111	26,1
Glostrup	Nej	10 / 27	0 (0)	37,0	(19,4-57,6)	3 / 48	6,3
Gribskov	Nej	71 / 111	0 (0)	64,0	(54,3-72,9)	73 / 131	55,7
Halsnæs	Nej	43 / 83	0 (0)	51,8	(40,6-62,9)	57 / 96	59,4
Helsingør	Nej	79 / 148	0 (0)	53,4	(45,0-61,6)	56 / 149	37,6
Herlev	Nej	14 / 47	0 (0)	29,8	(17,3-44,9)	9 / 50	18,0
Hillerød	Nej	62 / 100	0 (0)	62,0	(51,8-71,5)	56 / 109	51,4
Hvidovre	Nej	67 / 112	0 (0)	59,8	(50,1-69,0)	70 / 112	62,5
Høje-Taastrup	Nej	34 / 86	0 (0)	39,5	(29,2-50,7)	13 / 98	13,3
Hørsholm	Nej	26 / 46	0 (0)	56,5	(41,1-71,1)	21 / 55	38,2
Ishøj	Nej	18 / 41	0 (0)	43,9	(28,5-60,3)	7 / 40	17,5
København	Nej	286 / 670	0 (0)	42,7	(38,9-46,5)	276 / 729	37,9

	Standard ≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Lyngby-Tårbæk	Nej	28 / 65	0 (0)	43,1	(30,9-56,0)	24 / 48	50,0
Rudersdal	Nej	42 / 95	0 (0)	44,2	(34,0-54,8)	35 / 109	32,1
Rødovre	Nej	32 / 81	0 (0)	39,5	(28,8-51,0)	11 / 76	14,5
Tårnby	Nej	29 / 82	0 (0)	35,4	(25,1-46,7)	41 / 92	44,6
Vallensbæk	Nej	5 / 23	0 (0)	21,7	(7,5-43,7)	# /#	7,1
Sjælland	Nej	879 / 2.002	0 (0)	43,9	(41,7-46,1)	974 / 2.058	47,3
Faxe	Nej	37 / 89	0 (0)	41,6	(31,2-52,5)	46 / 107	43,0
Greve	Nej	54 / 97	0 (0)	55,7	(45,2-65,8)	45 / 118	38,1
Guldborgsund	Nej	95 / 182	0 (0)	52,2	(44,7-59,6)	95 / 172	55,2
Holbæk	Nej	87 / 170	0 (0)	51,2	(43,4-58,9)	86 / 157	54,8
Kalundborg	Nej	56 / 109	0 (0)	51,4	(41,6-61,1)	61 / 124	49,2
Køge	Nej	48 / 118	0 (0)	40,7	(31,7-50,1)	52 / 130	40,0
Lejre	Nej	27 / 57	0 (0)	47,4	(34,0-61,0)	32 / 64	50,0
Lolland	Nej	63 / 149	0 (0)	42,3	(34,2-50,6)	77 / 135	57,0
Næstved	Nej	67 / 213	0 (0)	31,5	(25,3-38,2)	99 / 228	43,4
Odsherred	Nej	56 / 107	0 (0)	52,3	(42,5-62,1)	55 / 109	50,5
Ringsted	Nej	15 / 66	0 (0)	22,7	(13,3-34,7)	33 / 69	47,8
Roskilde	Nej	74 / 158	0 (0)	46,8	(38,9-54,9)	61 / 154	39,6
Slagelse	Nej	49 / 202	0 (0)	24,3	(18,5-30,8)	98 / 207	47,3
Solrød	Nej	26 / 49	0 (0)	53,1	(38,3-67,5)	12 / 33	36,4
Sorø	Nej	20 / 63	0 (0)	31,8	(20,6-44,7)	23 / 50	46,0
Stevns	Nej	23 / 48	0 (0)	47,9	(33,3-62,8)	22 / 56	39,3
Vordingborg	Nej	82 / 125	0 (0)	65,6	(56,6-73,9)	77 / 145	53,1
Syddanmark	Nej	1.482 / 2.705	0 (0)	54,8	(52,9-56,7)	1.624 / 2.689	60,4
Aabenraa	Nej	99 / 142	0 (0)	69,7	(61,5-77,1)	90 / 142	63,4
Assens	Nej	37 / 94	0 (0)	39,4	(29,4-50,0)	51 / 109	46,8
Billund	Nej	41 / 70	0 (0)	58,6	(46,2-70,2)	42 / 68	61,8
Esbjerg	Nej	154 / 252	0 (0)	61,1	(54,8-67,2)	188 / 278	67,6
Faaborg-Midtfyn	Nej	30 / 115	0 (0)	26,1	(18,3-35,1)	39 / 94	41,5
Fanø	Nej	5 / 9	0 (0)	55,6	(21,2-86,3)	7 / 9	77,8
Fredericia	Nej	71 / 133	0 (0)	53,4	(44,5-62,1)	80 / 146	54,8
Haderslev	Nej	73 / 114	0 (0)	64,0	(54,5-72,8)	73 / 117	62,4
Kerteminde	Nej	12 / 47	0 (0)	25,5	(13,9-40,4)	27 / 56	48,2

	Standard ≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Kolding	Nej	115 / 198	0 (0)	58,1	(50,9-65,0)	113 / 200	56,5
Langeland	Nej	14 / 33	0 (0)	42,4	(25,5-60,8)	18 / 37	48,7
Middelfart	Nej	39 / 86	0 (0)	45,4	(34,6-56,5)	56 / 98	57,1
Nordfyns	Nej	30 / 63	0 (0)	47,6	(34,9-60,6)	43 / 72	59,7
Nyborg	Nej	30 / 86	0 (0)	34,9	(24,9-45,9)	26 / 51	51,0
Odense	Nej	187 / 342	0 (0)	54,7	(49,2-60,0)	187 / 327	57,2
Svendborg	Nej	56 / 155	0 (0)	36,1	(28,6-44,2)	70 / 119	58,8
Sønderborg	Ja	136 / 176	0 (0)	77,3	(70,4-83,2)	118 / 165	71,5
Tønder	Ja	66 / 85	0 (0)	77,7	(67,3-86,0)	52 / 85	61,2
Varde	Nej	81 / 129	0 (0)	62,8	(53,8-71,1)	72 / 106	67,9
Vejen	Nej	56 / 91	0 (0)	61,5	(50,8-71,6)	63 / 116	54,3
Vejle	Nej	146 / 273	0 (0)	53,5	(47,4-59,5)	205 / 283	72,4
Ærø	Nej	4 / 12	0 (0)	33,3	(9,9-65,1)	4 / 11	36,4
Midtjylland	Nej	1.794 / 2.700	0 (0)	66,4	(64,6-68,2)	1.814 / 2.676	67,8
Favrskov	Nej	72 / 107	0 (0)	67,3	(57,6-76,1)	59 / 99	59,6
Hedensted	Ja	76 / 103	0 (0)	73,8	(64,2-82,0)	80 / 111	72,1
Herning	Nej	126 / 199	0 (0)	63,3	(56,2-70,0)	128 / 195	65,6
Holstebro	Nej	74 / 110	0 (0)	67,3	(57,7-75,9)	91 / 146	62,3
Horsens	Ja	131 / 187	0 (0)	70,1	(62,9-76,5)	134 / 177	75,7
Ikast-Brande	Nej	43 / 77	0 (0)	55,8	(44,1-67,2)	64 / 101	63,4
Lemvig	Nej	34 / 61	0 (0)	55,7	(42,5-68,5)	35 / 54	64,8
Norddjurs	Nej	77 / 120	0 (0)	64,2	(54,9-72,7)	52 / 83	62,7
Odder	Nej	39 / 57	0 (0)	68,4	(54,8-80,1)	41 / 51	80,4
Randers	Nej	149 / 215	0 (0)	69,3	(62,7-75,4)	136 / 227	59,9
Ringkøbing-Skjern	Nej	79 / 135	0 (0)	58,5	(49,7-66,9)	92 / 141	65,3
Samsø	Nej	3 / 8	0 (0)	37,5	(8,5-75,5)	3 / 3	100,0
Silkeborg	Nej	137 / 211	0 (0)	64,9	(58,1-71,4)	144 / 207	69,6
Skanderborg	Ja	81 / 107	0 (0)	75,7	(66,5-83,5)	84 / 112	75,0
Skive	Nej	68 / 104	0 (0)	65,4	(55,4-74,5)	84 / 125	67,2
Struer	Nej	41 / 62	0 (0)	66,1	(53,0-77,7)	30 / 53	56,6
Syddjurs	Nej	85 / 126	0 (0)	67,5	(58,5-75,5)	65 / 112	58,0
Viborg	Nej	137 / 217	0 (0)	63,1	(56,3-69,6)	175 / 231	75,8
Århus	Nej	342 / 494	0 (0)	69,2	(65,0-73,3)	317 / 448	70,8

	Standard ≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Nordjylland	Nej	447 / 1.401	0 (0)	31,9	(29,5-34,4)	509 / 1.317	38,7
Aalborg	Nej	25 / 403	0 (0)	6,2	(4,1-9,0)	84 / 413	20,3
Brønderslev-Dronninglund	Nej	52 / 89	0 (0)	58,4	(47,5-68,8)	45 / 73	61,6
Frederikshavn	Nej	102 / 182	0 (0)	56,0	(48,5-63,4)	80 / 150	53,3
Hjørring	Nej	89 / 176	0 (0)	50,6	(42,9-58,2)	80 / 157	51,0
Jammerbugt	Nej	56 / 102	0 (0)	54,9	(44,7-64,8)	41 / 75	54,7
Læsø	Nej	# /#	0 (0)	33,3	(0,8-90,6)	3 / 6	50,0
Mariagerfjord	Nej	6 / 112	0 (0)	5,4	(2,0-11,3)	23 / 109	21,1
Morsø	Nej	22 / 41	0 (0)	53,7	(37,4-69,3)	40 / 55	72,7
Rebild	Nej	4 / 72	0 (0)	5,6	(1,5-13,6)	14 / 60	23,3
Thisted	Nej	83 / 131	0 (0)	63,4	(54,5-71,6)	84 / 126	66,7
Vesthimmerlands	Nej	7 / 90	0 (0)	7,8	(3,2-15,4)	15 / 93	16,1

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Indikator 1ap. Andel af patienter med hjertesygdom der deltager i hjerterehabilitering, på sygehuset

	Standard ≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Danmark	Nej	5.503 / 11.714	0 (0)	47,0	(46,1-47,9)	5.715 / 11.913	48,0
Hovedstaden	Nej	1.343 / 2.906	0 (0)	46,2	(44,4-48,1)	1.232 / 3.173	38,8
Sjælland	Nej	772 / 2.002	0 (0)	38,6	(36,4-40,7)	878 / 2.058	42,7
Syddanmark	Nej	1.482 / 2.705	0 (0)	54,8	(52,9-56,7)	1.623 / 2.689	60,4
Midtjylland	Nej	1.459 / 2.700	0 (0)	54,0	(52,1-55,9)	1.473 / 2.676	55,0
Nordjylland	Nej	447 / 1.401	0 (0)	31,9	(29,5-34,4)	509 / 1.317	38,7
Hovedstaden	Nej	1.343 / 2.906	0 (0)	46,2	(44,4-48,1)	1.232 / 3.173	38,8
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg	Nej	212 / 501	0 (0)	42,3	(38,0-46,8)	186 / 561	33,2
Bornholms Hospital	Nej	45 / 123	0 (0)	36,6	(28,1-45,8)	64 / 145	44,1
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Nej	170 / 361	0 (0)	47,1	(41,9-52,4)	126 / 332	38,0
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Nej	106 / 299	0 (0)	35,5	(30,0-41,2)	87 / 349	24,9
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Nej	80 / 254	0 (0)	31,5	(25,8-37,6)	110 / 273	40,3
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Nej	234 / 439	0 (0)	53,3	(48,5-58,1)	194 / 464	41,8
Nordsjællands Hospital, Frederikssund	Nej	112 / 200	0 (0)	56,0	(48,8-63,0)	143 / 242	59,1
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej	298 / 519	0 (0)	57,4	(53,0-61,7)	294 / 590	49,8
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	86 / 210	0 (0)	41,0	(34,2-47,9)	28 / 217	12,9
Sjælland	Nej	772 / 2.002	0 (0)	38,6	(36,4-40,7)	878 / 2.058	42,7
Holbæk Sygehus	Nej	226 / 443	0 (0)	51,0	(46,3-55,8)	234 / 454	51,5
Nykøbing F Sygehus	Nej	133 / 456	0 (0)	29,2	(25,0-33,6)	153 / 452	33,9
Næstved Sygehus	Nej	67 / 213	0 (0)	31,5	(25,3-38,2)	99 / 228	43,4
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	262 / 559	0 (0)	46,9	(42,7-51,1)	238 / 598	39,8
Slagelse Sygehus	Nej	84 / 331	0 (0)	25,4	(20,8-30,4)	154 / 326	47,2
Syddanmark	Nej	1.482 / 2.705	0 (0)	54,8	(52,9-56,7)	1.623 / 2.689	60,4
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	217 / 405	0 (0)	53,6	(48,6-58,5)	230 / 399	57,6

	Standard ≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	183 / 542	0 (0)	33,8	(29,8-37,9)	235 / 477	49,3
Sydvestjysk Sygehus	Nej	337 / 551	0 (0)	61,2	(57,0-65,3)	372 / 577	64,5
Sygehus Lillebælt, Kolding	Nej	225 / 417	0 (0)	54,0	(49,0-58,8)	249 / 444	56,1
Sygehus Lillebælt, Vejle	Nej	146 / 273	0 (0)	53,5	(47,4-59,5)	204 / 283	72,1
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	374 / 517	0 (0)	72,3	(68,3-76,2)	333 / 509	65,4
Midtjylland	Nej	1.459 / 2.700	0 (0)	54,0	(52,1-55,9)	1.473 / 2.676	55,0
Aarhus Universitetshospital	Nej	283 / 502	0 (0)	56,4	(51,9-60,8)	294 / 451	65,2
HE Midt, Silkeborg	Nej	126 / 211	0 (0)	59,7	(52,8-66,4)	132 / 207	63,8
HE Midt, Viborg/Skive	Nej	137 / 321	0 (0)	42,7	(37,2-48,3)	200 / 356	56,2
Hospitalsenheden Vest	Nej	365 / 644	0 (0)	56,7	(52,8-60,5)	413 / 690	59,9
Regionshospitalet Horsens	Nej	285 / 454	0 (0)	62,8	(58,2-67,2)	293 / 451	65,0
Regionshospitalet Randers	Nej	263 / 568	0 (0)	46,3	(42,1-50,5)	141 / 521	27,1
Nordjylland	Nej	447 / 1.401	0 (0)	31,9	(29,5-34,4)	509 / 1.317	38,7
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Nej	17 / 274	0 (0)	6,2	(3,7-9,8)	52 / 262	19,9
Aalborg Universitetshospital, Syd	Nej	25 / 403	0 (0)	6,2	(4,1-9,0)	84 / 413	20,3
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej	244 / 450	0 (0)	54,2	(49,5-58,9)	208 / 386	53,9
Regionshospital Nordjylland, Thisted	Nej	161 / 274	0 (0)	58,8	(52,7-64,7)	165 / 256	64,5

Datagrundlag
I opgørelsen af denne indikator indgår patienter, der har været i kontakt med en hjerteafdeling på et hospital, under en relevant diagnose for akut koronart syndrom i opgørelsesperioden. Eller som i opgørelsesperioden har haft en kontakt under diagnosen stabil iskæmisk hjertesygdom, hvor patienten enten har fået foretaget perkutan coronar intervention (PCI), coronary artery bypass grafting (CABG) eller koronararteriografi (KAG) med påvisning af stenose i mindst ét kar. Patienterne skal herudover være i live minimum 14 dage efter udskrivelsen fra hjerteafdelingen / datoen for indgrebet (PCI, CABG, KAG). Se Appendiks for detaljer vedr. definition af patientpopulationen i nævneren for indikator 1a.

Beregningsregler - Hospitalsresultater

Tæller: Et gemt eller indleveret rehabiliteringsstartskema via indberetningsfladen til Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (www.DanHeart.dk), med startdato inden for de første 12 måneder efter den relevante hospitalskontakt, uanset hvilken afdeling der har indberettet skemaet.
Nævner: Patienter med behov for hjerterehabilitering vurderet ud fra indberetning til Landspatientregisteret og Dansk Hjerteregister (se appendiks for detaljer vedr. beregning af indikator 1a), som er i live mindst 14 dage efter den relevante hospitalskontakt. Indikatoren opgøres for sygehuse med rehabiliteringsfunktion, hvor patienterne er fordelt ud fra deres bopælskommune (Københavns Kommune dog fordelt ud fra patienternes postnumre, se appendiks). Oplysninger om patientens bopælskommune er indhentet fra Landspatientregisteret og afspejler bopælen på tidspunktet for den primære indlæggelse med iskæmisk hjertesygdom. I opgørelsen er der i de tilfælde, hvor en kommune ikke entydigt har tilhørt ét hospitals optageområde, foretaget en vurdering, og kommunen er blevet tilknyttet det hospital, som vurderes at dække størstedelen af kommunens indbyggere.
Uoplyst: Ikke muligt

Indikatoren opgøres ved at identificere personer (cpr-numre) med rehabiliteringsbehov, vurderet ud fra indberettede diagnoser og procedurer i Landspatientregisteret og Dansk Hjerteregister. For disse personer afsøges om der er gemt eller indberettet skemaer til DHRD via www.DanHeart.dk. Personer med et identificeret rehabiliteringsbehov knyttes til hospitalerne med rehabiliteringsfunktion via deres bopælskommune (se detaljer om fordelingen af kommuner i appendiks). Der ses ikke aktuelt efter hvem der har indberettet den enkelte patient, men blot om de patienter, der er knyttet til det pågældende hospital via bopælskommunen, har fået indberettet et skema.

Beregningsregler - Kommuneresultater

Tæller: Borgere indberettet via webservicen for kommunale data til Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase, uanset hvilken kommune der har indberettet patienten, hvor der er svaret ja til deltagelse.
Nævner: Patienter med behov for hjerterehabilitering vurderet ud fra indberetning til Landspatientregisteret og Dansk Hjerteregister (se appendiks for detaljer vedr. beregning af indikator 1a), som er i live mindst 14 dage efter den relevante hospitalskontakt. Oplysninger om patientens bopælskommune er indhentet fra Landspatientregisteret og afspejler bopælen på tidspunktet for den primære indlæggelse med iskæmisk hjertesygdom.
Uoplyst: Ikke muligt

Indikatoren opgøres ved at identificere personer (cpr-numre) med rehabiliteringsbehov, vurderet ud fra indberettede diagnoser og procedurer i Landspatientregisteret og i Dansk Hjerteregister. For disse personer afsøges om borgeren er indberettet til DHRD via webservicen for kommunale data. Personer med et identificeret rehabiliteringsbehov knyttes til kommunerne via deres bopælskommune på tidspunktet for den hospitalskontakt som har medført et behov for hjerterehabilitering. Der ses ikke aktuelt efter hvem der har indberettet den enkelte borger, men blot om de borgere der er tilknyttet den enkelte kommune, er indberettet til databasen og at det er angivet, at borgeren deltager i hjerterehabilitering.

Resultater
Der er i alt identificeret 11.714 patienter med et hjerterehabiliteringsbehov i denne opgørelsesperiode. På landsplan er andelen af patienter som deltager i hjerterehabilitering i hospitals eller kommunalt regi 51%.

På regionsniveau varierer andelen af patienter med et hjerterehabiliteringsbehov hvor der er gemt eller indleveret et skema til databasen mellem 32-66%. Sammenlignet med sidste årsrapportsperiode ses det, at kun Region Hovedstaden har øget andelen med målopfyldelse.

På hospitalsniveau varierer andelen med målopfyldelse mellem 6,2-72%. På Kommunalt niveau varierer andelen med målopfyldelse mellem 5,4-77%.

I fortolkningen af den enkelte region, hospital eller kommunes resultater skal der tages højde for om dette alene er baseret på hospitals data, kommunale data eller en kombination heraf.

I appendiks er indikator 1a vist med hospitalsresultater på kommunalt niveau.

I appendiks er indikator 1a opgjort separat for patienter med AKS og patienter med stabil IHS. På landsplan er målopfyldelsen ensartet mellem de to patientgrupper.

I appendiks er indikator 1a opgjort uden patienter med ustabil angina pectoris og stabil iskæmisk hjertesygdom der alene har fået foretaget KAG.

Diskussion og implikationer
Det er uvist hvor stor betydning Covid-19 situationen har på denne årsrapport. Det må dog vurderes at behovet for hjerterehabiliteringsindsats er uændret. Flere sygehuse beskriver en ændret praksis, hvor nogle hjerterehabiliteringsaktiviteter og arbejdsgange er ændret pga. Covid-19. Dette kan både være ændringer til telemedicinsk behandling, samt nedprioritering af registreringspraksis i DanHeart, da ressourcerne i ambulatorierne er brugt til Covid-19 nødberedskab.

Styregruppen mener fortsat, at der er store udfordringer med denne indikator. Ifølge Nationale kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering (NKR) og tværsektorielle forløbsprogrammer, er det tydeligt beskrevet, at det er den kardiologiske afd./læge, der har ansvaret for en systematisk gennemgang/vurdering af patientens risikofaktorer og plan herfor. Det vil også være den kardiologiske læge, der har ansvaret for behandlingen i opfølgningsperioden. Dvs. at alle patienter skal have en samtale med en kardiologisk læge mhp. udarbejdelse af en plan for rehabiliteringen, inden forløbet kommer ud i kommunen. Ligeledes skal foretages en individuel risikovurdering i forhold til fysisk træning i kommunen.

Derfor undrer det styregruppen, at ikke alle regioner opfylder denne standard. Ses patienterne eller skyldes de manglende data en manglende registreringspraksis?

Skulle en del af de dårlige resultater bero på manglende registrering af de obligatoriske kvalitetsdata, kan styregruppen kun på det kraftigste opfordre til at dette bringes på plads. Det påhviler stadig hospitalsafdelingerne at registrere udgangsniveau og slutstatus for de risikofaktorer, som ikke er uddelegeret til kommunerne. Det betyder at man skal se eller kontakte patienterne efter senest 6 mdr. og registrere status for blodtryk, LDL-kolesterol og rygning. Herved vil de afdelinger som sender patienterne til almen praksis meget tidligt i forløbet netop få en god pejling på, om risikofaktorerne kommer på plads, eller afdelingen bør revidere sin praksis omkring risikofaktorkontrol hos høj risiko patienter. Det går ikke blot at lukke øjnene! Det er netop formålet med kvalitetsdatabaserne at holde øje med udviklingen på basis af obligatorisk dataindberetning.

Kommunale data til indikator 1a
Styregruppen anbefaler, at alle kommuner, der endnu ikke er i gang, påbegynder systematisk indsamling af data mhp. kvalitetssikring af rehabiliteringsindsatsen, som leveres i kommunerne.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen mener fortsat at denne indikator er meget værdifuld i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark og derfor ønsker styregruppen yderligere fokus på at denne indikator opnår en højere opfyldelse.
De indsatsområder, som styregruppen ønsker at fremhæve er, at der sikres data fra Hjertesvigtsdatabasen, samt muligheden for at sygehusene selv kan foretage journalopfølgning på de manglende rehabiliterings patienter lokalt på CPR niveau. Der er fra Sundhedsdatastyrelsen tilladelse til at oplysninger på CPR.-niveau overføres fra RKKP til de som har ansvaret for patientens/borgerens behandling. Regionen har ansvaret for at disse data kun deles med f.eks. betroede medarbejdere på Regionshospitalerne som har haft ansvaret for patienten. Dette vil gøre det muligt at foretage journalopslag på patienter udtrukket som hørende til populationen (indikator 1a) men uden nogen form for deltagelse i hjerterehabilitering. Først ved denne type kvalitetskontrol vil man opdage evt. fejl i datatræk, beregninger, tastefejl, men også finde hvilke patienter, der ikke deltager i hjerterehab. og årsagerne til dette.
Styregruppen ønsker at fremhæve vigtigheden af, at alle patienter med behov for hjerterehabilitering får dette. Til dette kræves at regionerne erklærer nogle (gerne centralt eller på hvert hospital eller i hver region) behandlingsansvarlige for patientgruppen. Nødvendige data (CPR numre på patienter som afdelingerne er ansvarlige for), kan sendes til de behandlingsansvarlige, så de kan varetage opgaverne i relation til databasen, dvs. primært sikre datakomplethed og følge op på kvaliteten. Data kan bruges til at følge op på indberetning og generel kvalitet. Såfremt afdelingen har haft patienten og denne ikke har fået rehabilitering kan man afklare hvad der er sket, manglende henvisning, eller afstået fra rehabilitering med årsagen: Er ikke interesseret eller orker ikke, eller træner selv mv.

Det er fortsat vigtigt at holde for øje, at indikatoren måler hvor stor andel af patienterne der er indberettet, og ikke hvor stor andel der deltog i rehabilitering. Det er derfor muligt, at indikatoren siger mere om en afdelings indberetningspraksis end den faktiske deltagelse. For nærværende er det dog den bedste proxy for deltagelse. For at gøre indikatoren mere skarp er der også analyseret på gruppen af patienter med iskæmisk hjertesygdom og revaskularisering (PCI eller CABG) men dette gav ingen nævneværdig forbedring i deltagelsesprocenten. Den ovennævnte analyse lokalt på cpr-nr niveau er således helt afgørende for at sikre en troværdig databasekomplethed.
Styregruppen blev til sidste audit enige om at standarden for denne indikator bør hæves. Hvis ovenstående indsatsområder forbedres, mener styregruppen, at standarden bibeholdes på 70%. Dette skyldes den store signalværdi som indikatoren har.

Det skal understreges, at der altid vil være patienter der ikke kan eller vil deltage i hjerterehabilitering (fx svær komorbiditet, demens, udlandsboende, patienten ønsker ikke at deltage, etc.) og derfor sættes standarden ikke højere end 70%.

Diskussion og implikationer – Kommunal formand
Tabel 1a2 viser andelen af patienter med hjerterehabiliteringsbehov som deltager i rehabilitering i sygehusregi eller kommunalt regi. Indikatoren er hævet fra 40% i seneste opgørelse til 70 % i 2020, og kigger man på populationsstørrelsen er denne uændret fra seneste årsrapport.

Styregruppen finder det positivt, at indikatoren samlet set i Midtjylland er opfyldt med 66 %. I region Sjælland ser det noget anderledes ud. Her er der tre kommuner der har indleveret registrering til DHRD. Her ses der en samlet målopfyldelse på 43%. Kommuner og hospital bør her kigge på deres målopfyldelse.

Indikatoren viser alle borgere, der er udskrevet fra en hjerteafdeling med en diagnose, der indikerer henholdsvis akut kornart syndrom eller stabil iskæmisk hjertesygdom. I denne patientpopulation vil der være patientgrupper, som ikke har behov for hjerterehabilitering.

Kommunerne og hospitalerne får derfor ikke henvist hele populationen til rehabilitering, da nogle patienter af lægen vurderes til ikke at have behov for rehabilitering. Andelen af patienter som ikke har behov for rehabilitering kendes ikke. Indikatoren fortæller derfor ikke, hvor stor en del af de kommunalt/hospitals henviste patienter, som siger ja til at deltage i hjerterehabilitering i enten kommune eller hospital.

Det er uvist hvor stor en betydning covid-19 situationen har på resultaterne i denne årsrapport. Det må dog vurderes at behovet for hjerterehabiliteringsindsats er uændret. Kommunernes hjerterehabilitering blev lukket ned i marts 2020 med statsministerens udmelding om at lukke alle ikke kritiske funktioner ned. Den 22. april 2020 kom Sundhedsstyrelsens retningslinje: Håndtering af Covid-19, omstilling og gradvis øget aktivitet i det kommunale sundhedsvæsen. Med den retningslinje åbnede kommunerne igen gradvist op for hjerterehabiliteringsindsatsen.

Covid-19 situationen har i kommunerne betydet, at det har været nødvendigt at ændre praksis for at kunne overholde kravene om antal, afstand og øget hygiejne. Der er bl.a. blevet arbejdet med telerehabiliteringsforløb, flere individuelle forløb, flere små hold og mere udetræning. Denne praksis fortsatte til sommeren 2021.

Vurdering af indikatoren – Kommunal formand
Styregruppen finder fortsat at indikatoren er værdifuld, og ønsker at bibeholde denne. Det skal eventuelt vurderes om indikatoren kan sættes op på en anden måde. Problematikken tages op på det næste forretningsudvalgsmøde og styregruppemøde i DHRD.

Styregruppen ønsker at indikatoren viser en renere population, sådan at de borgere der indgår, også er de borgere der har et rehabiliteringsbehov. Derfor har vi brug for at populationen beskrives fra hospitals side.

Indikator 1b - Hospitaler
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabilitering
Standard: Mindst 75%

Indikator 1b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabilitering

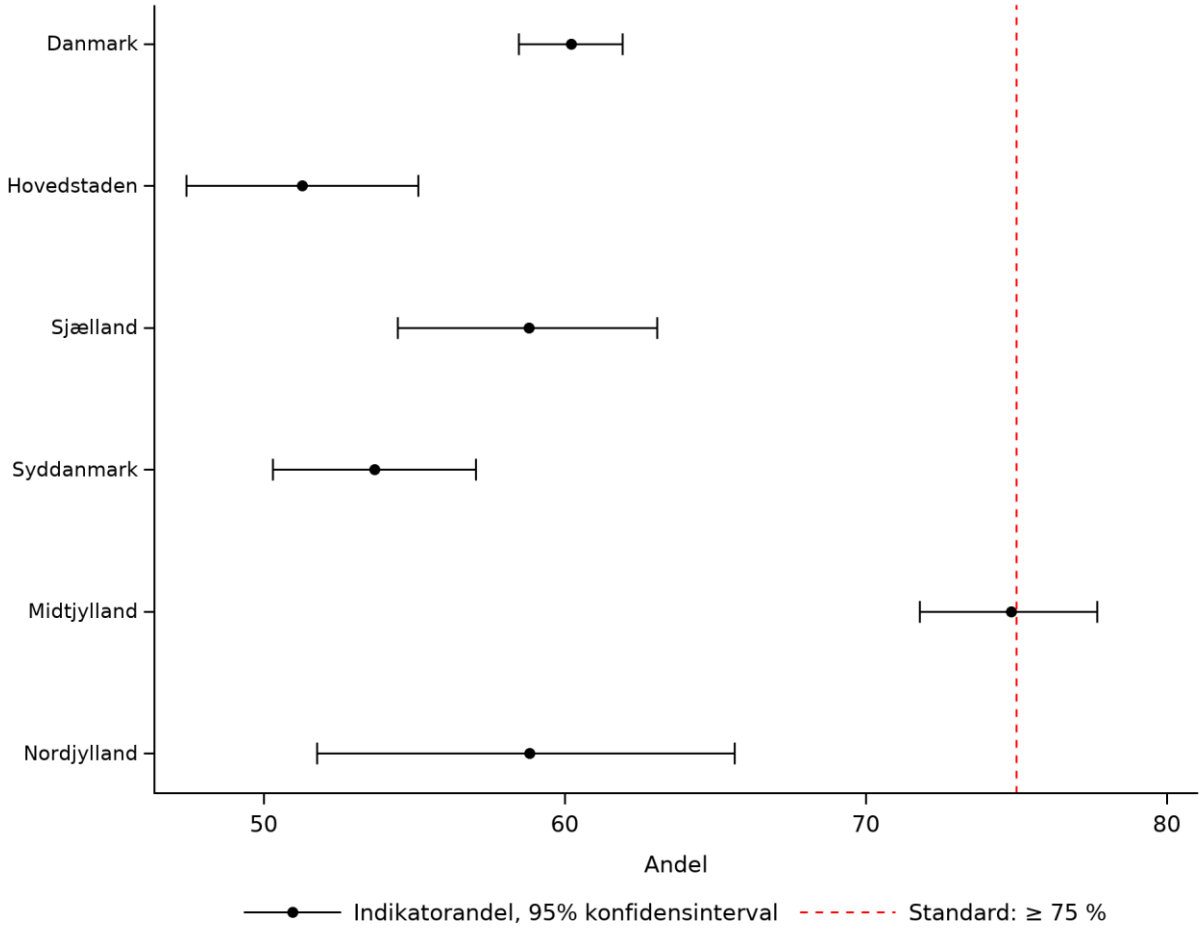
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 75%	Tæller/	antal	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020		2018/2019
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.861 / 3.091	0 (0)	60,2	(58,5-61,9)	3.023 / 5.650	53,5	56,9
Hovedstaden	Nej	339 / 661	0 (0)	51,3	(47,4-55,2)	577 / 1.132	51,0	44,1
Sjælland	Nej	304 / 517	0 (0)	58,8	(54,4-63,1)	415 / 854	48,6	57,4
Syddanmark	Nej	459 / 855	0 (0)	53,7	(50,3-57,1)	704 / 1.711	41,1	49,3
Midtjylland	Nej	639 / 854	0 (0)	74,8	(71,8-77,7)	944 / 1.435	65,8	72,5
Nordjylland	Nej	120 / 204	0 (0)	58,8	(51,7-65,6)	383 / 518	73,9	79,9
Hovedstaden	Nej	339 / 661	0 (0)	51,3	(47,4-55,2)	577 / 1.132	51,0	44,1
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	78 / 118	0 (0)	66,1	(56,8-74,6)	74 / 196	37,8	74,4
Bornholms Hospital	Nej	10 / 30	0 (0)	33,3	(17,3-52,8)	23 / 67	34,3	41,7
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Nej	7 / 36	0 (0)	19,4	(8,2-36,0)	12 / 82	14,6	17,7
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Nej	12 / 46	0 (0)	26,1	(14,3-41,1)	39 / 110	35,5	34,5
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Nej	5 / 35	0 (0)	14,3	(4,8-30,3)	28 / 87	32,2	7,9
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Nej	80 / 139	0 (0)	57,6	(48,9-65,9)	116 / 218	53,2	56,9
Nordsjællands Hospital, Frederikssund						#/#	100,0	61,7
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej	142 / 211	0 (0)	67,3	(60,5-73,6)	284 / 369	77,0	23,3
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	5 / 46	0 (0)	10,9	(3,6-23,6)	# /#	0,0	37,0
Sjælland	Nej	304 / 517	0 (0)	58,8	(54,4-63,1)	415 / 854	48,6	57,4
Holbæk Sygehus	Nej	58 / 126	0 (0)	46,0	(37,1-55,1)	84 / 224	37,5	42,2
Nykøbing F Sygehus	Ja	49 / 59	0 (0)	83,1	(71,0-91,6)	134 / 166	80,7	63,3
Næstved Sygehus	Nej	# /#	0 (0)	33,3	(0,8-90,6)	3 / 14	21,4	78,4
Sjællands Universitetshospital, Køge								67,2

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 75%	Tæller/	antal	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020		2018/2019
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	98 / 171	0 (0)	57,3	(49,5-64,8)	94 / 202	46,5	69,3
Slagelse Sygehus	Nej	98 / 158	0 (0)	62,0	(54,0-69,6)	100 / 248	40,3	49,2
Syddanmark	Nej	459 / 855	0 (0)	53,7	(50,3-57,1)	704 / 1.711	41,1	49,3
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	53 / 151	0 (0)	35,1	(27,5-43,3)	74 / 255	29,0	45,8
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	26 / 64	0 (0)	40,6	(28,5-53,6)	69 / 230	30,0	47,1
Sydvestjysk Sygehus	Nej	89 / 183	0 (0)	48,6	(41,2-56,1)	225 / 323	69,7	83,4
Sygehus Lillebælt, Kolding	Nej	97 / 141	0 (0)	68,8	(60,5-76,3)	111 / 273	40,7	13,5
Sygehus Lillebælt, Vejle	Nej	39 / 108	0 (0)	36,1	(27,1-45,9)	93 / 267	34,8	76,9
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	117 / 146	0 (0)	80,1	(72,7-86,3)	45 / 233	19,3	16,7
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Nej	38 / 62	0 (0)	61,3	(48,1-73,4)	87 / 130	66,9	77,0
Midtjylland	Nej	639 / 854	0 (0)	74,8	(71,8-77,7)	944 / 1.435	65,8	72,5
Aarhus Universitetshospital	Nej	90 / 126	0 (0)	71,4	(62,7-79,1)	199 / 259	76,8	91,6
HE Midt, Silkeborg	Nej	45 / 82	0 (0)	54,9	(43,5-65,9)	90 / 156	57,7	72,5
HE Midt, Viborg/Skive	Nej	74 / 106	0 (0)	69,8	(60,1-78,3)	121 / 202	59,9	69,6
Hospitalsenheden Vest	Nej	176 / 236	0 (0)	74,6	(68,5-80,0)	239 / 408	58,6	63,0
Regionshospitalet Horsens	Ja	152 / 177	0 (0)	85,9	(79,9-90,6)	246 / 297	82,8	86,9
Regionshospitalet Randers	Ja	102 / 127	0 (0)	80,3	(72,3-86,8)	49 / 113	43,4	13,2
Nordjylland	Nej	120 / 204	0 (0)	58,8	(51,7-65,6)	383 / 518	73,9	79,9
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Nej	0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)	22 / 38	57,9	62,2
Aalborg Universitetshospital, Syd	Nej	0 / 4	0 (0)	0,0	(0,0-60,2)	9 / 82	11,0	69,5
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Ja	120 / 120	0 (0)	100,0	(97,0-100,0)	216 / 245	88,2	82,8

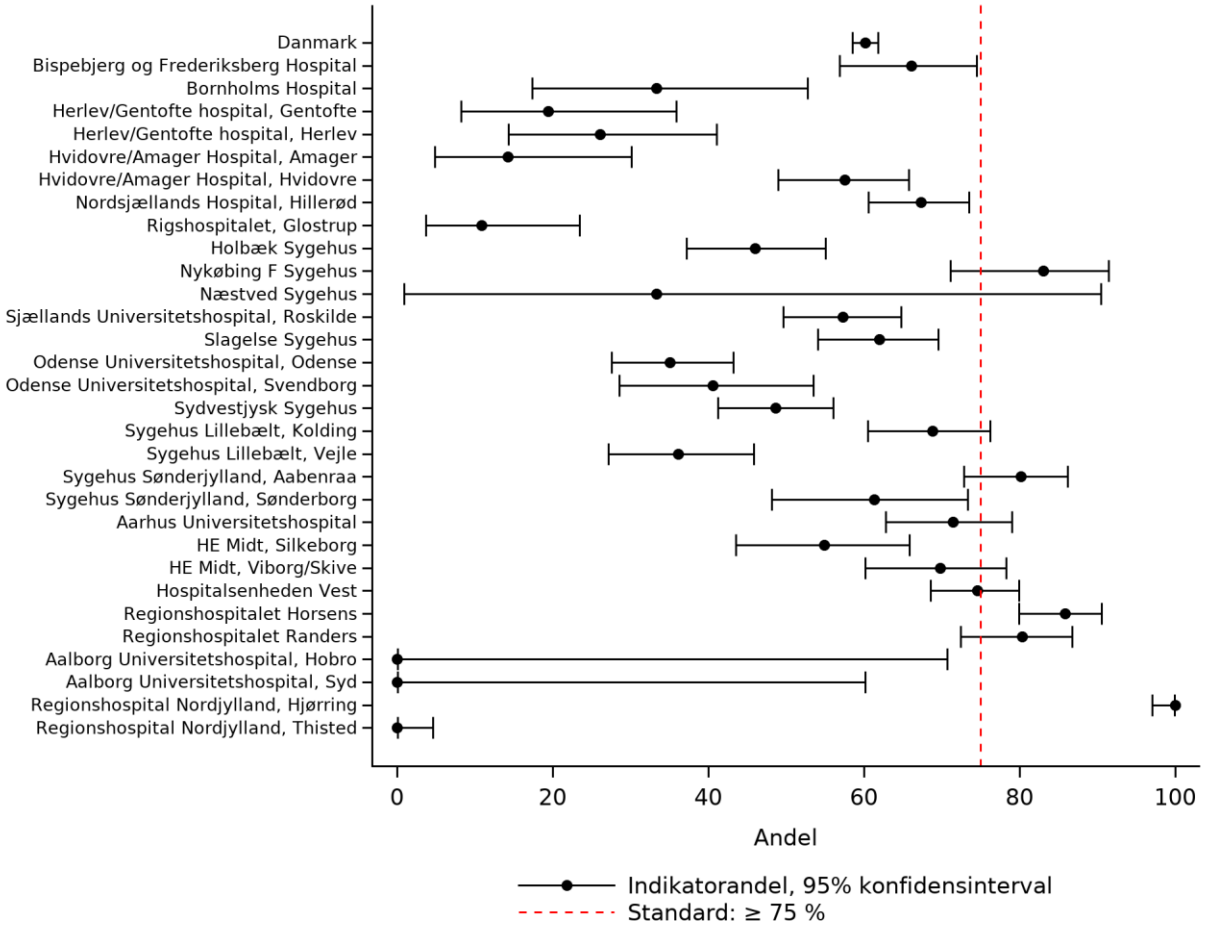
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 75% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/2019 Andel
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Nej	0 / 77	0 (0)	0,0	(0,0-4,7)	136 / 153	88,9	92,5

Bemærk: Indikatoren er tidsforskudt 6 måneder for at alle patienter har 6 måneders opfølgningstid efter rehabiliteringsstart.
For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

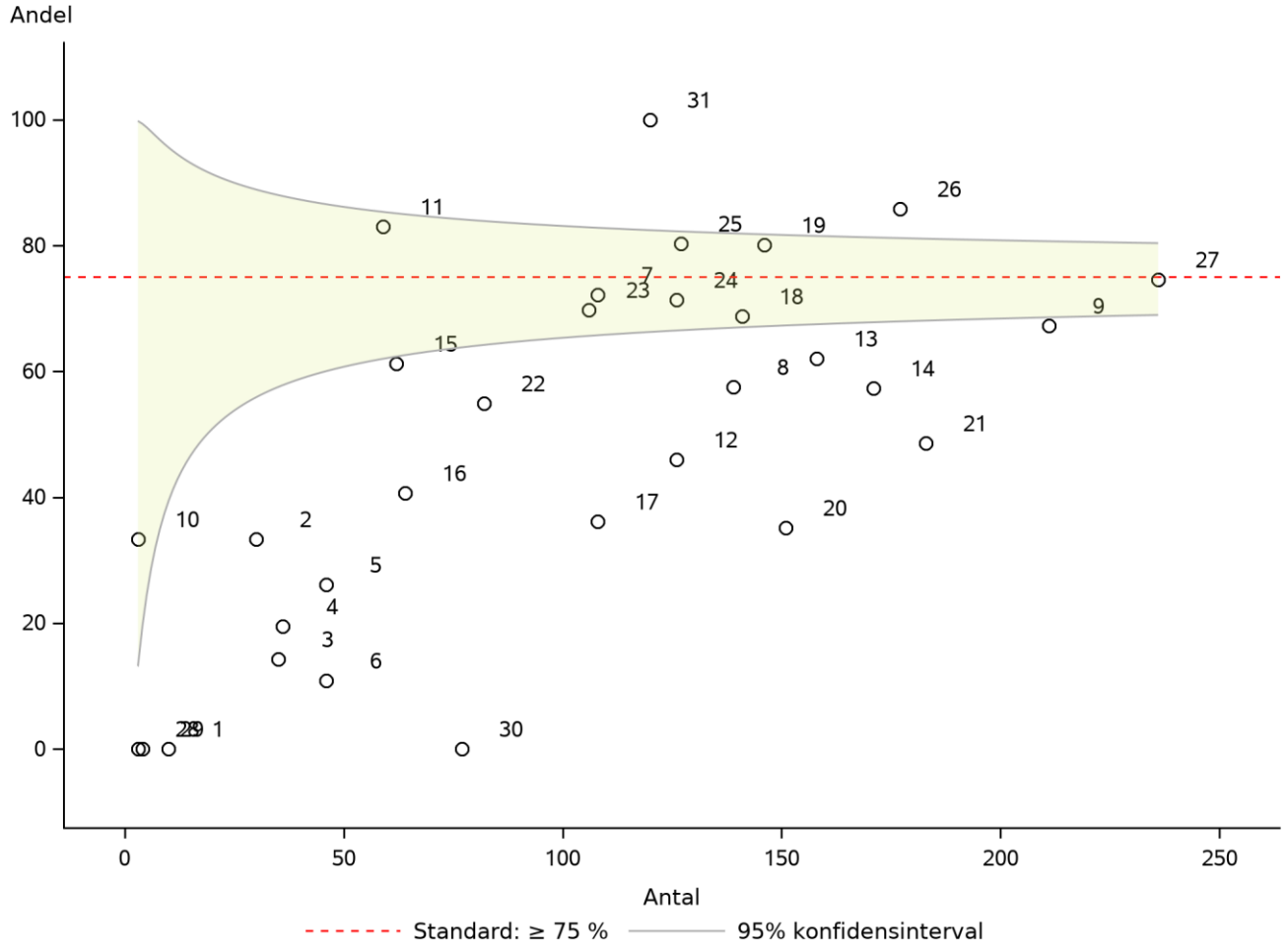
Indikator 1b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabilitering. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 1b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabilitering. Kontroldiagram på afdelingsniveau.

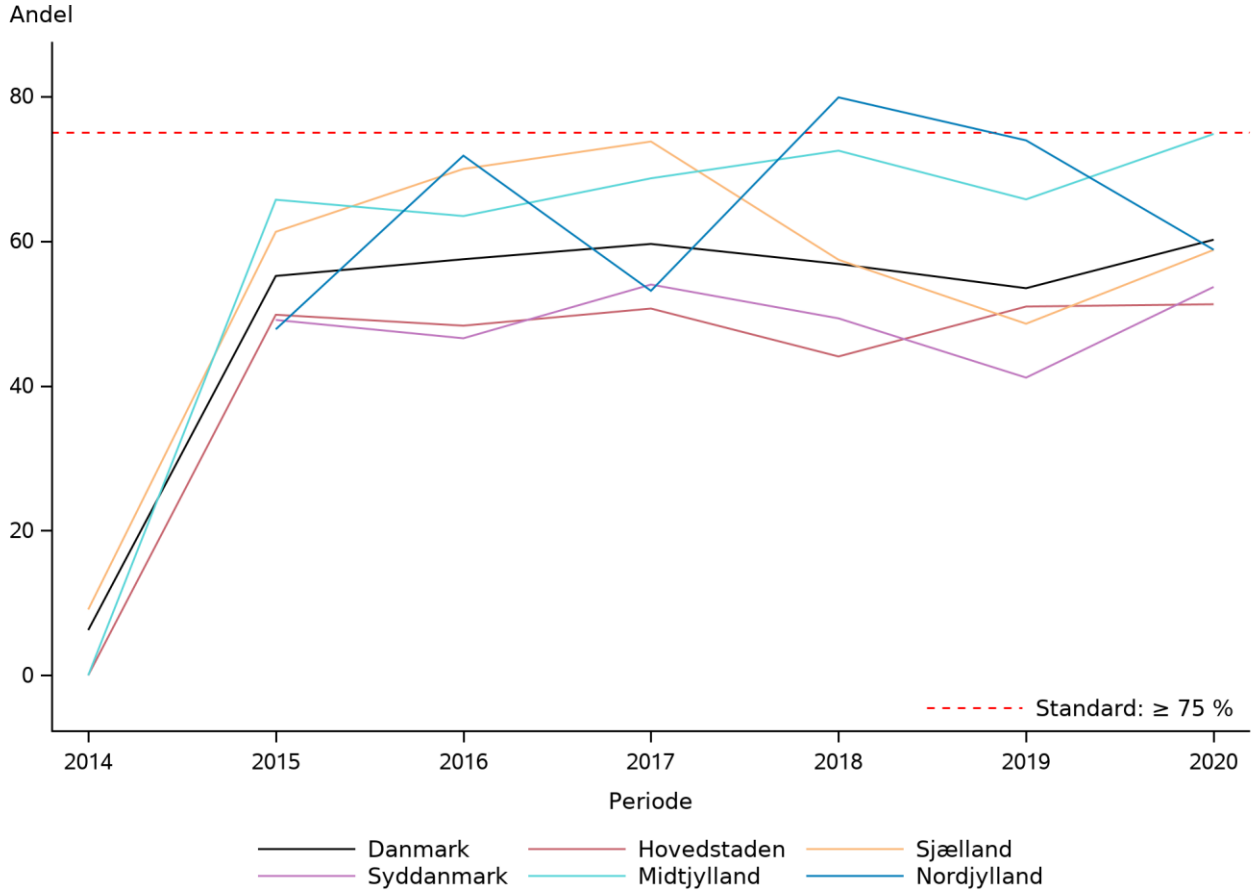


Indikator 1b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabilitering. Funnelplot på afdelingsniveau.



Afdelingskode	Afdeling
1	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Bispebjerg
2	Bornholms Hospital
3	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
4	Herlev/Gentofte hospital, Gentofte
5	Herlev/Gentofte hospital, Herlev
6	Rigshospitalet, Glostrup
7	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
8	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
9	Nordsjællands Hospital, Hillerød
10	Næstved Sygehus
11	Nykøbing F Sygehus
12	Holbæk Sygehus
13	Slagelse Sygehus
14	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
15	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
16	Odense Universitetshospital, Svendborg
17	Sygehus Lillebælt, Vejle
18	Sygehus Lillebælt, Kolding
19	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
20	Odense Universitetshospital, Odense
21	Sydvestjysk Sygehus
22	HE Midt, Silkeborg
23	HE Midt, Viborg/Skive
24	Aarhus Universitetshospital
25	Regionshospitalet Randers
26	Regionshospitalet Horsens
27	Hospitalsenheden Vest
28	Aalborg Universitetshospital, Hobro
29	Aalborg Universitetshospital, Syd
30	Aalborg Universitetshospital, Thisted
31	Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Indikator 1b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabilitering. Trendgraf på regionsniveau.



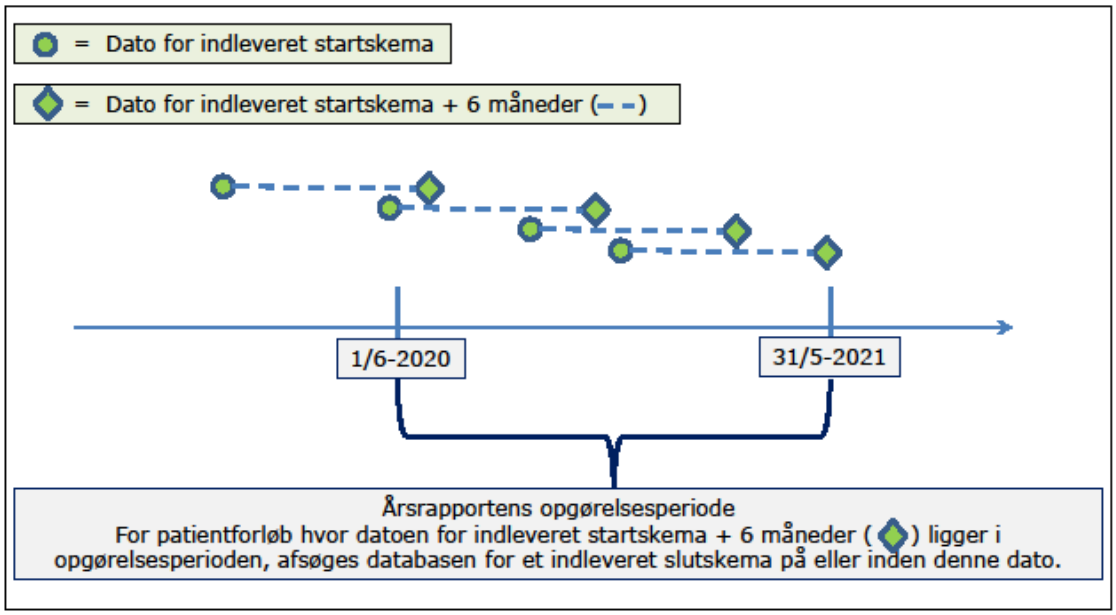
Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Datagrundlag

Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG).

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for rehabiliteringsstart fra startskemaet for rehabiliteringssamtale plus 6 måneder ligger i opgørelsesåret/perioden (se figuren nedenfor). Indikatoren er tidsforskudt 6 måneder, for at alle patienter har 6 måneders opfølgningstid efter rehabiliteringsstart. Patienterne skal herudover være i live og bosat i Danmark 6 måneder efter rehabiliteringsstart og må ikke være afsluttet efter første rehabiliteringssamtale.

Grundet overgang i RKKP til ny fælles model for databaserne har det ikke været muligt at bibeholde den sædvanlige periodisering for indikator 1b. Det betyder, at indikatorens opgørelsesperiode er 6 måneder (1.6.2020-30.11.2020).



Har patienten et indleveret rehabiliterings-startskema, hvor startdato + 6 mdr ligger i opgørelsesperioden?			
Ja			
Er patienten død eller udvandret indenfor 6 mdr efter rehabiliteringsstart?			
Ja	Nej		
Ekskluder	**Er patienten afsluttet efter første rehabiliteringssamtale?**		
	Ja	Nej	
	Ekskluder	**Har patienten et rehabliterings-slutskema indenfor 6 mdr efter rehabiliteringsstart?**	
		ja	nej
		tæller og nævner	nævner

1b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabilitering

	Antal	Årsag
Eksklusion:	36	Patienten er død/udvandret inden for 180 dage efter rehab.startdato
	406	Patienten er afsluttet i sygehusregi efter første samtale

Beregningsregler

Tæller: Der er indleveret et udfyldt slutskema for rehabiliteringssamtale for patienten indenfor 6 måneder efter rehabiliteringsstart
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG), som har fået indleveret et startskema for rehabiliteringssamtale, hvor datoen for rehabiliteringsstart plus 6 måneder ligger i opgørelsesperioden. Patienterne skal være i live og bosat i Danmark 6 måneder efter rehabiliteringsstart og må ikke være afsluttet efter første rehabiliteringssamtale.
Uoplyst: Ikke muligt

Resultater
På landsplan blev der indleveret et udfyldt rehabiliteringsslutskema inden for 6 måneder efter rehabiliteringsstart for 60% af patienterne, hvilket er er en stigning på ca. 7 procentpoint sammenlignet med sidste opgørelsesperiode. Andelen af vedholdende patienter er siden sidste årsopgørelsesperiode steget i alle regioner bortset fra Region Nordjylland der har haft et markant fald på ca. 15 procentpoint.

Standarden på ≥ 75% er ikke opfyldt på landsplan eller for nogen regioner. Det ses dog at Region Midtjylland er ganske tæt på opfyldelse af standarden (74,8%).

På afdelingsniveau er der markante forskelle i andelen af patienter som har fået indleveret et slutskema indenfor 6 måneder efter opstart af rehabiliteringsforløbet (0-100%).

Diskussion og implikationer
Standarden for denne indikator er 75%, og indikatoren er derfor endnu ikke opfyldt på nationalt plan. Der ses regional og lokal variation i opfyldelsen, hvor enkelte afdelinger klarer sig godt.

Styregruppen finder det bekymrende at andelen af indleverede slutskemaer ligger så lavt. Ved denne indikator vurderes det, at Covid-19 situationen kan have stor betydning.

Herudover har mange sygehuse været usikre på om data kan indleveres korrekt pga. telemedicinsk behandling, som erstatning for fysisk fremmøde. Det må derfor også forventes, at flere skemaer er gemt og ikke indleveret.

Styregruppen mener også at denne indikator afspejler en praksis, hvor kardiologer ikke nødvendigvis tager ansvaret for, at de farmakologiske risikofaktorer er velbehandlede inden patienten afsluttes til almen praksis. Der ses tydeligt, at der er stor forskel både nationalt og regionalt og årsagen er ikke kun Covid-19 situationen, da indikatoren heller ikke har været opfyldt de tidligere år.

Styregruppen mener det er vigtigt at kardiologerne på sygehusene opretholder en systematik omkring behandling af de farmakologiske risikofaktorer.

Styregruppen har en forventning om at almen praksis på sigt, kan fremvise data på patienter med iskæmisk hjertesygdom.

Styregruppen ønsker derfor at påpege, at den farmakologiske del af rehabiliteringen fortsat er de rehabiliterende sygehuses ansvar - også fremadrettet jf. forløbsprogrammerne. Det må således forventes at påvirke selve fundamentet for rehabiliteringen negativt, nemlig at nedbringe risikofaktor belastningen af det enkelte individ til de internationalt anbefalede og meget veldokumenterede niveauer, såfremt man fjerner den afsluttende kontrol efter 3-5 måneder. Det er netop ved denne kontrol, at der ofte skal sættes ind med supplerende farmakologisk behandling, for at opnå den nødvendige risikofaktor kontrol.

Denne indikator er en proxy for patientens fremmøde ved start og slut, og monitorerer således også den såkaldt farmakologiske del af hjerterehabiliteringen, altså opfølgning på risikofaktorerne.

Der er vigtigt for styregruppen at understrege, at der ikke er faglig eller forskningsmæssig enighed om at et rehabiliteringsforløb skal være afsluttet indenfor 6 måneder efter opstart. Seks-måneders grænsen for indlevering af slutskemaet er sat for at trække en grænse for at få indleveret skemaet, som vurderes at være tilstrækkelig i de fleste tilfælde.

Lige som sidste år anbefaler styregruppen, at der fokuseres på at få data indberettet tidstro. Slutskemaet udfyldes på det tidspunkt, hvor man lokalt betragter at rehabiliteringsforløbet er afsluttet. Styregruppen anbefaler samtidig at der lokalt og regionalt arbejdes med optimering af rehabiliteringsforløb, så de er effektive i forhold til opnåelse af bedst mulig risikofaktorkontrol med et rimeligt antal besøg inden for en velafgrænset tidsramme.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen finder også denne indikator meget værdifuld i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark. Styregruppen ønsker derfor ikke at ændre hverken indikator eller standard.

Der gøres opmærksom på, at alle patienter med et indleveret slutskema i opgørelsesperioden indgår i opgørelsen af de efterfølgende indikatorer i årsrapporten, uanset om slutskemaet er indleveret indenfor 6 måneder eller senere end 6 måneder efter datoen for første rehabiliteringsfremmøde.

Indikator 1b – Kommuner

Indikator 1b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabilitering (6 måneder).

	Standard ≥ 75% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.12.2019 - 30.11.2020 Andel	95% CI	Tidligere år 2018/2019 Antal	Andel
Danmark	Nej	511 / 1.696	24 (1)	30	(28-32)	1.114 / 1.623	69
Sjælland	Nej	37 / 160	3 (2)	23	(17-30)	110 / 194	57
Midtjylland	Nej	474 / 1.536	21 (1)	31	(29-33)	1.004 / 1.429	70
Sjælland	Nej	37 / 160	3 (2)	23	(17-30)	110 / 194	57
Guldborgsund	Nej	12 / 49	2 (4)	24	(13-39)	47 / 83	57
Lolland	Nej	4 / 43	0 (0)	9	(3-22)	23 / 46	50
Vordingborg	Nej	21 / 68	1 (1)	31	(20-43)	40 / 65	62
Midtjylland	Nej	474 / 1.536	21 (1)	31	(29-33)	1.004 / 1.429	70
Aarhus	Nej	108 / 266	0 (0)	41	(35-47)	157 / 227	69
Favrskov	Nej	17 / 55	1 (2)	31	(19-45)	26 / 45	58
Hedensted	Nej	20 / 56	3 (5)	36	(23-50)	30 / 46	65
Herning	Nej	56 / 121	1 (1)	46	(37-56)	93 / 112	83
Holstebro	Nej	19 / 78	4 (5)	24	(15-35)	45 / 58	78
Horsens	Nej	29 / 90	0 (0)	32	(23-43)	68 / 104	65
Ikast-Brande	Nej	10 / 56	2 (3)	18	(9-30)	37 / 56	66
Lemvig	Nej	4 / 31	1 (3)	13	(4-30)	26 / 35	74
Norddjurs	Nej	18 / 43	1 (2)	42	(27-58)	32 / 47	68
Odder	Nej	12 / 34	1 (3)	35	(20-54)	24 / 33	73
Randers	Nej	50 / 143	1 (1)	35	(27-43)	86 / 126	68
Ringkøbing-Skjern	Nej	14 / 77	0 (0)	18	(10-29)	44 / 61	72
Silkeborg	Nej	19 / 80	2 (2)	24	(15-35)	84 / 131	64
Skanderborg	Nej	27 / 65	1 (2)	42	(29-54)	30 / 61	49
Skive	Nej	9 / 77	1 (1)	12	(5-21)	45 / 63	71
Struer	Nej	11 / 39	0 (0)	28	(15-45)	19 / 25	76
Syddjurs	Nej	15 / 56	0 (0)	27	(16-40)	34 / 52	65
Viborg	Nej	36 / 169	2 (1)	21	(15-28)	124 / 147	84

Indikator 1bs. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabilitering (12 måneder).

	Standard ≥ 75% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.12.2019 - 30.11.2020 Andel	95% CI	Tidligere år 2018/2019 Antal	Andel
Danmark	Nej	427 / 1.194	17 (1)	36	(33-39)	1.172 / 1.609	73
Sjælland	Nej	31 / 110	2 (2)	28	(20-38)	114 / 192	59
Midtjylland	Nej	396 / 1.084	15 (1)	37	(34-39)	1.058 / 1.417	75
Sjælland	Nej	31 / 110	2 (2)	28	(20-38)	114 / 192	59
Guldborgsund	Nej	7 / 29	1 (3)	24	(10-44)	49 / 82	60
Lolland	Nej	5 / 33	0 (0)	15	(5-32)	23 / 45	51
Vordingborg	Nej	19 / 48	1 (2)	40	(26-55)	42 / 65	65
Midtjylland	Nej	396 / 1.084	15 (1)	37	(34-39)	1.058 / 1.417	75
Aarhus	Nej	87 / 189	0 (0)	46	(39-53)	169 / 222	76
Favrskov	Nej	16 / 37	1 (3)	43	(27-61)	29 / 45	64
Hedensted	Nej	12 / 34	1 (3)	35	(20-54)	33 / 47	70
Herning	Nej	40 / 73	0 (0)	55	(43-66)	93 / 112	83
Holstebro	Nej	17 / 62	3 (5)	27	(17-40)	49 / 58	84
Horsens	Nej	28 / 68	0 (0)	41	(29-54)	69 / 102	68
Ikast-Brande	Nej	8 / 34	1 (3)	24	(11-41)	38 / 56	68
Lemvig	Nej	3 / 23	1 (4)	13	(3-34)	26 / 34	76
Norddjurs	Nej	16 / 34	1 (3)	47	(30-65)	33 / 46	72
Odder	Nej	9 / 23	0 (0)	39	(20-61)	28 / 34	82
Randers	Nej	46 / 101	1 (1)	46	(36-56)	90 / 124	73
Ringkøbing-Skjern	Nej	13 / 55	0 (0)	24	(13-37)	45 / 61	74
Silkeborg	Nej	22 / 69	2 (3)	32	(21-44)	89 / 131	68
Skanderborg	Nej	23 / 47	1 (2)	49	(34-64)	42 / 61	69
Skive	Nej	8 / 56	1 (2)	14	(6-26)	46 / 62	74
Struer	Nej	7 / 24	0 (0)	29	(13-51)	19 / 24	79
Syddjurs	Nej	9 / 37	0 (0)	24	(12-41)	36 / 52	69
Viborg	Nej	32 / 118	2 (2)	27	(19-36)	124 / 146	85

Datagrundlag og beregningsregler

Tæller: Dato for afsluttende rehabiliteringsfremmøde ligger indenfor 6 måneder efter rehabiliteringsstart
Nævner: Borgere der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom og hvor datoen for rehabiliteringsstart plus 6 måneder ligger i opgørelsesperioden. Borgerne skal være i live og bosat i Danmark 6 måneder efter rehabiliteringsstart.
Uoplyst: Borgere med ukendt status i CPR-registeret pga. ugyldigt CPR-nr.

1b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabilitering

	Antal	Årsag
Eksklusion:	12	Patienten er død/udvandret inden for 180 dage efter rehab.startdato
Uoplyst:	24	Patientens status: Uoplyst

Resultater

Andelen af vedholdende patienter er 23% for de tre kommuner i Region Sjælland og 31% for kommunerne i Region Midtjylland. På landsplan er andelen af vedholdende patienter 39 procentpoint lavere end i 2019-2020.

På kommuneniveau varierer andelen af patienter som har fået indleveret et slutskema indenfor 6 måneder efter opstart af rehabiliteringsforløbet fra 9% i Lolland Kommune og 46% i Herning Kommune.

"Vedholdende" er defineret som at der er indleveret et slutskema indenfor 6 måneder efter opstart af rehabiliteringsforløbet.

I den supplerende tabel 1bs er grænsen udvidet til 12 måneder efter opstart af rehabiliteringsforløbet. Den udvidede frist medfører på landsplan en mindre stigning i målopfyldelsen på 6 procentpoint.

Diskussion og implikationer

Indikatoren er ikke opfyldt for nogle af kommunerne der indgår i årsrapporten. Målopfyldelsen spænder fra 9 % til 46 % målopfyldelse. Ser man på sidste års målopfyldelse over 6 måneder, er der et stor fald fra 69 % i sidste årsrapport til 30 % i denne årsrapport, når man ser på den samlede målopfyldelse for kommunerne.

Der er tale om en markant nedgang, som kan skyldes flere grunde. Styregruppen vurderer at hovedårsagen skyldes Covid-19. Denne årsopgørelse gælder perioden juni 2020 til maj 2021, men præcis for denne indikator 1b er perioden rykket fra 1. december 2019 til 30. november 2020. Perioden har været præget af Covid-19 kom, og hovedparten af forløbene har skulle tilpasses Coronarestriktioner. Det skønnes at flere forløb end normalt, har haft en længere varighed end 6 måneder.
Derfor er der lavet en yderligere tabel (tabel 1bs), hvor grænsen er udvidet fra 6 måneder til 12 måneder efter opstart. Dette er gjort for at se om flere forløb vil være vedholdende. Det viser sig, at dette medfører en mindre forøgelse af målopfyldelsen på 6 % point fra 30 % til 36 % på landsplan i kommunerne. Det kunne derfor tyde på at flere kommuner har nedprioriteret deres dokumentation, for i perioden at kunne opretholde deres rehabiliteringsfunktion under Covid-19. Færre forløb er derfor blevet færdigregistreret.

Under normale forhold skønnes det, at de fleste rehabiliteringsforløb vil være afsluttede indenfor 6 måneder - standarden på den fysiske træning er 12 uger. Kommunerne skal derfor tilbage til at have fokus på en kultur, hvor der dokumenteres systematisk og tidstro. På denne måde vil indikatoren blive mere retvisende.

I opgørelsen af indikatoren er styregruppen blevet opmærksom på, at der er en differens mellem kommunernes opgørelse i eget system (HjerteKomMidt) og opgørelsen fra RKKP i DHRD. I HjerteKomMidt er opfyldelsesgraden væsentligt højere, end den der fremgår af nærværende årsrapport. Differencen skal undersøges nærmere inden næste årsrapport.

Vurdering af indikatoren
Indikatoren siger mere om kommunens registrerings- og opfølgningspraksis end om i hvor høj grad borgerne fuldfører rehabiliteringsforløbet inden for 6 måneder.

Indikatoren udtrykker en opgørelse på, om der er indleveret et slutskema for et rehabiliteringsforløb og er dermed ikke et udtryk for, om den enkelte borger har været vedholdende.

Styregruppen finder fortsat, at indikatoren er værdifuld i forhold til, om borgerne får deres rehabilitering. Det er dermed et mål for kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark.

Indikator 1c - Hospitaler
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der har første ambulante kontakt med sygeplejerske eller læge indenfor 2 uger efter udskrivelse.
Standard: Mindst 80%

Indikator 1c. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der har første rehabiliteringssamtale inden for to uger efter udskrivelsen

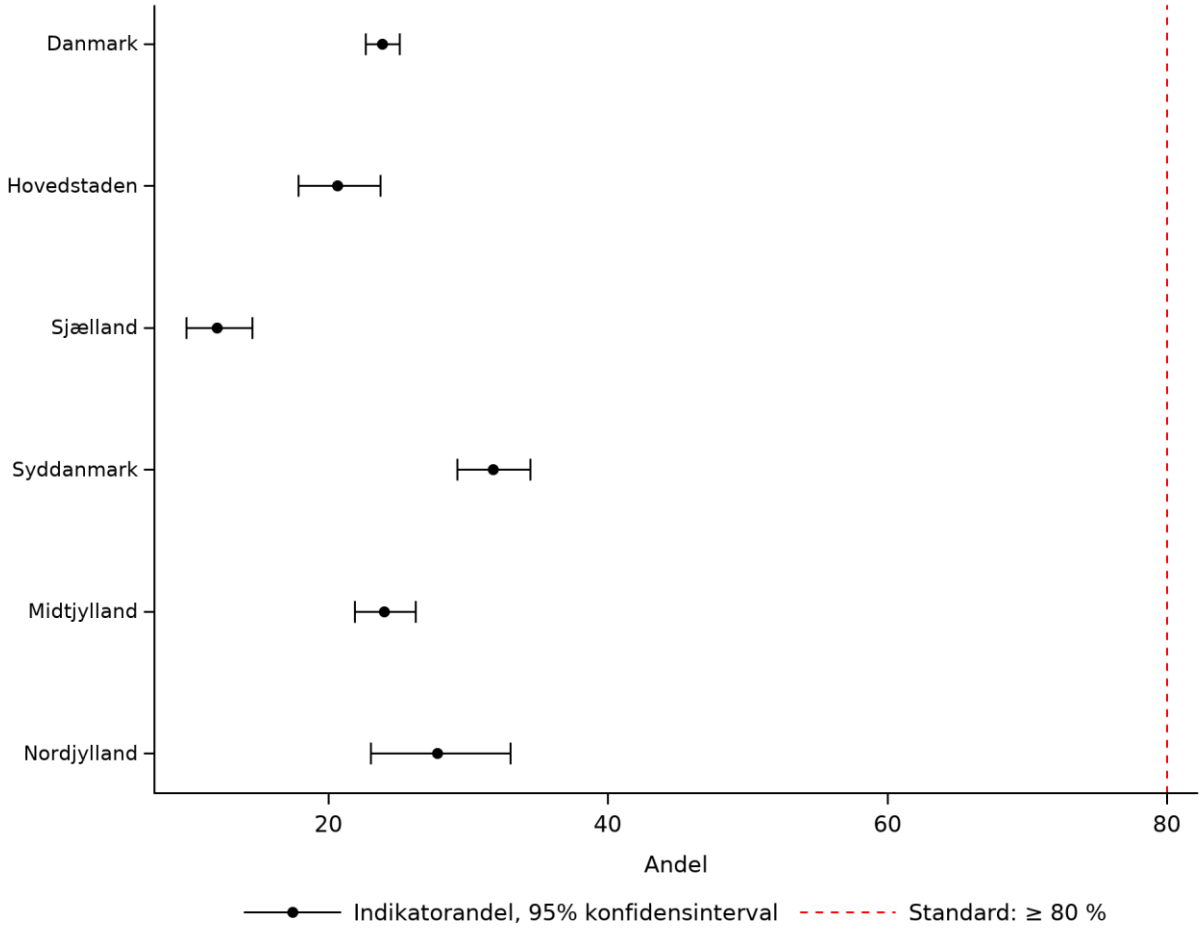
	Standard ≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021		Tidligere år 2019/2020	
				Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	Nej	1.073 / 4.495	1 (0)	23,9	(22,6-25,1)	996 / 4.321	23,1
Hovedstaden	Nej	153 / 740	1 (0)	20,7	(17,8-23,8)	124 / 904	13,7
Sjælland	Nej	89 / 739	0 (0)	12,0	(9,8-14,6)	69 / 602	11,5
Syddanmark	Nej	386 / 1.214	0 (0)	31,8	(29,2-34,5)	414 / 1.193	34,7
Midtjylland	Nej	356 / 1.482	0 (0)	24,0	(21,9-26,3)	287 / 1.196	24,0
Nordjylland	Nej	89 / 320	0 (0)	27,8	(23,0-33,1)	102 / 426	23,9
Hovedstaden	Nej	153 / 740	1 (0)	20,7	(17,8-23,8)	124 / 904	13,7
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	4 / 138	0 (0)	2,9	(0,8-7,3)		
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Bispebjerg						# /#	0,0
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg						17 / 155	11,0
Bornholms Hospital	Nej	21 / 27	0 (0)	77,8	(57,7-91,4)	22 / 35	62,9
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Nej	# /#	0 (0)	4,8	(0,1-23,8)	4 / 19	21,1
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Nej	10 / 39	1 (3)	25,6	(13,0-42,1)	16 / 64	25,0
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Nej	5 / 41	0 (0)	12,2	(4,1-26,2)	0 / 38	0,0
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Nej	30 / 159	0 (0)	18,9	(13,1-25,8)	25 / 207	12,1
Nordsjællands Hospital, Frederikssund						# / #	0,0
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej	82 / 309	0 (0)	26,5	(21,7-31,8)	40 / 381	10,5
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0-45,9)	0 / 3	0,0
Sjælland	Nej	89 / 739	0 (0)	12,0	(9,8-14,6)	69 / 602	11,5
Holbæk Sygehus	Nej	22 / 208	0 (0)	10,6	(6,7-15,6)	17 / 166	10,2
Nykøbing F Sygehus	Nej	16 / 116	0 (0)	13,8	(8,1-21,4)	17 / 122	13,9
Næstved Sygehus	Nej	0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)	0 / 6	0,0

	Standard ≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	23 / 192	0 (0)	12,0	(7,7-17,4)	27 / 160	16,9
Slagelse Sygehus	Nej	28 / 220	0 (0)	12,7	(8,6-17,9)	8 / 148	5,4
Syddanmark	Nej	386 / 1.214	0 (0)	31,8	(29,2-34,5)	414 / 1.193	34,7
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	48 / 165	0 (0)	29,1	(22,3-36,7)	42 / 115	36,5
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	35 / 81	0 (0)	43,2	(32,2-54,7)	44 / 117	37,6
Sydvestjysk Sygehus	Nej	8 / 259	0 (0)	3,1	(1,3-6,0)	54 / 259	20,8
Sygehus Lillebælt, Kolding	Nej	77 / 240	0 (0)	32,1	(26,2-38,4)	111 / 275	40,4
Sygehus Lillebælt, Vejle	Nej	48 / 168	0 (0)	28,6	(21,9-36,0)	43 / 190	22,6
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Nej	116 / 200	0 (0)	58,0	(50,8-64,9)	56 / 135	41,5
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Nej	54 / 101	0 (0)	53,5	(43,3-63,5)	64 / 102	62,7
Midtjylland	Nej	356 / 1.482	0 (0)	24,0	(21,9-26,3)	287 / 1.196	24,0
Aarhus Universitetshospital	Nej	56 / 225	0 (0)	24,9	(19,4-31,1)	53 / 209	25,4
HE Midt, Silkeborg	Nej	17 / 124	0 (0)	13,7	(8,2-21,0)		
HE Midt, Silkeborg Hjertemed. Sengeafsnit						20 / 145	13,8
HE Midt, Viborg/Skive	Nej	24 / 245	0 (0)	9,8	(6,4-14,2)	15 / 181	8,3
Hospitalsenheden Vest	Nej	90 / 389	0 (0)	23,1	(19,0-27,7)	49 / 336	14,6
Regionshospitalet Horsens	Nej	143 / 302	0 (0)	47,4	(41,6-53,1)	146 / 291	50,2
Regionshospitalet Randers	Nej	26 / 197	0 (0)	13,2	(8,8-18,7)	4 / 34	11,8
Nordjylland	Nej	89 / 320	0 (0)	27,8	(23,0-33,1)	102 / 426	23,9
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	# /#	7,4
Aalborg Universitetshospital, Syd						20 / 51	39,2
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej	81 / 301	0 (0)	26,9	(22,0-32,3)	22 / 191	11,5

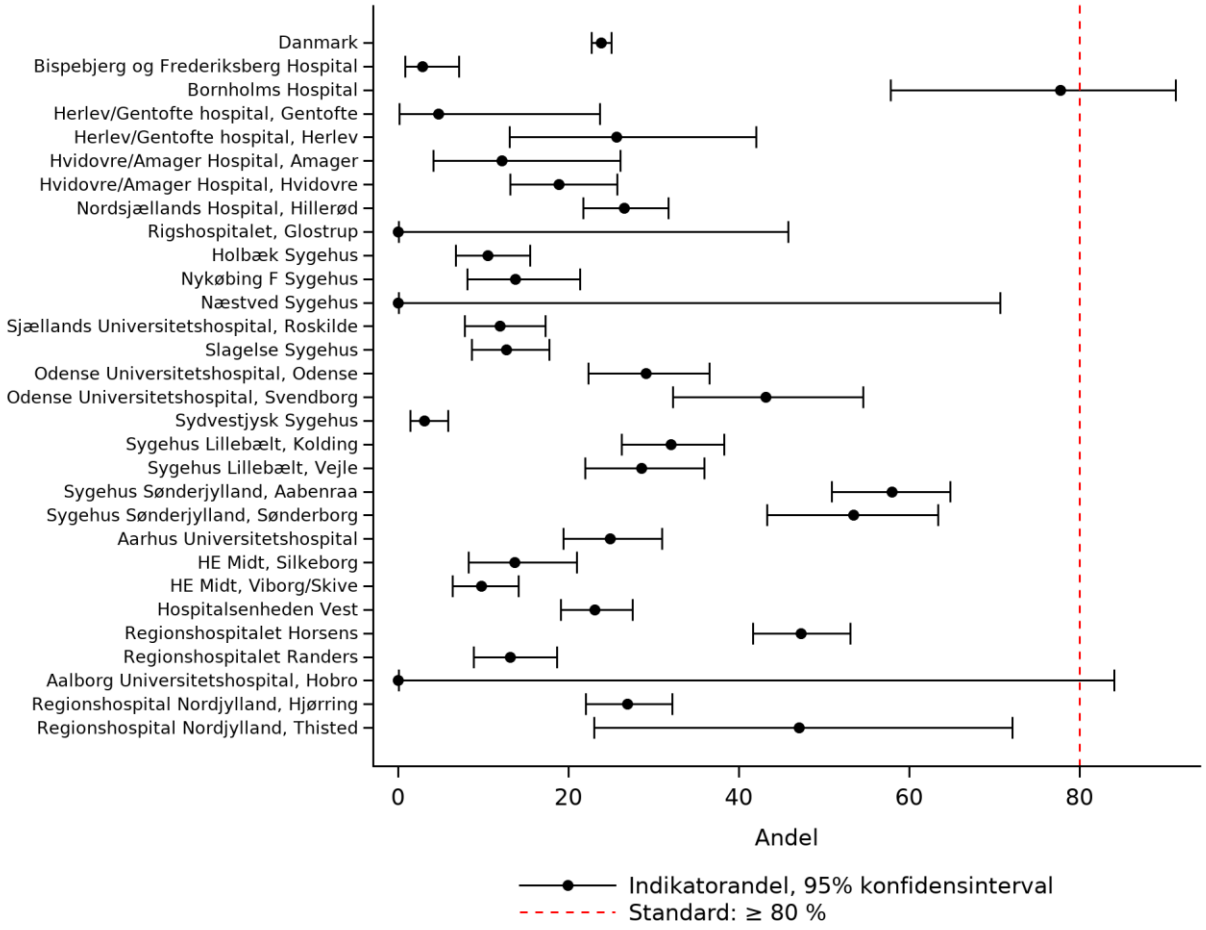
	Standard ≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Nej	8 / 17	0 (0)	47,1	(23,0-72,2)	58 / 157	36,9

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

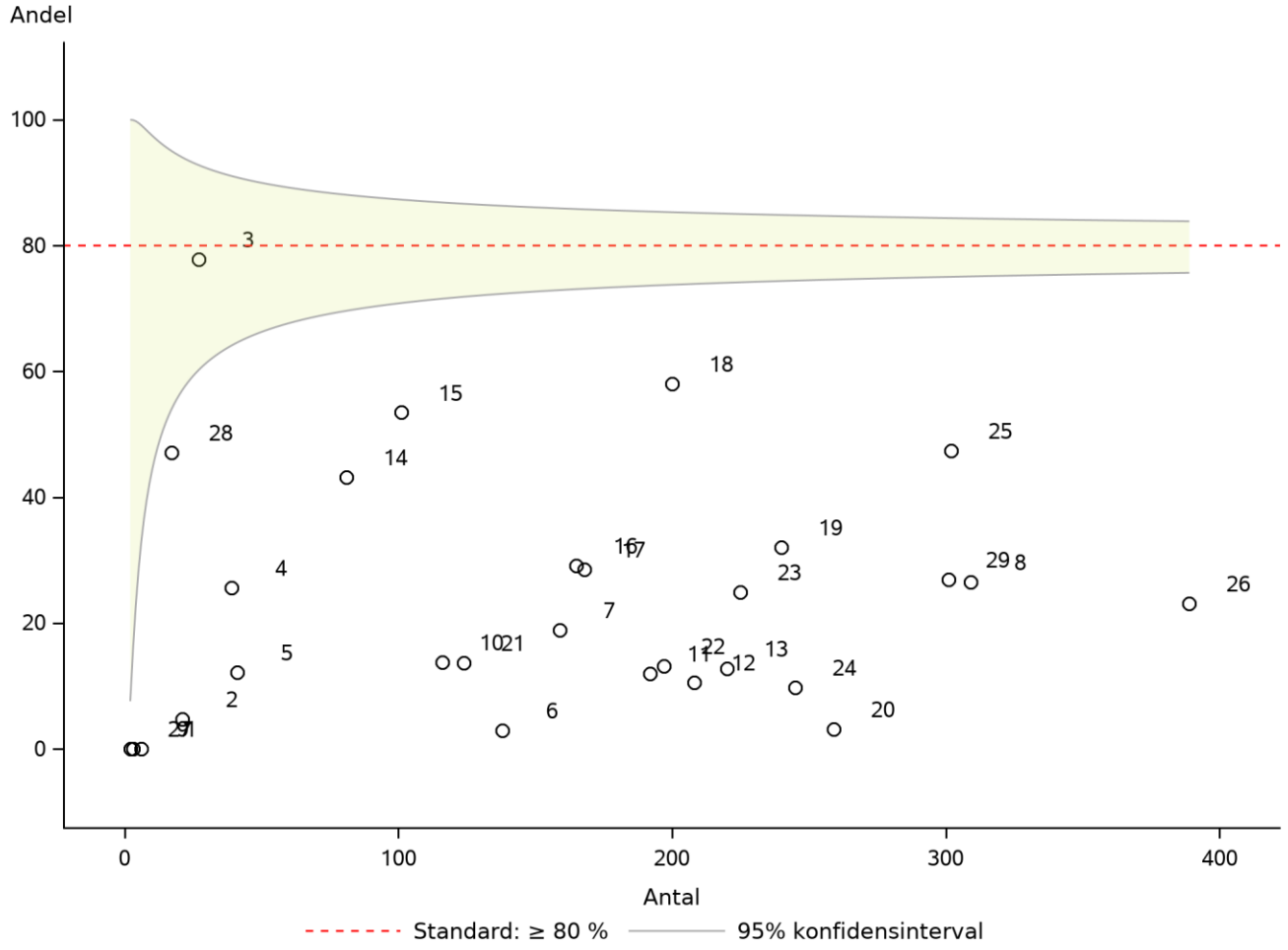
Indikator 1c. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der har første rehabiliteringssamtale inden for to uger efter udskrivelsen. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 1c. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der har første rehabiliteringssamtale inden for to uger efter udskrivelsen. Kontroldiagram på afdelingsniveau.

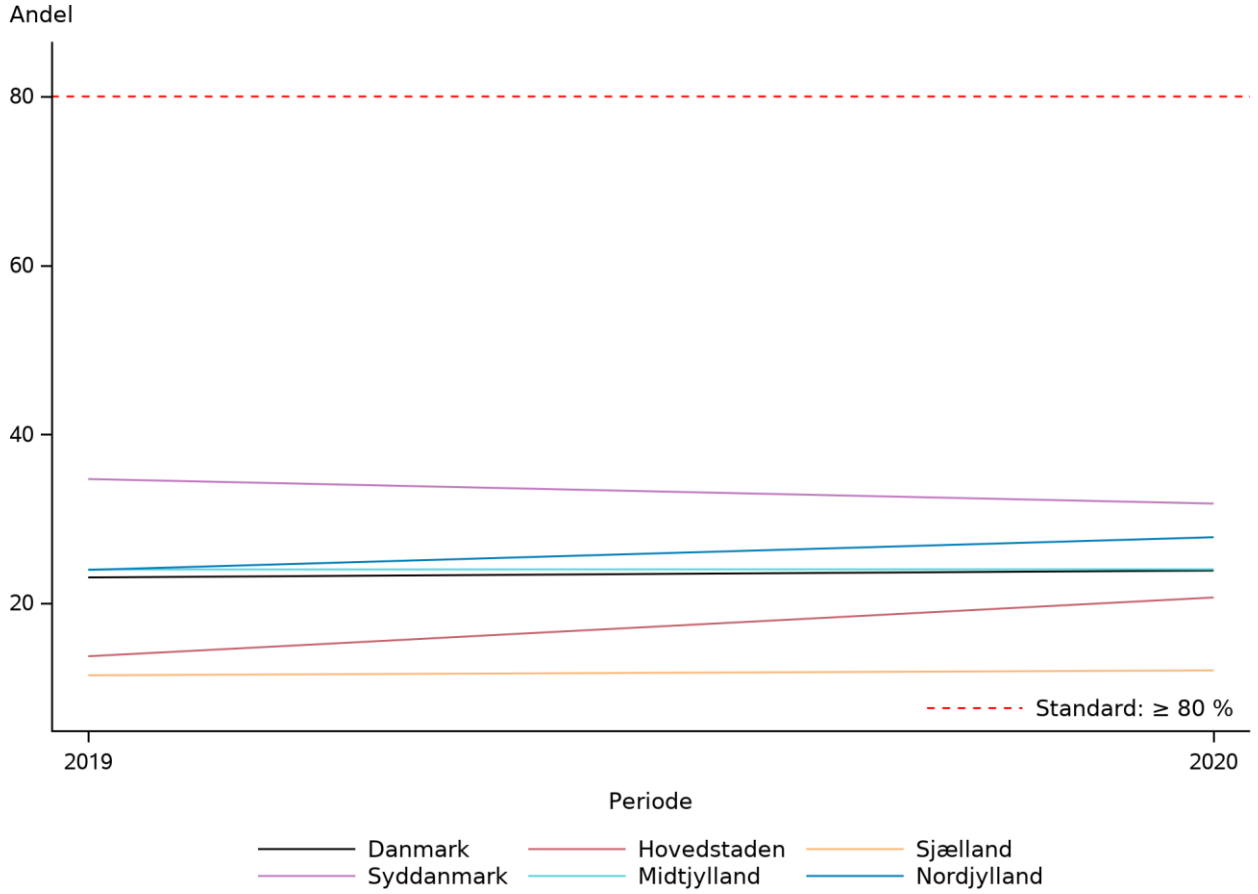


Indikator 1c. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der har første rehabiliteringssamtale inden for to uger efter udskrivelsen. Funnelplot på afdelingsniveau.



Afdelingskode	Afdeling
1	Rigshospitalet, Glostrup
2	Herlev/Gentofte hospital, Gentofte
3	Bornholms Hospital
4	Herlev/Gentofte hospital, Herlev
5	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
6	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
7	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
8	Nordsjællands Hospital, Hillerød
9	Næstved Sygehus
10	Nykøbing F Sygehus
11	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
12	Holbæk Sygehus
13	Slagelse Sygehus
14	Odense Universitetshospital, Svendborg
15	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
16	Odense Universitetshospital, Odense
17	Sygehus Lillebælt, Vejle
18	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
19	Sygehus Lillebælt, Kolding
20	Sydvestjysk Sygehus
21	HE Midt, Silkeborg
22	Regionshospitalet Randers
23	Aarhus Universitetshospital
24	HE Midt, Viborg/Skive
25	Regionshospitalet Horsens
26	Hospitalsenheden Vest
27	Aalborg Universitetshospital, Hobro
28	Aalborg Universitetshospital, Thisted
29	Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Indikator 1c. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der har første rehabiliteringssamtale inden for to uger efter udskrivelsen. Trendgraf på regionsniveau.



Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Indikator 1cs. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der har første rehabiliteringssamtale inden for 4 uger efter udskrivelsen.

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark		2.646 / 4.495	1 (0)	58,9	(57,4-60,3)	2.452 / 4.321	56,8	62,2
Hovedstaden		412 / 740	1 (0)	55,7	(52,0-59,3)	394 / 904	43,6	46,2
Sjælland		342 / 739	0 (0)	46,3	(42,6-50,0)	224 / 602	37,2	47,8
Syddanmark		1.026 / 1.516	0 (0)	67,7	(65,3-70,0)	1.134 / 1.484	76,4	78,4
Midtjylland		602 / 1.180	0 (0)	51,0	(48,1-53,9)	395 / 905	43,7	57,0
Nordjylland		264 / 320	0 (0)	82,5	(77,9-86,5)	305 / 426	71,6	58,6
Hovedstaden		412 / 740	1 (0)	55,7	(52,0-59,3)	394 / 904	43,6	46,2
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		57 / 138	0 (0)	41,3	(33,0-50,0)	97 / 155	62,6	58,7
Bornholms Hospital		26 / 27	0 (0)	96,3	(81,0-99,9)	30 / 35	85,7	84,9
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte		8 / 21	0 (0)	38,1	(18,1-61,6)	13 / 19	68,4	57,9
Herlev/Gentofte hospital, Herlev		23 / 39	1 (3)	59,0	(42,1-74,4)	33 / 64	51,6	36,8
Hvidovre/Amager Hospital, Amager		11 / 41	0 (0)	26,8	(14,2-42,9)	11 / 38	29,0	66,7
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre		81 / 159	0 (0)	50,9	(42,9-58,9)	75 / 207	36,2	28,9
Nordsjællands Hospital, Frederikssund						# / #	0,0	61,0
Nordsjællands Hospital, Hillerød		205 / 309	0 (0)	66,3	(60,8-71,6)	135 / 381	35,4	62,2
Rigshospitalet, Glostrup		# /#	0 (0)	16,7	(0,4-64,1)	0 / 3	0,0	10,1
Sjælland		342 / 739	0 (0)	46,3	(42,6-50,0)	224 / 602	37,2	47,8
Holbæk Sygehus		99 / 208	0 (0)	47,6	(40,6-54,6)	70 / 166	42,2	38,6
Nykøbing F Sygehus		63 / 116	0 (0)	54,3	(44,8-63,6)	54 / 122	44,3	29,1
Næstved Sygehus		# / #	0 (0)	33,3	(0,8-90,6)	0 / 6	0,0	21,7
Sjællands Universitetshospital, Køge								87,7
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		85 / 192	0 (0)	44,3	(37,1-51,6)	63 / 160	39,4	64,0
Slagelse Sygehus		94 / 220	0 (0)	42,7	(36,1-49,6)	37 / 148	25,0	15,7

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Syddanmark		1.026 / 1.516	0 (0)	67,7	(65,3-70,0)	1.134 / 1.484	76,4	78,4
Odense Universitetshospital, Odense		113 / 165	0 (0)	68,5	(60,8-75,5)	90 / 115	78,3	74,6
Odense Universitetshospital, Svendborg		72 / 81	0 (0)	88,9	(80,0-94,8)	98 / 117	83,8	79,8
Sydvestjysk Sygehus		44 / 259	0 (0)	17,0	(12,6-22,1)	150 / 259	57,9	79,2
Sygehus Lillebælt, Kolding		171 / 240	0 (0)	71,3	(65,1-76,9)	225 / 275	81,8	78,8
Sygehus Lillebælt, Vejle		103 / 168	0 (0)	61,3	(53,5-68,7)	114 / 190	60,0	70,7
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa		187 / 200	0 (0)	93,5	(89,1-96,5)	117 / 135	86,7	90,3
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg		87 / 101	0 (0)	86,1	(77,8-92,2)	94 / 102	92,2	79,7
Midtjylland		602 / 1.180	0 (0)	51,0	(48,1-53,9)	395 / 905	43,7	57,0
Aarhus Universitetshospital		131 / 225	0 (0)	58,2	(51,5-64,7)	107 / 209	51,2	52,1
HE Midt, Silkeborg		76 / 124	0 (0)	61,3	(52,1-69,9)	72 / 145	49,7	62,4
HE Midt, Viborg/Skive		103 / 245	0 (0)	42,0	(35,8-48,5)	76 / 181	42,0	57,7
Hospitalsenheden Vest		187 / 389	0 (0)	48,1	(43,0-53,2)	121 / 336	36,0	59,0
Regionshospitalet Horsens		249 / 302	0 (0)	82,5	(77,7-86,6)	246 / 291	84,5	76,8
Regionshospitalet Randers		105 / 197	0 (0)	53,3	(46,1-60,4)	19 / 34	55,9	53,3
Nordjylland		264 / 320	0 (0)	82,5	(77,9-86,5)	305 / 426	71,6	58,6
Aalborg Universitetshospital, Hobro		# / #	0 (0)	50,0	(1,3-98,7)	11 / 27	40,7	39,3
Aalborg Universitetshospital, Syd						38 / 51	74,5	64,2
Regionshospital Nordjylland, Hjørring		247 / 301	0 (0)	82,1	(77,2-86,2)	122 / 191	63,9	48,2
Aalborg Universitetshospital, Thisted		16 / 17	0 (0)	94,1	(71,3-99,9)	134 / 157	85,4	73,4

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Datagrundlag
Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG).

Indikatoren er indført per 1. juni 2019. Andelen af patienter, som har haft første rehabiliteringssamtale inden for 4 uger efter udskrivelsen, er vist i tabel 1cs.

Er der indleveret et slut-rehabliteringsskema med dato i opgørelsesåret/perioden? Ja	
Ligger datoen for første rehabiliteringsfremmøde indenfor 2 uger efter udskrivelsesdatoen?	
ja	nej
tæller og nævner	nævner

Beregningsregler

Tæller: Patientforløb hvor der er angivet en dato for første rehabiliteringsfremmøde, som ligger indenfor 2 uger efter udskrivelse fra afdeling med diagnosen, som har ført til hjerterehabilitering
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG), som har fået indleveret et rehabiliteringsslutskema med dato i opgørelsesåret/perioden.
Uoplyst: Ikke muligt

Resultater
Andelen af patienter der havde første rehabiliteringssamtale med sygeplejerske eller læge indenfor 2 uger efter udskrivelse med diagnosen, som førte til hjerterehabilitering, er 24% på landsplan og varierer mellem regioner fra 12% i Region Sjælland til 32% i Region Syddanmark. Alle regioner ligger således markant under den fastsatte standard (mindst 80%). På hospitalsniveau er det kun Bornholms hospital der er i nærheden af indikatoropfyldelse (78%).

I tabel 1cs er indikatoren opgjort som andelen af patienter, der har første rehabiliteringssamtale indenfor 4 uger. På landsplan er andelen af patienter, der havde første rehabiliteringssamtale med sygeplejerske eller læge indenfor 4 uger, 59%. På regionsniveau varierer andelen mellem 46–83%, mens variationen på afdelingsniveau er fra 17–96%.

Diskussion og implikationer
Styregruppen finder det bekymrende at alle regioner ligger så langt fra opfyldelse af standarden.
Der er stigende evidens for at tiden fra udskrivelse til opstart af rehabilitering, er afgørende for outcome og effekten af den tilbudte rehabilitering. Dette målt både på fysisk fitness, depression, angst og dermed udbytte af hjerterehabilitering på kort og langt sigt. Herunder også vigtigheden for hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Et studie viser også, at for hver dag der går fra udskrivelse til start af rehabilitering, er der 1 % mindre sandsynlighed for at patienten siger 'ja tak' til deltagelse. Dokumentation herfor findes i dokumentalistrapporten.

Styregruppen er opmærksom på, at der også her kan være et problem omkring registreringspraksis. Eksempelvis kan nævnes flere sygehuse, hvor der er praksis for at ringe til patienterne inden for 14 dage for at høre til patienten. Dette indberettes dog ikke, selve indberetningen sker først når patienten møder til fysisk fremmøde i ambulatoriet.
Registreringspraksis ved denne indikator er stærkt påvirket af Covid-19 situationen med faldende målopfyldelse over hele linjen såvel beregnet efter 2 uger og 4 uger efter udskrivelse/behandling. Men hvis vi kigger på data fra de sidste opgørelsesperioder, er der også her manglende opfyldelse af indikatoren.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen finder også denne indikator meget værdifuld i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark. Styregruppen ønsker derfor ikke, at ændre hverken indikator eller standard.

Indikator 1d - Hospitaler
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom (ikke CABG) der er påbegyndt fysisk træning indenfor 4 uger efter udskrivelse (dette inkluderer ikke arbejdstest og vejledning til selvtræning).
Standard: Mindst 80%

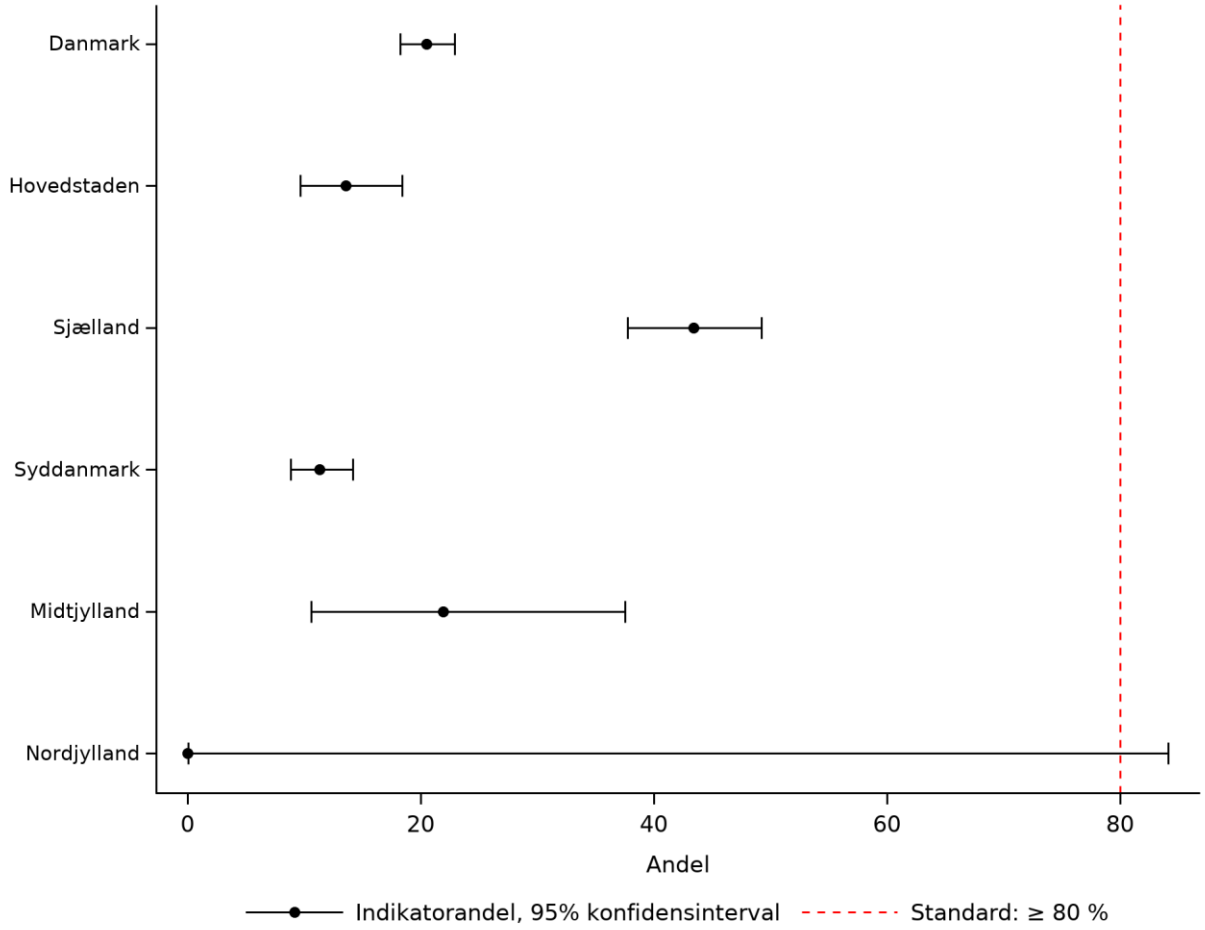
Indikator 1d. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom (ikke CABG) der er påbegyndt fysisk træning indenfor 4 uger efter udskrivelse

	Standard ≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Danmark	Nej	235 / 1.146	0 (0)	20,5	(18,2-23,0)	458 / 1.491	30,7
Hovedstaden	Nej	34 / 250	0 (0)	13,6	(9,6-18,5)	49 / 351	14,0
Sjælland	Nej	129 / 297	0 (0)	43,4	(37,7-49,3)	169 / 281	60,1
Syddanmark	Nej	63 / 556	0 (0)	11,3	(8,8-14,3)	189 / 772	24,5
Midtjylland	Nej	9 / 41	0 (0)	22,0	(10,6-37,6)	6 / 34	17,6
Nordjylland	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	45 / 53	84,9
Hovedstaden	Nej	34 / 250	0 (0)	13,6	(9,6-18,5)	49 / 351	14,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	18 / 135	0 (0)	13,3	(8,1-20,3)	21 / 128	16,4
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Bispebjerg						# / #	0,0
Bornholms Hospital	Nej	2 / 10	0 (0)	20,0	(2,5-55,6)	5 / 12	41,7
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Nej	0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0-45,9)	0 / 4	0,0
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	0 / 5	0,0
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	# / #	0,0
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Nej	13 / 53	0 (0)	24,5	(13,8-38,3)	16 / 105	15,2
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej	# /#	0 (0)	2,4	(0,1-12,6)	7 / 92	7,6
Rigshospitalet, Glostrup		0 / 0				0 / 3	0,0
Sjælland	Nej	129 / 297	0 (0)	43,4	(37,7-49,3)	169 / 281	60,1
Holbæk Sygehus	Nej	42 / 111	0 (0)	37,8	(28,8-47,5)	40 / 94	42,6
Nykøbing F Sygehus		0 / 0				# / #	0,0
Næstved Sygehus	Nej	# / #	0 (0)	66,7	(9,4-99,2)	# / #	50,0
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	75 / 131	0 (0)	57,3	(48,3-65,9)	93 / 115	80,9
Slagelse Sygehus	Nej	10 / 52	0 (0)	19,2	(9,6-32,5)	35 / 69	50,7

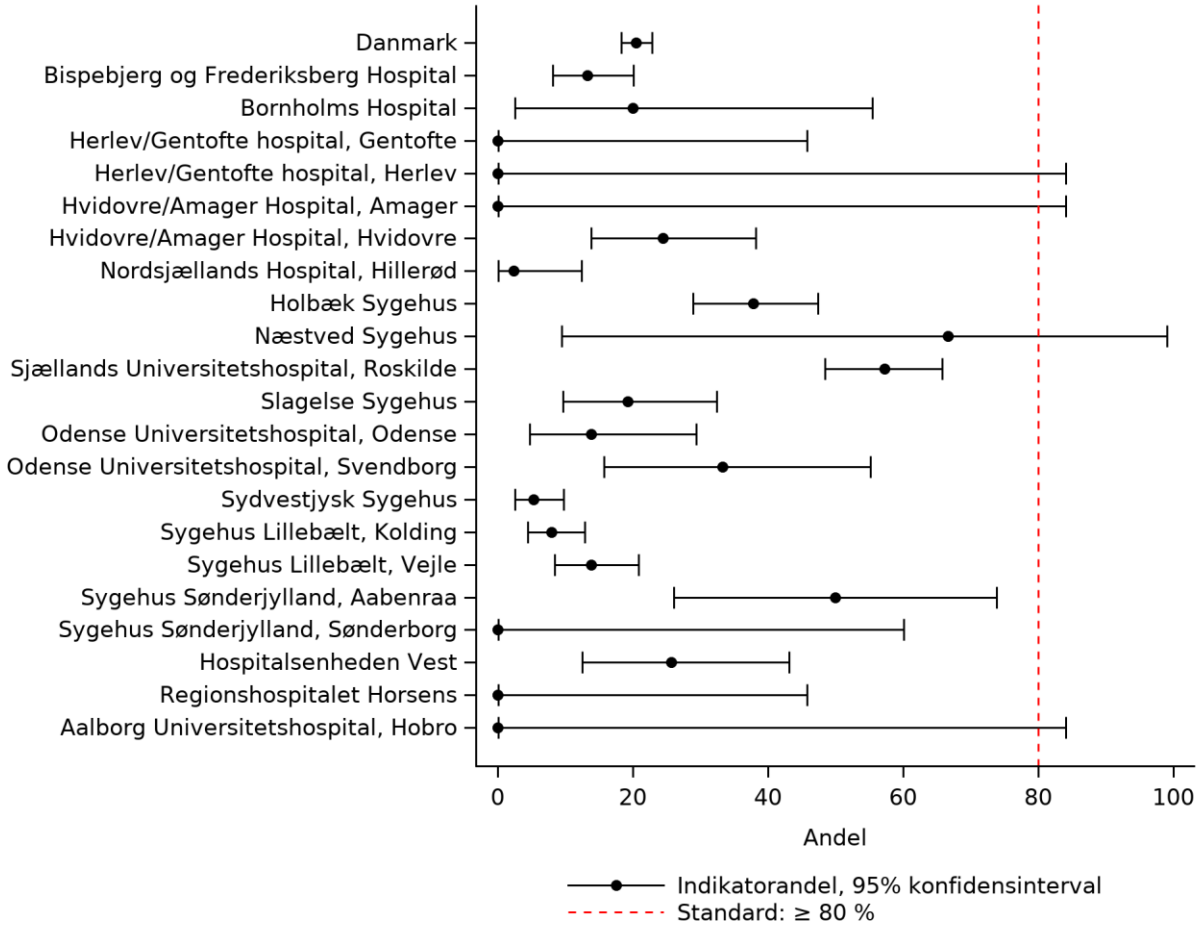
	Standard ≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Syddanmark	Nej	63 / 556	0 (0)	11,3	(8,8-14,3)	189 / 772	24,5
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	5 / 36	0 (0)	13,9	(4,7-29,5)	9 / 48	18,8
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	8 / 24	0 (0)	33,3	(15,6-55,3)	22 / 57	38,6
Sydvestjysk Sygehus	Nej	9 / 168	0 (0)	5,4	(2,5-9,9)	23 / 170	13,5
Sygehus Lillebælt, Kolding	Nej	14 / 176	0 (0)	8,0	(4,4-13,0)	64 / 236	27,1
Sygehus Lillebælt, Vejle	Nej	18 / 130	0 (0)	13,8	(8,4-21,0)	15 / 153	9,8
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Nej	9 / 18	0 (0)	50,0	(26,0-74,0)	46 / 82	56,1
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Nej	0 / 4	0 (0)	0,0	(0,0-60,2)	10 / 26	38,5
Midtjylland	Nej	9 / 41	0 (0)	22,0	(10,6-37,6)	6 / 34	17,6
Aarhus Universitetshospital		0 / 0				0 / 5	0,0
Hospitalsenheden Vest	Nej	9 / 35	0 (0)	25,7	(12,5-43,3)	4 / 22	18,2
Regionshospitalet Horsens	Nej	0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0-45,9)	# / #	28,6
Nordjylland	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	45 / 53	84,9
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	9 / 12	75,0
Aalborg Universitetshospital, Syd						36 / 40	90,0
Regionshospital Nordjylland, Hjørring		0 / 0				# / #	0,0

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

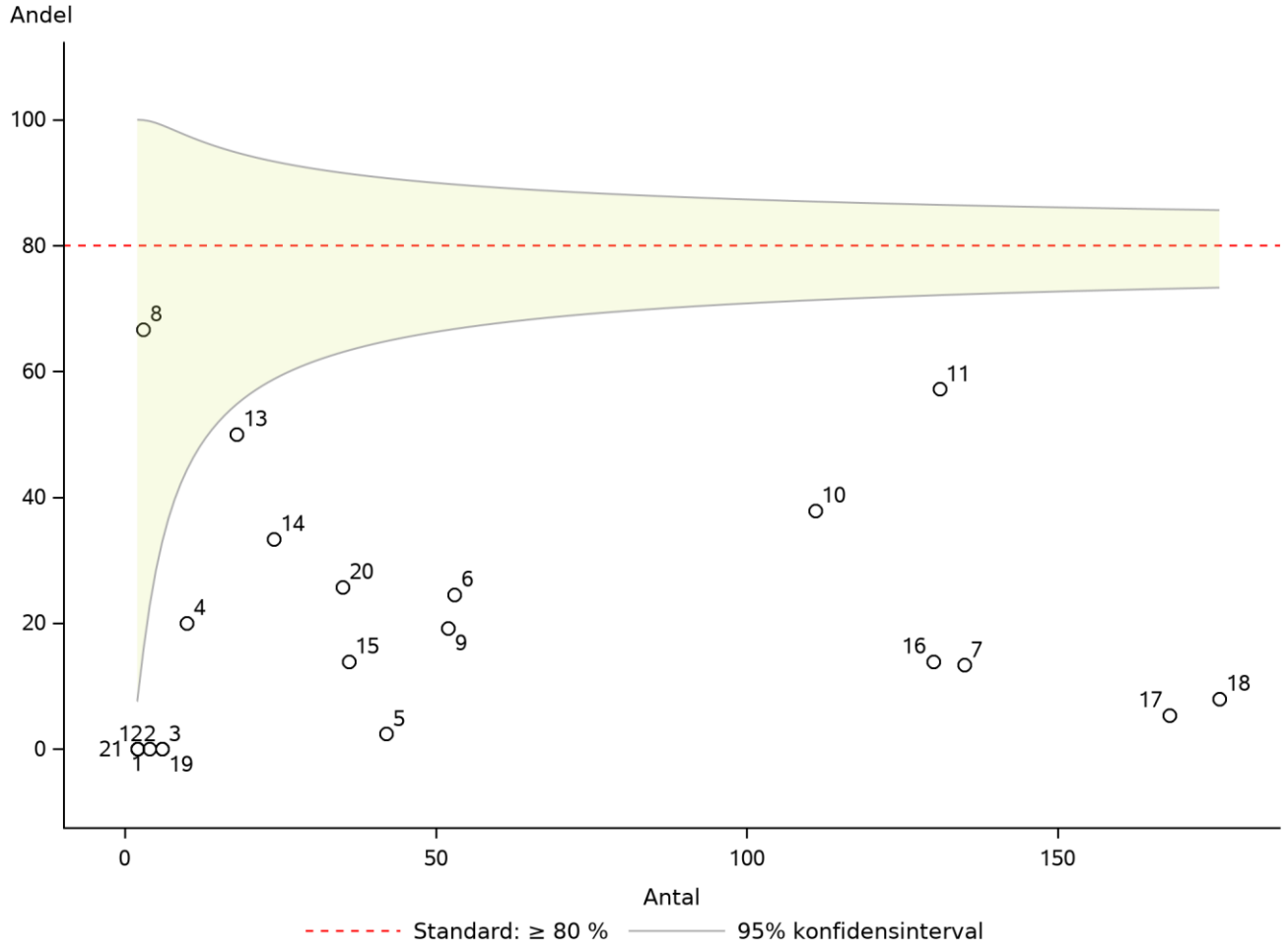
Indikator 1d. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom (ikke CABG) der er påbegyndt fysisk træning indenfor 4 uger efter udskrivelse. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 1d. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom (ikke CABG) der er påbegyndt fysisk træning indenfor 4 uger efter udskrivelse. Kontroldiagram på afdelingsniveau.



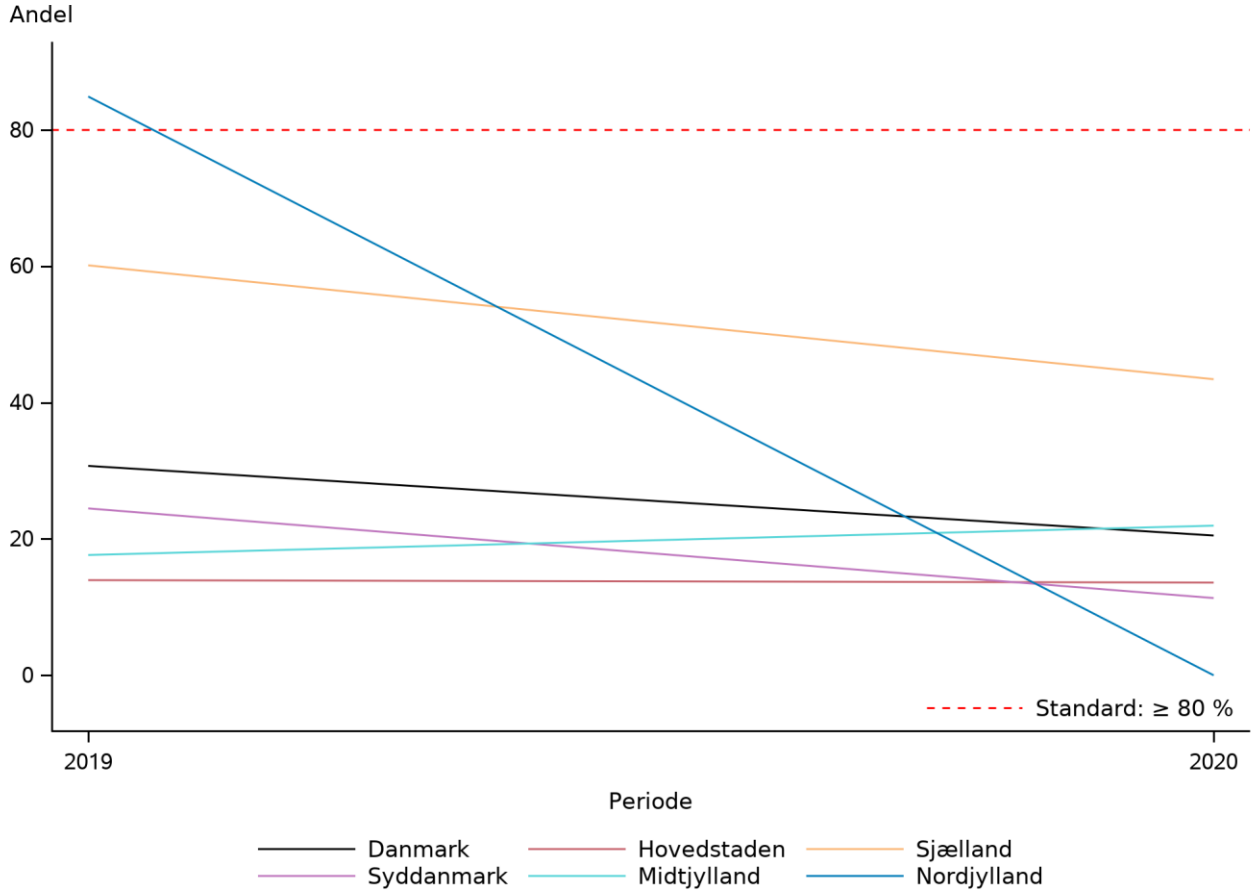
Indikator 1d. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom (ikke CABG) der er påbegyndt fysisk træning indenfor 4 uger efter udskrivelse. Funnelplot på afdelingsniveau.



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den røde linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Afdelingskode	Afdeling
1	Herlev/Gentofte hospital, Herlev
2	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
3	Herlev/Gentofte hospital, Gentofte
4	Bornholms Hospital
5	Nordsjællands Hospital, Hillerød
6	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
7	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
8	Næstved Sygehus
9	Slagelse Sygehus
10	Holbæk Sygehus
11	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
12	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
13	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
14	Odense Universitetshospital, Svendborg
15	Odense Universitetshospital, Odense
16	Sygehus Lillebælt, Vejle
17	Sydvestjysk Sygehus
18	Sygehus Lillebælt, Kolding
19	Regionshospitalet Horsens
20	Hospitalsenheden Vest
21	Aalborg Universitetshospital, Hobro

Indikator 1d. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom (ikke CABG) der er påbegyndt fysisk træning indenfor 4 uger efter udskrivelse. Trendgraf på regionsniveau.



Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Datagrundlag

Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina) og ikke har fået udført CABG op til det aktuelle rehabiliteringsforløb.

Indikatoren opgøres kun for patienter med et indleveret startskema for fysisk træning, og datagrundlaget for denne indikator er derfor væsentligt mindre end for indikator 1c.

Indikatoren er indført per 1. juni 2019.

Er der indleveret et slut-rehabliteringsskema med dato i opgørelsesåret/perioden?			
Ja			
Har patienten fået udført CABG op til rehabiliteringsforløbet?			
Ja	Nej		
Ekskluder	**Er der indleveret et startskema for fysisk træning?**		
	Nej	Ja	
	Ekskluder	**Ligger datoen for første samtale med fysioterapeut indenfor 4 uger efter udskrivelsesdatoen?**	
		ja	nej
		tæller og nævner	nævner

1d. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom (ikke CABG) der er påbegyndt fysisk træning indenfor 4 uger efter udskrivelse

	Antal	Årsag
Eksklusion:	2.981	Der er ikke indleveret startskema (Fysisk træning)
	369	Patienten har fået udført CABG

Beregningsregler

Tæller: Patientforløb hvor der er angivet en dato for første samtale med fysioterapeut, som ligger indenfor 4 uger efter udskrivelse fra afdeling med diagnosen som har ført til hjerterehabilitering
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina) og som ikke har fået udført CABG op til rehabiliteringsforløbet, der har fået indleveret et slutskema med dato i opgørelsesåret/perioden. Kun patientforløb hvor der er indleveret et startskema for fysisk træning indgår i opgørelsen.
Uoplyst: Ikke muligt

Resultater

På landsplan havde 21% af patienterne med iskæmisk hjertesygdom, der ikke havde fået udført CABG, første samtale med fysioterapeut indenfor 4 uger efter udskrivelse fra afdeling med diagnosen, som førte til hjerterehabilitering. Standarden for indikatoren er ikke opfyldt på landsplan eller for enkelte regioner.

Resultaterne for Region Midtjylland og Region Nordjylland bør fortolkes med varsomhed da populationerne er meget små (2-41 patienter). For de øvrige regioner har Region Sjælland markant højere målopfyldelse (43%) end Region Hovedstaden (14%) og Region Syddanmark (11%).

På afdelingsniveau er der ofte ganske få patienter i nævneren og resultaterne bør for mange afdelinger fortolkes med stor varsomhed grundet betydelig statistisk usikkerhed.

Diskussion og implikationer

Standarden for denne indikator er sat til mindst 80% og ingen regioner opfylder denne indikator.

Det bemærkes også at der er 2981 patienter, der er ekskluderet pga. at der ikke er indleveret startskema. Derfor kan dette resultat muligvis beskrive, at tilbud om fysisk træning varetages i kommunerne. Dette er dog ikke alene årsagen, da det har været muligt at trække data fra de tidligere opgørelses år og her er data ikke meget anderledes.

Styregruppen finder det igen bekymrende, at der er så få der opfylder denne indikator. Styregruppen er enige om, at der fremadrettet skal være opmærksomhed på tidsaspektet i forhold til påbegyndelse af fysisk træning og især med fokus på både de nationale og regionale forløbsprogrammer, der angiver at når patienten er henvist til kommunal genoptræning, skal kommunen indenfor 7 dage opstarte genoptræningen. Det er derfor også vigtigt at præcisere, at det er den første kontakt til fysioterapien/træningsstart, der er afgørende for denne indikator og ikke datoen for arbejdstesten, som bruges til at risikovurdere patienten.

Styregruppen har en forventning til at alle patienter skal have et tilbud om fysisk træning, da det ikke er muligt på forhånd at vurdere om patienten er utryg ved selvtræning, uanset om man har træningserfaring eller ej.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen finder også denne indikator meget værdifuld i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark. Styregruppen ønsker derfor ikke, at ændre hverken indikator eller standard.

Dog vil styregruppen fremadrettet arbejde videre med denne indikator og vurdere kvaliteten af indikatoren i takt med at store dele af den fysiske træning bliver overtaget af kommunerne, se den kommunale vurdering s. 64. Der arbejdes videre med denne indikator så den er meningsfuld for både sygehuse og kommuner.

Indikator 1d – Kommuner
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom (ikke CABG) der er påbegyndt fysisk træning indenfor 4 uger efter udskrivelse
Standard: Mindst 80%

Indikator 1d. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom (ikke CABG) der er påbegyndt fysisk træning indenfor 4 uger efter udskrivelse

	Standard ≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Danmark	Nej	227 / 644	0 (0)	35	(32-39)	518 / 1.172	44
Sjælland	Nej	30 / 49	0 (0)	61	(46-75)	66 / 112	59
Midtjylland	Nej	197 / 595	0 (0)	33	(29-37)	452 / 1.060	43
Sjælland	Nej	30 / 49	0 (0)	61	(46-75)	66 / 112	59
Guldborgsund	Nej	15 / 21	0 (0)	71	(48-89)	30 / 47	64
Lolland	Nej	# / #	0 (0)	50	(7-93)	14 / 23	61
Vordingborg	Nej	13 / 24	0 (0)	54	(33-74)	22 / 42	52
Midtjylland	Nej	197 / 595	0 (0)	33	(29-37)	452 / 1.060	43
Aarhus	Nej	24 / 129	0 (0)	19	(12-26)	38 / 178	21
Favrskov	Nej	0 / 21	0 (0)	0	(0-16)	12 / 28	43
Hedensted	Nej	12 / 32	0 (0)	38	(21-56)	11 / 29	38
Herning	Ja	52 / 58	0 (0)	90	(79-96)	91 / 98	93
Holstebro	Nej	13 / 25	0 (0)	52	(31-72)	33 / 49	67
Horsens	Nej	14 / 40	0 (0)	35	(21-52)	8 / 57	14
Ikast-Brande	Nej	# / #	0 (0)	18	(2-52)	18 / 40	45
Lemvig	Nej	6 / 8	0 (0)	75	(35-97)	13 / 26	50
Norddjurs	Nej	9 / 18	0 (0)	50	(26-74)	22 / 36	61
Odder	Nej	4 / 16	0 (0)	25	(7-52)	4 / 28	14
Randers	Nej	4 / 64	0 (0)	6	(2-15)	39 / 92	42
Ringkøbing-Skjern	Nej	6 / 20	0 (0)	30	(12-54)	27 / 48	56
Silkeborg	Nej	4 / 24	0 (0)	17	(5-37)	27 / 88	31
Skanderborg	Nej	5 / 36	0 (0)	14	(5-29)	0 / 45	0
Skive	Nej	0 / 13	0 (0)	0	(0-25)	12 / 40	30
Struer	Ja	12 / 13	0 (0)	92	(64-100)	17 / 20	85
Syddjurs	Nej	5 / 20	0 (0)	25	(9-49)	10 / 35	29
Viborg	Nej	25 / 47	0 (0)	53	(38-68)	70 / 123	57

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Datagrundlag og beregningsregler
Borgere er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom. Borgere som har fået udført CABG op til det aktuelle rehabiliteringsforløb er ikke ekskluderet, da denne oplysning ikke findes i de kommunale data.
Indikatoren opgøres kun for patienter med et indleveret startskema for fysisk træning.

Tæller: Borgere hvor der er angivet en dato for fysisk funktionstest ved opstart af rehabiliteringsforløbet, som ligger indenfor 4 uger efter udskrivelse fra afdeling med diagnosen som har ført til hjerterehabilitering
Nævner: Borgere der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom og hvor datoen for afsluttende rehabiliteringssamtale ligger i opgørelsesåret/perioden.
Kun patientforløb hvor der er indleveret et startskema for fysisk træning indgår i opgørelsen.
Uoplyst: Manglende oplysninger om udskrivelsesdato

Resultater
Andelen af borgere som har fået foretaget en fysisk funktionstest inden for fire uger efter udskrivelse er 35%. Der ses en nedgang i andelen på 9 procentpoint siden 2019-2020.

På kommuneniveau varierer andelen fra 0-92%. Herning Kommune og Struer Kommune opfylder som de eneste kommuner standarden på mindst 80%.

Diskussion og implikationer
Kommunerne bruger ikke udskrivelsesdatoen til at vurdere, hvornår en borger skal i gang med et rehabiliteringsforløb, men i stedet bruges en klarmeldingsdato. Kommunerne får klarmeldingsdatoen på forskellige måder. Nogen får den fra en genoptræningsplan, andre fra en henvisning og andre i en korrespondancemeddelelse.

Kommunerne er jf §140 forpligtet til at starte rehabiliteringsforløbet op indenfor 7 kalenderdage fra klarmeldingsdatoen. Hvis dette ikke kan lade sig gøre, har borgeren krav på at kunne benytte regler om frit valg på genoptræningsdelen.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen mener ikke at indikatoren 1d er anvendelig i kommunerne som den er beskrevet nu. Der arbejdes videre med at finde en retvisende og brugbar indikator for dette.

Indikatorområde 2: Arbejdskapacitet

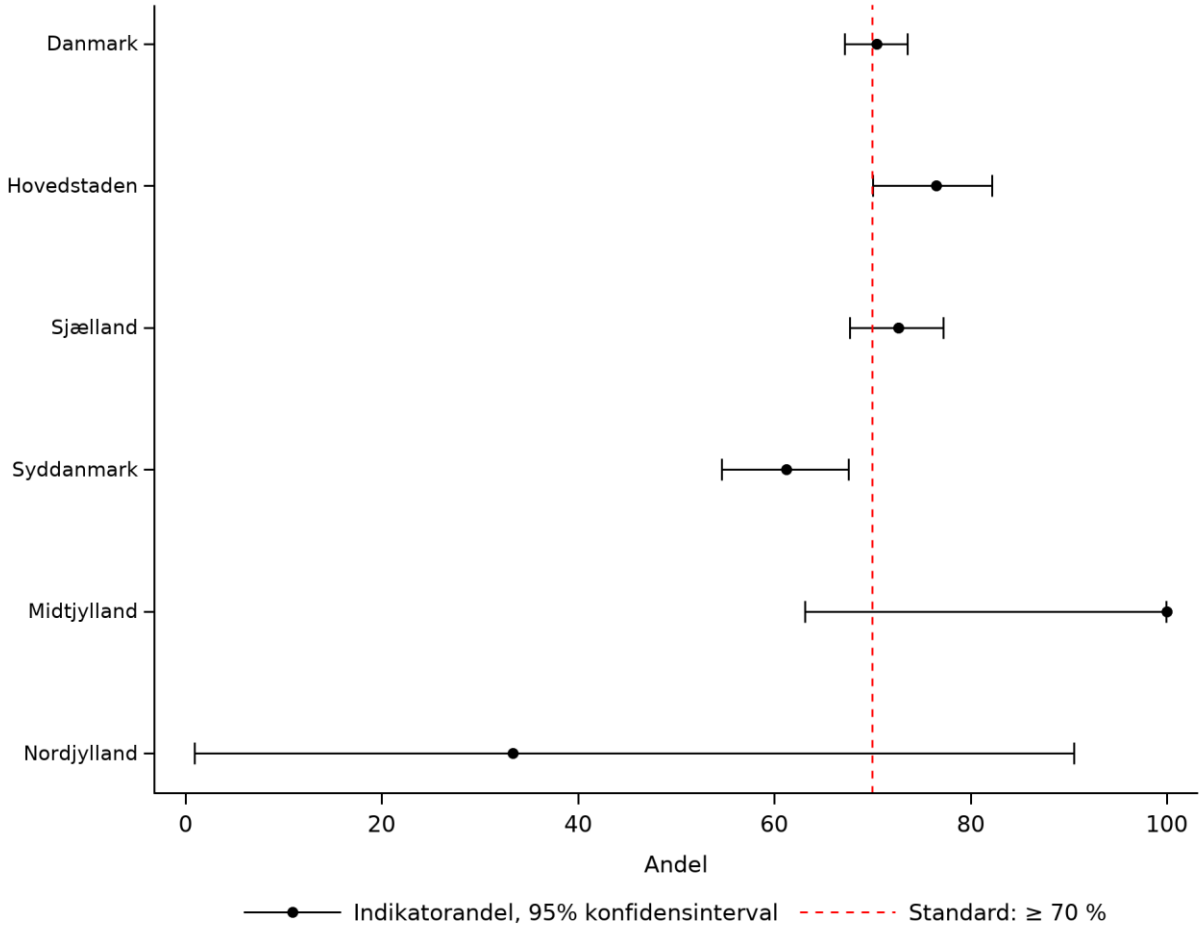
Indikator 2a - Hospitaler
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som gennemfører mindst 75 % af de planlagte træningssessioner
Standard: Mindst 70%

Indikator 2a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som gennemfører mindst 75 % af de planlagte træningssessioner

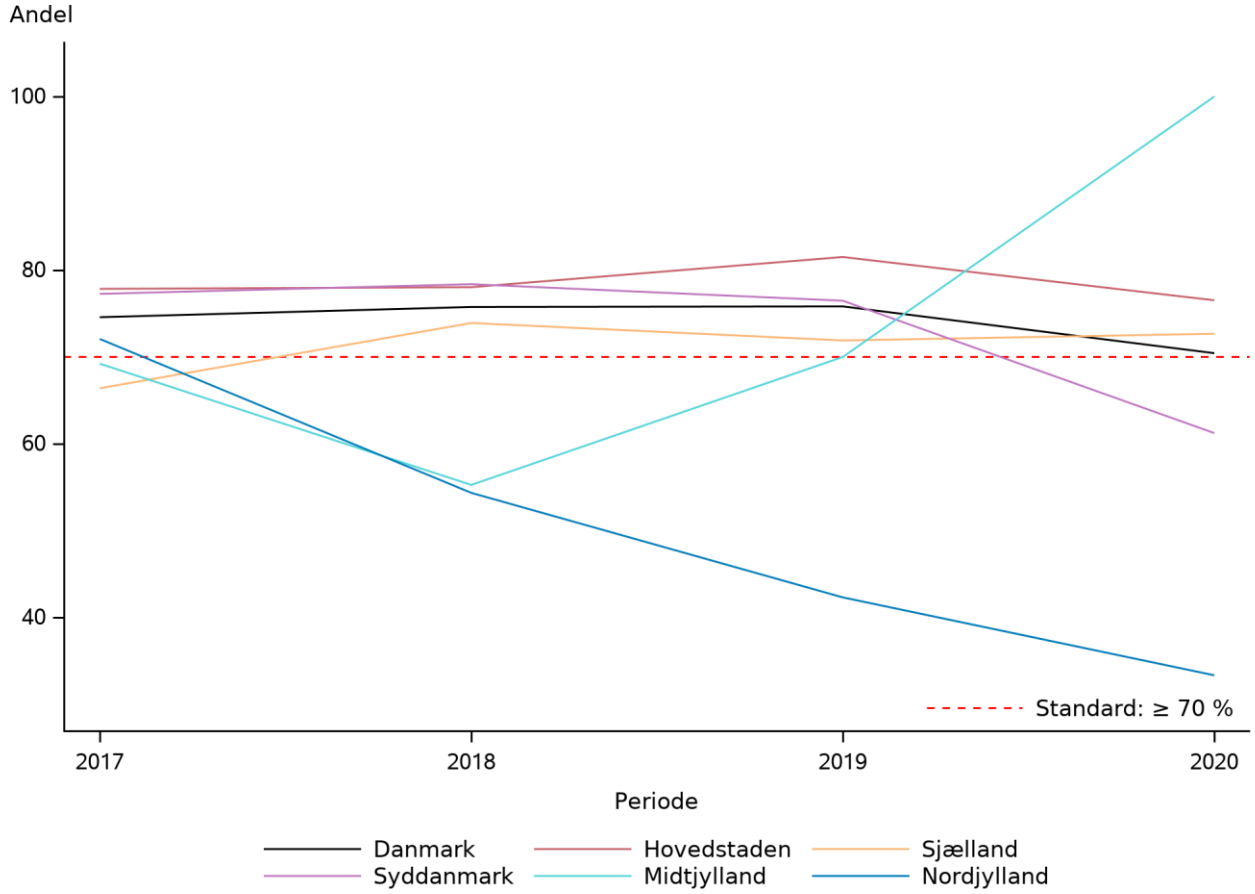
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 70%	Tæller/	antal	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020		2018/ 2019
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	548 / 778	113 (13)	70,4	(67,1-73,6)	1.010 / 1.332	75,8	75,8
Hovedstaden	Ja	150 / 196	31 (14)	76,5	(70,0-82,3)	269 / 330	81,5	78,0
Sjælland	Ja	250 / 344	32 (9)	72,7	(67,6-77,3)	238 / 331	71,9	73,9
Syddanmark	Nej	139 / 227	50 (18)	61,2	(54,6-67,6)	478 / 625	76,5	78,4
Midtjylland	Ja	8 / 8	0 (0)	100,0	(63,1-100,0)	14 / 20	70,0	55,3
Nordjylland	Nej	# / #	0 (0)	33,3	(0,8-90,6)	11 / 26	42,3	54,3

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Indikator 2a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som gennemfører mindst 75 % af de planlagte træningssessioner. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 2a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som gennemfører mindst 75 % af de planlagte træningssessioner. Trendgraf på regionsniveau.



Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Datagrundlag
Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG).

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet for fysisk træning ligger i opgørelsesåret/perioden. Bemærk at kravet om et indleveret slutskema for fysisk træning medfører at datagrundlaget for denne indikator er væsentlig mindre end for de øvrige indikatorer i rapporten.

<table>
<tr><td colspan="5">Er der indleveret et start- og slutskema for fysisk træning med dato for slutskema i opgørelsesperioden?
Ja</td></tr>
<tr><td colspan="5">Er antallet af planlagte træningssessioner oplyst?
Nej | Ja</td></tr>
<tr><td rowspan="4">uoplyst</td><td colspan="4">Er antallet af planlagte træningssessioner = 0?
Ja | Nej</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ekskluder</td><td colspan="3">Er antal gennemførte træningssessioner oplyst?
Nej | Ja</td></tr>
<tr><td rowspan="2">uoplyst</td><td colspan="2">Er andelen af antal gennemførte træningssessioner/antal planlagte sessioner ≥ 75 %?
ja | nej</td></tr>
<tr><td>tæller og nævner</td><td>nævner</td></tr>
</table>

2a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som gennemfører mindst 75 % af de planlagte træningssessioner

	Antal	Årsag
Uoplyst:	74	Antal planlagte træningssessioner: Uoplyst
	39	Antal gennemførte træningssessioner: Uoplyst

Beregningsregler

Tæller: Patientforløb hvor andelen af gennemførte træningssessioner er mindst 75%
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina), der har fået indleveret et slutskema for fysisk træning med dato i opgørelsesåret/perioden.
Uoplyst: Antallet af planlagte eller gennemførte træningssessioner er uoplyst

Bemærk at kravet til andelen af gennemførte træningssessioner er sænket fra 80% til 75% fra denne årsrapport.

Resultater

Andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom som gennemførte mindst 75 % af de planlagte træningssessioner er i denne opgørelsesperiode opgjort til 70% på landsplan, hvilket er lavere end sidste år. Standarden på mindst 70% er opfyldt på landsplan, ligesom Region Hovestaden (77%), Region Sjælland (73%) og Region Midtjylland (100%) opfylder standarden.
Datagrundlaget er yderst begrænset for Region Midtjylland (8 patienter) og Region Nordjylland (3 patienter) hvorfor resultaterne skal fortolkes med forsigtighed.

Diskussion og implikationer

Styregruppen er opmærksom på at der ved denne indikator udelukkende indgår skemaer for fysisk træning, som er gennemført på sygehus. Træning på egen hånd eller i Kommunalt regi er ikke med i opgørelsen for hospitalerne. Styregruppen anbefaler at afdelingerne skal arbejde med rutiner for at sikre indrapportering af skemaer for alle der træner i sygehusregi, herunder antallet af planlagte og gennemførte træningssessioner. Det er i denne opgørelsesperiode også muligt, at der mangler indleverede slutskemaer pga. Covid-19?

Det bemærkes at praksis omkring træning er meget forskellig rundt i landet. Således har man i Region Sjælland stadig delte træningsforløb med 6 uger i hospitalsregi og 6 uger kommunalt. Region Syd og Midt træner i hospitalsregi stort set kun patienter med en øget risiko for komplikationer altså ofte patienter med komorbiditet. Dette gør resultaterne for fremmødeflid og for træningseffekt tvivlsomt sammenlignelige med de kommunalt trænede patienter.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen mener ikke, at denne indikator for nuværende er anvendelig i kvalitetsforbedringsarbejdet i sygehus regi. Indikatoren er fortsat meget værdifuld, men primært i kommunalt regi.

Indikator 2a – Kommuner
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som gennemfører mindst 75 % af de planlagte træningssessioner
Standard: Mindst 70%

Indikator 2a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som gennemfører mindst 75 % af de planlagte træningssessioner

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark	Nej	381 / 564	2 (0)	68	(64-71)	840 / 1.115	75	84
Sjælland	Ja	38 / 45	0 (0)	84	(71-94)	103 / 112	92	75
Midtjylland	Nej	343 / 519	2 (0)	66	(62-70)	737 / 1.003	73	86
Sjælland	Ja	38 / 45	0 (0)	84	(71-94)	103 / 112	92	75
Guldborgsund	Ja	20 / 21	0 (0)	95	(76-100)	46 / 47	98	67
Lolland	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	22 / 22	100	
Vordingborg	Ja	14 / 20	0 (0)	70	(46-88)	35 / 43	81	80
Midtjylland	Nej	343 / 519	2 (0)	66	(62-70)	737 / 1.003	73	86
Aarhus	Nej	50 / 88	1 (1)	57	(46-67)	111 / 161	69	71
Favrskov	Ja	19 / 20	0 (0)	95	(75-100)	27 / 28	96	100
Hedensted	Nej	18 / 30	0 (0)	60	(41-77)	20 / 27	74	100
Herning	Ja	50 / 57	1 (2)	88	(76-95)	85 / 98	87	100
Holstebro	Ja	18 / 25	0 (0)	72	(51-88)	42 / 45	93	100
Horsens	Nej	23 / 39	0 (0)	59	(42-74)	59 / 66	89	100
Ikast-Brande	Nej	4 / 11	0 (0)	36	(11-69)	34 / 39	87	100
Lemvig	Ja	8 / 8	0 (0)	100	(63-100)	19 / 26	73	100
Norddjurs	Ja	11 / 15	0 (0)	73	(45-92)	26 / 33	79	67
Odder	Nej	7 / 11	0 (0)	64	(31-89)	12 / 25	48	
Randers	Ja	43 / 57	0 (0)	75	(62-86)	59 / 89	66	100
Ringkøbing-Skjern	Nej	11 / 18	0 (0)	61	(36-83)	38 / 45	84	
Silkeborg	Ja	14 / 20	0 (0)	70	(46-88)	48 / 78	62	71
Skanderborg	Nej	8 / 31	0 (0)	26	(12-45)	25 / 36	69	0
Skive	Nej	8 / 12	0 (0)	67	(35-90)	30 / 37	81	100
Struer	Ja	9 / 11	0 (0)	82	(48-98)	15 / 17	88	
Syddjurs	Ja	15 / 20	0 (0)	75	(51-91)	24 / 34	71	100
Viborg	Nej	27 / 46	0 (0)	59	(43-73)	63 / 119	53	80

Datagrundlag og beregningsregler

Borgere er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom og har modtaget superviseret fysisk træning.
Borgerne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for afsluttende rehabiliteringsfremmøde ligger i opgørelsesåret/perioden.

Tæller: Borgere hvor andelen af gennemførte træningssessioner er mindst 75%
Nævner: Borgere der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom og hvor datoen for afsluttende rehabiliteringsfremmøde ligger i opgørelsesåret/perioden
Uoplyst: Antallet af planlagte eller gennemførte træningssessioner er uoplyst

2a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som gennemfører mindst 75 % af de planlagte træningssessioner

	Antal	Årsag
Eksklusion:	78	Planlagt antal træninger = 0
Uoplyst:	2	Antal gennemførte træningssessioner: Uoplyst

Resultater

Andelen af borgere med iskæmisk hjertesygdom som gennemførte mindst 75 % af de planlagte træningssessioner er opgjort til 84% for de tre sjællandske kommuner og 66% for kommunerne i Region Midtjylland. Standarden på mindst 70% er opfyldt af alle kommunerne i Region Sjælland mens der er større variation for kommunerne i Region Midtjylland.

Diskussion og implikationer

Denne indikator viser tydeligt, at træningen er lagt ud til kommunerne. De data, der ikke er at finde for hospitalsdelen, finder vi i den kommunale rapport.

Det vides ikke konkret, hvor stor betydning corona situationen har haft på denne indikator. Men flere kommuner har i nedlukningsperioden benyttet sig af bl.a. instruktion i selvtræning eller virtuelle løsninger. Dokumentationspraksis kan derfor i denne periode være meget forskellig fra kommune til kommune.

Det er meget positivt at langt de fleste kommuner opfylder denne indikator. I forløbsprogrammet for hjerterehabilitering i Region Midtjylland anbefales det, at der tilbydes to gange superviseret træning i 12 uger. Det betyder, at antallet af planlagte træningssessioner efter standarden er 24.

Fra tidligere opgørelser af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer i Region Midt ses, at flere borgere ønsker at træne selv (Borgere der ønsker at træne selv: 2017: 16 borgere, 2018: 103 borgere, 2019:124) (Tal taget fra Defactum: Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer, 2019).
Vi ved også, at flere borgere ønsker en kombination af superviseret træning og selvtræning. Derfor er kommunerne nødt til at planlægge med flere kombinerede forløb, hvor nogle borgere enten selvtræner helt eller delvis ud fra borgerens individuelle ønske. De delte forløb tæller med i målingen af denne indikator og vil gøre resultatet dårligere, hvorimod forløb hvor borgeren vælger helt at træne på egen hånd ikke indgår.

I opgørelsen af indikatoren er styregruppen blevet opmærksom på, at der er en differens mellem kommunernes opgørelse i eget system (HjerteKomMidt) og opgørelsen fra RKKP i DHRD. Differencen skal undersøges nærmere inden næste årsrapport.

Vurdering af indikatoren

Denne indikator er for nuværende anvendelig i kvalitetsforbedringsarbejdet i kommunerne. Styregruppen vil følge indikatoren og vurdere dens relevans fremadrettet samt se på hvordan selvtræning kan indarbejdes i kvalitetsforbedringsarbejdet.

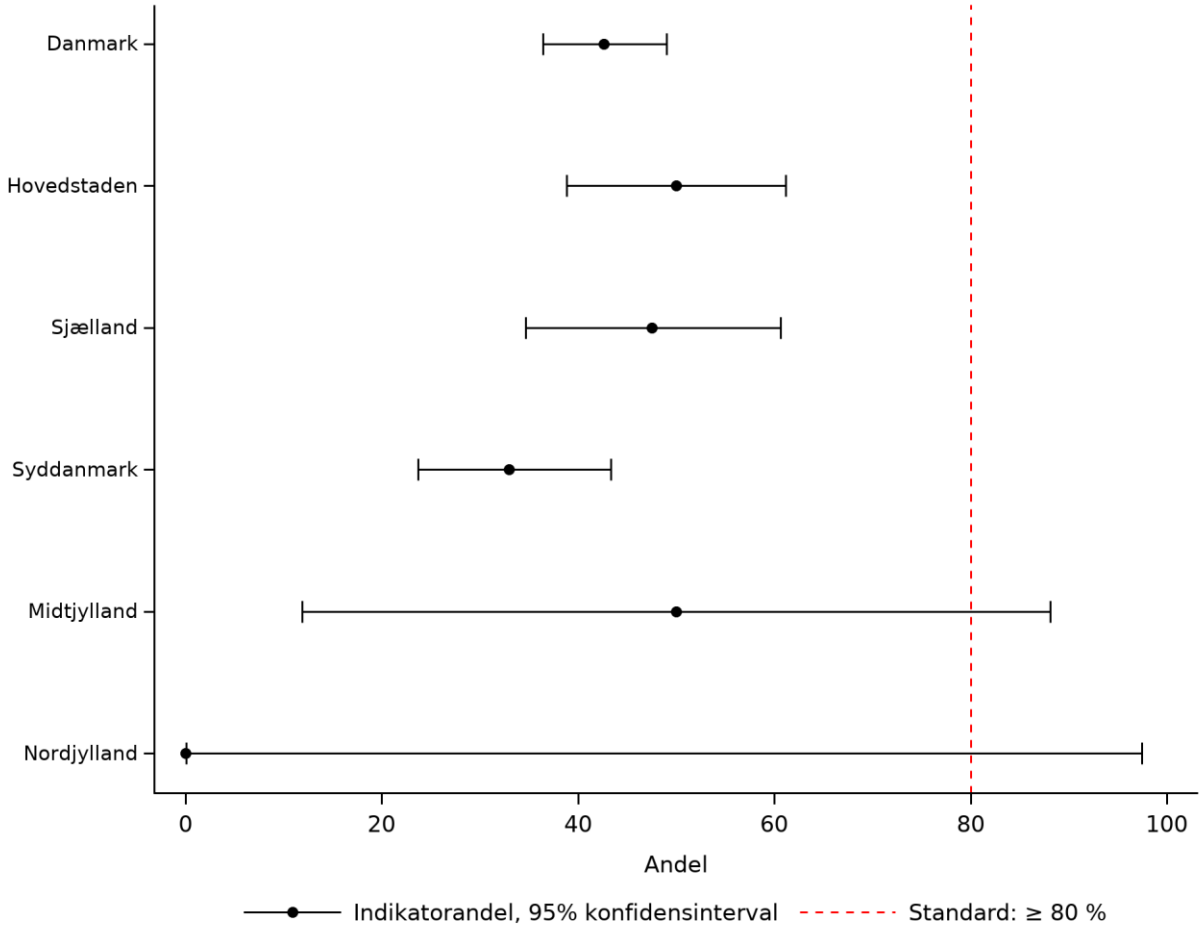
Indikator 2b - Hospitaler
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i kommune eller sygehusregi, som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest
Standard: Mindst 80%

Indikator 2b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i sygehusregi, som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest

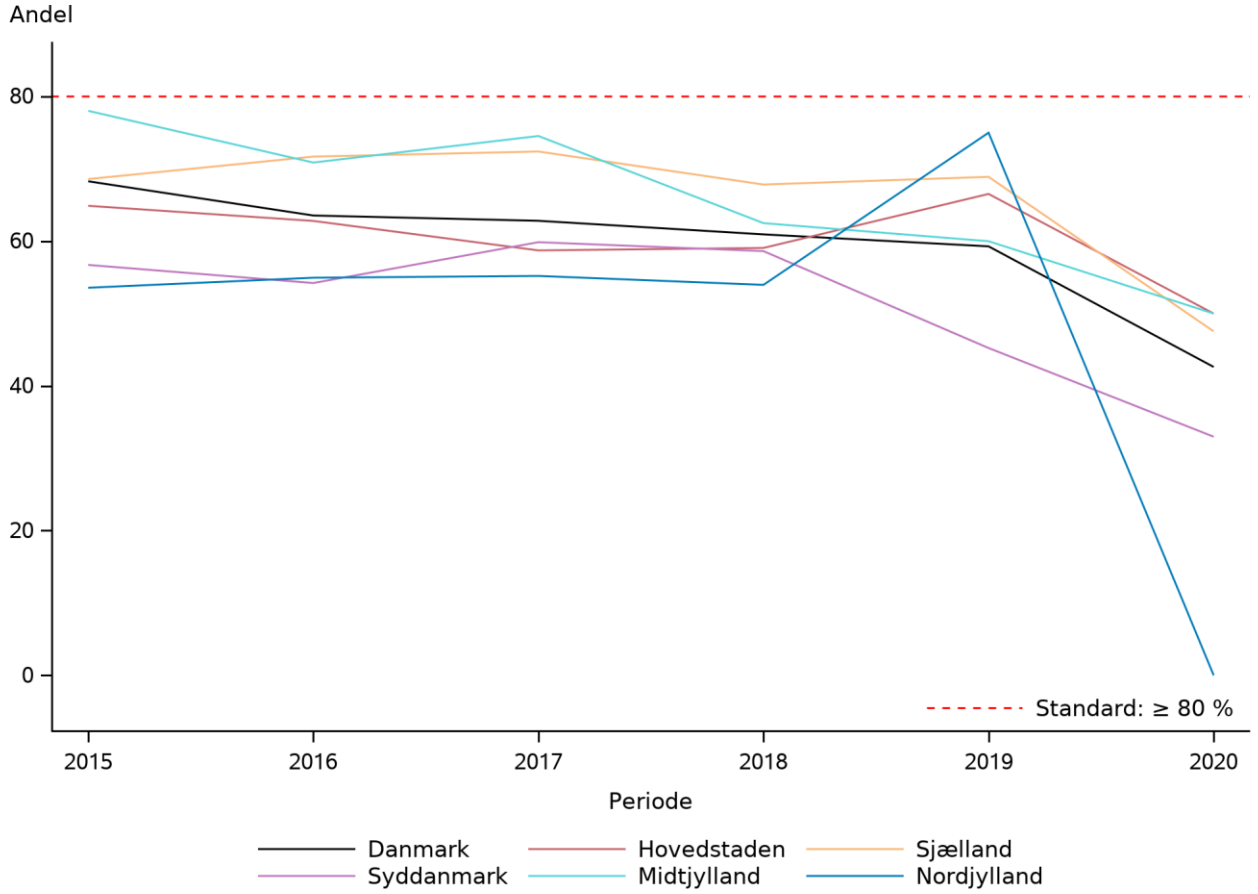
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80%	Tæller/	antal	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020		2018/ 2019
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	104 / 244	10 (4)	42,6	(36,3-49,1)	469 / 791	59,3	60,9
Hovedstaden	Nej	41 / 82	3 (4)	50,0	(38,7-61,3)	171 / 257	66,5	59,1
Sjælland	Nej	29 / 61	1 (2)	47,5	(34,6-60,7)	144 / 209	68,9	67,8
Syddanmark	Nej	31 / 94	4 (4)	33,0	(23,6-43,4)	133 / 294	45,2	58,6
Midtjylland	Nej	3 / 6	2 (25)	50,0	(11,8-88,2)	9 / 15	60,0	62,5
Nordjylland	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	12 / 16	75,0	54,0

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Indikator 2b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i sygehusregi, som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 2b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i sygehusregi, som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest. Trendgraf på regionsniveau.



Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Datagrundlag

Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG).

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet for fysisk træning ligger i opgørelsesåret/perioden. Bemærk at kravet om et indleveret slutskema for fysisk træning medfører at datagrundlaget for denne indikator er væsentlig mindre end for de øvrige indikatorer i rapporten.

<table>
<tr><td colspan="6">Er der indleveret et start- og slutskema for fysisk træning med dato for slutskema i opgørelsesperioden?
Ja</td></tr>
<tr><td colspan="6">Er der gennemført en fysisk funktionstest ved opstart af rehabiliteringsforløbet?
Nej | Ja</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Ekskluder</td><td colspan="5">Er der gennemført en fysisk funktionstest ved afslutning af rehabiliteringsforløbet?
Nej | Ja</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Ekskluder</td><td colspan="4">Er der anvendt den samme type funktionstest ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet?
Nej | Ja</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ekskluder</td><td colspan="3">Kan stigningen i arbejdskapacitet eller gangtest beregnes?
Nej | Ja</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Uoplyst</td><td colspan="2">Er arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest steget mindst 10%?
ja | nej</td></tr>
<tr><td>tæller og nævner</td><td>nævner</td></tr>
</table>

2b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i sygehusregi, som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest

	Antal	Årsag
Eksklusion:	124	Der er ikke registreret testtype i startskema
	481	Der er ikke registreret testtype i slutskema
	32	Der er ikke registreret samme testtype i start- og slutskema
Uoplyst:	10	Arbejdskapacitetsstigning kan ikke beregnes

Beregningsregler

Tæller: Patientforløb hvor der er indberettet en stigning på mindst 10% i arbejdskapacitet (METS) eller distance ved gangtest (meter)
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina), der har fået indleveret et slutskema for fysisk træning med dato i opgørelsesåret/perioden.
Uoplyst: Arbejdskapacitet (METS) eller distance ved gangtest er ikke oplyst eller kan ikke beregnes ud fra indberettede oplysninger

Resultater

Andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtog træningstilbud i sygehusregi, som steg mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest var på landsplan 43%, hvilket er markant lavere end de to foregående år. Hverken på landsplan eller for enkelte regioner er standarden opfyldt.

På tværs af alle regioner indgår så få patienter i årsopgørelsen at resultaterne skal fortolkes med stor forsigtighed.

Diskussion og implikationer

Styregruppen er enige om at arbejdstest ved start af træning er vigtig, såvel i risikostratificering af patienten, som for træningsbelastningen. Sluttesten er relativt omkostningstung, men styregruppen ønsker at fastholde denne, da der er solid evidens for at patienter med iskæmisk hjertesygdom, bør trænes ved høj intensitet så vidt muligt. For at kunne monitorere om dette fortsat sker, er monitorering af stigning i

arbejdskapaciteten særlig vigtig i disse år, hvor træningen overdrages til kommunerne. Det er vigtigt at understøtte at kommunerne fra begyndelsen får etableret nogle gode rutiner omkring hjerterehabiliteringen, her under træningsdelen.

Efter opfordring fra Dansk Selskab for Hjerte- og Lungefysioterapi (DSHLF), har styregruppen valgt at udfase ikke validerede tests til vurdering af arbejdskapacitet. Det anbefales at anvende symptomlimiteret arbejdstest evt. som ergospirometri (hvor man kan måle overgangen fra aerob til anaerob forbrænding).

Der henvises i øvrigt til DCS holdningspapir vedr. arbejdstest, 2019 Nr. 3 (https://www.cardio.dk/holdningspapir-om-arbejdstest)

For at kunne beregne stigning i arbejdskapacitet er det et krav, at der er brugt samme testmetode ved start og slut.

Det er problematisk og et udtryk for dårlig kvalitet i forhold til testning ved fysisk træning, at de samme testmetoder ikke bruges ved start og slut. Styregruppen anbefaler derfor at valg af testmetoder er et fokusområde i forbindelse med monitorering og indberetning af data om fysisk træning på tværs af sygehuse og kommuner.

En af de helt store udfordringer med denne indikator er tvivlsspørgsmålet om hvorvidt Watt Max test kan anbefales, som test til den kommunale del af hjertetræningen? Ovenstående holdningspapir fra DCS og anbefaling fra DSHLF konkluderer, at der er særlige sikkerhedsforanstaltninger, som gør sig gældende ved test af patienter med iskæmisk hjertesygdom. Disse sikkerhedsforanstaltninger er følgende 1: Der skal være overvågning i form af blodtryksmåling og EKG når testen udføres. 2: Der skal være mulighed for tilkald af læge ved behov.
Dette har skabt en stor usikkerhed i kommunerne, da ingen helt ved hvilke krav der stilles til udstyr osv.

Styregruppen har et stort ønske om at publicere data fra Region Midt, da de på et stort patientgrundlag ikke har oplevet en risiko ved at teste hjertepatienterne i kommunalt regi. Styregruppen ønsker at de faglige selskaber og kommunerne skal involveres i denne proces.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen mener ikke, at hverken indikator 2a eller 2b for nuværende er anvendelige i kvalitetsforbedringsarbejdet i sygehus regi. Indikatoren er fortsat meget værdifuld, men aktiviteten ligger nu primært i kommunerne.
Bekymringen er dog, at ikke alle kommuner aktuelt er klar til udføre Watt Max testen, da der er diskussion om hvorvidt den bør anvendes når der ikke er mulighed for ekg-overvågning. Kommunerne I Region Midtjylland har dog uden problemer anvendt testen såfremt patienten er udskrevet fra hospitalet som "ikke risikopatient". Der er tæt kommunikation fra kommunen til sygehusets kardiologer.

Indikator 2b – Kommuner
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i kommune eller sygehusregi, som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest
Standard: Mindst 80%

Indikator 2b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i sygehusregi, som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark	Nej	237 / 412	5 (1)	58	(53-62)	670 / 1.020	66	63
Sjælland	Nej	17 / 28	0 (0)	61	(41-78)	69 / 87	79	67
Midtjylland	Nej	220 / 384	5 (1)	57	(52-62)	601 / 933	64	63
Sjælland	Nej	17 / 28	0 (0)	61	(41-78)	69 / 87	79	67
Guldborgsund	Ja	10 / 12	0 (0)	83	(52-98)	37 / 40	93	100
Lolland	Nej	# / #	0 (0)	67	(9-99)	9 / 15	60	100
Vordingborg	Nej	5 / 13	0 (0)	38	(14-68)	23 / 32	72	50
Midtjylland	Nej	220 / 384	5 (1)	57	(52-62)	601 / 933	64	63
Aarhus	Nej	42 / 98	2 (2)	43	(33-53)	80 / 140	57	60
Favrskov	Ja	# / #	0 (0)	100	(3-100)	21 / 27	78	100
Hedensted	Nej	21 / 29	0 (0)	72	(53-87)	21 / 24	88	0
Herning	Nej	42 / 57	1 (2)	74	(60-84)	70 / 88	80	90
Holstebro	Nej	15 / 21	0 (0)	71	(48-89)	34 / 45	76	0
Horsens	Nej	15 / 19	0 (0)	79	(54-94)	44 / 62	71	40
Ikast-Brande	Nej	6 / 9	0 (0)	67	(30-93)	25 / 39	64	33
Lemvig	Ja	8 / 8	0 (0)	100	(63-100)	23 / 24	96	100
Norddjurs	Nej	11 / 16	0 (0)	69	(41-89)	26 / 36	72	100
Odder	Nej	5 / 14	0 (0)	36	(13-65)	11 / 27	41	
Randers						51 / 77	66	100
Ringkøbing-Skjern	Nej	7 / 18	0 (0)	39	(17-64)	25 / 46	54	
Silkeborg	Nej	4 / 9	1 (10)	44	(14-79)	27 / 73	37	50
Skanderborg	Ja	9 / 11	0 (0)	82	(48-98)	22 / 26	85	
Skive	Nej	7 / 11	0 (0)	64	(31-89)	28 / 39	72	40
Struer	Nej	5 / 13	0 (0)	38	(14-68)	8 / 18	44	
Syddjurs	Nej	8 / 16	0 (0)	50	(25-75)	20 / 35	57	100
Viborg	Nej	14 / 34	1 (3)	41	(25-59)	65 / 107	61	67

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Datagrundlag og beregningsregler
Borgere er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom og har fået foretaget en fysisk funktionstest ved afslutning af rehabiliteringsforløbet.
Borgerne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for den fysisk funktionstest ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Tæller: Borgere hvor der er indberettet en stigning på mindst 10% i arbejdskapacitet (METS) eller distance ved gangtest (meter)
Nævner: Borgere der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom og som har fået foretaget en fysisk funktionstest ved afslutning af rehabiliteringsforløbet med dato i opgørelsesåret/perioden.
Uoplyst: Arbejdskapacitet (METS) eller distance ved gangtest er ikke oplyst eller kan ikke beregnes ud fra indberettede oplysninger

2b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i sygehusregi, som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest

	Antal	Årsag
Eksklusion:	13	Der er ikke registreret testtype i startskema
	7	Der er ikke registreret samme testtype i start- og slutskema
Uoplyst:	5	Arbejdskapacitetsstigning kan ikke beregnes

Resultater
Andelen af borgere med iskæmisk hjertesygdom som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest er 58%. På landsplan er der tale om en nedgang på 8 procentpoint. Det er kun Guldborgsund, Favrskov, Lemvig og Skanderborg som opfylder standarden på mindst 80%. Der ses betydelig variation på tværs af kommunerne fra 36 – 100%.

Diskussion og implikationer
Her opfylder fire kommuner indikatoren. Datagrundlag for den kommunale rapport er 412 borgere mens den ved seneste årsrapport var på 1.020 borgere.

Der er tale om et markant fald i populationen, som kan tilskrives Covid-19. Corona situationen har haft stor betydning for denne indikator. Da der i perioden med nedlukning og delvis opstart har været lukket ned for brugen af bl.a. watt-max testen. Indikatoren kan derfor ikke siges at være retvisende i denne tidsperiode.

Andelen af borgere med iskæmisk hjertesygdom som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet er 58%, hvor den i landsgennemsnit for hospitalerne er 43%.

Der er betydelig variation på tværs af kommunerne fra 36-100%, det vil derfor være relevant for kommunerne at interessere sig for, hvad der ligger til grund for den store variation.

Kommunerne har forskellig dokumentationspraksis i forhold til denne indikator. I nogle kommuner indgår testresultatet også for de borgere, der ønsker at selvtræne, mens andre kommuner ikke laver test på disse borgere. Der indgår testresultater for borgere i kombinerede forløb.

I opgørelsen af indikatoren er styregruppen blevet opmærksom på, at der er en differens mellem kommunernes opgørelse i eget system (HjerteKomMidt) og opgørelsen fra RKKP i DHRD. Differencen skal undersøges nærmere inden næste årsrapport

Vurdering af indikatoren
Arbejdstesten er vigtig, borgere med iskæmisk hjertesygdom bør trænes ved høj intensitet så vidt muligt. For at monitorere dette, er stigning i arbejdskapacitet afgørende. Kommunerne skal derfor have etableret gode rutiner omkring træningen.
Beregning af denne indikator inkluderer også selvtrænere, men der skal være indleveret skemaer for at de tæller med. Måske kan borgere som selvtræner derfor "tabes", hvis der ikke er udfyldt skemaer.

Styregruppen er enig om at denne resultatindikator er meget vigtigt og at den derfor fastholdes.

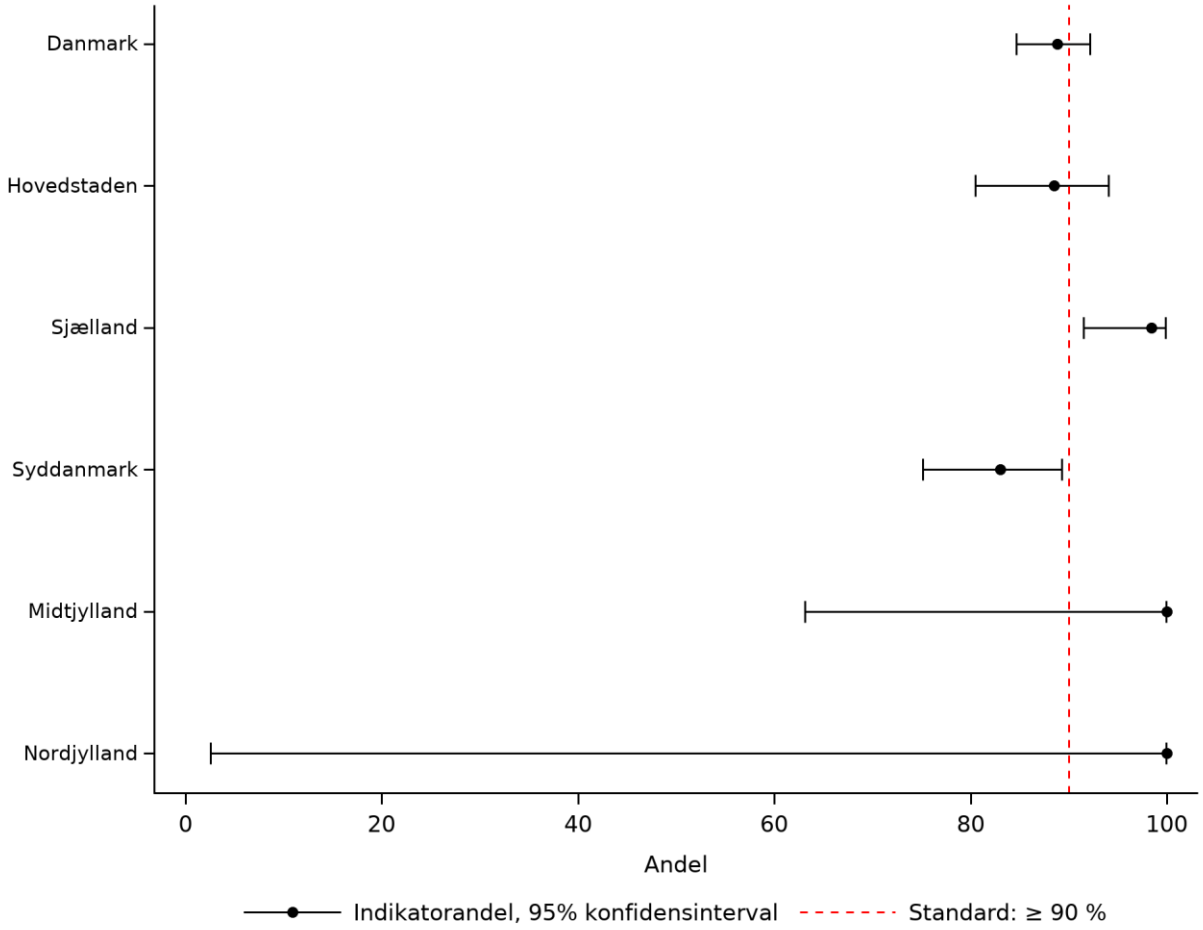
Indikator 2c - Hospitaler
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i kommune eller sygehusregi, der testes med den samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet.
Standard: Mindst 90%

Indikator 2c. Andel af patienter, der er testet med samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af fysisk træningsforløb

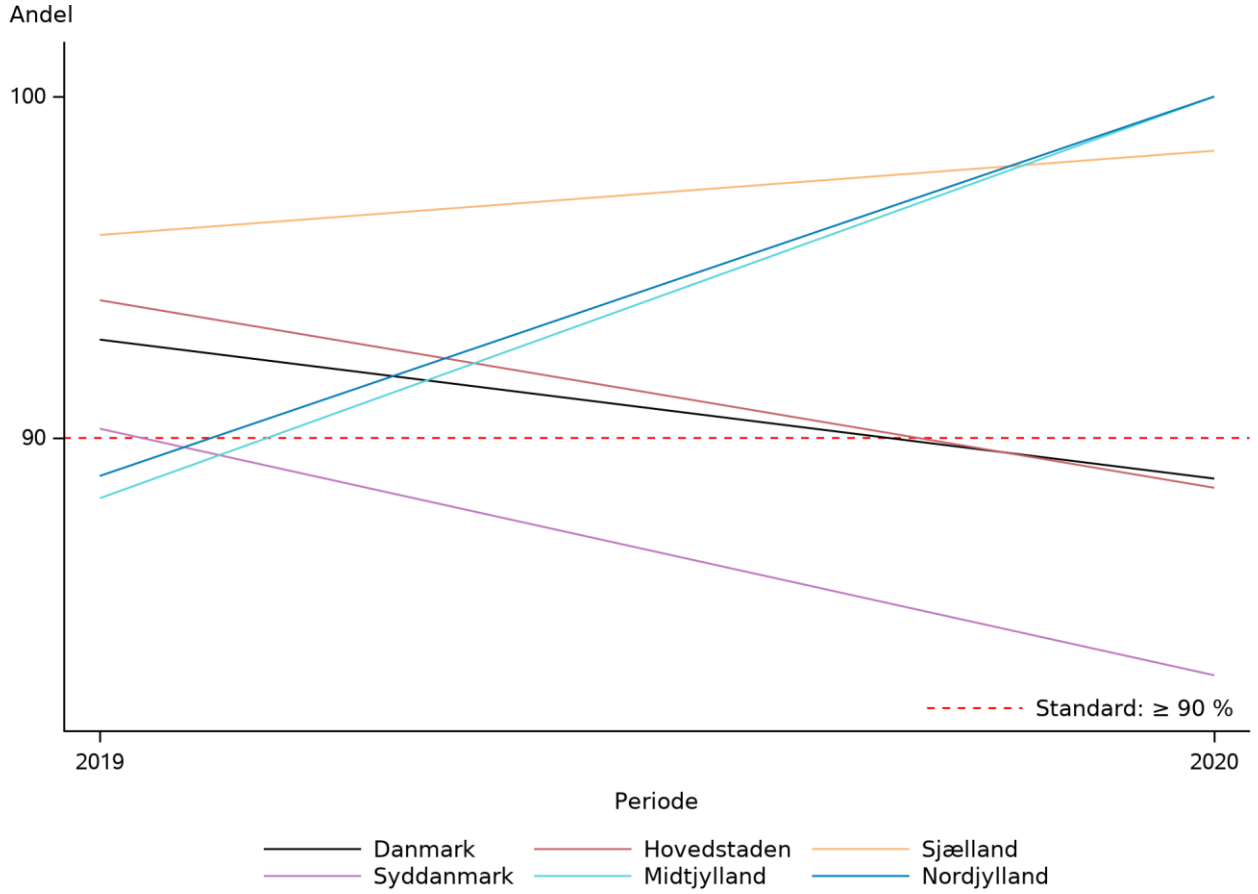
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	Nej	254 / 286	0 (0)	88,8	(84,6-92,2)	809 / 871	92,9
Hovedstaden	Nej	85 / 96	0 (0)	88,5	(80,4-94,1)	268 / 285	94,0
Sjælland	Ja	62 / 63	0 (0)	98,4	(91,5-100,0)	213 / 222	95,9
Syddanmark	Nej	98 / 118	0 (0)	83,1	(75,0-89,3)	297 / 329	90,3
Midtjylland	Ja	8 / 8	0 (0)	100,0	(63,1-100,0)	15 / 17	88,2
Nordjylland	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	16 / 18	88,9

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Indikator 2c. Andel af patienter, der er testet med samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af fysisk træningsforløb. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 2c. Andel af patienter, der er testet med samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af fysisk træningsforløb. Trendgraf på regionsniveau.



Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Datagrundlag

Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG).

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet for fysisk træning ligger i opgørelsesåret/perioden. Bemærk at kravet om et indleveret slutskema for fysisk træning medfører at datagrundlaget for denne indikator er væsentlig mindre end for de øvrige indikatorer i rapporten.

Indikatoren er indført per 1. juni 2019. Data er imidlertid også til rådighed for de foregående opgørelsesperioder og andelen af patienter, som er testet med samme metode ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet, vises også for de to foregående år i indikatortabellen.

Er der indleveret et start- og slutskema for fysisk træning med dato for slutskema i opgørelsesperioden?			
Ja			
Er der registreret en fysisk funktionstest ved opstart af rehabiliteringsforløbet?			
Nej	Ja		
Ekskluder	**Er der registreret en fysisk funktionstest ved afslutning af rehabiliteringsforløbet?**		
	Nej	Ja	
	Ekskluder	**Er der anvendt den samme type funktionstest ifølge start- og slutskema?**	
		ja	nej
		tæller og nævner	nævner

2c. Andel af patienter, der er testet med samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af fysisk træningsforløb

	Antal	Årsag
Eksklusion:	124	Der er ikke registreret testtype i startskema
	481	Der er ikke registreret testtype i slutskema

Beregningsregler

Tæller: Patientforløb hvor der er anvendt den samme testtype ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet
Nævner: Beregnes for patienter med et indleveret start- og slutskema for fysisk træning. Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet for fysisk træning ligger i opgørelsesåret/perioden
Uoplyst: Der er ikke registreret testtype i start og/eller slutskema for fysisk træning

Resultater

Andelen af patienter, hvor der er anvendt den samme målemetode ved den fysiske funktionstest ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet, er 89% og således er der lige netop ikke opfyldelse af standarden på landsplan. På landsplan ses der en nedgang i andelen med målopfyldelse sammenlignet med de to foregående årsopgørelsesperioder.

På regionsniveau er der opfyldelse i Region Sjælland (98%), Region Midtjylland (100%) og Region Nordjylland (100%). I Region Midtjylland og Region Nordjylland indgår imidlertid ganske få patienter (1-8) og disse resultater bør fortolkes med forsigtighed.

Diskussion og implikationer

Styregruppen mener, at denne indikator også er afhængig af ovenstående diskussion i forhold til anvendeligheden af Watt Max testen i kommunerne.
Diskussionen er derfor lig indikator 2b.

Styregruppen foreslår muligheden for at maksimal symptomlimiteret arbejdstest foregår i sygehusregi både ved start og slut, og at selve træningsdelen foregår i kommunerne. Styregruppen er dog klar over, at det ikke er muligt at prioritere på alle sygehuse.

Styregruppen vurderer også her, at det er et meget lille datagrundlag at konkludere noget ud fra.

Vurdering af indikatoren
Se vurdering under indikator 2a og 2b.

Indikator 2c - Kommuner
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i kommune eller sygehusregi, der testes med den samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet.
Standard: Mindst 90%

Indikator 2c. Andel af patienter, der er testet med samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af fysisk træningsforløb

	Standard ≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Danmark	Ja	417 / 424	0 (0)	98	(97-99)	1.022 / 1.027	100
Sjælland	Ja	28 / 28	0 (0)	100	(88-100)	88 / 92	96
Midtjylland	Ja	389 / 396	0 (0)	98	(96-99)	934 / 935	100
Sjælland	Ja	28 / 28	0 (0)	100	(88-100)	88 / 92	96
Guldborgsund	Ja	12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	41 / 41	100
Lolland	Ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)	15 / 19	79
Vordingborg	Ja	13 / 13	0 (0)	100	(75-100)	32 / 32	100
Midtjylland	Ja	389 / 396	0 (0)	98	(96-99)	934 / 935	100
Aarhus	Ja	100 / 103	0 (0)	97	(92-99)	140 / 141	99
Favrskov	Ja	# / #	0 (0)	100	(3-100)	27 / 27	100
Hedensted	Ja	29 / 29	0 (0)	100	(88-100)	24 / 24	100
Herning	Ja	58 / 58	0 (0)	100	(94-100)	88 / 88	100
Holstebro	Ja	21 / 21	0 (0)	100	(84-100)	45 / 45	100
Horsens	Ja	19 / 19	0 (0)	100	(82-100)	62 / 62	100
Ikast-Brande	Ja	9 / 9	0 (0)	100	(66-100)	39 / 39	100
Lemvig	Ja	8 / 8	0 (0)	100	(63-100)	24 / 24	100
Norddjurs	Ja	16 / 16	0 (0)	100	(79-100)	36 / 36	100
Odder	Ja	14 / 14	0 (0)	100	(77-100)	27 / 27	100
Randers						77 / 77	100
Ringkøbing-Skjern	Ja	18 / 18	0 (0)	100	(81-100)	46 / 46	100
Silkeborg	Ja	10 / 11	0 (0)	91	(59-100)	74 / 74	100
Skanderborg	Ja	11 / 11	0 (0)	100	(72-100)	26 / 26	100
Skive	Ja	11 / 11	0 (0)	100	(72-100)	39 / 39	100
Struer	Ja	13 / 13	0 (0)	100	(75-100)	18 / 18	100
Syddjurs	Ja	16 / 17	0 (0)	94	(71-100)	35 / 35	100
Viborg	Ja	35 / 37	0 (0)	95	(82-99)	107 / 107	100

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Datagrundlag og beregningsregler

Borgere er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom og har fået foretaget en fysisk funktionstest ved afslutning af rehabiliteringsforløbet.

Borgerne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for den fysisk funktionstest ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Tæller: Borgere hvor der er anvendt den samme testtype for fysisk funktionstest ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet
Nævner: Borgere der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom og som har fået foretaget en fysisk funktionstest ved afslutning af rehabiliteringsforløbet med dato i opgørelsesåret/perioden.
Uoplyst: Der er ikke registreret testtype i start og/eller slutskema for fysisk træning

2c. Andel af patienter, der er testet med samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af fysisk træningsforløb

	Antal	Årsag
Eksklusion:	13	Der er ikke registreret testtype i startskema

Resultater

Andelen af borgere, hvor der er anvendt den samme metode ved den fysisk funktionstest ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet er 98% på landsplan. Standarden er opfyldt i alle kommuner.

Diskussion og implikationer

For at sikre at resultaterne af de test som udføres i indikator 2b er valide og sammenlignelige er det væsentligt, at testen udføres ens ved start og ved afslutningen af træningsforløbet, og at de udføres på samme metode kommunerne imellem. Dette opfyldes i kommunerne med 98%, hvilket må siges at være rigtig flot.

I Region Midtjylland anbefaler forløbsprogrammet for hjerterehabilitering fase 2, at kommunerne anvender Watt-max test ved start og afslutning af træning. Forud for træningsstart kommer borgeren til kontrol på hospitalet, hvor der tages lægefaglig stilling til, hvorvidt borgere er fuldt revaskulariseret og klar til at starte fysisk træning i fase 2.

Dansk selskab for Hjerte/Lungefysioterapi under danske fysioterapeuter gør opmærksom på at der ikke er lavet evidens på Watt-max testen til hjertepatienter i kommunalt regi. Derfor ser de et dilemma i at anbefale testen. Der er af denne grund nedsat en arbejdsgruppe, som skal beskrive best-practice i forhold til brug af watt-max testen, i forhold til læringsmål, ansvarsfordeling og klinisk vurdering med mere. Styregruppen afventer dette arbejde.

Vurdering af indikatoren

Hvis en indikator opfyldes 100% er indikatoren ofte ikke relevant længere i kvalitetsarbejdet, men da alle kommuner endnu ikke leverer tal til rapporten, så ønsker styregruppen at bibeholde denne indikator.

Indikatorområde 3: Rygning

Indikator 3 - Hospitaler
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen[2] forud for rehabiliteringsforløbet, der er eks-rygere ved afslutning af forløbet
Standard: Mindst 60%

Indikator 3. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der er eks-rygere ved afslutning af forløbet

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 60%	Tæller/	antal	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020		2018/ 2019
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	297 / 1.103	67 (6)	26,9	(24,3-29,6)	284 / 1.043	27,2	37,7
Hovedstaden	Nej	52 / 179	10 (5)	29,1	(22,5-36,3)	52 / 201	25,9	41,1
Sjælland	Nej	73 / 216	1 (0)	33,8	(27,5-40,5)	67 / 165	40,6	44,8
Syddanmark	Nej	66 / 312	7 (2)	21,2	(16,8-26,1)	72 / 297	24,2	34,0
Midtjylland	Nej	85 / 306	41 (12)	27,8	(22,8-33,2)	63 / 272	23,2	32,5
Nordjylland	Nej	21 / 90	8 (8)	23,3	(15,1-33,4)	30 / 108	27,8	46,4
Hovedstaden	Nej	52 / 179	10 (5)	29,1	(22,5-36,3)	52 / 201	25,9	41,1
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	17 / 40	0 (0)	42,5	(27,0-59,1)	12 / 40	30,0	42,1
Bornholms Hospital	Nej	# / #	0 (0)	25,0	(3,2-65,1)	6 / 12	50,0	50,0
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Nej	0 / 4	0 (0)	0,0	(0,0-60,2)	3 / 4	75,0	55,6
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Nej	# / #	0 (0)	22,2	(2,8-60,0)	# / #	18,2	55,6
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Nej	4 / 15	0 (0)	26,7	(7,8-55,1)	3 / 8	37,5	0,0
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Nej	15 / 41	9 (18)	36,6	(22,1-53,1)	14 / 48	29,2	44,6
Nordsjællands Hospital, Frederikssund						0 / 0		30,6
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej	11 / 58	1 (2)	19,0	(9,9-31,4)	11 / 77	14,3	30,0
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	# / #	0 (0)	25,0	(0,6-80,6)	# / #	100,0	45,5
Sjælland	Nej	73 / 216	1 (0)	33,8	(27,5-40,5)	67 / 165	40,6	44,8
Holbæk Sygehus	Nej	25 / 69	1 (1)	36,2	(25,0-48,7)	19 / 45	42,2	48,5

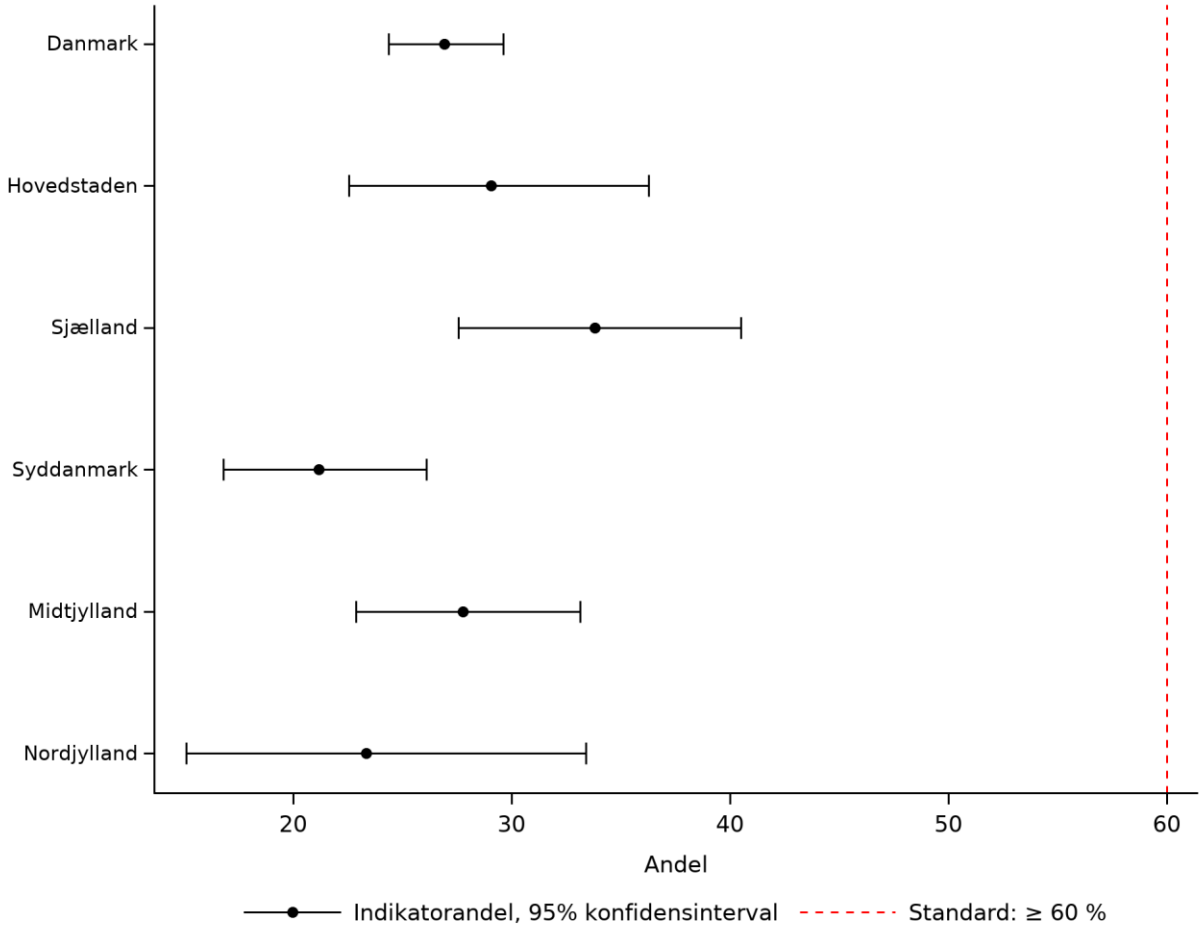
[2] Og patienter med stabil angina pectoris med KAG i ambulant forløb, uden indikation for PCI, men fortsat medicinsk behandling

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 60% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Nykøbing F Sygehus	Nej	7 / 50	0 (0)	14,0	(5,8-26,7)	9 / 35	25,7	28,0
Næstved Sygehus	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	# / #	0,0	38,5
Sjællands Universitetshospital, Køge								44,2
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	11 / 37	0 (0)	29,7	(15,9-47,0)	21 / 45	46,7	57,9
Slagelse Sygehus	Nej	28 / 58	0 (0)	48,3	(35,0-61,8)	18 / 39	46,2	50,0
Syddanmark	Nej	66 / 312	7 (2)	21,2	(16,8-26,1)	72 / 297	24,2	34,0
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	10 / 51	0 (0)	19,6	(9,8-33,1)	6 / 31	19,4	31,5
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	# / #	2 (6)	3,1	(0,1-16,2)	6 / 25	24,0	25,0
Sydvestjysk Sygehus	Nej	29 / 61	0 (0)	47,5	(34,6-60,7)	30 / 81	37,0	31,6
Sygehus Lillebælt, Kolding	Nej	12 / 58	0 (0)	20,7	(11,2-33,4)	10 / 63	15,9	35,8
Sygehus Lillebælt, Vejle	Nej	5 / 38	4 (10)	13,2	(4,4-28,1)	4 / 38	10,5	35,3
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Nej	6 / 43	1 (2)	14,0	(5,3-27,9)	11 / 38	28,9	38,5
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Nej	3 / 29	0 (0)	10,3	(2,2-27,4)	5 / 21	23,8	40,9
Midtjylland	Nej	85 / 306	41 (12)	27,8	(22,8-33,2)	63 / 272	23,2	32,5
Aarhus Universitetshospital	Nej	10 / 51	4 (7)	19,6	(9,8-33,1)	11 / 46	23,9	28,0
HE Midt, Silkeborg	Nej	12 / 27	1 (4)	44,4	(25,5-64,7)	7 / 28	25,0	33,3
HE Midt, Viborg/Skive	Nej	11 / 51	5 (9)	21,6	(11,3-35,3)	14 / 37	37,8	48,8
Hospitalsenheden Vest	Nej	22 / 53	28 (35)	41,5	(28,1-55,9)	19 / 72	26,4	39,3
Regionshospitalet Horsens	Nej	14 / 72	0 (0)	19,4	(11,1-30,5)	10 / 75	13,3	22,5
Regionshospitalet Randers	Nej	16 / 52	3 (5)	30,8	(18,7-45,1)	# / #	14,3	40,0
Nordjylland	Nej	21 / 90	8 (8)	23,3	(15,1-33,4)	30 / 108	27,8	46,4
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	# / #	33,3	28,6

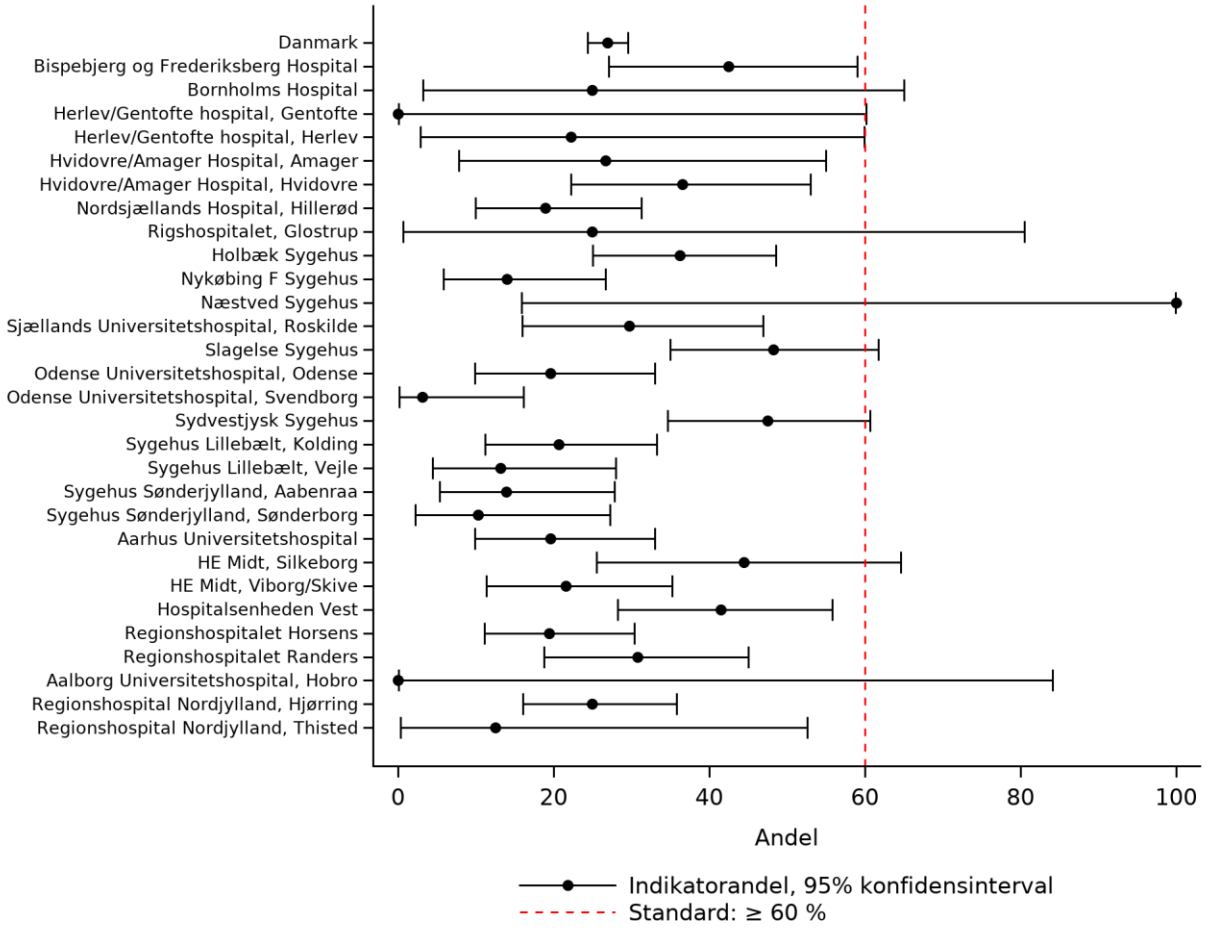
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 60% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Aalborg Universitetshospital, Syd						5 / 12	41,7	48,4
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej	20 / 80	8 (9)	25,0	(16,0-35,9)	11 / 50	22,0	50,0
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Nej	# / #	0 (0)	12,5	(0,3-52,7)	12 / 40	30,0	44,0

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

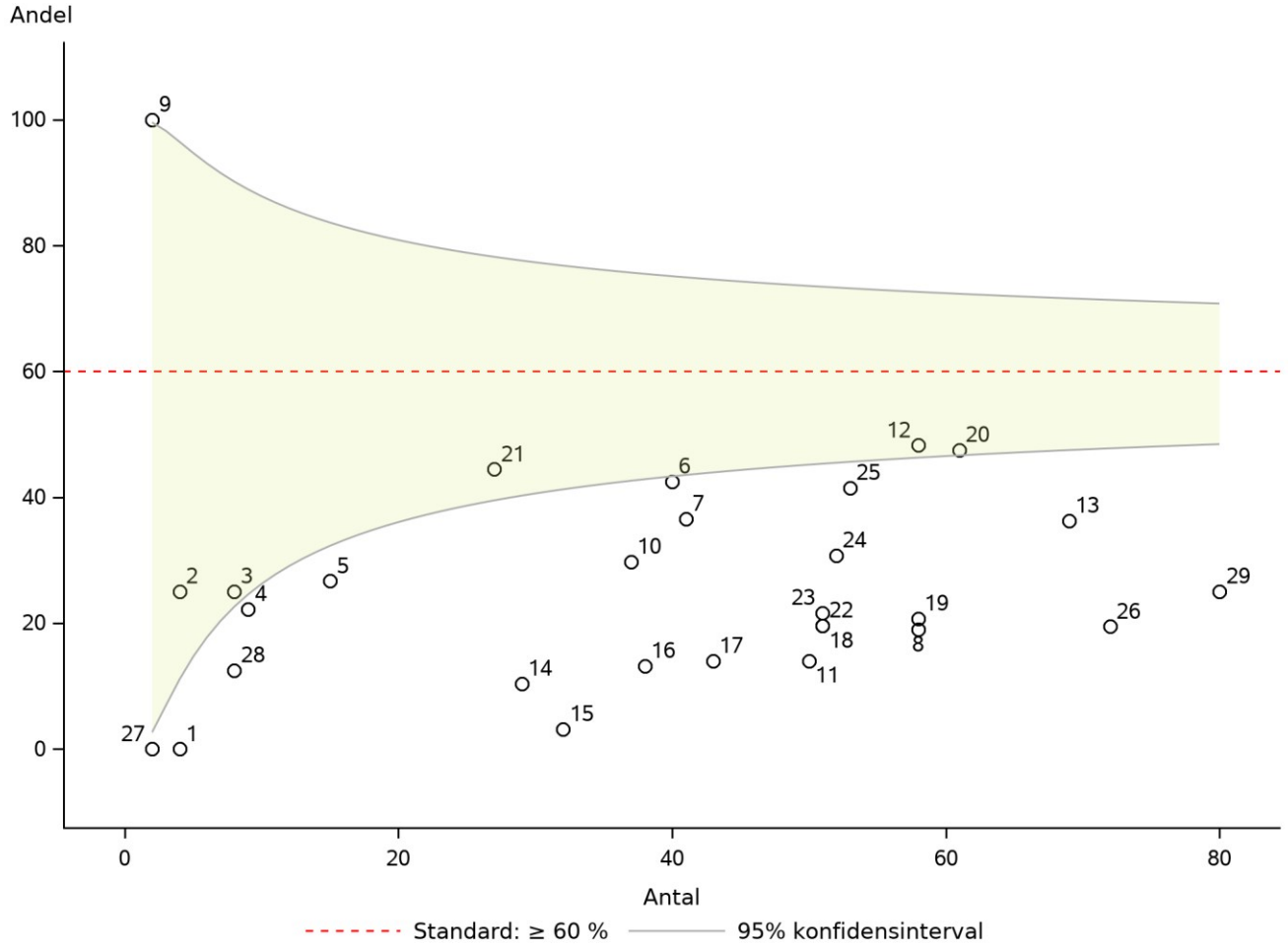
Indikator 3. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der er eks-rygere ved afslutning af forløbet. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 3. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der er eks-rygere ved afslutning af forløbet. Kontroldiagram på afdelingsniveau.



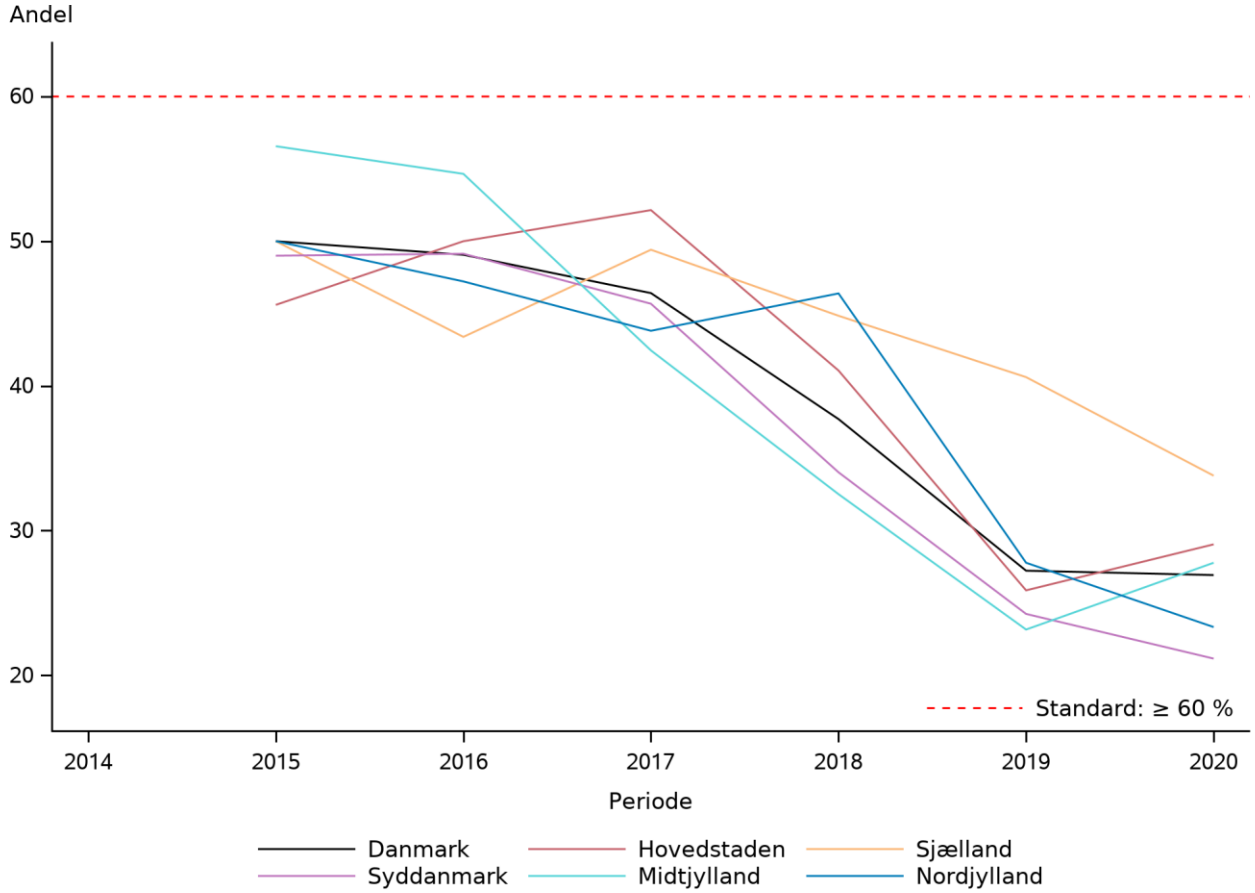
Indikator 3. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der er eks-rygere ved afslutning af forløbet. Funnelplot på afdelingsniveau.



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den røde linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Afdelingskode	Afdeling
1	Herlev/Gentofte hospital, Gentofte
2	Rigshospitalet, Glostrup
3	Bornholms Hospital
4	Herlev/Gentofte hospital, Herlev
5	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
6	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
7	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
8	Nordsjællands Hospital, Hillerød
9	Næstved Sygehus
10	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
11	Nykøbing F Sygehus
12	Slagelse Sygehus
13	Holbæk Sygehus
14	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
15	Odense Universitetshospital, Svendborg
16	Sygehus Lillebælt, Vejle
17	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
18	Odense Universitetshospital, Odense
19	Sygehus Lillebælt, Kolding
20	Sydvestjysk Sygehus
21	HE Midt, Silkeborg
22	Aarhus Universitetshospital
23	HE Midt, Viborg/Skive
24	Regionshospitalet Randers
25	Hospitalsenheden Vest
26	Regionshospitalet Horsens
27	Aalborg Universitetshospital, Hobro
28	Aalborg Universitetshospital, Thisted
29	Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Indikator 3. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der er eks-rygere ved afslutning af forløbet. Trendgraf på regionsniveau.



Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Datagrundlag
Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG).

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet ligger i opgørelsesåret/perioden.

<table>
<tr><td colspan="4">Er der indleveret et slut-rehabliteringsskema med dato i opgørelsesåret/perioden?
Ja</td></tr>
<tr><td colspan="4">Er rygestatus angivet til ryger eller eks-ryger (røgfri mindre end 6 mdr) på startskema?</td></tr>
<tr><td>Nej</td><td colspan="3">Ja</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ekskluder</td><td colspan="3">Er der oplysning om rygestatus på slutskemaet?</td></tr>
<tr><td>Nej</td><td colspan="2">Ja</td></tr>
<tr><td rowspan="2">uoplyst</td><td colspan="2">Er rygestatus angivet til eks-ryger (røgfri mere end 1 mdr) på slutskema?</td></tr>
<tr><td>ja</td><td>nej</td></tr>
<tr><td></td><td>tæller og nævner</td><td>nævner</td></tr>
</table>

3. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der er eks-rygere ved afslutning af forløbet

	Antal	*Årsag*
Eksklusion:	3.326	Rygestatus er ikke angivet til Ja, ryger/Eks-ryger røgfri mindre end 1 md/Eks-ryger røgfri 1-6 mdr - i startskema
Uoplyst:	67	Rygestatus ved rehab.slut: Uoplyst

Beregningsregler

Tæller: Patienter fra nævneren hvis rygestatus er ”eks-ryger (røgfri mere end 1 mdr. men mindre 6 mdr.)” eller "eks-ryger (røgfri mere end 6 mdr.) ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG), som har fået indleveret et rehabiliteringsslutskema med dato i opgørelsesåret/perioden.
Patienterne indgår i nævneren hvis deres rygestatus er ”ryger”, "eks-ryger (røgfri mindre end 1 mdr.)" eller "eks-ryger (røgfri mere end 1 mdr. men mindre 6 mdr.)" ved rehabiliteringsstart
Uoplyst: Rygestatus ved afslutning af rehabiliteringsforløbet er ikke oplyst

I forbindelse med opdateringen af indberetningsfladen for databasen i starten af maj 2019 blev der oprettet en særskilt kategori for patienter, der har været røgfri i mindre end 1 måned. Disse patienter har tidligere skulle registreres som rygere, hvilket medførte en del usikkerhed om indberetningen.

Resultater
Andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der var eks-rygere ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet er på landsplan 27%, hvilket er sammenligneligt med resultatet fra sidste opgørelsesperiode.

På regionsniveau varierer andelen af rygere, hvor rygeophør er lykkedes ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet, mellem 21 – 34%. Standarden for indikatoren på mindst 60% opfyldes således hverken nationalt eller af enkelte regioner.

På afdelingsniveau er det kun Næstved Hospital, der opfylder standarden. Patientgrundlaget for Næstved Hospital, og de fleste andre afdelinger, er imidlertid så begrænset, at resultaterne skal fortolkes med forsigtighed.

Diskussion og implikationer
Det bekymrer styregruppen, at ingen regioner opfylder denne standard.

Færre er stoppet med at ryge i rehabiliteringsperioden, når man sammenligner med tidligere år. Dette kan enten skyldes at der sker en opkoncentrering af meget nikotinafhængige personer i patientpopulationen, som har sværere end normalbefolkningen ved at stoppe, men de nationale tal for rygning og aldersfordeling af rygere er ikke helt entydige og viser at flere unge starter med at ryge. Eller også bør der være fokus på hvordan overlevering af rygestop indsatsen til kommunerne kan blive mere effektiv. Styregruppen finder det interessant, at følge udviklingen inden for dette meget vigtige område, når kommunerne overtager hele delen af non-farmakologisk risikofaktor intervention. Succes raten for rygestop er absolut ikke tilfredsstillende og set over de seneste tre perioder, synes den at skride markant nedad såvel på landsplan som regionalt og lokalt. Dette bør der rettes op på.

Styregruppen ønsker også at gøre opmærksom på rygestopindsatsen skal være integreret i hjerterehabiliteringsforløbet jf. NKR. Derfor er det vigtigt, at de tilbud, der er i kommunerne, igangsættes umiddelbart i forlængelse af udskrivelsen, og integreres som en del af selve rehabiliteringsforløbet.

Danske Regioner præsenterede i 2017 udspillet "Sundhed for livet – forebyggelse er en nødvendig investering". Et af initiativerne var her "Systematisk og målrettet forebyggelse med fokus på rygning og alkohol". Her anbefales at alle relevante patienter tilbydes rygestop vha. metoden Very Brief Advice. Dette indebærer at alle relevante patienter, bør spørges systematisk til deres rygevaner og henvises til et kommunalt rygestoptilbud, hvis de ønsker det. Dette foregår via en elektronisk henvisning. Der er dog ikke evidens for at denne fremgangsmåde er effektiv i relation til iskæmisk hjertesyge patienter, hvoraf mange har oplevet akut indsættende sygdom, hvorimod det menes at være essentielt at gøre informationen relevant for den enkelte ved at inddrage rygningens betydning for udvikling og prognose af hjertesygdom.

Styregruppen anbefaler, at der rettes opmærksomhed på korrekt registrering af rygestatus ved rehabiliteringens opstart, samt sikre at alle rygere og ex-rygere <6 mdr. får tilbud om hjælp til varigt rygeophør. I forbindelse med tilpasningen af den nye indtastningsflade i DHRD, er definitionerne for rygestatus gjort mere entydige. Dette forventes at kunne støtte afdelingerne i mere entydig registrering.

Styregruppen anbefaler også her, at kommuner der ikke allerede er i gang, påbegynder systematisk indrapportering af data omkring rygestatus.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen finder også denne indikator meget værdifuld i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark. Styregruppen ønsker derfor ikke at ændre hverken indikator eller standard.

Indikator 3 - Kommuner
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen[3] forud for rehabiliteringsforløbet, der er eks-rygere ved afslutning af forløbet
Standard: Mindst 60%

Indikator 3. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der er ex-rygere ved afslutning af forløbet

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 60% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark	Nej	60 / 118	3 (2)	51	(41-60)	143 / 251	57	45
Sjælland	Ja	9 / 12	0 (0)	75	(43-95)	11 / 21	52	100
Midtjylland	Nej	51 / 106	3 (3)	48	(38-58)	132 / 230	57	33
Sjælland	Ja	9 / 12	0 (0)	75	(43-95)	11 / 21	52	100
Guldborgsund	Nej	3 / 6	0 (0)	50	(12-88)	# / #	20	100
Lolland		0 / 0				# / #	50	
Vordingborg	Ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)	8 / 12	67	100
Midtjylland	Nej	51 / 106	3 (3)	48	(38-58)	132 / 230	57	33
Aarhus	Nej	9 / 18	0 (0)	50	(26-74)	17 / 29	59	
Favrskov	Nej	# / #	0 (0)	40	(5-85)	4 / 4	100	
Hedensted	Nej	# / #	1 (20)	50	(7-93)	# / #	17	
Herning	Nej	4 / 8	0 (0)	50	(16-84)	10 / 21	48	0
Holstebro	Nej	3 / #	0 (0)	25	(1-81)	3 / 10	30	
Horsens	Nej	3 / 8	0 (0)	38	(9-76)	10 / 21	48	0
Ikast-Brande	Ja	3 / 4	0 (0)	75	(19-99)	3 / 7	43	
Lemvig	Ja	# / #	0 (0)	100	(3-100)	5 / 9	56	
Norddjurs	Nej	# / #	0 (0)	33	(4-78)	4 / 7	57	
Odder	Nej	# / #	0 (0)	25	(1-81)	3 / 8	38	
Randers	Nej	11 / 19	1 (5)	58	(33-80)	11 / 19	58	0
Ringkøbing-Skjern	Nej	# / #	0 (0)	33	(1-91)	13 / 15	87	
Silkeborg	Nej	# / #	0 (0)	50	(7-93)	10 / 13	77	33
Skanderborg	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	7 / 10	70	100
Skive	Nej	# / #	1 (50)	0	(0-98)	7 / 10	70	0
Struer	Nej	# / #	0 (0)	50	(1-99)	# / #	0	
Syddjurs	Nej	# / #	0 (0)	25	(1-81)	4 / 5	80	100

[3] Og patienter med stabil angina pectoris med KAG i ambulant forløb, uden indikation for PCI, men fortsat medicinsk behandling

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 60%	Tæller/	antal	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020		2018/ 2019
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Viborg	Nej	3 / 7	0 (0)	43	(10-82)	20 / 34	59	

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Indikator 3s. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der er eks-rygere ved afslutning af forløbet - inkl. data fra hospitaler og kommuner

	Std. opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.6.20-31.5.21 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark		350 / 1157	65 (5)	**30**	(28-33)		
Hovedstaden		52 / 176	10 (5)	**30**	(23-37)		
Sjælland		83 / 218	2 (1)	**38**	(32-45)		
Syddanmark		65 / 309	6 (2)	**21**	(17-26)		
Midtjylland		129 / 363	40 (10)	**36**	(31-41)		
Nordjylland		21 / 91	7 (7)	**23**	(15-33)		
Hovedstaden		52 / 176	10 (5)	**30**	(23-37)		
Albertslund		# / #	0 (0)	**0**	(0-98)		
Allerød		# / #	0 (0)	**50**	(1-99)		
Ballerup		# / #	0 (0)	**50**	(1-99)		
Bornholms Region		# / #	0 (0)	**25**	(3-65)		
Brøndby		3 / 6	2 (25)	**50**	(12-88)		
Dragør		# / #	0 (0)	**50**	(1-99)		
Egedal		# / #	0 (0)	**0**	(0-98)		
Fredensborg		# / #	1 (17)	**40**	(5-85)		
Frederiksberg		3 / 9	0 (0)	**33**	(7-70)		
Frederikssund		3 / 15	0 (0)	**20**	(4-48)		
Furesø		0 / 0	0 (0)				
Gentofte		# / #	0 (0)	**0**	(0-98)		
Gladsaxe		# / #	0 (0)	**20**	(1-72)		
Glostrup		# / #	0 (0)	**0**	(0-98)		
Gribskov		# / #	0 (0)	**17**	(0-64)		
Halsnæs		# / #	0 (0)	**20**	(1-72)		
Helsingør		# / #	0 (0)	**22**	(3-60)		
Herlev		# / #	0 (0)	**100**	(3-100)		
Hillerød		0 / 8	0 (0)	**0**	(0-37)		
Hvidovre		4 / 13	0 (0)	**31**	(9-61)		
Høje-Taastrup		# / #	0 (0)	**0**	(0-84)		
Hørsholm		# / #	0 (0)	**14**	(0-58)		
Ishøj		# / #	0 (0)	**0**	(0-98)		
København		23 / 57	7 (11)	**40**	(28-54)		
Lyngby-Tårbæk		# / #	0 (0)	**0**	(0-98)		
Rudersdal		# / #	0 (0)	**0**	(0-84)		
Rødovre		# / #	0 (0)	**0**	(0-98)		
Tårnby		# / #	0 (0)	**40**	(5-85)		
Sjælland		83 / 218	2 (1)	**38**	(32-45)		
Faxe		3 / 8	0 (0)	**38**	(9-76)		
Greve		# / #	0 (0)	**33**	(4-78)		
Guldborgsund		5 / 20	0 (0)	**25**	(9-49)		
Holbæk		12 / 30	1 (3)	**40**	(23-59)		
Kalundborg		6 / 18	0 (0)	**33**	(13-59)		
Køge		# / #	0 (0)	**7**	(0-34)		
Lejre		3 / 4	0 (0)	**75**	(19-99)		
Lolland		6 / 21	1 (5)	**29**	(11-52)		
Næstved		14 / 23	0 (0)	**61**	(39-80)		
Odsherred		4 / 14	0 (0)	**29**	(8-58)		
Ringsted		# / #	0 (0)	**40**	(5-85)		
Roskilde		# / #	0 (0)	**17**	(0-64)		
Slagelse		8 / 18	0 (0)	**44**	(22-69)		
Solrød		3 / 4	0 (0)	**75**	(19-99)		
Sorø		4 / 8	0 (0)	**50**	(16-84)		
Stevns		# / #	0 (0)	**25**	(1-81)		
Vordingborg		8 / 15	0 (0)	**53**	(27-79)		
Syddanmark		65 / 309	6 (2)	**21**	(17-26)		
Aabenraa		4 / 22	0 (0)	**18**	(5-40)		
Assens		0 / 4	0 (0)	**0**	(0-60)		
Billund		4 / 7	0 (0)	**57**	(18-90)		
Esbjerg		19 / 35	0 (0)	**54**	(37-71)		
Faaborg-Midtfyn		0 / 9	1 (10)	**0**	(0-34)		
Fanø		# / #	0 (0)	**0**	(0-98)		

Fredericia	# / #	0 (0)	**13**	(2-40)
Haderslev	3 / 17	0 (0)	**18**	(4-43)
Kerteminde	0 / 0	0 (0)		
Kolding	6 / 23	0 (0)	**26**	(10-48)
Langeland	0 / 8	0 (0)	**0**	(0-37)
Middelfart	3 / 14	0 (0)	**21**	(5-51)
Nordfyns	0 / 4	0 (0)	**0**	(0-60)
Nyborg	0 / 3	0 (0)	**0**	(0-71)
Odense	9 / 44	0 (0)	**20**	(10-35)
Svendborg	# / #	1 (9)	**10**	(0-45)
Sønderborg	3 / 25	0 (0)	**12**	(3-31)
Tønder	0 / 9	1 (10)	**0**	(0-34)
Varde	5 / 17	0 (0)	**29**	(10-56)
Vejen	# / #	0 (0)	**14**	(0-58)
Vejle	5 / 35	3 (8)	**14**	(5-30)
Ærø	0 / 0	0 (0)		
Midtjylland	129 / 363	40 (10)	**36**	(31-41)
Favrskov	4 / 12	0 (0)	**33**	(10-65)
Hedensted	4 / 17	0 (0)	**24**	(7-50)
Herning	10 / 19	11 (37)	**53**	(29-76)
Holstebro	5 / 14	7 (33)	**36**	(13-65)
Horsens	11 / 34	0 (0)	**32**	(17-51)
Ikast-Brande	7 / 10	2 (17)	**70**	(35-93)
Lemvig	# / #	1 (17)	**40**	(5-85)
Norddjurs	6 / 19	1 (5)	**32**	(13-57)
Odder	4 / 12	0 (0)	**33**	(10-65)
Randers	15 / 39	2 (5)	**38**	(23-55)
Ringkøbing-Skjern	5 / 12	5 (29)	**42**	(15-72)
Samsø	0 / 0	0 (0)		
Silkeborg	13 / 29	0 (0)	**45**	(26-64)
Skanderborg	5 / 16	0 (0)	**31**	(11-59)
Skive	3 / 19	1 (5)	**16**	(3-40)
Struer	# / #	3 (43)	**50**	(7-93)
Syddjurs	3 / 10	0 (0)	**30**	(7-65)
Viborg	12 / 34	3 (8)	**35**	(20-54)
Århus	18 / 58	4 (6)	**31**	(20-45)
Nordjylland	21 / 91	7 (7)	**23**	(15-33)
Aalborg	0 / 0	0 (0)		
Brønderslev-Dronninglund	5 / 12	2 (14)	**42**	(15-72)
Frederikshavn	7 / 36	2 (5)	**19**	(8-36)
Hjørring	7 / 26	2 (7)	**27**	(12-48)
Jammerbugt	# / #	0 (0)	**13**	(0-53)
Læsø	0 / 0	1(100)		
Mariagerfjord	# / #	0 (0)	**0**	(0-98)
Morsø	0 / 5	0 (0)	**0**	(0-52)
Rebild	# / #	0 (0)	**0**	(0-98)
Thisted	# / #	0 (0)	**50**	(1-99)

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Datagrundlag og beregningsregler

Borgere er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom, og de er rygere eller eks-rygere < 6 måneder ved opstart af rehabiliteringsforløbet.

Borgerne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Tæller: Borgere fra nævneren hvis rygestatus er "eks-ryger (røgfri mere end 1 mdr. men mindre 6 mdr.)" eller "eks-ryger (røgfri mere end 6 mdr.) ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet
Nævner: Borgere der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom og hvor datoen for afsluttende rehabiliteringsfremmøde ligger i opgørelsesåret/perioden.
Borgerne indgår i nævneren hvis deres rygestatus er "ryger", "eks-ryger (røgfri mindre end 1 mdr.)" eller "eks-ryger (røgfri mere end 1 mdr. men mindre 6 mdr.)" ved rehabiliteringsstart.
Uoplyst: Rygestatus ved afslutning af rehabiliteringsforløbet er ikke oplyst

3. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der er ex-rygere ved afslutning af forløbet

	Antal	Årsag
Eksklusion:	523	Rygestatus er ikke angivet til Ja, ryger/Eks-ryger røgfri mindre end 1 md/Eks-ryger røgfri 1-6 mdr - i startskema
Uoplyst:	3	Rygestatus ved rehab.slut: Uoplyst

Resultater

Andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der var eks-rygere ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet er 75% for de tre sjællandske kommuner og 48% for kommunerne i Region Midtjylland.

Standarden på mindst 60% opfyldes af følgende seks kommuner: Vordingborg, Ikast-Brande, Lemvig, og Skanderborg.

I tabel 3s indgår data fra både hospitaler og kommuner. Sammenlignet med resultaterne der alene er baseret på data fra hospitalerne ses der en stigning for Region Midtjylland på 8 procentpoint og Region Sjælland på 4 procentpoint.

Diskussion og implikationer

Fem kommuner opfylder indikatorens standard, hvor den samlede opfyldelsesgrad ligger på 51%. Dette er en nedgang i forhold til seneste årsrapport, hvor den var på 57%. Indikatoren er vigtig, da rygestopindsatsen skal være integreret i hjerterehabiliteringsforløbet. Kommunerne skal ved opstartssamtale screene borgere for behov for rygestopintervention, og hvis nødvendigt iværksætte rygestopforløb hurtigst muligt herefter.

Der er få borgere, der indgår i populationen til denne indikator. Ved rehabiliteringsforløbets start er der registreret 118 borgere. Kigger man på nævneren for de enkelte kommuner, er denne meget lav, dette kunne tyde på uhensigtsmæssigheder i registreringspraksis, eller afgrænsningen i dataoverførelsen fra HjerteKomMidt til DHRD. Derudover har Covid-19 også haft stor betydning for rygestopindsatsen i denne periode. Hvilket har resulteret i, at rigtig mange rygestophold har været nedlukkede i kommunerne i dele af corona perioden.

Det har ikke været muligt at have fysisk fremmøde i de normale lokaler, og flere kommuner har derfor lavet alternative rygestopforløb. Dette har både været online forløb, og forløb med mindre grupper foretaget i naturen.

I kommunerne har det været uklart, hvordan "start af rehabiliteringsforløbet" skulle defineres. Om starten var på hospitalet, når borgeren startede op på sit samlede forløb eller start var, når borgeren startede op i forløb i kommunerne.

Flere kommuner oplyser, at mange borgere ikke har overskud til at gennemføre rygestopforløb samtidig med deres rehabiliteringsforløb.

I Region Midtjylland er det blevet præciseret, at det er det samlede forløb vi taler om. Dette skulle være drøftet på temadag i april/maj 2020, som desværre endnu ikke er afholdt på grund af covid-19. Det er derfor uklart om kommunernes registreringspraksis er ens her.

Kigger i den nationale rygestopdatabase, hvor nyeste data er fra 2019 ses det, at på landsplan er 73% af deltagerne røgfri ved kursets afslutning. Dette er målt på en population bestående af alle borgere (Ikke differentieret på diagnoser) der har gennemført tilbuddet. 64% af borgerne der får tilbudt et rygestopkursus gennemfører kurset. På landsplan har 46% fastholdt et rygestop efter 6 måneder.

Rygestopindsatsen er vigtig at have fokus på i kommunerne.

I opgørelsen af indikatoren er styregruppen blevet opmærksom på, at der er en differens mellem kommunernes opgørelse i eget system (HjerteKomMidt) og opgørelsen fra RKKP i DHRD. Differencen skal undersøges nærmere inden næste årsrapport

Vurdering af indikatoren
Styregruppen finder denne indikator meget værdifuld i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark. Det er vigtigt at understrege, at kommunernes generelle rygestopindsats registreres i den Nationale rygestopdatabase, hvorfor dele af rygestopindsatsen skal registreres både i den nationale rygestopdatabase men også i DHRD. Det bør vurderes om denne dokumentationspraksis kan forenkles

Indikatorområde 4: Diætbehandling

Indikator 4a - Hospitaler
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er screenet fx med hjertekostskema, med henblik på at afklare behovet for kostintervention
Standard: Mindst 75%

Indikator 4a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som er screenet for behov for kostintervention

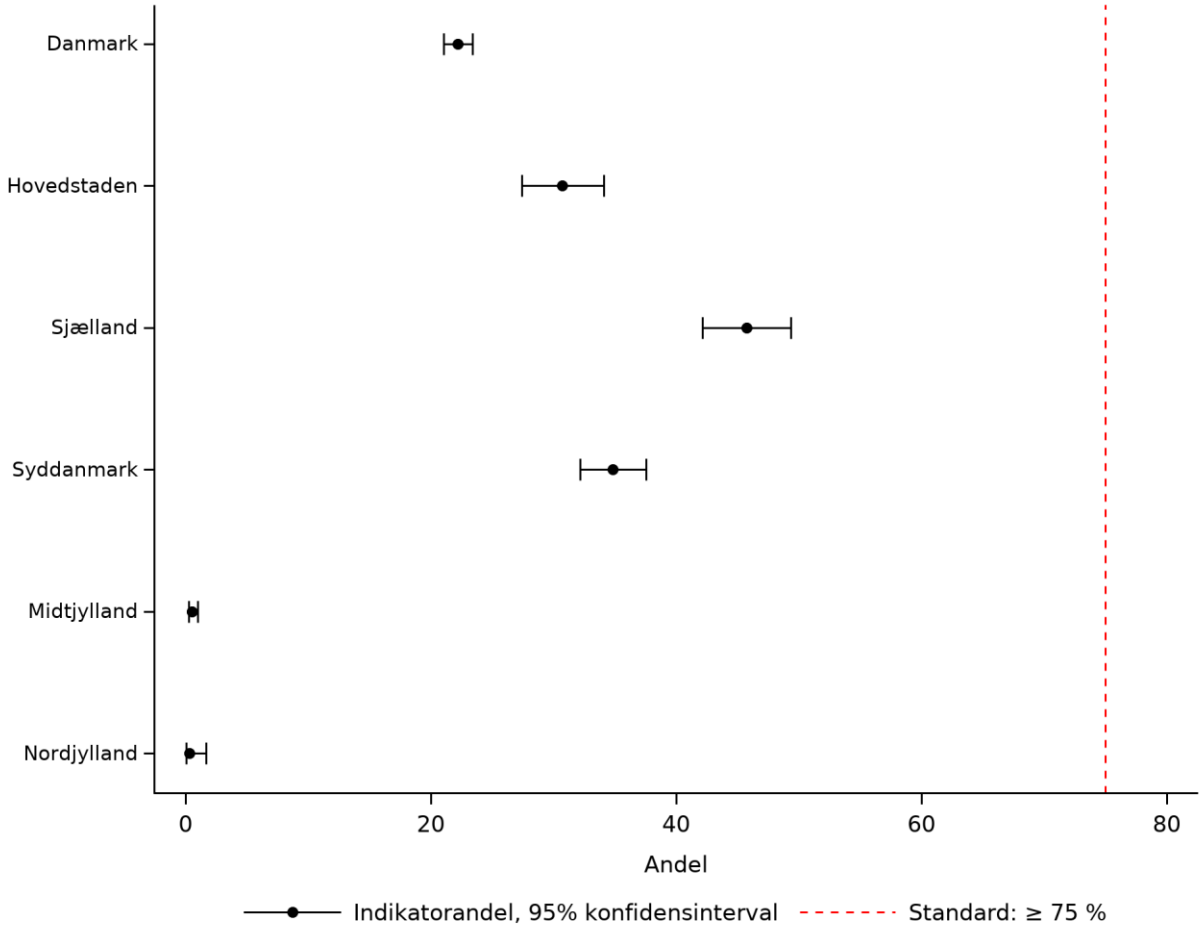
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 75% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark	Nej	991 / 4.467	29 (1)	22,2	(21,0-23,4)	1.148 / 3.602	31,9	70,2
Hovedstaden	Nej	225 / 733	8 (1)	30,7	(27,4-34,2)	308 / 768	40,1	60,0
Sjælland	Nej	337 / 737	2 (0)	45,7	(42,1-49,4)	297 / 545	54,5	84,9
Syddanmark	Nej	420 / 1.206	8 (1)	34,8	(32,1-37,6)	482 / 1.024	47,1	69,7
Midtjylland	Nej	8 / 1.471	11 (1)	0,5	(0,2-1,1)	7 / 891	0,8	8,3
Nordjylland	Nej	# / #	0 (0)	0,3	(0,0-1,7)	54 / 374	14,4	74,1
Hovedstaden	Nej	225 / 733	8 (1)	30,7	(27,4-34,2)	308 / 768	40,1	60,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	79 / 138	0 (0)	57,2	(48,5-65,6)	91 / 137	66,4	35,6
Bornholms Hospital	Nej	0 / 27	0 (0)	0,0	(0,0-12,8)	0 / 24	0,0	0,0
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Nej	0 / 21	0 (0)	0,0	(0,0-16,1)	# / #	6,3	0,0
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Nej	0 / 38	2 (5)	0,0	(0,0-9,3)	# / #	2,2	
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Nej	10 / 40	1 (2)	25,0	(12,7-41,2)	4 / 26	15,4	
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Ja	122 / 158	1 (1)	77,2	(69,9-83,5)	152 / 187	81,3	92,1
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej	14 / 305	4 (1)	4,6	(2,5-7,6)	59 / 332	17,8	0,0
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0-45,9)	0 / 0		
Sjælland	Nej	337 / 737	2 (0)	45,7	(42,1-49,4)	297 / 545	54,5	84,9
Holbæk Sygehus	Ja	199 / 208	0 (0)	95,7	(91,9-98,0)	153 / 158	96,8	100,0
Nykøbing F Sygehus	Nej	0 / 115	1 (1)	0,0	(0,0-3,2)	5 / 121	4,1	0,0
Næstved Sygehus	Nej	0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)	0 / 3	0,0	100,0
Sjællands Universitetshospital, Køge								69,9

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 75% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	76 / 192	0 (0)	39,6	(32,6-46,9)	108 / 152	71,1	89,7
Slagelse Sygehus	Nej	62 / 219	1 (0)	28,3	(22,4-34,8)	31 / 111	27,9	100,0
Syddanmark	Nej	420 / 1.206	8 (1)	34,8	(32,1-37,6)	482 / 1.024	47,1	69,7
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	59 / 159	6 (4)	37,1	(29,6-45,1)	0 / 79	0,0	0,0
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	6 / 81	0 (0)	7,4	(2,8-15,4)	8 / 75	10,7	0,0
Sydvestjysk Sygehus	Ja	252 / 259	0 (0)	97,3	(94,5-98,9)	257 / 257	100,0	100,0
Sygehus Lillebælt, Kolding	Nej	15 / 240	0 (0)	6,3	(3,5-10,1)	0 / 273	0,0	0,4
Sygehus Lillebælt, Vejle	Nej	46 / 168	0 (0)	27,4	(20,8-34,8)	107 / 156	68,6	98,7
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Nej	38 / 198	2 (1)	19,2	(14,0-25,4)	81 / 100	81,0	99,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Nej	4 / 101	0 (0)	4,0	(1,1-9,8)	29 / 84	34,5	100,0
Midtjylland	Nej	8 / 1.471	11 (1)	0,5	(0,2-1,1)	7 / 891	0,8	8,3
Aarhus Universitetshospital	Nej	7 / 224	1 (0)	3,1	(1,3-6,3)	4 / 182	2,2	15,8
HE Midt, Silkeborg	Nej	0 / 122	2 (2)	0,0	(0,0-3,0)	# / #	1,1	
HE Midt, Viborg/Skive	Nej	0 / 244	1 (0)	0,0	(0,0-1,5)	# / #	0,8	0,0
Hospitalsenheden Vest	Nej	1 / 385	4 (1)	0,3	(0,0-1,4)	# / #	0,4	5,6
Regionshospitalet Horsens	Nej	0 / 300	2 (1)	0,0	(0,0-1,2)	0 / 221	0,0	0,0
Regionshospitalet Randers	Nej	0 / 196	1 (1)	0,0	(0,0-1,9)	0 / 34	0,0	
Nordjylland	Nej	1 / 320	0 (0)	0,3	(0,0-1,7)	54 / 374	14,4	74,1
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Nej	# / #	0 (0)	50,0	(1,3-98,7)	13 / 27	48,1	3,7
Aalborg Universitetshospital, Syd						38 / 43	88,4	100,0
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej	0 / 301	0 (0)	0,0	(0,0-1,2)	# / #	0,6	100,0

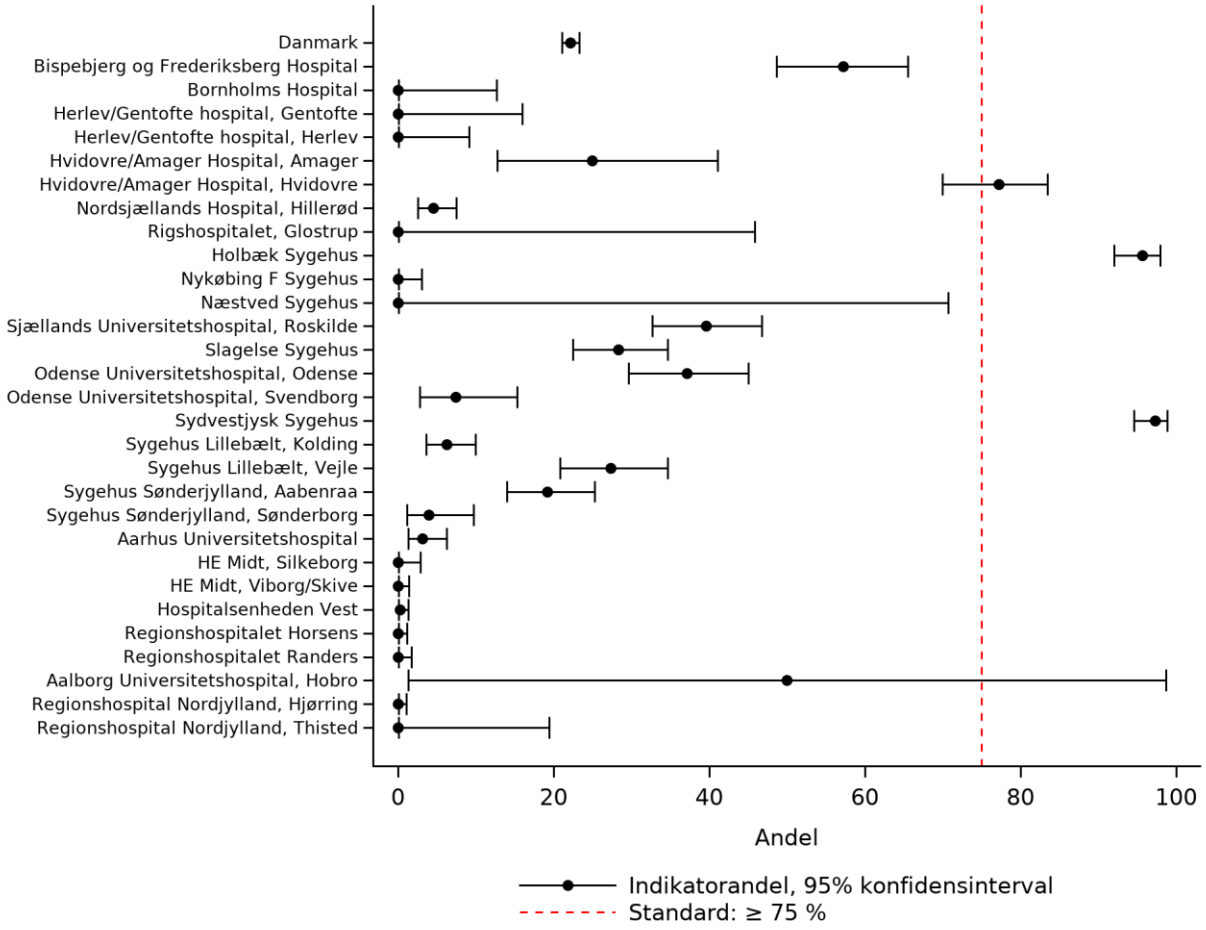
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 75% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Nej	0 / 17	0 (0)	0,0	(0,0-19,5)	# / #	1,4	0,0

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

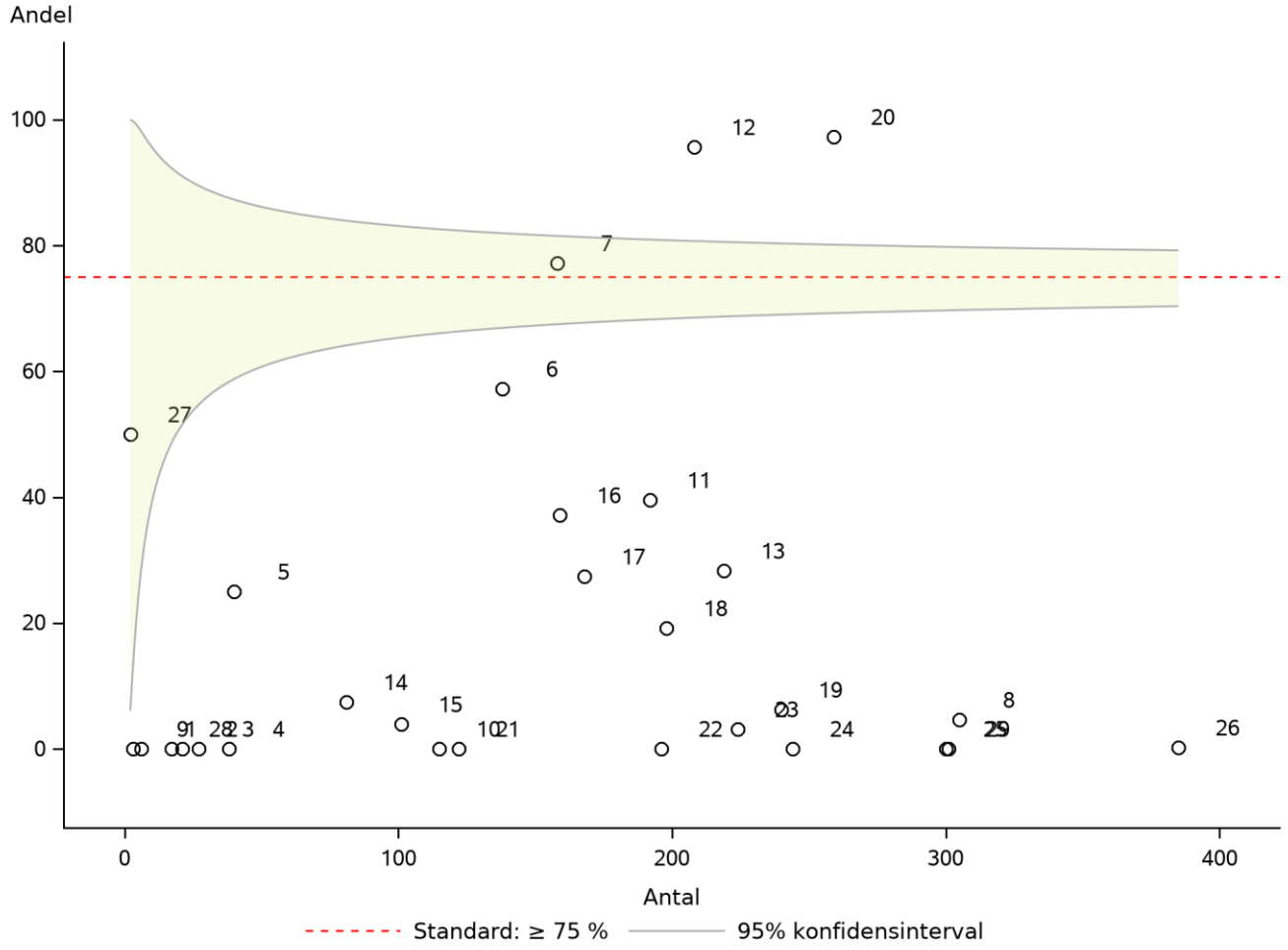
Indikator 4a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som er screenet for behov for kostintervention. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 4a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som er screenet for behov for kostintervention. Kontroldiagram på afdelingsniveau.



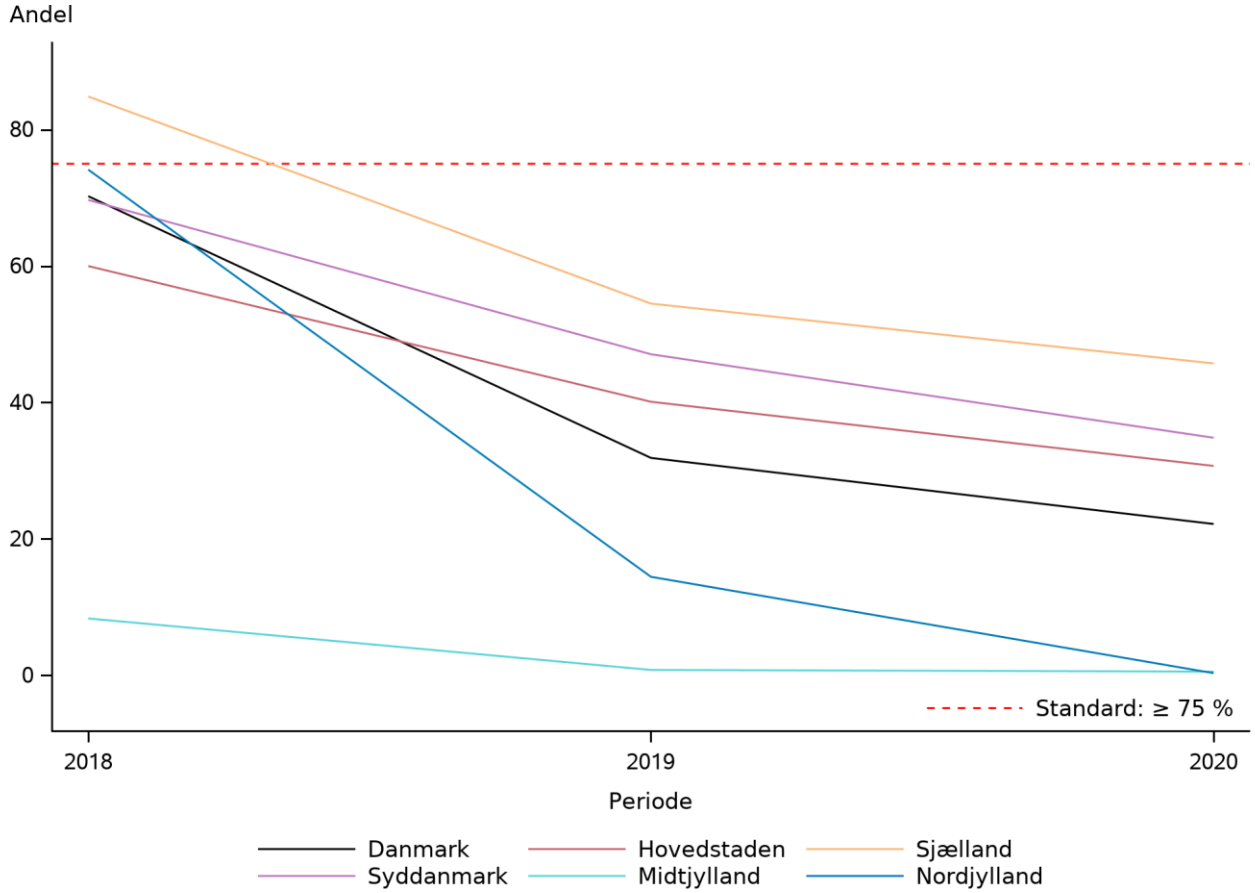
Indikator 4a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som er screenet for behov for kostintervention. Funnelplot på afdelingsniveau.



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den røde linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Afdelingskode	Afdeling
1	Rigshospitalet, Glostrup
2	Herlev/Gentofte hospital, Gentofte
3	Bornholms Hospital
4	Herlev/Gentofte hospital, Herlev
5	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
6	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
7	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
8	Nordsjællands Hospital, Hillerød
9	Næstved Sygehus
10	Nykøbing F Sygehus
11	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
12	Holbæk Sygehus
13	Slagelse Sygehus
14	Odense Universitetshospital, Svendborg
15	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
16	Odense Universitetshospital, Odense
17	Sygehus Lillebælt, Vejle
18	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
19	Sygehus Lillebælt, Kolding
20	Sydvestjysk Sygehus
21	HE Midt, Silkeborg
22	Regionshospitalet Randers
23	Aarhus Universitetshospital
24	HE Midt, Viborg/Skive
25	Regionshospitalet Horsens
26	Hospitalsenheden Vest
27	Aalborg Universitetshospital, Hobro
28	Aalborg Universitetshospital, Thisted
29	Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Indikator 4a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som er screenet for behov for kostintervention. Trendgraf på regionsniveau.



Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Datagrundlag
Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG).

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Indikatoren er indført per 1. juni 2019. Data vedr. screening med kostskema er imidlertid også til rådighed fra startskemaet for diætbehandling for de foregående opgørelsesperioder, og andelen af patienter, som er screenet med kostskema, vises for de to foregående år i indikatortabellen. Dog gøres opmærksom på, at det fra maj 2019 blev muligt også at indberette screening med kostskema via startskemaet for rehabiliteringssamtale, og fra marts 2020 blev det muligt at indberette screening med andet end kostskema via startskemaet for diætbehandling. Data er derfor ikke fuldt sammenlignelige over tid.

Er der indleveret et slut-rehabliteringsskema med dato i opgørelsesåret/perioden?		
Nej	Ja	
Ekskluder	Er det angivet at patienten er screenet for behov for diætbehandling, fx med HjerteKost-skema?	
	ja	nej
	tæller og nævner	nævner

4a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som er screenet for behov for kostintervention.

	Antal	Årsag
Uoplyst:	29	Om screenet med kostskema uoplyst på både rehabiliteringsstart- og koststartskema

Beregningsregler

Tæller: Patientforløb hvor det er angivet, at patienten er screenet med kostskema eller screenet for behov for diætbehandling ved rehabiliteringsstart.
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG), som har fået indleveret et rehabiliteringsslutskema med dato i opgørelsesåret/perioden.
Uoplyst: Manglende oplysninger om kostscreening både på rehabiliteringsstartskemaet og på startskemaet for diætbehandling.

Resultater

Andelen af patienter som er screenet fx med hjertekostskema, med henblik på at afklare behovet for kostintervention, er 22% på landsplan og dermed markant under den fastsatte standard på mindst 75%. På regionsniveau varierer andelen som er screenet mellem 0–46% ligesom der er markant variation mellem afdelinger (0-97%). Resultaterne for mange afdelinger er baseret på ganske få observationer og skal fortolkes varsomt.

Der er 1% af rehabiliteringsforløbene, som mangler oplysninger om hvorvidt patienten er screenet fx med hjertekostskema, med henblik på at afklare behovet for kostintervention, og som derfor ikke indgår i beregningen af indikatoren. Det er markant lavere end sidste år hvor der var 17% uoplyste.

Diskussion og implikationer

Standarden for denne indikator er sat til 75 % og dermed opfylder ingen af regionerne denne standard. Amager, Holbæk og Sydvestjysk sygehus er de eneste sygehuse på landsplan der opfylder denne standard. Eksempelvis har Esbjerg Sygehus en helt systematisk tilgang, hvor alle patienter i forbindelse med den læge- og sygeplejefaglige risikovurdering også får vurderet behov for kostintervention ved den kliniske diætist. Herefter er der et tæt samarbejde med samarbejdskommunerne om, at de overtager den fortsatte ernæringsintervention ved et dokumenteret behov.

Der er enighed i styregruppen om, at HjerteKost skemaet er et vigtigt element til vurdere patienternes kost. Samtidig er det vigtigt, at sikre konsensus hos kliniske diætister omkring anvendelsen af HjerteKost skemaet, da dette kan være med til at skabe sammenhæng for ernæringsinterventionen på tværs af sektorer. Når HjerteKost skemaet eksempelvis anvendes ved start på sygehuset og efterfølgende gentages senere i forløbet i kommunerne, kan dette give nogle helt unikke data på tværs af sektorer.

Politisk er der også fokus på at hjertepatienter får det samme tilbud både i forhold til vurdering af behov for kostintervention, samt tilbud om diætbehandling.
https://hjerteforeningen.dk/fagnet/2020/06/02/hjerteforeningen-vil-arbejde-for-at-alle-hjertesyge-faar-tilbudt-samme-ernaeringsindsats/

Styregruppen har et ønske om, at kigge på om HjerteKost skemaet skal revideres. Dette arbejde er i proces via en arbejdsgruppe i PRO hjerterehabiliteringsregi.

På sigt er der også et ønske fra FaKD om, at anvende andre parametre til at vurdere om patienten har behov for ernæringsintervention. Herunder eksempelvis BMI og taljemål.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen finder også denne indikator meget værdifuld i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark. Styregruppen ønsker derfor ikke, at ændre hverken indikator eller standard.

Der er fra Styregruppen et stort ønske om at samle data fra sygehuse og kommuner på denne indikator. Det er ikke muligt i denne årsrapport, da data ikke kan sammenlignes grundet forskellige definitioner af begrebet kostscreening.
Hjertekost skemaet er en del af PRO hjerterehabiliterings spørgebatteri og derfor forventes et samarbejde omkring denne indikator, når PRO arbejdet er færdigt og klar til implementering.

Indikator 4a - Kommuner
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er screenet fx med hjertekostskema, med henblik på at afklare behovet for kostintervention
Standard: Mindst 75%

Indikator 4a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som er screenet for behov for kostintervention

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 75%	Tæller/	antal	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020		2018/ 2019
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	642 / 644	0 (0)	100	(99-100)	1.184 / 1.184	100	100
Sjælland	Ja	48 / 49	0 (0)	98	(89-100)	113 / 113	100	100
Midtjylland	Ja	594 / 595	0 (0)	100	(99-100)	1.071 / 1.071	100	100
Sjælland	Ja	48 / 49	0 (0)	98	(89-100)	113 / 113	100	100
Guldborgsund	Ja	21 / 21	0 (0)	100	(84-100)	47 / 47	100	100
Lolland	Ja	3 / 4	0 (0)	75	(19-99)	23 / 23	100	100
Vordingborg	Ja	24 / 24	0 (0)	100	(86-100)	43 / 43	100	100
Midtjylland	Ja	594 / 595	0 (0)	100	(99-100)	1.071 / 1.071	100	100
Aarhus	Ja	129 / 129	0 (0)	100	(97-100)	178 / 178	100	100
Favrskov	Ja	21 / 21	0 (0)	100	(84-100)	28 / 28	100	100
Hedensted	Ja	32 / 32	0 (0)	100	(89-100)	29 / 29	100	100
Herning	Ja	58 / 58	0 (0)	100	(94-100)	98 / 98	100	100
Holstebro	Ja	25 / 25	0 (0)	100	(86-100)	49 / 49	100	100
Horsens	Ja	40 / 40	0 (0)	100	(91-100)	68 / 68	100	100
Ikast-Brande	Ja	11 / 11	0 (0)	100	(72-100)	40 / 40	100	100
Lemvig	Ja	8 / 8	0 (0)	100	(63-100)	26 / 26	100	100
Norddjurs	Ja	18 / 18	0 (0)	100	(81-100)	36 / 36	100	100
Odder	Ja	16 / 16	0 (0)	100	(79-100)	28 / 28	100	
Randers	Ja	64 / 64	0 (0)	100	(94-100)	92 / 92	100	100
Ringkøbing-Skjern	Ja	20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	48 / 48	100	
Silkeborg	Ja	24 / 24	0 (0)	100	(86-100)	88 / 88	100	100
Skanderborg	Ja	36 / 36	0 (0)	100	(90-100)	45 / 45	100	100
Skive	Ja	13 / 13	0 (0)	100	(75-100)	40 / 40	100	100
Struer	Ja	13 / 13	0 (0)	100	(75-100)	20 / 20	100	
Syddjurs	Ja	20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	35 / 35	100	100
Viborg	Ja	46 / 47	0 (0)	98	(89-100)	123 / 123	100	100

Datagrundlag og beregningsregler
Borgere er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom.

Borgerne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for afsluttende rehabiliteringsfremmøde ligger i opgørelsesåret/perioden.

Tæller: Borgere hvor det er angivet om borgeren er visiteret til diætbehandling eller ej
Nævner: Borgere der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom og hvor datoen for afsluttende rehabiliteringsfremmøde ligger i opgørelsesåret/perioden.
Uoplyst: -

Resultater
Oplysninger om screening fx med HjerteKost-skema med henblik på at afklare behovet for diætbehandling indberettes ikke fra HjerteKomMidt. Det har derfor ikke været muligt at opgøre andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er screenet med henblik på at afklare behovet for kostintervention for kommunerne. I stedet opgør indikatoren andelen af borgere hvor det er angivet hvorvidt borgeren er visiteret til diætbehandling eller ej. Dette ud fra en antagelse om, at der er taget stilling til hvorvidt borgeren har behov for diætbehandling, når der visiteres.

Som det fremgår er indikatoropfyldelsen 100% på landsplan. Alle kommuner opfylder standarden for indikatoren, om end Lolland (75%) har en lavere andel end øvrige kommuner.

Diskussion og implikationer
Indikatoren fortæller, at alle kommuner har taget stilling til om den enkelte borger skal have tilbudt diætbehandling/vejledning. Den fortæller ikke hvordan og om der benyttes screeningsværktøjer eksempelvis hjertekostskemaet.

Det er ikke et krav for kommunerne at benytte hjertekostskemaet som screeningsredskab. Flere kommuner mener, at hjertekostskemaet som screeningsværktøj er for omfattende at benytte. Nogle kommuner benytter hjertekostskemaet som screeningsværktøj, og andre benytter det som et værktøj i diætbehandlingen, når borgeren er screenet.

I flere regionale forløbsprogrammer for hjertesygdom anbefales det, at patienter med iskæmisk hjertesygdom bliver screenet i forhold til behovet for kostintervention. Det anbefales at dette sker ved brug af et valideret kostscreeningsredskab, fx 'HjerteKost'-skemaet. På nuværende tidspunkt er det kun hjertekostskemaet, som er valideret som screeningsredskab.

I forbindelse arbejdet med PRO i regionerne, er der nedsat en arbejdsgruppe der har til opgave at tilpasse hjertekostskemaet, så det bliver mere brugervenligt. Styregruppen afventer dette arbejde.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen vurderer, at der skal ses nærmere på denne indikator, så indikatoren bliver relevant i kvalitetsarbejdet.

Indikator 4b - Hospitaler
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kostscreening, som har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist på hold eller som individuelt forløb, ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet.
Standard: Mindst 75%

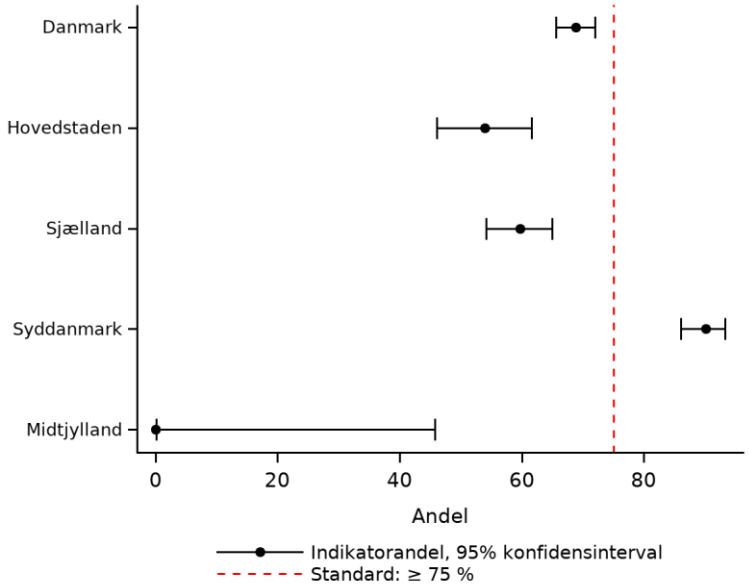
Indikator 4b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kostscreening, som har modtaget diætbehandling v. klinisk diætist ved afslutning af rehabiliteringsforløbet

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 75% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark	Nej	527 / 765	184 (19)	68,9	(65,5-72,2)	636 / 826	77,0	80,3
Hovedstaden	Nej	89 / 165	53 (24)	53,9	(46,0-61,7)	150 / 227	66,1	61,8
Sjælland	Nej	191 / 320	2 (1)	59,7	(54,1-65,1)	160 / 259	61,8	62,6
Syddanmark	Ja	247 / 274	127 (32)	90,1	(86,0-93,4)	301 / 301	100,0	99,4
Midtjylland	Nej	0 / 6	1 (14)	0,0	(0,0-45,9)	# / #	66,7	100,0
Nordjylland		0 / 0	1 (100)			23 / 36	63,9	88,6
Hovedstaden	Nej	89 / 165	53 (24)	53,9	(46,0-61,7)	150 / 227	66,1	61,8
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	40 / 44	35 (44)	90,9	(78,3-97,5)	78 / 86	90,7	96,7
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Nej	0 / 8	2 (20)	0,0	(0,0-36,9)	0 / 3	0,0	
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Nej	49 / 113	2 (2)	43,4	(34,1-53,0)	71 / 137	51,8	51,9
Nordsjællands Hospital, Hillerød		0 / 0	14 (100)			# / #	100,0	
Sjælland	Nej	191 / 320	2 (1)	59,7	(54,1-65,1)	160 / 259	61,8	62,6
Holbæk Sygehus	Nej	67 / 191	1 (1)	35,1	(28,3-42,3)	79 / 141	56,0	59,8
Nykøbing F Sygehus		0 / 0				# / #	0,0	
Næstved Sygehus		0 / 0				0 / 0		100,0
Sjællands Universitetshospital, Køge								41,2
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	65 / 70	1 (1)	92,9	(84,1-97,6)	58 / 94	61,7	100,0
Slagelse Sygehus	Ja	59 / 59	0 (0)	100,0	(93,9-100,0)	23 / 23	100,0	100,0
Syddanmark	Ja	247 / 274	127 (32)	90,1	(86,0-93,4)	301 / 301	100,0	99,4
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	5 / 32	27 (46)	15,6	(5,3-32,8)	0 / 0		

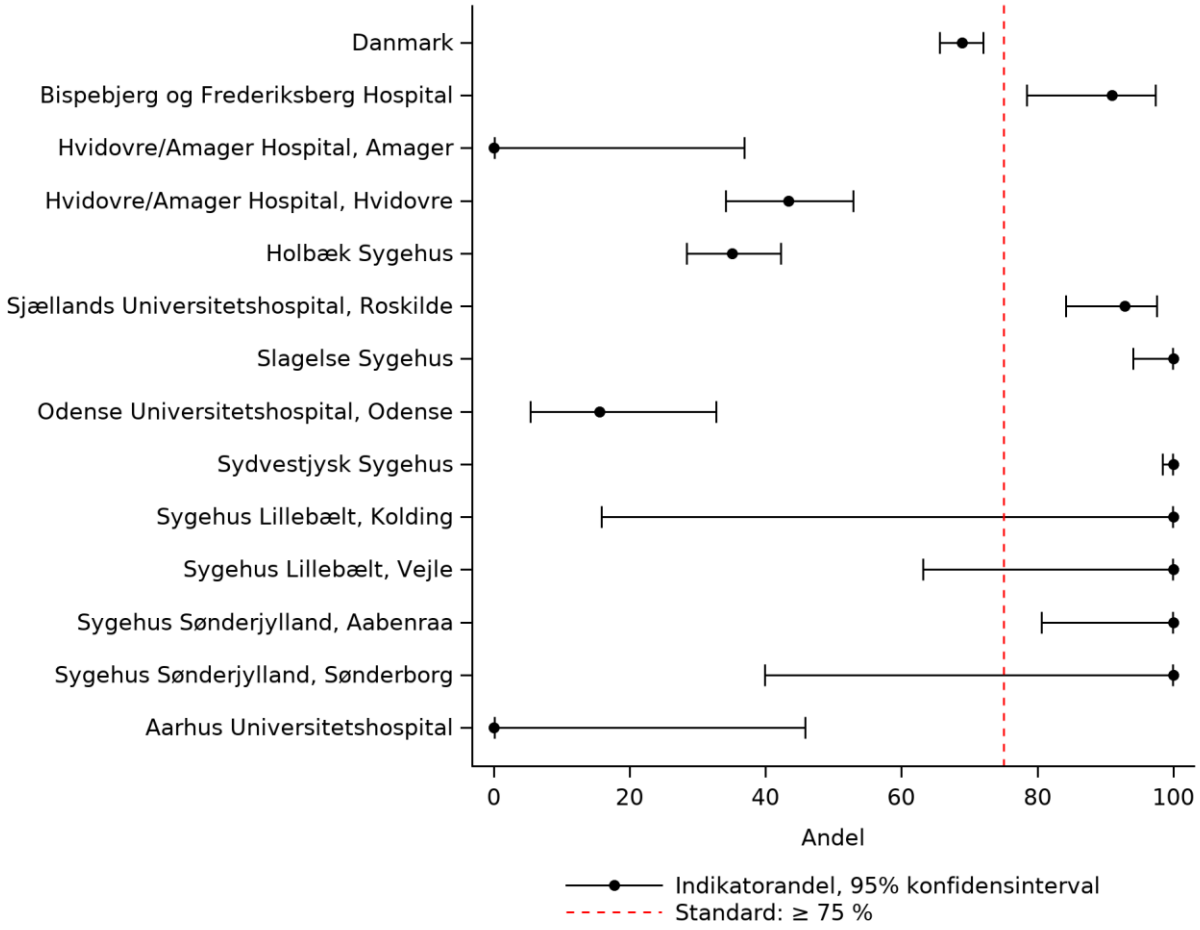
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 75% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg		0 / 0	6 (100)			0 / 0		
Sydvestjysk Sygehus	Ja	211 / 211	28 (12)	100,0	(98,3-100,0)	187 / 187	100,0	99,1
Sygehus Lillebælt, Kolding	Ja	# / #	13 (87)	100,0	(15,8-100,0)	0 / 0		100,0
Sygehus Lillebælt, Vejle	Ja	8 / 8	35 (81)	100,0	(63,1-100,0)	15 / 15	100,0	100,0
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	17 / 17	18 (51)	100,0	(80,5-100,0)	73 / 73	100,0	100,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	4 / 4	0 (0)	100,0	(39,8-100,0)	26 / 26	100,0	100,0
Midtjylland	Nej	0 / 6	1 (14)	0,0	(0,0-45,9)	# / #	66,7	100,0
Aarhus Universitetshospital	Nej	0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0-45,9)	# / #	66,7	100,0
Hospitalsenheden Vest		0 / 0	1 (100)			0 / 0		
Nordjylland		0 / 0	1 (100)			23 / 36	63,9	88,6
Aalborg Universitetshospital, Hobro		0 / 0	1 (100)			0 / 0		100,0
Aalborg Universitetshospital, Syd						23 / 33	69,7	88,3
Regionshospital Nordjylland, Hjørring		0 / 0				# / #	0,0	100,0
Aalborg Universitetshospital, Thisted		0 / 0				# / #	0,0	

Bemærk: Kun afdelinger med data til at indgå i indikatorberegningen medtages i tabellen.
For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

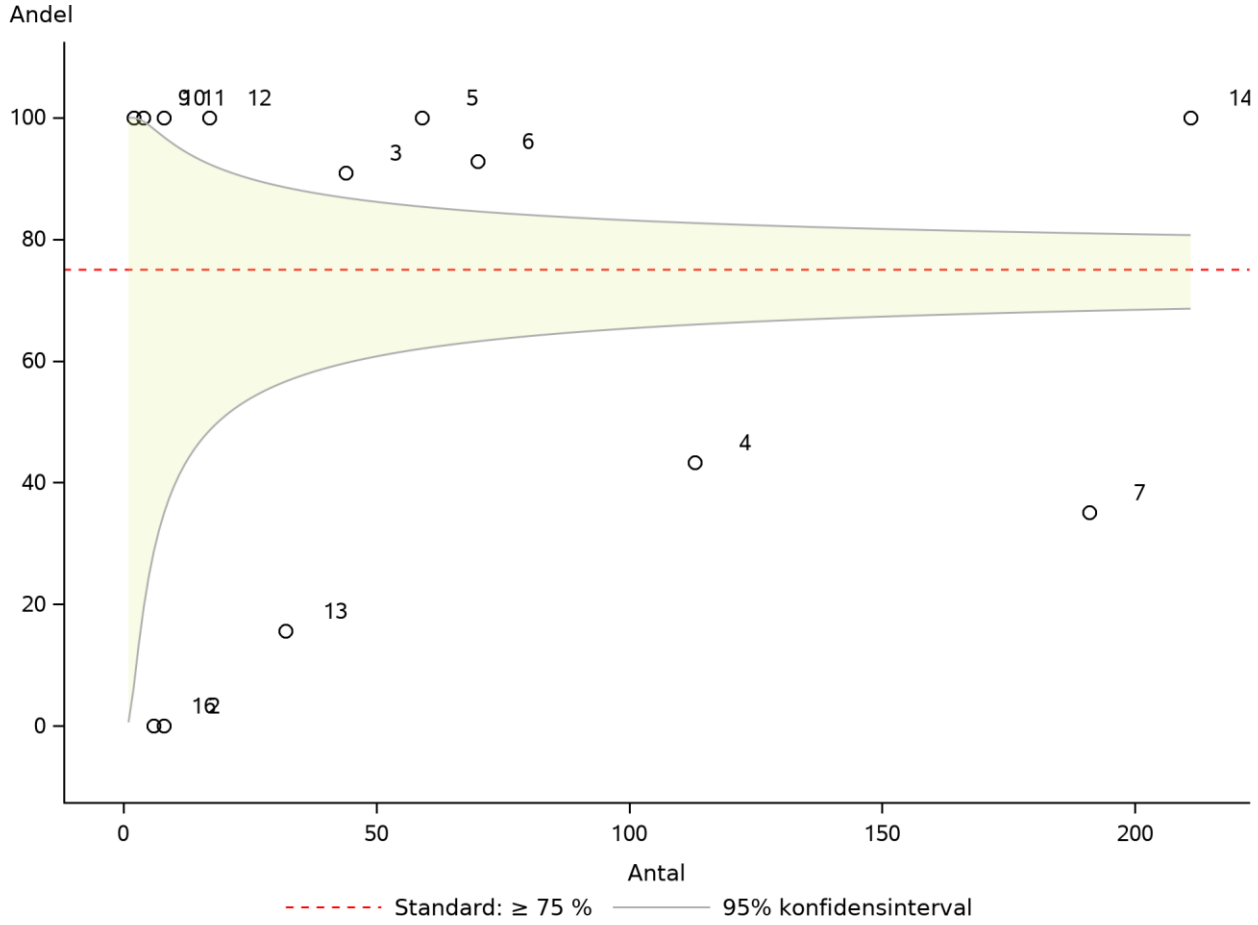
Indikator 4b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kostscreening, som har modtaget diætbehandling v. ved klinisk diætist ved afslutning af rehabiliteringsforløbet. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 4b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kostscreening, som har modtaget diætbehandling v. klinisk diætist ved afslutning af rehabiliteringsforløbet. Kontroldiagram på afdelingsniveau.



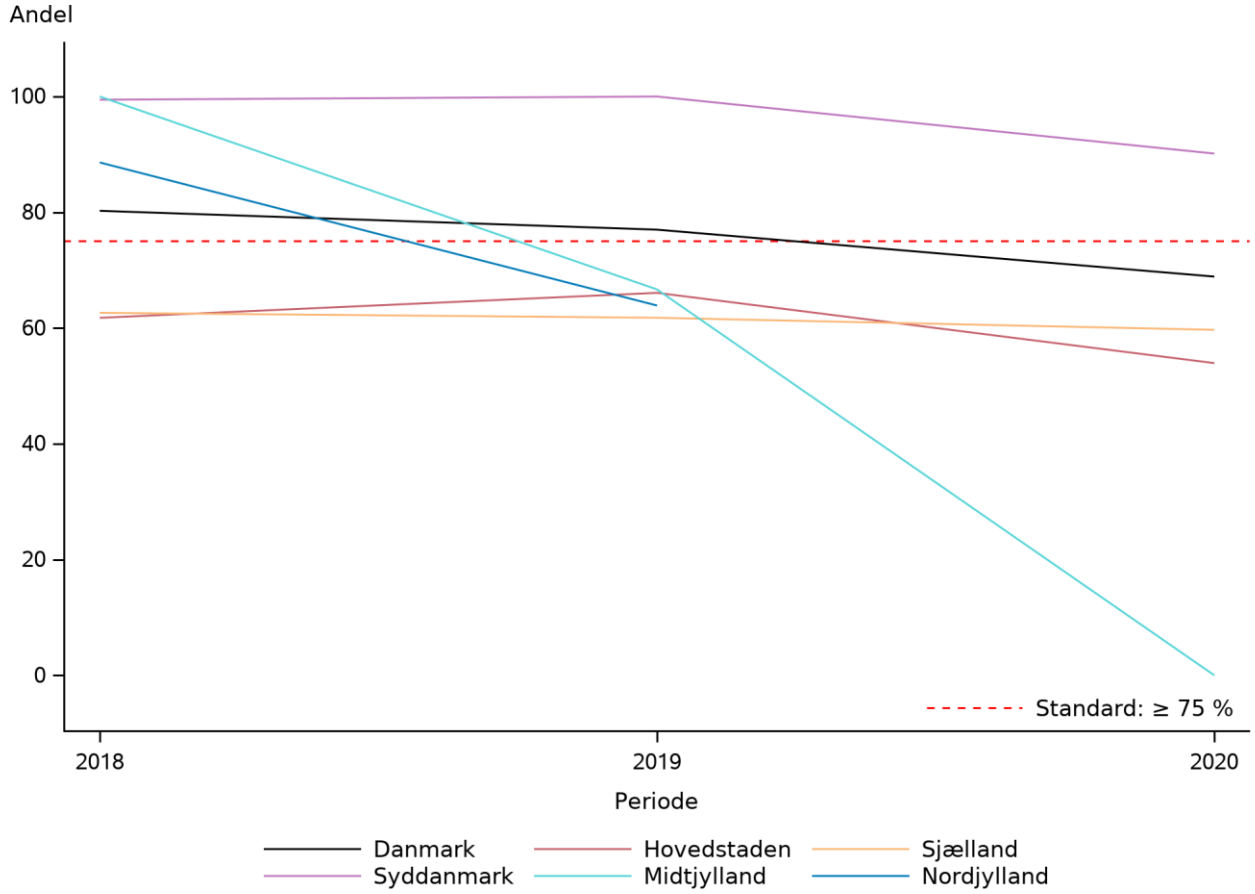
Indikator 4b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kostscreening, som har modtaget diætbehandling v. ved klinisk diætist ved afslutning af rehabiliteringsforløbet. Funnelplot på afdelingsniveau.



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed mod. Den røde linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Afdelingskode	Afdeling
1	Nordsjællands Hospital, Hillerød
2	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
3	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
4	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
5	Slagelse Sygehus
6	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
7	Holbæk Sygehus
8	Odense Universitetshospital, Svendborg
9	Sygehus Lillebælt, Kolding
10	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
11	Sygehus Lillebælt, Vejle
12	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
13	Odense Universitetshospital, Odense
14	Sydvestjysk Sygehus
15	Hospitalsenheden Vest
16	Aarhus Universitetshospital
17	Aalborg Universitetshospital, Hobro

Indikator 4b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kostscreening, som har modtaget diætbehandling v. ved klinisk diætist ved afslutning af rehabiliteringsforløbet. Trendgraf på regionsniveau.



Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Datagrundlag

Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG), og det er vurderet at de har behov for diætbehandling. Datagrundlaget er således blevet ændret i forhold til den tidligere indikator 4, hvor alle patienter indgik i beregningsgrundlaget uafhængigt af deres behov for diætbehandling.

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Indikatoren er indført per 1. juni 2019. Data vedr. screening med kostskema er imidlertid også til rådighed fra startskemaet for diætbehandling for de foregående opgørelsesperioder, og indikatoren er derfor også opgjort for de to foregående år. Dog gøres opmærksom på, at det fra maj 2019 blev muligt også at indberette screening med kostskema via startskemaet for rehabiliteringssamtale, og fra marts 2020 blev det muligt at indberette screening med andet end kostskema via startskemaet for diætbehandling. Data er derfor ikke fuldt sammenlignelige over tid.

<table>
<tr><td colspan="6">Er der indleveret et slut-rehabliteringsskema med dato i opgørelsesåret/perioden?</td></tr>
<tr><td>Nej</td><td colspan="5">Ja</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Ekskluder</td><td colspan="5">Er det angivet at patienten er screenet for behov for diætbehandling med HjerteKost-skema eller anden metode?</td></tr>
<tr><td>Nej</td><td colspan="4">Ja</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Ekskluder</td><td colspan="4">Er der angivet fedt- og fisk-frugt-grønt-score fra HjerteKost-skema eller om patienten er i ernæringsmassæig risiko?</td></tr>
<tr><td>Nej</td><td colspan="3">Ja</td></tr>
<tr><td rowspan="3">uoplyst</td><td colspan="3">Har patienten positiv kostscreening (HjerteKost-score < 75% eller Ernæringsmæssig risiko "ja")?</td></tr>
<tr><td>Nej</td><td colspan="2">Ja</td></tr>
<tr><td>Ekskluder</td><td colspan="2">Har patienten modtaget diætbehandling på hold eller som individuelt forløb?</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>ja</td><td>nej</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>tæller og nævner</td><td>nævner</td></tr>
</table>

4b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kostscreening, som har modtaget diætbehandling v. ved klinisk diætist ved afslutning af rehabiliteringsforløbet.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	3.505	Patienten er ikke screenet for behov for diætbehandling
	42	Patienten er ikke i ernæringsmæssig risiko
Uoplyst:	184	Der er ikke angivet fedtscore og fisk-frugt-grønt-score eller hvorvidt pt. er i ernæringsmæssig risiko

Beregningsregler

Tæller: Patientforløb hvor det er angivet, at patienten har modtaget diætbehandling på hold eller som individuelt forløb.
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG), som har fået indleveret et rehabiliteringsslutskema med dato i opgørelsesåret/perioden. Herudover skal der ved screening været fundet et behov for diætbehandling hos patienten.
Uoplyst: Manglende oplysninger om fedt og fisk-frugt-grønt scores eller hvorvidt patienten er vurderet at være i ernæringsmæssig risiko.

Resultater

Andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom og positiv kostscreening, som har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet, er på landsplan 69% og dermed er standarden på mindst 75% ikke opfyldt. Der er tale om en nedgang på 8 procentpoint siden 2019. Det er kun Region Syddanmark, der med en andel på 90% opfylder standarden.

På tværs af regioner er der adskillige afdelinger med et meget begrænset patientgrundlag, hvorfor resultaterne også fortolkes varsomt.

Diskussion og implikationer

Styregruppen er klar over at denne indikator, på regionalt niveau, er påvirket af forløbsprogrammerne. På flere sygehuse er diætistfunktionen næsten nedlagt med en forventning om, at kommunerne har etableret tilsvarende tilbud om diætbehandling jf. strukturrapporten 2018.

Styregruppen finder det vigtigt både at måle på om patienter med iskæmisk hjertesygdom bliver screenet for at afklare behovet for kostintervention jf. indikator 4a, samt om de reelt så også har modtaget diætbehandling hvis relevant, som konsekvens af positiv kostscreening.

Samlet mener Styregruppen ikke at data for denne indikator giver et retvisende billede af tilbuddet om diætbehandling ved iskæmisk hjertesygdom i Danmark. Data afspejler snarere manglende og varierende indberetningspraksis på sygehuse, samt at kommunerne har overtaget den ernæringsfaglige intervention.

Styregruppen anbefaler fortsat fokus på ledelsesmæssig og politisk opmærksomhed på dette område. Herunder opfordres også til ledelsesmæssig opbakning, til at indtaste start og slut data (HjerteKostscoren), da det også er et stort ønske fra styregruppen, at kunne måle på effekten af diætbehandlingen.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen finder både indikator 4a og 4b meget værdifulde i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark. Styregruppen ønsker derfor ikke, at ændre hverken indikator eller standard.

Dog vil styregruppen fremadrettet arbejde videre med denne indikator og vurdere kvaliteten af indikatoren i takt med at den ernæringsfaglige vurdering og diætbehandling flyttes til kommunerne.

Indikator 4b - Kommuner
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kostscreening, som har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist på hold eller som individuelt forløb, ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet.
Standard: Mindst 75%

Indikator 4b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kostscreening, som har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist ved afslutning af rehabiliteringsforløbet

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 75% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark	Ja	391 / 514	0 (0)	76	(72-80)	731 / 930	79	74
Sjælland	Ja	16 / 19	0 (0)	84	(60-97)	43 / 57	75	71
Midtjylland	Ja	375 / 495	0 (0)	76	(72-79)	688 / 873	79	74
Sjælland	Ja	16 / 19	0 (0)	84	(60-97)	43 / 57	75	71
Guldborgsund		0 / 0				5 / 15	33	0
Vordingborg	Ja	16 / 19	0 (0)	84	(60-97)	38 / 42	90	100
Midtjylland	Ja	375 / 495	0 (0)	76	(72-79)	688 / 873	79	74
Aarhus	Ja	102 / 119	0 (0)	86	(78-91)	137 / 162	85	71
Favrskov	Ja	9 / 9	0 (0)	100	(66-100)	4 / 5	80	
Hedensted	Nej	19 / 26	0 (0)	73	(52-88)	21 / 25	84	100
Herning	Ja	48 / 54	0 (0)	89	(77-96)	83 / 93	89	78
Holstebro	Ja	19 / 24	0 (0)	79	(58-93)	43 / 47	91	100
Horsens	Nej	14 / 21	0 (0)	67	(43-85)	41 / 61	67	75
Ikast-Brande	Ja	9 / 11	0 (0)	82	(48-98)	39 / 40	98	100
Lemvig	Ja	8 / 8	0 (0)	100	(63-100)	15 / 23	65	100
Norddjurs	Ja	13 / 14	0 (0)	93	(66-100)	13 / 21	62	100
Odder	Ja	13 / 13	0 (0)	100	(75-100)	27 / 28	96	
Randers	Nej	36 / 59	0 (0)	61	(47-73)	71 / 81	88	67
Ringkøbing-Skjern	Nej	11 / 17	0 (0)	65	(38-86)	37 / 46	80	
Silkeborg	Nej	6 / 19	0 (0)	32	(13-57)	37 / 70	53	80
Skanderborg	Ja	24 / 31	0 (0)	77	(59-90)	26 / 28	93	100
Skive	Ja	10 / 13	0 (0)	77	(46-95)	25 / 39	64	60
Struer	Ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)	# / #	67	
Syddjurs	Nej	8 / 19	0 (0)	42	(20-67)	16 / 22	73	100
Viborg	Nej	23 / 35	0 (0)	66	(48-81)	51 / 79	65	25

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Datagrundlag og beregningsregler

Borgere er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom, og de er visiteret til diætbehandling.

Borgerne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for afsluttende rehabiliteringsfremmøde ligger i opgørelsesåret/perioden.

Tæller: Borgere som har modtaget diætbehandling på hold eller som individuelt forløb ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet.
Nævner: Borgere der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom og hvor datoen for afsluttende rehabiliteringsfremmøde ligger i opgørelsesåret/perioden. Herudover skal borgerne være visiteret til diætbehandling.
Uoplyst: -

4b. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kostscreening, som har modtaget diætbehandling v. ved klinisk diætist ved afslutning af rehabiliteringsforløbet.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	130	Patienten har ikke behov for diætbehandling

Resultater

Blandt borgere med iskæmisk hjertesygdom, som er visiteret til diætbehandling, har 76% modtaget diætbehandling ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet. Standarden for indikatoren er opfyldt på landsplan og samlet set for kommunerne i Region Midtjylland og Region Sjælland. På kommuneniveau varierer andelen betydeligt 32-100%. Ganske få patienter (19) indgår i datagrundlaget for de tre sjællandske kommuner.

Diskussion og implikationer

Over halvdelen af kommunerne opfylder indikatoren. Det er vigtigt at måle på, om borgere som screenes til en kostintervention, også modtager diætbehandling.

Det bemærkes, at er variation mellem kommunerne fra 32% til 100%. Silkeborg og Syddjurs Kommuner der ligger langt under de resterende kommuner. Tages de ud ligger variationen mellem 61% og 100%

Variationen kan tilskrives forskelle i registreringspraksis i kommunerne samt forskellig forståelse af, hvornår og hvordan diætbehandlingstilbuddet tilbydes. I 2019 lavede DEFACTUM en undersøgelse af dette i de midtjyske kommuner, som viste at der var store forskelle i registreringspraksis og definitions forståelser blandt kommunerne.

Derfor blev der lavet en fælles datadefinition i HjerteKomMidt, som trådte i kraft 1. januar 2020. Kommunerne bør have fokus på at gøre brug af denne datadefinition, i forhold til deres registreringspraksis.

Datadefinition i HjerteKomMidt
Registrering af diætbehandling ved klinisk diætist i HjerteKomMidt. Ved afklarende samtale i Kommunen tilbydes borgere henvist med en almen genoptræningsplan diætbehandling på baggrund af screening (med fx hjertekostskema). Det er kun den diætbehandling, som kommunerne foretager, der registreres i HjerteKomMidt.

Deltager borgeren i gruppebasseret diætbehandling, registres det i HjerteKomMidt, at borgeren modtager diætbehandling på hold i opstartsskema. Deltager borgeren i individuel diætbehandling, registreres det i HjerteKomMidt, at borgeren modtager individuel diætbehandling i opstartsskema. Deltager borgeren både i gruppebasseret diætbehandling og individuel diætbehandling, registreres det i HjerteKomMidt, at borgeren modtager diætbehandling både individuelt samt på hold i opstartsskema.

Ved afsluttende samtale i kommunen registreres der, at borgeren har modtaget diætbehandling, hvis borgeren har deltaget i enten gruppebaseret diætbehandling eller individuel diætbehandling.

Ernæringsindsatser kan inddeles i kostvejledning og diætbehandling. Der er en indikator vedrørende diætbehandling, og dette registreres særskilt i HjerteKomMidt, mens kostvejledning indgår som en del af patientuddannelsen sammen med andre relevante temaer. Definition af diætbehandling og kostvejledning tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen definition i "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" side 22 (juni 2016). Det skal pointeres, at vurderingen af behov foregår individuelt for den enkelte borger, men selve diætbehandlingen kan foregå både individuelt og på hold afhængig af borgerens behov (jf. forløbsprogrammets anbefalinger)

I forløbsprogram for Hjertesygdom i Region Midtjylland (version 2015) er det aftalt, at alle borgere med iskæmisk hjertesygdom skal tilbydes diætbehandling, og at borgere med hjertesvigt samt borgere der har gennemgået en hjerteklapoperation, bør vurderes i forhold til behovet for diætbehandling.

Corona situationen har også haft indflydelse med denne indikator på grund af kommunernes nedlukningsperiode ligger i opgørelsesperioden.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen vurderer at denne indikator er vigtig i forhold til kvalitetsforbedringsarbejdet.

Indikatorområde 5: LDL kolesterol

Indikator 5 - Hospitaler
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l.
Standard: Mindst 70%

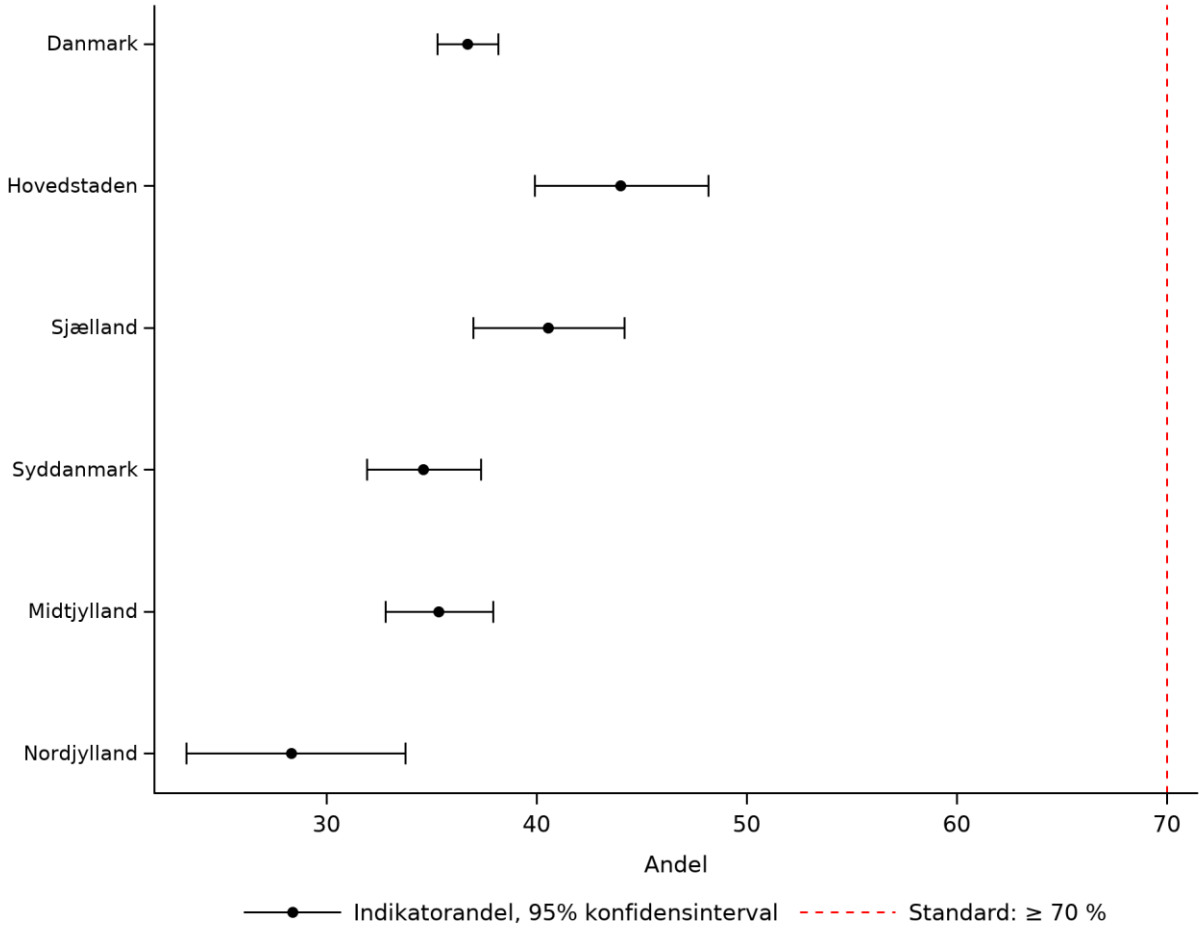
Indikator 5. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l

	Standard ≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI
Danmark	Nej	1.517 / 4.130	366 (8)	36,7	(35,3-38,2)
Hovedstaden	Nej	250 / 568	173 (23)	44,0	(39,9-48,2)
Sjælland	Nej	294 / 725	14 (2)	40,6	(37,0-44,2)
Syddanmark	Nej	412 / 1.190	24 (2)	34,6	(31,9-37,4)
Midtjylland	Nej	476 / 1.347	135 (9)	35,3	(32,8-38,0)
Nordjylland	Nej	85 / 300	20 (6)	28,3	(23,3-33,8)
Hovedstaden	Nej	250 / 568	173 (23)	44,0	(39,9-48,2)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	73 / 136	2 (1)	53,7	(44,9-62,3)
Bornholms Hospital	Nej	13 / 27	0 (0)	48,1	(28,7-68,1)
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Nej	8 / 21	0 (0)	38,1	(18,1-61,6)
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Nej	10 / 40	0 (0)	25,0	(12,7-41,2)
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Nej	14 / 38	3 (7)	36,8	(21,8-54,0)
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Nej	73 / 146	13 (8)	50,0	(41,6-58,4)
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej	57 / 154	155 (50)	37,0	(29,4-45,2)
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	# / #	0 (0)	33,3	(4,3-77,7)
Sjælland	Nej	294 / 725	14 (2)	40,6	(37,0-44,2)
Holbæk Sygehus	Nej	103 / 204	4 (2)	50,5	(43,4-57,5)
Nykøbing F Sygehus	Nej	37 / 112	4 (3)	33,0	(24,4-42,6)
Næstved Sygehus	Nej	# / #	0 (0)	33,3	(0,8-90,6)
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	61 / 189	3 (2)	32,3	(25,7-39,4)

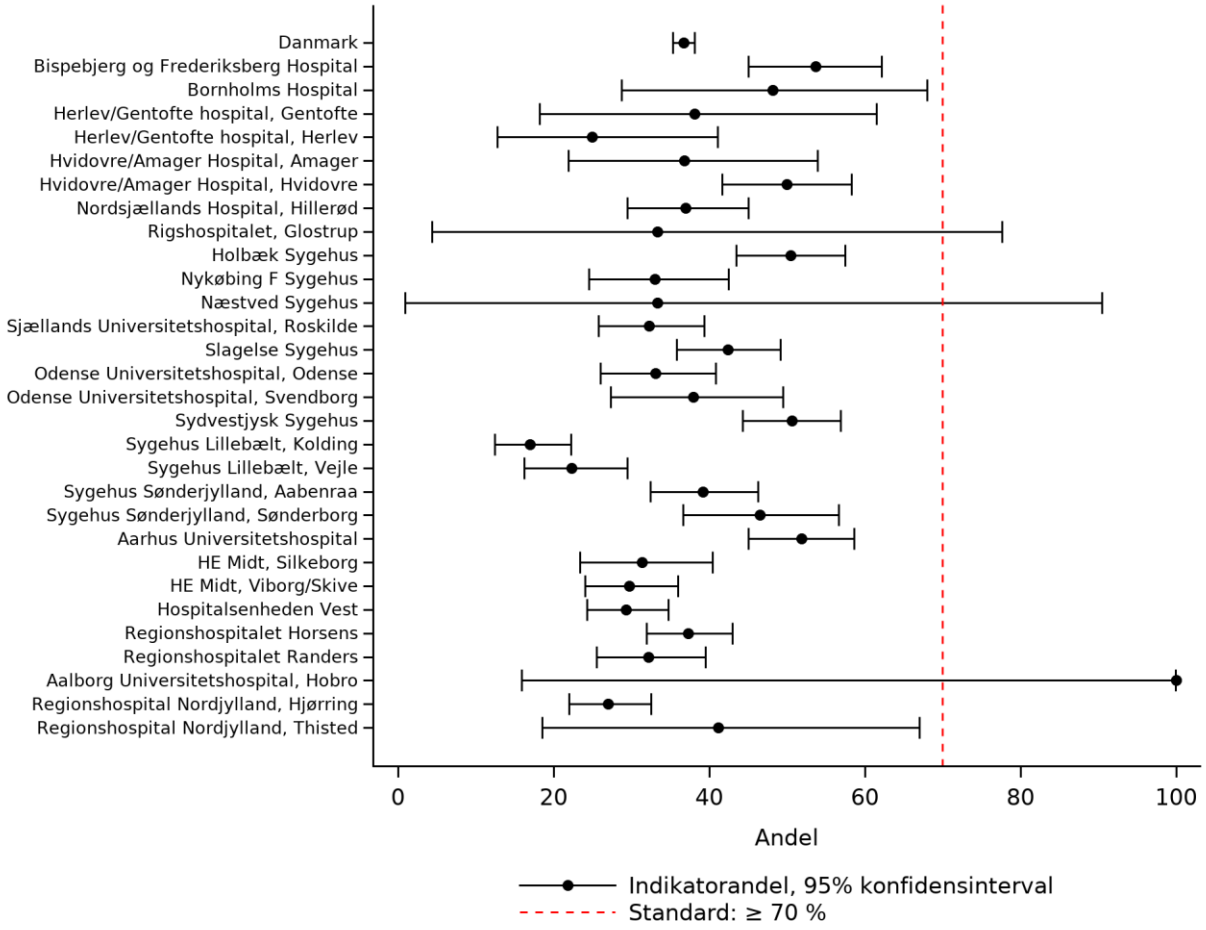
	Standard ≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI
Slagelse Sygehus	Nej	92 / 217	3 (1)	42,4	(35,7-49,3)
Syddanmark	Nej	412 / 1.190	24 (2)	34,6	(31,9-37,4)
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	54 / 163	2 (1)	33,1	(26,0-40,9)
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	30 / 79	2 (2)	38,0	(27,3-49,6)
Sydvestjysk Sygehus	Nej	127 / 251	8 (3)	50,6	(44,2-56,9)
Sygehus Lillebælt, Kolding	Nej	40 / 236	4 (2)	16,9	(12,4-22,4)
Sygehus Lillebælt, Vejle	Nej	36 / 161	7 (4)	22,4	(16,2-29,6)
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Nej	78 / 199	1 (1)	39,2	(32,4-46,3)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Nej	47 / 101	0 (0)	46,5	(36,5-56,7)
Midtjylland	Nej	476 / 1.347	135 (9)	35,3	(32,8-38,0)
Aarhus Universitetshospital	Nej	111 / 214	11 (5)	51,9	(45,0-58,7)
HE Midt, Silkeborg	Nej	38 / 121	3 (2)	31,4	(23,3-40,5)
HE Midt, Viborg/Skive	Nej	69 / 232	13 (5)	29,7	(23,9-36,1)
Hospitalsenheden Vest	Nej	88 / 300	89 (23)	29,3	(24,2-34,8)
Regionshospitalet Horsens	Nej	112 / 300	2 (1)	37,3	(31,8-43,1)
Regionshospitalet Randers	Nej	58 / 180	17 (9)	32,2	(25,5-39,6)
Nordjylland	Nej	85 / 300	20 (6)	28,3	(23,3-33,8)
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej	76 / 281	20 (7)	27,0	(21,9-32,6)
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Nej	7 / 17	0 (0)	41,2	(18,4-67,1)

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

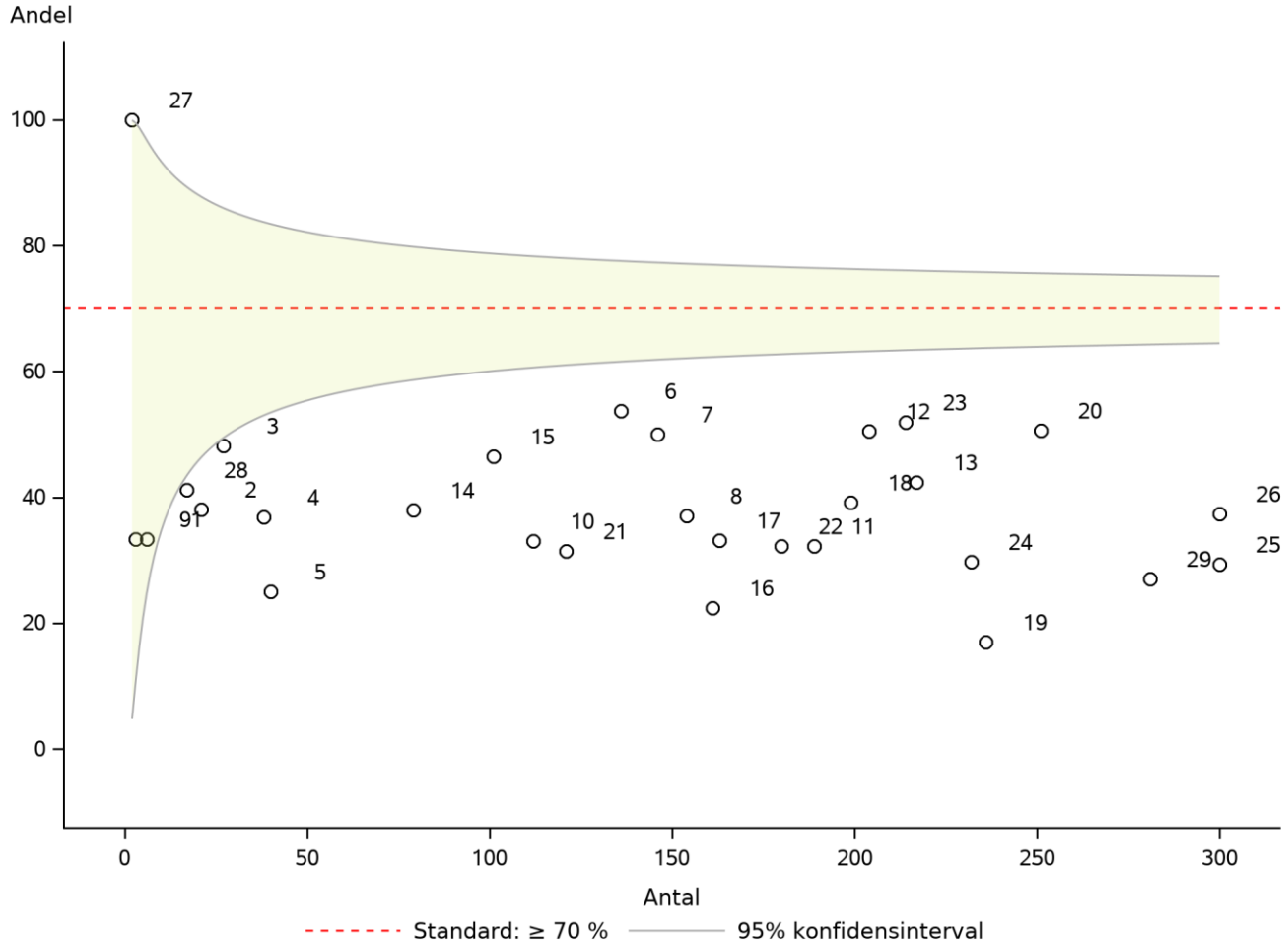
Indikator 5. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 5. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l. Kontroldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 5. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l. Funnelplot på afdelingsniveau.



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den røde linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Afdelingskode	Afdeling
1	Rigshospitalet, Glostrup
2	Herlev/Gentofte hospital, Gentofte
3	Bornholms Hospital
4	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
5	Herlev/Gentofte hospital, Herlev
6	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
7	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
8	Nordsjællands Hospital, Hillerød
9	Næstved Sygehus
10	Nykøbing F Sygehus
11	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
12	Holbæk Sygehus
13	Slagelse Sygehus
14	Odense Universitetshospital, Svendborg
15	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
16	Sygehus Lillebælt, Vejle
17	Odense Universitetshospital, Odense
18	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
19	Sygehus Lillebælt, Kolding
20	Sydvestjysk Sygehus
21	HE Midt, Silkeborg
22	Regionshospitalet Randers
23	Aarhus Universitetshospital
24	HE Midt, Viborg/Skive
25	Hospitalsenheden Vest
26	Regionshospitalet Horsens
27	Aalborg Universitetshospital, Hobro
28	Aalborg Universitetshospital, Thisted
29	Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Indikator 5s. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har LDL-kolesterol < 1,8 mmol/l)

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark		2.836 / 4.130	366 (8)	68,7	(67,2-70,1)	2.522 / 4.012	62,9	62,8
Hovedstaden		447 / 568	173 (23)	78,7	(75,1-82,0)	462 / 710	65,1	64,4
Sjælland		501 / 725	14 (2)	69,1	(65,6-72,5)	390 / 588	66,3	70,0
Syddanmark		984 / 1.490	26 (2)	66,0	(63,6-68,4)	887 / 1.449	61,2	60,7
Midtjylland		723 / 1.047	133 (11)	69,1	(66,2-71,8)	533 / 854	62,4	60,9
Nordjylland		181 / 300	20 (6)	60,3	(54,6-65,9)	250 / 411	60,8	62,2
Hovedstaden		447 / 568	173 (23)	78,7	(75,1-82,0)	462 / 710	65,1	64,4
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		115 / 136	2 (1)	84,6	(77,4-90,2)	97 / 149	65,1	65,5
Bornholms Hospital		22 / 27	0 (0)	81,5	(61,9-93,7)	25 / 35	71,4	63,6
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte		18 / 21	0 (0)	85,7	(63,7-97,0)	11 / 19	57,9	75,7
Herlev/Gentofte hospital, Herlev		28 / 40	0 (0)	70,0	(53,5-83,4)	38 / 62	61,3	68,4
Hvidovre/Amager Hospital, Amager		28 / 38	3 (7)	73,7	(56,9-86,6)	20 / 35	57,1	66,7
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre		131 / 146	13 (8)	89,7	(83,6-94,1)	136 / 186	73,1	71,5
Nordsjællands Hospital, Frederikssund						0 / 0		52,3
Nordsjællands Hospital, Hillerød		102 / 154	155 (50)	66,2	(58,2-73,6)	131 / 220	59,6	83,3
Rigshospitalet, Glostrup		3 / 6	0 (0)	50,0	(11,8-88,2)	3 / 3	100,0	56,3
Sjælland		501 / 725	14 (2)	69,1	(65,6-72,5)	390 / 588	66,3	70,0
Holbæk Sygehus		173 / 204	4 (2)	84,8	(79,1-89,4)	127 / 163	77,9	81,9
Nykøbing F Sygehus		67 / 112	4 (3)	59,8	(50,1-69,0)	70 / 121	57,9	67,5
Næstved Sygehus		# / #	0 (0)	33,3	(0,8-90,6)	5 / 6	83,3	65,2
Sjællands Universitetshospital, Køge								66,9
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		114 / 189	3 (2)	60,3	(53,0-67,3)	101 / 154	65,6	65,5
Slagelse Sygehus		146 / 217	3 (1)	67,3	(60,6-73,5)	87 / 144	60,4	66,7

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Syddanmark		984 / 1.490	26 (2)	66,0	(63,6-68,4)	887 / 1.449	61,2	60,7
Odense Universitetshospital, Odense		110 / 163	2 (1)	67,5	(59,7-74,6)	86 / 115	74,8	65,9
Odense Universitetshospital, Svendborg		59 / 79	2 (2)	74,7	(63,6-83,8)	80 / 115	69,6	68,2
Sydvestjysk Sygehus		210 / 251	8 (3)	83,7	(78,5-88,0)	189 / 259	73,0	70,1
Sygehus Lillebælt, Kolding		108 / 236	4 (2)	45,8	(39,3-52,3)	110 / 275	40,0	42,5
Sygehus Lillebælt, Vejle		88 / 161	7 (4)	54,7	(46,6-62,5)	79 / 165	47,9	37,3
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa		137 / 199	1 (1)	68,8	(61,9-75,2)	92 / 134	68,7	66,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg		73 / 101	0 (0)	72,3	(62,5-80,7)	72 / 102	70,6	76,1
Midtjylland		723 / 1.047	133 (11)	69,1	(66,2-71,8)	533 / 854	62,4	60,9
Aarhus Universitetshospital		180 / 214	11 (5)	84,1	(78,5-88,7)	147 / 197	74,6	64,3
HE Midt, Silkeborg		83 / 121	3 (2)	68,6	(59,5-76,7)	77 / 133	57,9	76,4
HE Midt, Viborg/Skive		154 / 232	13 (5)	66,4	(59,9-72,4)	96 / 170	56,5	65,9
Hospitalsenheden Vest		199 / 300	89 (23)	66,3	(60,7-71,7)	202 / 321	62,9	46,5
Regionshospitalet Horsens		199 / 300	2 (1)	66,3	(60,7-71,7)	179 / 284	63,0	64,6
Regionshospitalet Randers		107 / 180	17 (9)	59,4	(51,9-66,7)	11 / 33	33,3	53,9
Nordjylland		181 / 300	20 (6)	60,3	(54,6-65,9)	250 / 411	60,8	62,2
Aalborg Universitetshospital, Hobro		# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	12 / 26	46,2	55,6
Aalborg Universitetshospital, Syd						35 / 49	71,4	68,9
Regionshospital Nordjylland, Hjørring		168 / 281	20 (7)	59,8	(53,8-65,6)	112 / 183	61,2	58,5
Aalborg Universitetshospital, Thisted		11 / 17	0 (0)	64,7	(38,3-85,8)	91 / 153	59,5	63,0

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Datagrundlag
Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG).

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Det er obligatorisk at angive en LDL-værdi på både rehabiliteringsstart- og slutskemaet for at kunne indlevere skemaerne. Det anbefales derfor at indtaste værdien "0", såfremt LDL ikke har kunnet måles. Denne værdi udgår efterfølgende fra analyserne og fremgår i indikatortabellen som "uoplyst".

Er der indleveret et slut-rehabliteringsskema med dato i opgørelsesåret/perioden?		
Ja		
Er der oplysning om LDL-kolesterol på slutskemaet?*		
Nej	Ja	
uoplyst	**Er LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l på slutskemaet?**	
	ja	nej
	tæller og nævner	nævner

*Værdien nul behandles som uoplyst

5. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l

	Antal	Årsag
Uoplyst:	366	Slutoplysning om LDL-kolesterol: Uoplyst eller 0

Beregningsregler

Tæller: Patientforløb med LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l ved afslutning af rehabiliteringsforløbet
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG), som har fået indleveret et rehabiliteringsslutskema med dato i opgørelsesåret/perioden.
Uoplyst: Manglende oplysning om LDL-kolesterol på slutskemaet eller værdien er angivet til 0 mmol/l

Resultater

Andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l, er på landsplan 37%. På regionsniveau varierer andelen fra 28-44%. Ingen regioner eller afdelinger opfylder således standarden på mindst 70%.

Siden sidste årsopgørelsesperiode er grænseværdien for LDL-kolesterol sænket fra < 1,8 mmol/l til < 1,4 mmol/l Resultater baseret på de tidligere grænseværdier kan ses i tabel 5s.

Diskussion og implikationer

Styregruppen finder det bekymrende at ingen regioner opfylder standarden. Dette kan skyldes at patienterne afsluttes for tidligt til opfølgning af den farmakologiske risikofaktor behandling, hos den praktiserende læge. Eller at man ikke primært ordinerer en tilstrækkelig effektiv kolesterolsænkende behandling.

Det er meget vigtigt at databasen også fremover kan dokumentere behandlingseffekten ved automatisk laboratoriedatatræk. Herved kan vi monitorere, hvordan det går med de patienter, som evt. afsluttes tidligt. Styregruppen ønsker at påpege at den farmakologiske del af hjerterehabiliteringen, fortsat er den kardiologiske læges ansvar og dermed ikke mindst at sikre en effektiv og tilstrækkelig lipidsænkende behandling.

Indikatoren er fra denne opgørelsesperiode defineret ved LDL-kolesterol under 1,4 mmol/l. For en del patienter vil det kun være muligt at opnå behandlingsmålet ved anvendelse af ny dyr medicin, der kun administreres fra lipidklinikkerne (PCSK9-hæmmere eller incliseran). Dette understreger vigtigheden af at disse patienter ikke afsluttes fra hospitalsambulatorierne før behandlingsmålet er nået eller behandlingsmulighederne er udtømte. Den begrænsede mulighed for anvendelse af disse præparater begrunder at standarden reduceres til 60% fra kommende opgørelsesperiode.

Styregruppen anbefaler fortsat fokus på at optimere den LDL-reducerende behandling og dermed også på vigtigheden af at anvende den mest potente lipidsænkende behandling. Dog vil der også være et aspekt omkring økonomi i forhold til valg af lipidsænkende behandling, når behandlingsmålet intensiveres. Styregruppen mener, at dette bør skabe øget opmærksomhed omkring sygehusenes ansvar for, at sikre høj prioritering af den korrekte farmakologiske behandling.

Derudover anbefaler styregruppen, at der som lovet siden databasens opstart etableres automatisk laboratoriedataindlæsning.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen finder også denne indikator meget værdifuld i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark. Styregruppen ønsker derfor ikke, at ændre hverken indikator eller standard.

Indikatorområde 6: Blodtryk

Indikator 6 - Hospitaler

Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har opfyldt behandlingsmål for blodtryk for den pågældende patient.
Standard: Mindst 70%

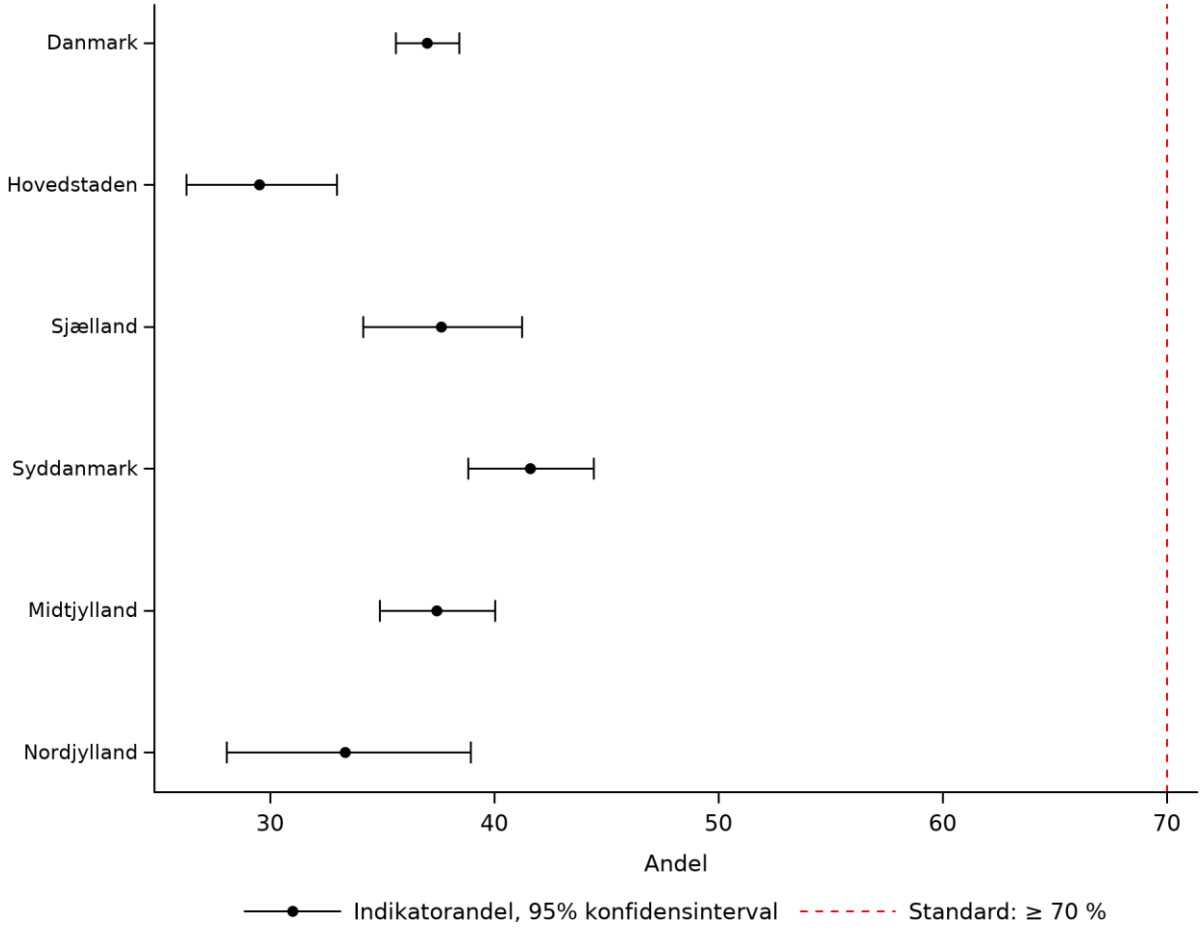
Indikator 6. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har opfyldt behandlingsmål for blodtryk.
(Patienter < 80 år = <130/<80. Patienter ≥ 80 år = <145/<85)

	Standard ≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI
Danmark	Nej	1.597 / 4.316	180 (4)	37,0	(35,6-38,5)
Hovedstaden	Nej	214 / 725	16 (2)	29,5	(26,2-33,0)
Sjælland	Nej	275 / 731	8 (1)	37,6	(34,1-41,2)
Syddanmark	Nej	498 / 1.197	17 (1)	41,6	(38,8-44,5)
Midtjylland	Nej	510 / 1.363	119 (8)	37,4	(34,8-40,0)
Nordjylland	Nej	100 / 300	20 (6)	33,3	(28,0-39,0)
Hovedstaden	Nej	214 / 725	16 (2)	29,5	(26,2-33,0)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	49 / 136	2 (1)	36,0	(28,0-44,7)
Bornholms Hospital	Nej	8 / 27	0 (0)	29,6	(13,8-50,2)
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Nej	7 / 21	0 (0)	33,3	(14,6-57,0)
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Nej	12 / 40	0 (0)	30,0	(16,6-46,5)
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Nej	5 / 41	0 (0)	12,2	(4,1-26,2)
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Nej	42 / 147	12 (8)	28,6	(21,4-36,6)
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej	88 / 307	2 (1)	28,7	(23,7-34,1)
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	3 / 6	0 (0)	50,0	(11,8-88,2)
Sjælland	Nej	275 / 731	8 (1)	37,6	(34,1-41,2)
Holbæk Sygehus	Nej	124 / 205	3 (1)	60,5	(53,4-67,2)
Nykøbing F Sygehus	Nej	35 / 112	4 (3)	31,3	(22,8-40,7)
Næstved Sygehus	Nej	# / #	0 (0)	33,3	(0,8-90,6)
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	38 / 192	0 (0)	19,8	(14,4-26,1)
Slagelse Sygehus	Nej	77 / 219	1 (0)	35,2	(28,8-41,9)
Syddanmark	Nej	498 / 1.197	17 (1)	41,6	(38,8-44,5)

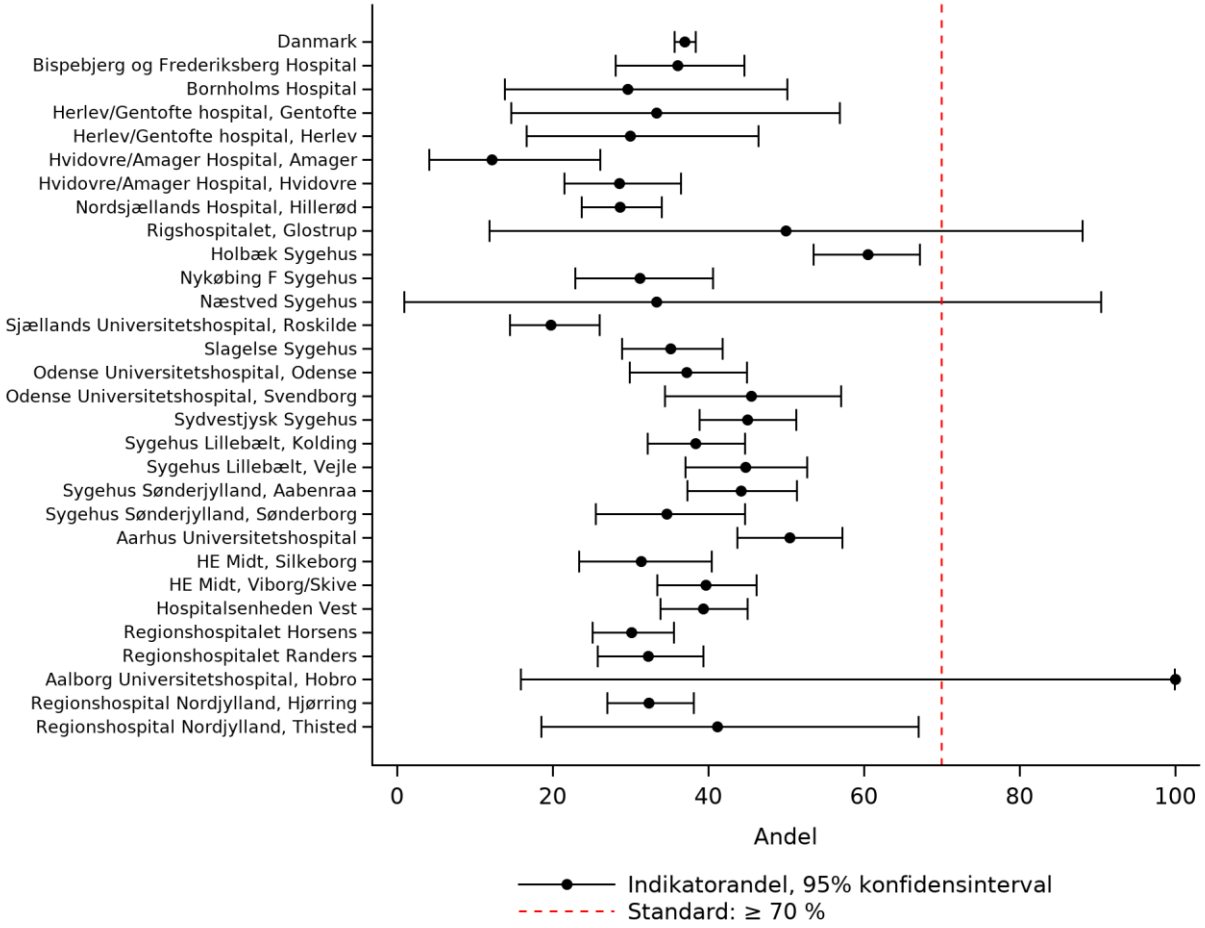
	Standard ≥ 70% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	61 / 164	1 (1)	37,2	(29,8-45,1)
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	36 / 79	2 (2)	45,6	(34,3-57,2)
Sydvestjysk Sygehus	Nej	113 / 251	8 (3)	45,0	(38,8-51,4)
Sygehus Lillebælt, Kolding	Nej	92 / 240	0 (0)	38,3	(32,2-44,8)
Sygehus Lillebælt, Vejle	Nej	73 / 163	5 (3)	44,8	(37,0-52,8)
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Nej	88 / 199	1 (1)	44,2	(37,2-51,4)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Nej	35 / 101	0 (0)	34,7	(25,5-44,8)
Midtjylland	Nej	510 / 1.363	119 (8)	37,4	(34,8-40,0)
Aarhus Universitetshospital	Nej	109 / 216	9 (4)	50,5	(43,6-57,3)
HE Midt, Silkeborg	Nej	38 / 121	3 (2)	31,4	(23,3-40,5)
HE Midt, Viborg/Skive	Nej	92 / 232	13 (5)	39,7	(33,3-46,3)
Hospitalsenheden Vest	Nej	118 / 300	89 (23)	39,3	(33,8-45,1)
Regionshospitalet Horsens	Nej	91 / 302	0 (0)	30,1	(25,0-35,7)
Regionshospitalet Randers	Nej	62 / 192	5 (3)	32,3	(25,7-39,4)
Nordjylland	Nej	100 / 300	20 (6)	33,3	(28,0-39,0)
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej	91 / 281	20 (7)	32,4	(26,9-38,2)
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Nej	7 / 17	0 (0)	41,2	(18,4-67,1)

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

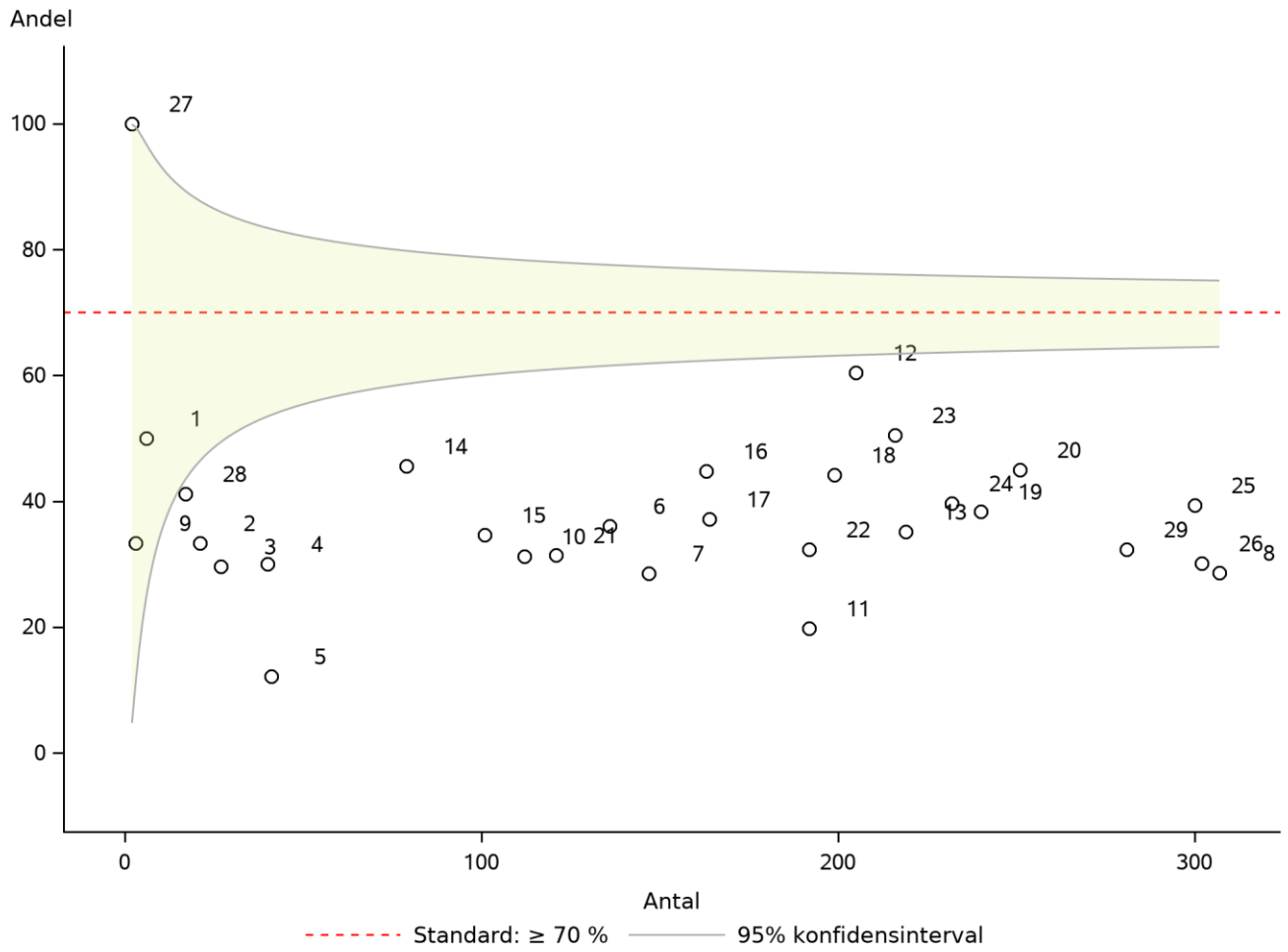
Indikator 6. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har opfyldt behandlingsmål for blodtryk (Patienter < 80 år = <130/<80. Patienter ≥ 80 = <145/<85). Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 6. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har opfyldt behandlingsmål for blodtryk (Patienter < 80 år = <130/<80. Patienter ≥ 80 = <145/<85). Kontroldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 6. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har opfyldt behandlingsmål for blodtryk (Patienter < 80 år = <130/<80. Patienter ≥ 80 = <145/<85). Funnelplot på afdelingsniveau.



Afdelingskode	Afdeling
1	Rigshospitalet, Glostrup
2	Herlev/Gentofte hospital, Gentofte
3	Bornholms Hospital
4	Herlev/Gentofte hospital, Herlev
5	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
6	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
7	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
8	Nordsjællands Hospital, Hillerød
9	Næstved Sygehus
10	Nykøbing F Sygehus
11	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
12	Holbæk Sygehus
13	Slagelse Sygehus
14	Odense Universitetshospital, Svendborg
15	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
16	Sygehus Lillebælt, Vejle
17	Odense Universitetshospital, Odense
18	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
19	Sygehus Lillebælt, Kolding
20	Sydvestjysk Sygehus
21	HE Midt, Silkeborg
22	Regionshospitalet Randers
23	Aarhus Universitetshospital
24	HE Midt, Viborg/Skive
25	Hospitalsenheden Vest
26	Regionshospitalet Horsens
27	Aalborg Universitetshospital, Hobro
28	Aalborg Universitetshospital, Thisted
29	Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Indikator 6s. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har opfyldt behandlingsmål for blodtryk (<140/90)

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark		3.160 / 4.316	180 (4)	73,2	(71,9-74,5)	2.985 / 4.203	71,0	69,4
Hovedstaden		494 / 725	16 (2)	68,1	(64,6-71,5)	600 / 870	69,0	71,0
Sjælland		495 / 731	8 (1)	67,7	(64,2-71,1)	369 / 600	61,5	65,8
Syddanmark		1.093 / 1.499	17 (1)	72,9	(70,6-75,2)	1.053 / 1.459	72,2	67,9
Midtjylland		836 / 1.061	119 (10)	78,8	(76,2-81,2)	668 / 860	77,7	73,9
Nordjylland		242 / 300	20 (6)	80,7	(75,7-85,0)	295 / 414	71,3	67,2
Hovedstaden		494 / 725	16 (2)	68,1	(64,6-71,5)	600 / 870	69,0	71,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital		104 / 136	2 (1)	76,5	(68,4-83,3)	116 / 150	77,3	79,2
Bornholms Hospital		25 / 27	0 (0)	92,6	(75,7-99,1)	29 / 35	82,9	51,5
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte		17 / 21	0 (0)	81,0	(58,1-94,6)	14 / 19	73,7	73,7
Herlev/Gentofte hospital, Herlev		28 / 40	0 (0)	70,0	(53,5-83,4)	42 / 64	65,6	63,2
Hvidovre/Amager Hospital, Amager		23 / 41	0 (0)	56,1	(39,7-71,5)	20 / 38	52,6	66,7
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre		107 / 147	12 (8)	72,8	(64,8-79,8)	152 / 189	80,4	84,5
Nordsjællands Hospital, Frederikssund						# / #	100,0	50,7
Nordsjællands Hospital, Hillerød		185 / 307	2 (1)	60,3	(54,5-65,8)	222 / 370	60,0	38,9
Rigshospitalet, Glostrup		5 / 6	0 (0)	83,3	(35,9-99,6)	3 / 3	100,0	80,8
Sjælland		495 / 731	8 (1)	67,7	(64,2-71,1)	369 / 600	61,5	65,8
Holbæk Sygehus		187 / 205	3 (1)	91,2	(86,5-94,7)	138 / 166	83,1	81,4
Nykøbing F Sygehus		71 / 112	4 (3)	63,4	(53,8-72,3)	71 / 121	58,7	68,0
Næstved Sygehus		# / #	0 (0)	33,3	(0,8-90,6)	4 / 6	66,7	58,7
Sjællands Universitetshospital, Køge								50,0
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		91 / 192	0 (0)	47,4	(40,2-54,7)	65 / 160	40,6	65,8
Slagelse Sygehus		145 / 219	1 (0)	66,2	(59,5-72,4)	91 / 147	61,9	67,8

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Syddanmark		1.093 / 1.499	17 (1)	72,9	(70,6-75,2)	1.053 / 1.459	72,2	67,9
Odense Universitetshospital, Odense		138 / 164	1 (1)	84,2	(77,6-89,4)	101 / 115	87,8	83,6
Odense Universitetshospital, Svendborg		66 / 79	2 (2)	83,5	(73,5-90,9)	88 / 117	75,2	78,6
Sydvestjysk Sygehus		217 / 251	8 (3)	86,5	(81,6-90,4)	223 / 259	86,1	77,6
Sygehus Lillebælt, Kolding		172 / 240	0 (0)	71,7	(65,5-77,3)	154 / 275	56,0	57,9
Sygehus Lillebælt, Vejle		136 / 163	5 (3)	83,4	(76,8-88,8)	134 / 169	79,3	59,8
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa		146 / 199	1 (1)	73,4	(66,7-79,4)	106 / 134	79,1	72,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg		57 / 101	0 (0)	56,4	(46,2-66,3)	74 / 102	72,6	70,8
Midtjylland		836 / 1.061	119 (10)	78,8	(76,2-81,2)	668 / 860	77,7	73,9
Aarhus Universitetshospital		191 / 216	9 (4)	88,4	(83,4-92,4)	173 / 201	86,1	82,7
HE Midt, Silkeborg		100 / 121	3 (2)	82,6	(74,7-88,9)	114 / 133	85,7	68,3
HE Midt, Viborg/Skive		194 / 232	13 (5)	83,6	(78,2-88,1)	155 / 170	91,2	82,2
Hospitalsenheden Vest		231 / 300	89 (23)	77,0	(71,8-81,6)	206 / 322	64,0	61,9
Regionshospitalet Horsens		161 / 302	0 (0)	53,3	(47,5-59,0)	173 / 288	60,1	51,5
Regionshospitalet Randers		120 / 192	5 (3)	62,5	(55,2-69,4)	20 / 34	58,8	73,3
Nordjylland		242 / 300	20 (6)	80,7	(75,7-85,0)	295 / 414	71,3	67,2
Aalborg Universitetshospital, Hobro		# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	13 / 26	50,0	60,7
Aalborg Universitetshospital, Syd						34 / 50	68,0	59,7
Regionshospital Nordjylland, Hjørring		226 / 281	20 (7)	80,4	(75,3-84,9)	142 / 183	77,6	76,4
Aalborg Universitetshospital, Thisted		14 / 17	0 (0)	82,4	(56,6-96,2)	106 / 155	68,4	61,7

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Datagrundlag
Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG).

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Indikatoren er indført per 1. juni 2019. Data er imidlertid også til rådighed for de foregående opgørelsesperioder og andelen af patienter, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har opfyldt de nuværende behandlingsmål for blodtryk, vises med det tidligere behandlingsmål på <140/90 i tabel 6s.

Er der indleveret et slut-rehabliteringsskema med dato i opgørelsesåret/perioden?		
Ja		
Er der oplysninger om blodtryk på slutskemaet?		
Nej	Ja	
uoplyst	**Opfylder det indberettede blodtryk behandlingsmålet for den pågældende patient?**	
	ja	nej
	tæller og nævner	nævner

6. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har opfyldt behandlingsmål for blodtryk

	Antal	Årsag
Uoplyst:	180	Patientens blodtryk på slutskema: Uoplyst

Beregningsregler

Tæller: Patientforløb hvor patientens konsultationsblodtryk opfylder behandlingsmålet* for blodtryk ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG), som har fået indleveret et rehabiliteringsslutskema med dato i opgørelsesåret/perioden.
Uoplyst: Manglende oplysning om patientens blodtryk på slutskemaet

* For patienter < 80 år er behandlingsmålet systolisk blodtryk < 130 mmHG og diastolisk blodtryk < 80 mmHg. For patienter ≥ 80 år er behandlingsmålet systolisk blodtryk < 145 mmHG og diastolisk blodtryk < 85 mmHg.

Resultater
Andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet opfylder behandlingsmålet for blodtryk, er på landsplan 37%, hvilket er markant under den fastsatte standard på mindst 70%.

På regionsniveau varierer andelen fra 30-42%. På afdelingsniveau er det kun Aalborg Universitetshospital, Hobro der opfylder standarden. Opfyldelsen sker imidlertid på et meget begrænset patientgrundlag (2 patienter).

Resultater baseret på de tidligere behandlingsmål for blodtryk (<140/90) er vist i tabel 6s.

I forbindelse med revisionen af databasens indtastningsflade (www.Danheart.dk) i foråret 2019 blev det muligt at indberette døgnblodtryk, hjemmeblodtryk og uobserveret blodtryk foruden konsultationsblodtryk.

Diskussion og implikationer
Styregruppen finder det også her bekymrende at ingen regioner opfylder standarden for denne indikator. Styregruppen er opmærksom på, at data som ligger til grund for indikatoren kommer fra indberetning ved afslutning af rehabiliteringsforløbet. Her kan Covid-19 situation muligvis også forklare den overvejende faldende grad af målopfyldelse, da indberetningspraksis kan være ændret mange steder.

Styregruppen anbefaler, at der fortsat er fokus på blodtryksbehandling i efterforløbet af iskæmisk hjertesygdom, så behandlingsmålene opnås. Årsrapporten demonstrerer at der er afdelinger, som er særlig gode til blodtryksbehandling. Holbæk, Glostrup og Århus ligger bedst med over 50% i mål, hvorimod en række afdelinger ikke engang når op på 25% (Roskilde, Amager). Der er således et stort læringspotentiale mellem afdelinger for denne indikator. Ligesom ved indikator 5, kan man også ved denne indikator få et indtryk af, at nogle afdelinger afslutter patienterne uden at blodtrykket er behandlet i mål.
Det påpeges igen at ansvaret for den farmakologiske risikofaktorbehandling påhviler sygehuset og den kardiologiske læge. Ved tidlig afslutning af patienterne til almen praksis er det således vigtigt, at der sker en registrering af det opnåede blodtryk efter ca. 6 mdr. f.eks. ved telefonisk kontakt til patienten og/eller til egen læge.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen finder også denne indikator meget værdifuld i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark. Styregruppen ønsker derfor ikke, at ændre hverken indikator eller standard.

Indikatorområde 7: Screening for Diabetes Mellitus (DM)

Indikator 7 - Hospitaler
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom og uden kendt diabetes ved indlæggelsen[4], som ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet er screenet for diabetes
Standard: Mindst 90%

Indikator 7. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, uden kendt diabetes, som ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet er screenet for diabetes

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark	Ja	3.555 / 3.672	0 (0)	96,8	(96,2-97,4)	3.469 / 3.583	96,8	98,1
Hovedstaden	Ja	558 / 594	0 (0)	93,9	(91,7-95,7)	688 / 747	92,1	98,8
Sjælland	Ja	573 / 593	0 (0)	96,6	(94,8-97,9)	503 / 506	99,4	98,9
Syddanmark	Ja	983 / 998	0 (0)	98,5	(97,5-99,2)	971 / 991	98,0	98,6
Midtjylland	Ja	1.194 / 1.240	0 (0)	96,3	(95,1-97,3)	971 / 999	97,2	96,0
Nordjylland	Ja	247 / 247	0 (0)	100,0	(98,5-100,0)	336 / 340	98,8	100,0
Hovedstaden	Ja	558 / 594	0 (0)	93,9	(91,7-95,7)	688 / 747	92,1	98,8
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	105 / 105	0 (0)	100,0	(96,5-100,0)	126 / 126	100,0	100,0
Bornholms Hospital	Ja	21 / 21	0 (0)	100,0	(83,9-100,0)	31 / 31	100,0	100,0
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Ja	19 / 19	0 (0)	100,0	(82,4-100,0)	14 / 14	100,0	100,0
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Ja	33 / 33	0 (0)	100,0	(89,4-100,0)	53 / 53	100,0	96,6
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Nej	30 / 35	0 (0)	85,7	(69,7-95,2)	29 / 32	90,6	100,0
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Ja	118 / 120	0 (0)	98,3	(94,1-99,8)	165 / 167	98,8	100,0
Nordsjællands Hospital, Frederikssund						# / #	100,0	100,0
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej	227 / 255	0 (0)	89,0	(84,5-92,6)	266 / 320	83,1	79,4
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	5 / 6	0 (0)	83,3	(35,9-99,6)	3 / 3	100,0	100,0
Sjælland	Ja	573 / 593	0 (0)	96,6	(94,8-97,9)	503 / 506	99,4	98,9
Holbæk Sygehus	Ja	165 / 165	0 (0)	100,0	(97,8-100,0)	147 / 147	100,0	100,0
Nykøbing F Sygehus	Ja	86 / 90	0 (0)	95,6	(89,0-98,8)	102 / 102	100,0	97,1

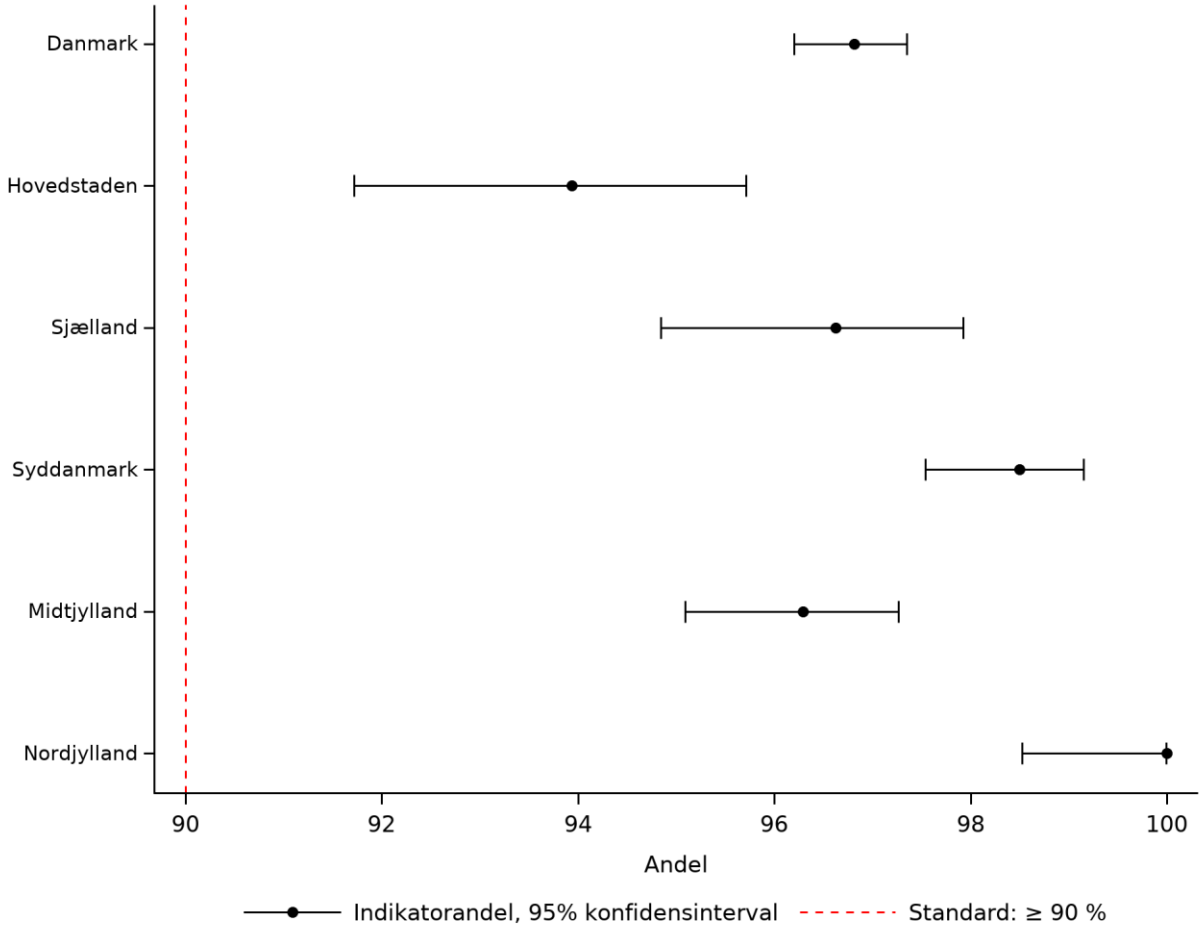
[4] Og patienter med stabil angina pectoris med KAG i ambulant forløb, uden indikation for PCI, men fortsat medicinsk behandling

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Næstved Sygehus	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	5 / 5	100,0	100,0
Sjællands Universitetshospital, Køge								100,0
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	151 / 166	0 (0)	91,0	(85,5-94,9)	126 / 129	97,7	95,5
Slagelse Sygehus	Ja	168 / 169	0 (0)	99,4	(96,7-100,0)	123 / 123	100,0	100,0
Syddanmark	Ja	983 / 998	0 (0)	98,5	(97,5-99,2)	971 / 991	98,0	98,6
Odense Universitetshospital, Odense	Ja	131 / 136	0 (0)	96,3	(91,6-98,8)	94 / 95	98,9	100,0
Odense Universitetshospital, Svendborg	Ja	65 / 71	0 (0)	91,5	(82,5-96,8)	98 / 101	97,0	95,6
Sydvestjysk Sygehus	Ja	206 / 207	0 (0)	99,5	(97,3-100,0)	207 / 207	100,0	100,0
Sygehus Lillebælt, Kolding	Ja	201 / 201	0 (0)	100,0	(98,2-100,0)	231 / 233	99,1	100,0
Sygehus Lillebælt, Vejle	Ja	134 / 137	0 (0)	97,8	(93,7-99,5)	147 / 160	91,9	94,4
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	169 / 169	0 (0)	100,0	(97,8-100,0)	112 / 112	100,0	100,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	77 / 77	0 (0)	100,0	(95,3-100,0)	82 / 83	98,8	100,0
Midtjylland	Ja	1.194 / 1.240	0 (0)	96,3	(95,1-97,3)	971 / 999	97,2	96,0
Aarhus Universitetshospital	Ja	175 / 176	0 (0)	99,4	(96,9-100,0)	157 / 170	92,4	94,3
HE Midt, Silkeborg	Ja	110 / 110	0 (0)	100,0	(96,7-100,0)	127 / 127	100,0	99,3
HE Midt, Viborg/Skive	Ja	213 / 215	0 (0)	99,1	(96,7-99,9)	151 / 154	98,1	97,8
Hospitalsenheden Vest	Ja	317 / 318	0 (0)	99,7	(98,3-100,0)	289 / 290	99,7	99,6
Regionshospitalet Horsens	Ja	251 / 251	0 (0)	100,0	(98,5-100,0)	222 / 231	96,1	92,5
Regionshospitalet Randers	Nej	128 / 170	0 (0)	75,3	(68,1-81,6)	25 / 27	92,6	75,0
Nordjylland	Ja	247 / 247	0 (0)	100,0	(98,5-100,0)	336 / 340	98,8	100,0
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	23 / 25	92,0	100,0

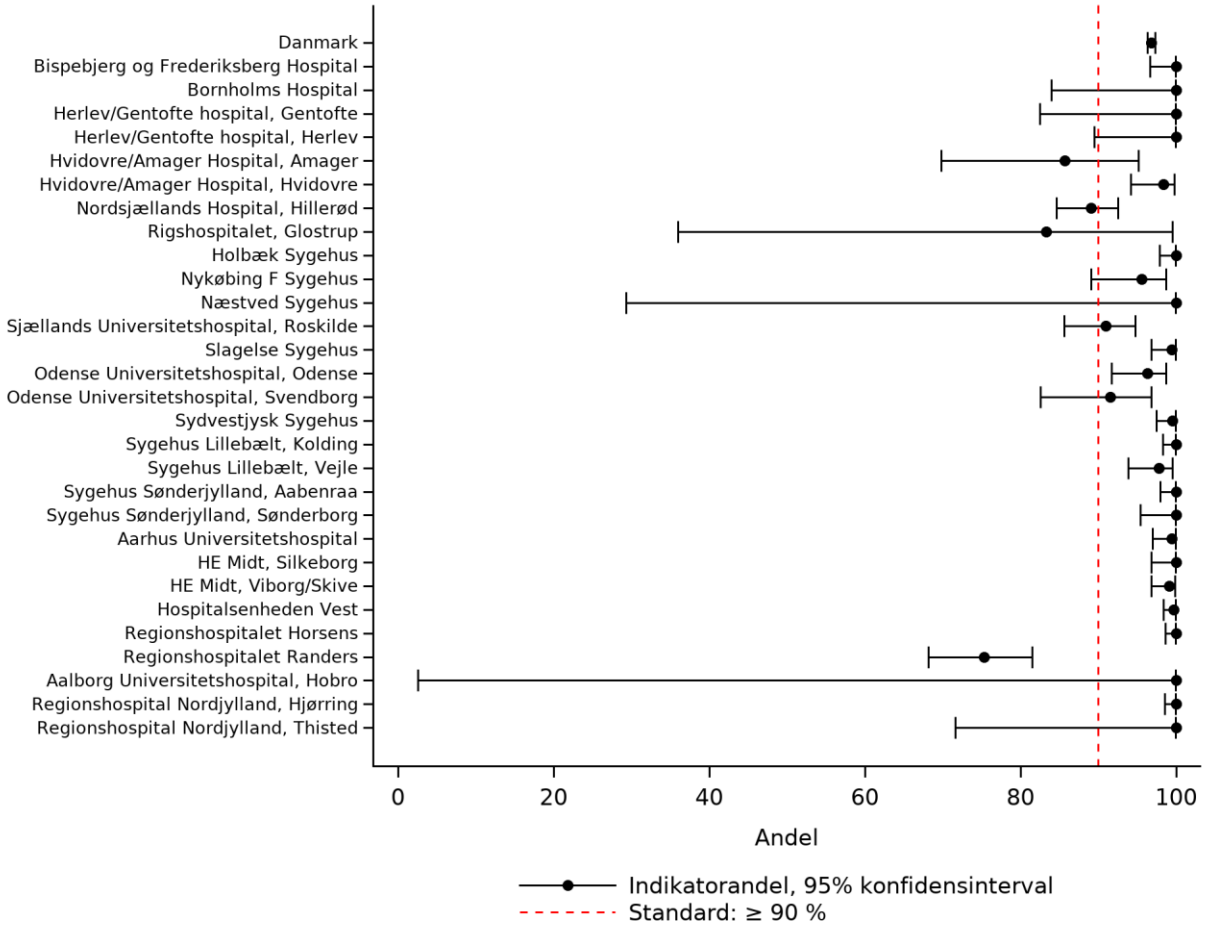
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Aalborg Universitetshospital, Syd						43 / 44	97,7	100,0
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Ja	235 / 235	0 (0)	100,0	(98,4-100,0)	153 / 154	99,4	100,0
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Ja	11 / 11	0 (0)	100,0	(71,5-100,0)	117 / 117	100,0	100,0

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

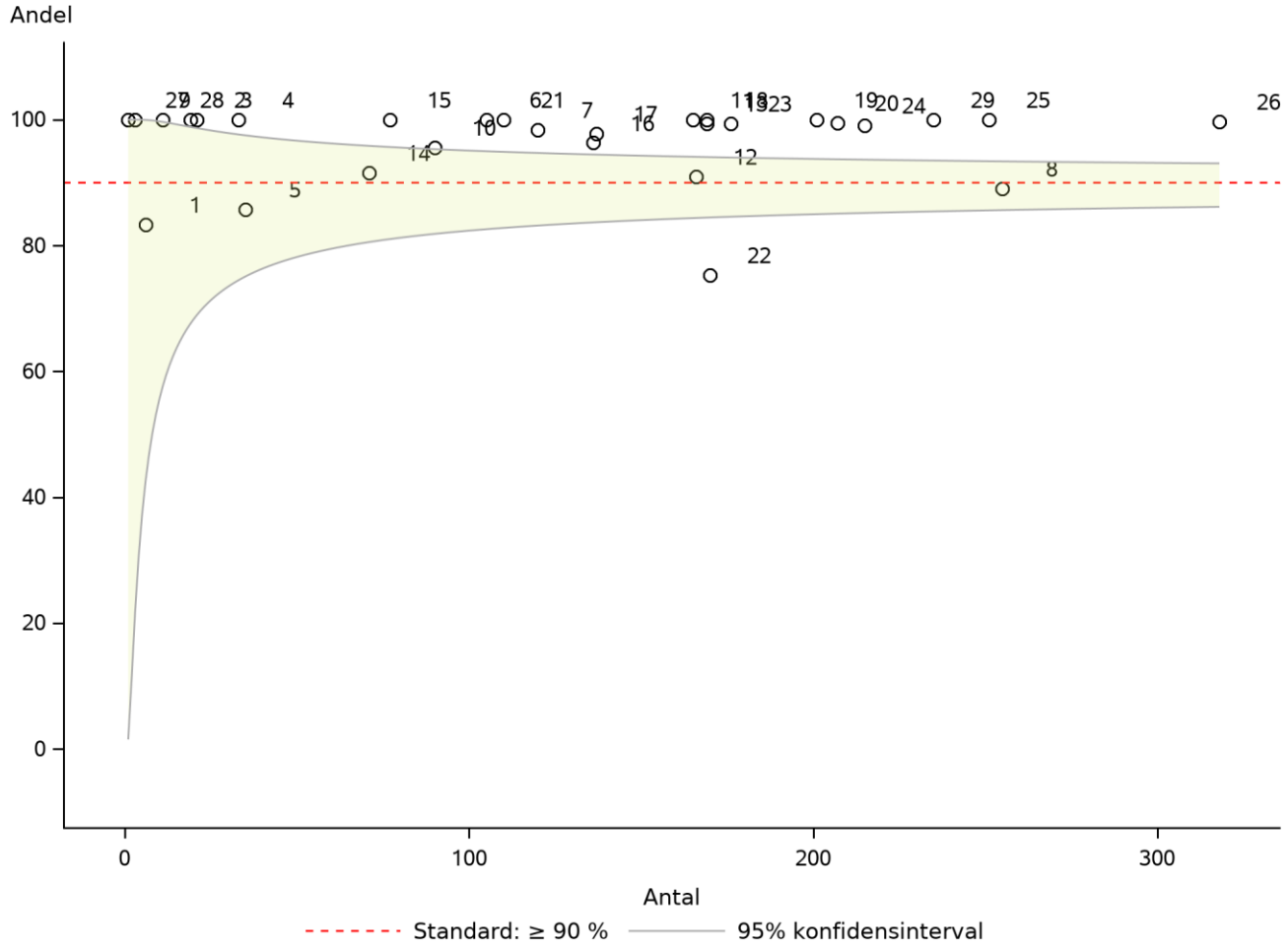
Indikator 7. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, uden kendt diabetes, som ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet er screenet for diabetes. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 7. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, uden kendt diabetes, som ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet er screenet for diabetes. Kontroldiagram på afdelingsniveau.



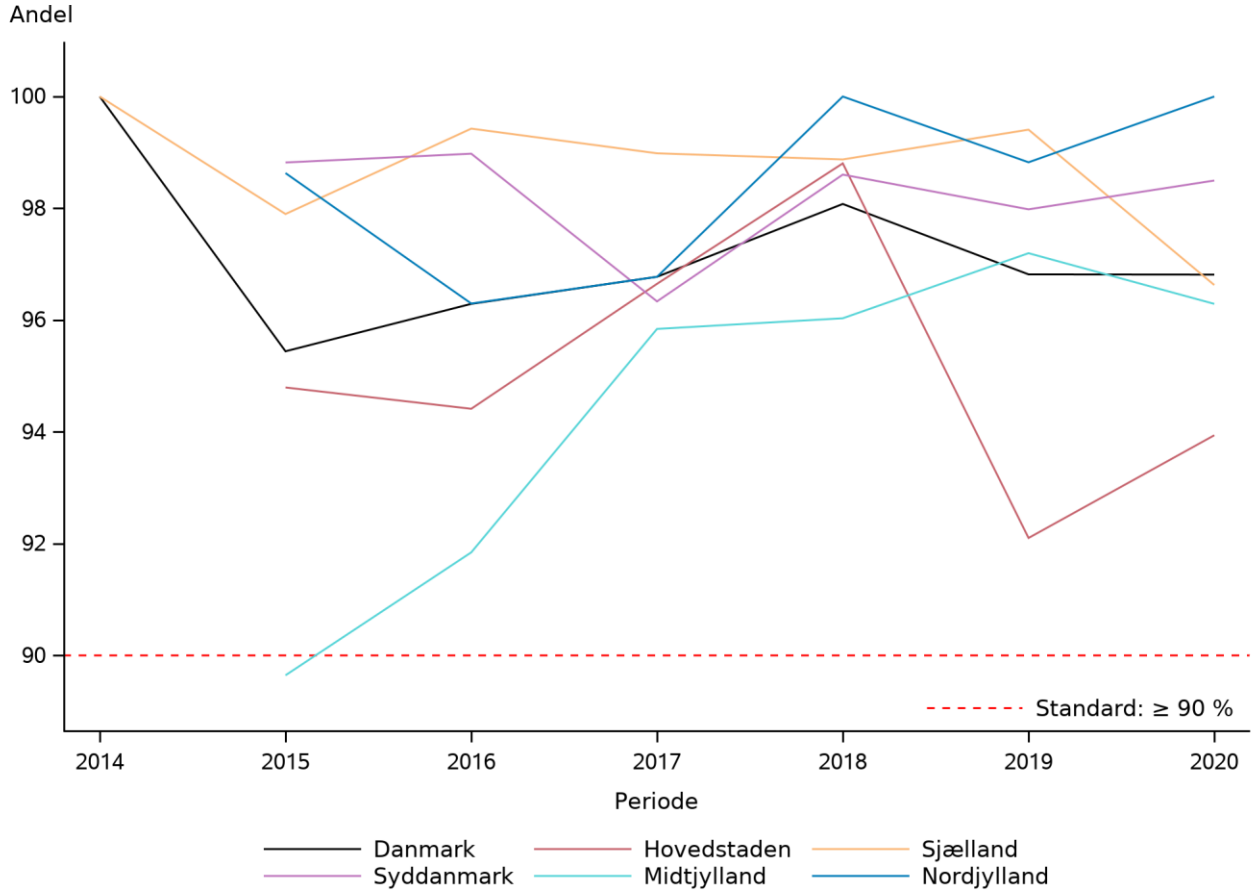
Indikator 7. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, uden kendt diabetes, som ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet er screenet for diabetes. Funnelplot på afdelingsniveau.



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den røde linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Afdelingskode	Afdeling
1	Rigshospitalet, Glostrup
2	Herlev/Gentofte hospital, Gentofte
3	Bornholms Hospital
4	Herlev/Gentofte hospital, Herlev
5	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
6	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
7	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
8	Nordsjællands Hospital, Hillerød
9	Næstved Sygehus
10	Nykøbing F Sygehus
11	Holbæk Sygehus
12	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
13	Slagelse Sygehus
14	Odense Universitetshospital, Svendborg
15	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
16	Odense Universitetshospital, Odense
17	Sygehus Lillebælt, Vejle
18	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
19	Sygehus Lillebælt, Kolding
20	Sydvestjysk Sygehus
21	HE Midt, Silkeborg
22	Regionshospitalet Randers
23	Aarhus Universitetshospital
24	HE Midt, Viborg/Skive
25	Regionshospitalet Horsens
26	Hospitalsenheden Vest
27	Aalborg Universitetshospital, Hobro
28	Aalborg Universitetshospital, Thisted
29	Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Indikator 7. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, uden kendt diabetes, som ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet er screenet for diabetes. Trendgraf på regionsniveau.



Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Datagrundlag
Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG).

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Er der indleveret et slut-rehabliteringsskema med dato i opgørelsesåret/perioden?		
Ja		
Er patienten kendt med diabetes?		
Ja	Nej	
Ekskluder	**Er patienten screenet for diabetes, indberettet enten via start- eller slutskemaet?**	
	ja	nej
	tæller og nævner	nævner

7. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, uden kendt diabetes, som ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet er screenet for diabetes

	Antal	Årsag
Eksklusion:	824	Patienten har påvist tidligere diabetes ved rehabiliteringsstart

Beregningsregler

Tæller: Patientforløb hvor det er registreret at patienten er screenet for diabetes i løbet at hjerterehabiliteringsforløbet
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG), som ikke har tidligere påvist diabetes ved rehabiliteringsstart.
Uoplyst: Ikke muligt

Resultater
Andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom og uden tidligere påvist diabetes, der inden afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet er screenet for diabetes, er på landsplan 97%. I lighed med de foregående opgørelsesperioder opfylder alle regioner standarden.

På afdelingsniveau opfylder fire afdelinger ikke standarden. Af disse er to afdelinger mindre end 5 procentpoint fra opfyldelse og én afdelings resultater beror på et yderst spinkelt patientgrundlag (6 patienter).

For 824 patienter med et indleveret slutskema i opgørelsesperioden, er det ved opstarten af rehabiliteringsforløbet angivet, at de har tidligere påvist diabetes. De indgår derfor ikke i datagrundlaget for indikatoren.

Diskussion og implikationer
Styregruppen finder det meget positivt, at der er etableret gode rutiner på sygehusene i forhold til screening og indberetning i databasen.

Det er afgørende at patienter med diabetes behandles optimalt i forhold til retningslinjer for iskæmisk hjertesygdom og diabetes.

Styregruppen anbefaler, at opretholde de gode rutiner for registrering af forekomst af diabetes ved start rehabilitering, samt at alle patienter fortsat screenes for diabetes inden afslutning af rehabiliteringsforløbet. Styregruppen ønsker at denne indikator revurderes i det kommende arbejde med dokumentalistrapporten. Der bør også måles på opfølgning på screeningsresultatet.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen finder også denne indikator meget værdifuld i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark. Styregruppen ønsker derfor ikke, at ændre hverken indikator eller standard.

Indikatorområde 8: Screening for depression

Indikator 8a - Hospitaler
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet.
Standard: Mindst 80%

Indikator 8a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet

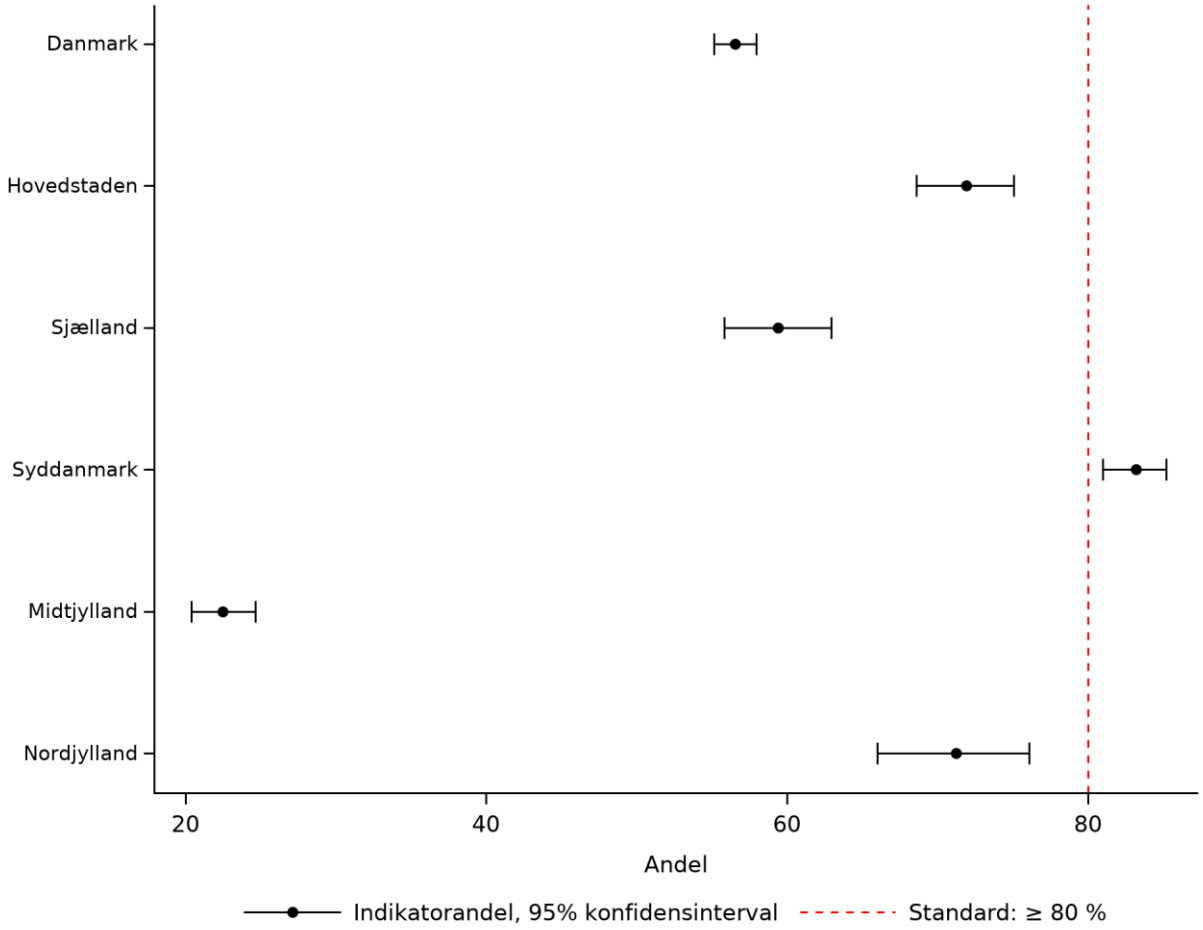
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark	Nej	2.543 / 4.496	0 (0)	56,6	(55,1-58,0)	2.734 / 4.321	63,3	71,0
Hovedstaden	Nej	533 / 741	0 (0)	71,9	(68,5-75,1)	698 / 904	77,2	88,4
Sjælland	Nej	439 / 739	0 (0)	59,4	(55,8-63,0)	375 / 602	62,3	70,1
Syddanmark	Ja	1.010 / 1.214	0 (0)	83,2	(81,0-85,3)	924 / 1.193	77,5	75,7
Midtjylland	Nej	333 / 1.482	0 (0)	22,5	(20,4-24,7)	403 / 1.196	33,7	47,3
Nordjylland	Nej	228 / 320	0 (0)	71,3	(66,0-76,1)	334 / 426	78,4	95,5
Hovedstaden	Nej	533 / 741	0 (0)	71,9	(68,5-75,1)	698 / 904	77,2	88,4
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	94 / 138	0 (0)	68,1	(59,6-75,8)	136 / 156	87,2	89,2
Bornholms Hospital	Nej	5 / 27	0 (0)	18,5	(6,3-38,1)	5 / 35	14,3	15,2
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Nej	16 / 21	0 (0)	76,2	(52,8-91,8)	19 / 19	100,0	92,1
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Ja	36 / 40	0 (0)	90,0	(76,3-97,2)	47 / 64	73,4	97,4
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Nej	15 / 41	0 (0)	36,6	(22,1-53,1)	10 / 38	26,3	66,7
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Nej	125 / 159	0 (0)	78,6	(71,4-84,7)	172 / 207	83,1	90,3
Nordsjællands Hospital, Frederikssund						# / #	100,0	92,2
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej	238 / 309	0 (0)	77,0	(71,9-81,6)	305 / 381	80,1	81,1
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	4 / 6	0 (0)	66,7	(22,3-95,7)	3 / 3	100,0	100,0
Sjælland	Nej	439 / 739	0 (0)	59,4	(55,8-63,0)	375 / 602	62,3	70,1
Holbæk Sygehus	Nej	165 / 208	0 (0)	79,3	(73,2-84,6)	152 / 166	91,6	89,0
Nykøbing F Sygehus	Nej	0 / 116	0 (0)	0,0	(0,0-3,1)	0 / 122	0,0	0,0
Næstved Sygehus	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	6 / 6	100,0	91,3

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Sjællands Universitetshospital, Køge								95,9
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Nej	83 / 192	0 (0)	43,2	(36,1-50,6)	102 / 160	63,8	56,1
Slagelse Sygehus	Ja	188 / 220	0 (0)	85,5	(80,1-89,8)	115 / 148	77,7	67,0
Syddanmark	Ja	1.010 / 1.214	0 (0)	83,2	(81,0-85,3)	924 / 1.193	77,5	75,7
Odense Universitetshospital, Odense	Ja	133 / 165	0 (0)	80,6	(73,7-86,3)	83 / 115	72,2	99,1
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	40 / 81	0 (0)	49,4	(38,1-60,7)	82 / 117	70,1	85,0
Sydvestjysk Sygehus	Ja	249 / 259	0 (0)	96,1	(93,0-98,1)	255 / 259	98,5	100,0
Sygehus Lillebælt, Kolding	Ja	226 / 240	0 (0)	94,2	(90,4-96,8)	266 / 275	96,7	86,7
Sygehus Lillebælt, Vejle	Nej	70 / 168	0 (0)	41,7	(34,1-49,5)	4 / 190	2,1	2,2
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	191 / 200	0 (0)	95,5	(91,6-97,9)	134 / 135	99,3	100,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	101 / 101	0 (0)	100,0	(96,4-100,0)	100 / 102	98,0	31,0
Midtjylland	Nej	333 / 1.482	0 (0)	22,5	(20,4-24,7)	403 / 1.196	33,7	47,3
Aarhus Universitetshospital	Nej	21 / 225	0 (0)	9,3	(5,9-13,9)	12 / 209	5,7	7,0
HE Midt, Silkeborg	Nej	57 / 124	0 (0)	46,0	(37,0-55,1)	42 / 145	29,0	88,9
HE Midt, Viborg/Skive	Nej	109 / 245	0 (0)	44,5	(38,2-51,0)	38 / 181	21,0	76,7
Hospitalsenheden Vest	Nej	138 / 389	0 (0)	35,5	(30,7-40,5)	310 / 336	92,3	91,7
Regionshospitalet Horsens	Nej	4 / 302	0 (0)	1,3	(0,4-3,4)	# / #	0,3	7,3
Regionshospitalet Randers	Nej	4 / 197	0 (0)	2,0	(0,6-5,1)	0 / 34	0,0	6,7
Nordjylland	Nej	228 / 320	0 (0)	71,3	(66,0-76,1)	334 / 426	78,4	95,5
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	10 / 27	37,0	82,1
Aalborg Universitetshospital, Syd						47 / 51	92,2	99,2

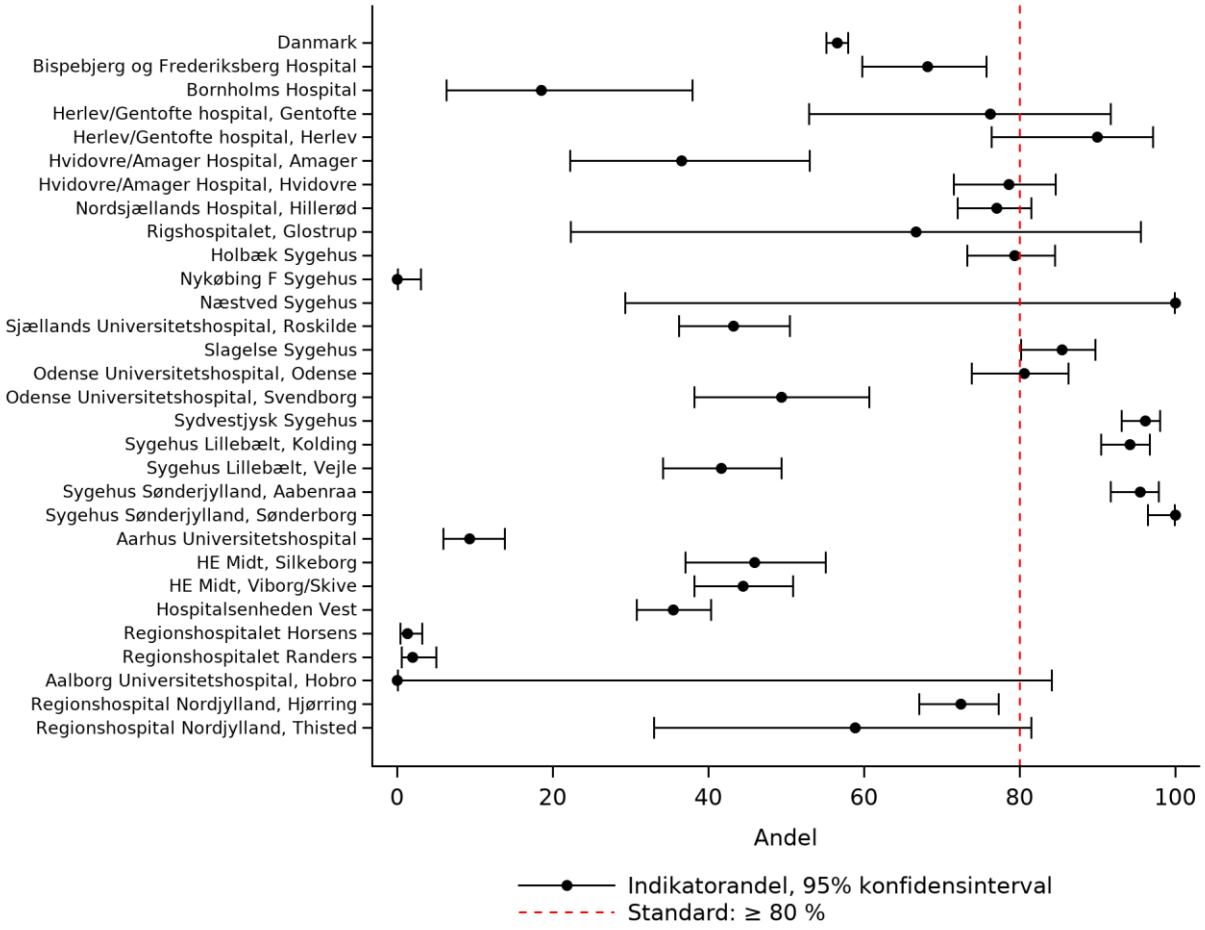
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80%	Tæller/	antal	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020		2018/ 2019
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej	218 / 301	0 (0)	72,4	(67,0-77,4)	173 / 191	90,6	96,4
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Nej	10 / 17	0 (0)	58,8	(32,9-81,6)	104 / 157	66,2	93,8

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

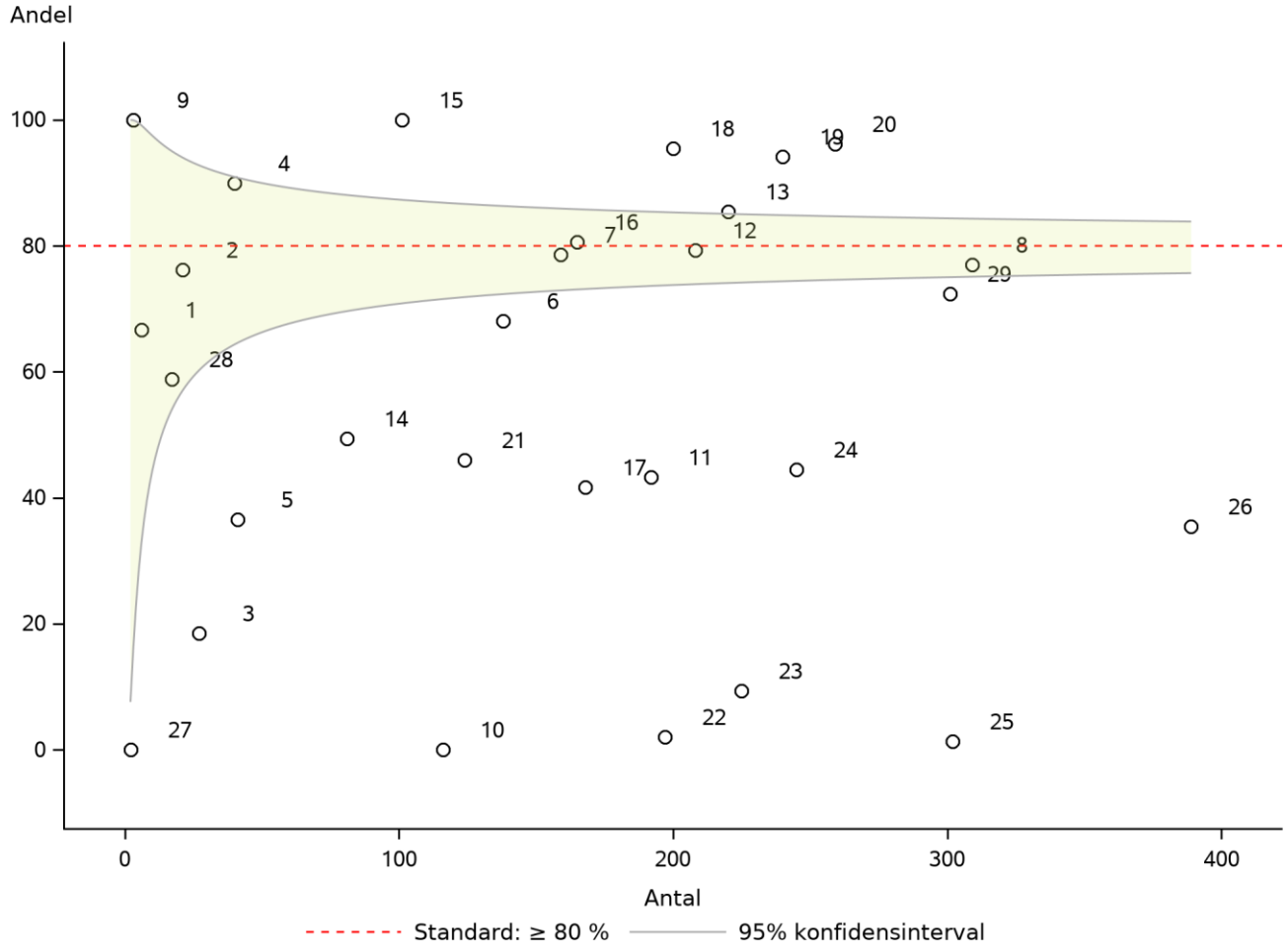
Indikator 8a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 8a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet. Kontroldiagram på afdelingsniveau.



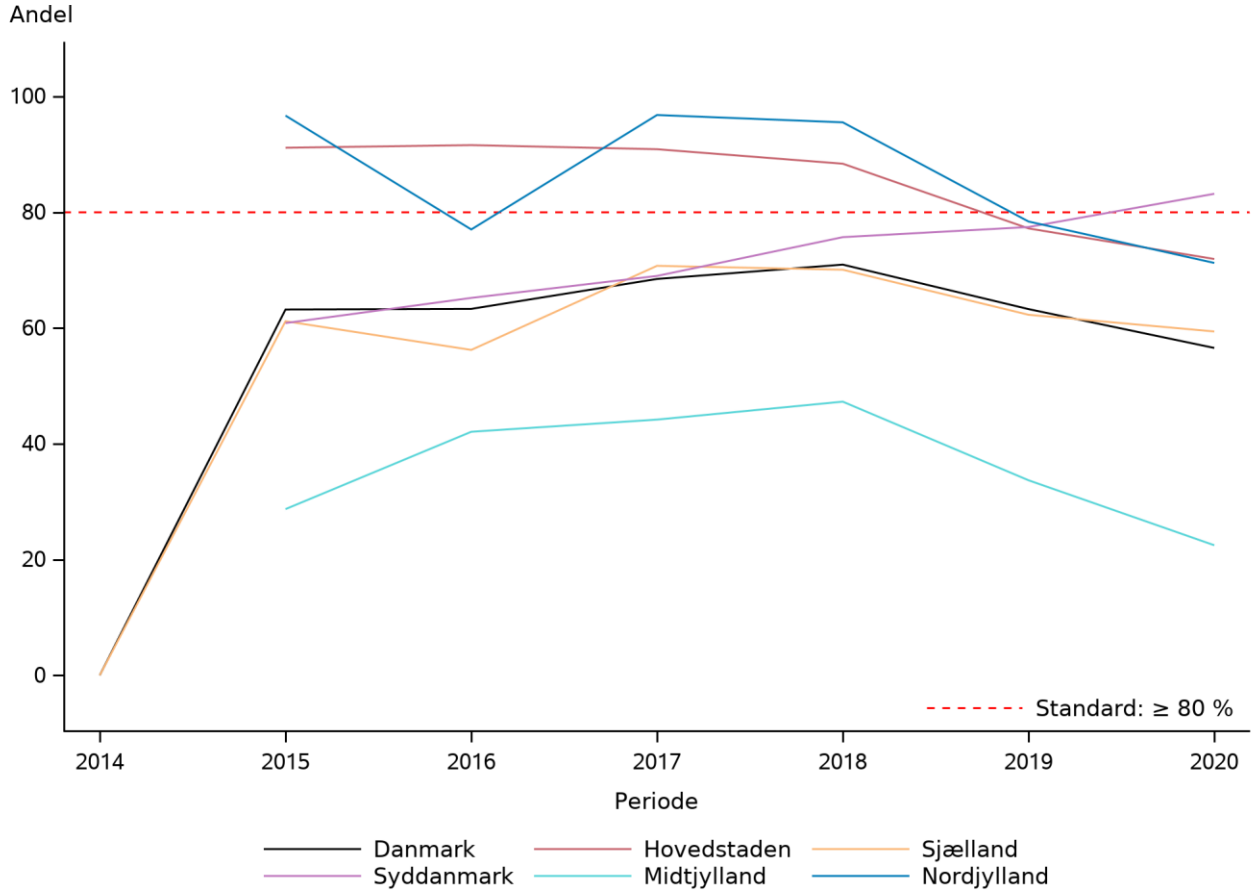
Indikator 8a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet. Funnelplot på afdelingsniveau.



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den røde linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Afdelingskode	Afdeling
1	Rigshospitalet, Glostrup
2	Herlev/Gentofte hospital, Gentofte
3	Bornholms Hospital
4	Herlev/Gentofte hospital, Herlev
5	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
6	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
7	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
8	Nordsjællands Hospital, Hillerød
9	Næstved Sygehus
10	Nykøbing F Sygehus
11	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
12	Holbæk Sygehus
13	Slagelse Sygehus
14	Odense Universitetshospital, Svendborg
15	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
16	Odense Universitetshospital, Odense
17	Sygehus Lillebælt, Vejle
18	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
19	Sygehus Lillebælt, Kolding
20	Sydvestjysk Sygehus
21	HE Midt, Silkeborg
22	Regionshospitalet Randers
23	Aarhus Universitetshospital
24	HE Midt, Viborg/Skive
25	Regionshospitalet Horsens
26	Hospitalsenheden Vest
27	Aalborg Universitetshospital, Hobro
28	Aalborg Universitetshospital, Thisted
29	Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Indikator 8a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet. Trendgraf på regionsniveau.



Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Datagrundlag
Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG). Datagrundlaget er således udvidet i forhold til den tidligere indikator 8, hvor der kun indgik patienter med akut koronart syndrom uden kendt depression.

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Er der indleveret et slut-rehabliteringsskema med dato i opgørelsesåret/perioden? Ja	
Er patienten screenet for depression ved opstart og/eller afslutning af rehabiliteringsforløbet? ja	nej
tæller og nævner	nævner

Beregningsregler

Tæller: Patientforløb hvor det er angivet at patienten er screenet for depression ved opstart og/eller afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet.
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG), som har fået indleveret et rehabiliteringsslutskema med dato i opgørelsesåret/perioden.
Uoplyst: Ikke muligt

Resultater
Andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet, er på landsplan 57%, hvilket er et fald på ca. 7 procentpoint sammenlignet med sidste opgørelsesperiode.

På regionsniveau varierer andelen af screenede patienter fra 23% i Region Midtjylland til 83% i Region Syddanmark der som den eneste region opfylder standarden på mindst 80%.

På afdelingsniveau er der stor variation i andelen som screenes for depression i forbindelse med hjerterehabilitering på sygehus.

På baggrund af kommentar fra Regionshospitalet Horsens vil styregruppen undersøge hvorvidt beregningen af indikator 8a er valid.

Diskussion og implikationer
Styregruppen undrer sig over, at der er så stor en variation imellem regionerne, herunder også intraregionalt. Samtidig undrer styregruppen sig også over, at der generelt er et fald i andelen af patienter der bliver screenet. Dette kan skyldes ændret registreringspraksis i forbindelse med Covid-19 situationen, f.eks. kan der igen være tale om telemedicinsk behandling og manglende arbejdsgang for at sikre screening for depression når patienten ikke har fysisk fremmøde.

Styregruppen anbefaler derfor øget fokus på arbejdsgange fremadrettet.

Selv om det umiddelbart fremstår positivt, er det styregruppens erfaring, at det er klinisk umulig at opnå komplet screening, da der altid vil være patienter som har kognitive udfordringer, andre psykiatriske diagnoser, og enkelte som ikke vil lade sig screene. Dertil kommer udfordringer med at screene de patienter, der har tolkebehov.

Styregruppen anbefaler, at der er fortsat fokus på at screene patienter med iskæmisk hjertesygdom for depression som led i rehabiliteringsforløb. For afdelinger, som endnu ikke er kommet ind i gode rutiner, anbefales det at hente inspiration fra de afdelinger, der ligger højt i indikatoropfyldelsen.

Styregruppen anbefaler at sygehuse og kommuner i de enkelte regioner, understreger vigtigheden af indrapportering til kvalitetsdatabaser og monitorering af kvaliteten af screening for angst og depression i rehabiliteringsforløb på tværs af sygehuse og kommuner.

Det er afgørende, at patienten ikke blot screenes for depression, men også følges op med relevant behandling.

Styregruppen anbefaler at alle patienter screenes, uanset om de er i behandling med depressionsmedicin ved opstart.

Samlet mener Styregruppen ikke, at data for denne indikator giver et retvisende billede af kvaliteten i forhold til screening for depression ved AKS i Danmark. Data for indeværende indikator afspejler snarere varierende indberetningspraksis på sygehuse, og manglende indberetning om borgere der screenes for depression i kommunerne. Der ses en betydelig screeningsaktivitet i de indberettende kommuner.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen finder denne indikator meget værdifuld i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark. Styregruppen ønsker derfor ikke, at ændre hverken indikator eller standard.
Styregruppen ønsker at data fra sygehuse og kommuner sammenlægges ved denne indikator. Der er en forventning om at data fra denne indikator kan forbedres når PRO hjerterehabilitering implementeres tværsektorielt.

Indikator 8a - Kommuner
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet.
Standard: Mindst 80%

Indikator 8a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark	Ja	491 / 589	55 (9)	83	(80-86)	689 / 815	85	79
Sjælland	Ja	41 / 49	0 (0)	84	(70-93)	110 / 113	97	100
Midtjylland	Ja	450 / 540	55 (9)	83	(80-86)	579 / 702	82	74
Sjælland	Ja	41 / 49	0 (0)	84	(70-93)	110 / 113	97	100
Guldborgsund	Nej	15 / 21	0 (0)	71	(48-89)	47 / 47	100	100
Lolland	Nej	3 / 4	0 (0)	75	(19-99)	20 / 23	87	100
Vordingborg	Ja	23 / 24	0 (0)	96	(79-100)	43 / 43	100	100
Midtjylland	Ja	450 / 540	55 (9)	83	(80-86)	579 / 702	82	74
Aarhus	Nej	101 / 129	0 (0)	78	(70-85)	130 / 178	73	86
Favrskov	Nej	13 / 21	0 (0)	62	(38-82)	20 / 28	71	100
Hedensted	Ja	32 / 32	0 (0)	100	(89-100)	28 / 29	97	100
Herning	Ja	44 / 51	7 (12)	86	(74-94)	0 / 0		
Holstebro	Nej	15 / 19	6 (24)	79	(54-94)	0 / 0		
Horsens	Ja	32 / 40	0 (0)	80	(64-91)	45 / 68	66	50
Ikast-Brande	Ja	6 / 6	5 (45)	100	(54-100)	0 / 0		
Lemvig	Nej	5 / 7	1 (13)	71	(29-96)	0 / 0		
Norddjurs	Nej	12 / 18	0 (0)	67	(41-87)	34 / 36	94	67
Odder	Ja	15 / 16	0 (0)	94	(70-100)	25 / 28	89	
Randers	Ja	60 / 64	0 (0)	94	(85-98)	92 / 92	100	100
Ringkøbing-Skjern	Ja	11 / 12	8 (40)	92	(62-100)	0 / 0		
Silkeborg		0 / 0	24 (100)			0 / 0		
Skanderborg	Nej	21 / 36	0 (0)	58	(41-74)	32 / 45	71	0
Skive	Ja	12 / 13	0 (0)	92	(64-100)	37 / 40	93	67
Struer	Ja	8 / 9	4 (31)	89	(52-100)	0 / 0		
Syddjurs	Ja	20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	32 / 35	91	100
Viborg	Ja	43 / 47	0 (0)	91	(80-98)	104 / 123	85	83

Datagrundlag og beregningsregler

Borgere er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom.

Borgerne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Tæller: Borgere som er screenet for depression ved opstart og/eller afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet
Nævner: Borgere der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom og hvor datoen for afsluttende rehabiliteringsfremmøde ligger i opgørelsesåret/perioden
Uoplyst: Der er ikke registreret oplysninger om screening for angst og depression

8a. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet

	Antal	Årsag
Uoplyst:	55	Patienten screenet for depression ved rehabiliteringsstart hhv. -slut: begge uoplyst

Resultater

Andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet, er 84% for de sjællandske kommunerne og 83% for kommunerne i Region Midtjylland.

På kommuneniveau varierer andelen af patienter som er screenet for depression fra 58-100%. I 13/21 (62%) af kommunerne er standarden på mindst 80% opfyldt.

Hvor syv kommuner i Region Midtjylland i 2019-2020 ikke indberettede oplysninger om screening for depression (Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg og Struer), var dette kun tilfældet for Silkeborg Kommune i år.

Diskussion og implikationer

I forløbsprogrammet i Region Midtjylland anbefales det som god praksis at kommunerne screener borgerne for angst og depression.

Det er positivt at kommunerne Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer til denne årsrapport har indberettet oplysninger om screening for depression i denne årsrapport. Silkeborg Kommune laver ikke denne screening, da de har en aftale om, at hospitalet foretager denne screening.

Der er ikke taget stilling til, om der skal benyttes et bestemt screeningsværktøj. I flere kommuner benyttes HADS. Lige nu foregår der på nationalt plan et arbejde med at definere, hvilke data der skal indgå i PRO også på denne parameter.

Vurdering af indikatoren

Det er kendt at depression kan følge efter bl.a. iskæmisk hjertesygdom, og derfor finder styregruppen det vigtigt at følge denne indikator.

Styregruppen ønsker indikatoren slået sammen for kommuner og hospitaler, så der kan ses på en samlet målopfyldelse for borgerne.

I opgørelsen af indikatoren er styregruppen blevet opmærksom på, at der er en differens mellem kommunernes opgørelse i eget system (HjerteKomMidt) og opgørelsen fra RKKP i DHRD. Differencen skal undersøges nærmere inden næste årsrapport

Indikator 8b - Hospitaler
Andel af patienter med positiv depressionsscreening, hvor der er lagt en behandlingsplan.
Standard: Mindst 90%

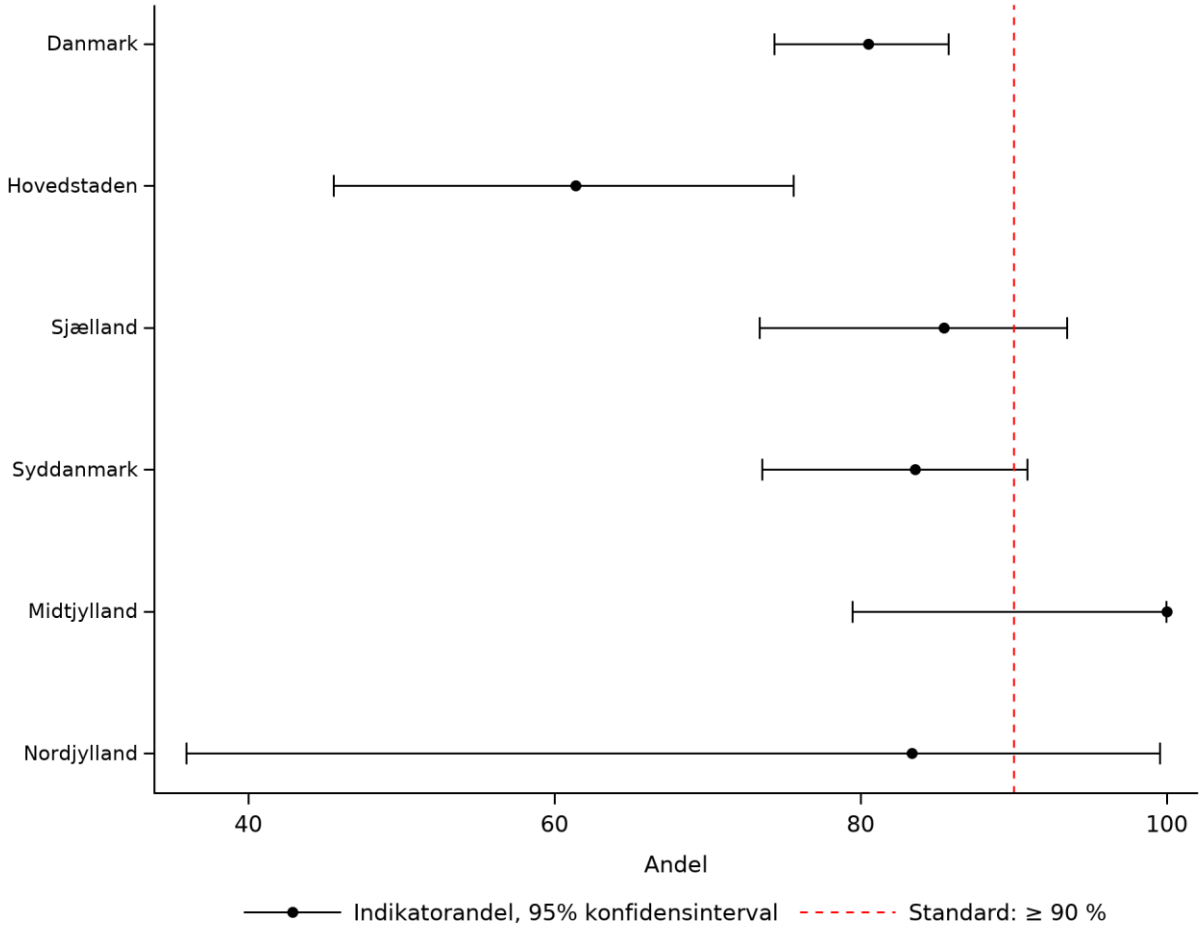
Indikator 8b. Andel af patienter med positiv screening for depression, hvor der er lagt en behandlingsplan

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020		2018/ 2019
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	161 / 200	5 (2)	80,5	(74,3-85,8)	187 / 219	85,4	89,3
Hovedstaden	Nej	27 / 44	1 (2)	61,4	(45,5-75,6)	50 / 57	87,7	90,9
Sjælland	Nej	47 / 55	2 (4)	85,5	(73,3-93,5)	40 / 47	85,1	100,0
Syddanmark	Nej	66 / 79	0 (0)	83,5	(73,5-90,9)	42 / 56	75,0	
Midtjylland	Ja	16 / 16	1 (6)	100,0	(79,4-100,0)	30 / 32	93,8	66,7
Nordjylland	Nej	5 / 6	1 (14)	83,3	(35,9-99,6)	25 / 27	92,6	100,0
Hovedstaden	Nej	27 / 44	1 (2)	61,4	(45,5-75,6)	50 / 57	87,7	90,9
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	4 / 8	0 (0)	50,0	(15,7-84,3)	12 / 14	85,7	100,0
Bornholms Hospital		0 / 0				# / #	66,7	
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte		0 / 0				# / #	100,0	
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Ja	# / #	1 (33)	100,0	(15,8-100,0)	# / #	100,0	
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Ja	18 / 18	0 (0)	100,0	(81,5-100,0)	27 / 27	100,0	91,7
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej	0 / 13	0 (0)	0,0	(0,0-24,7)	6 / 10	60,0	0,0
Rigshospitalet, Glostrup	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	0 / 0		
Sjælland	Nej	47 / 55	2 (4)	85,5	(73,3-93,5)	40 / 47	85,1	100,0
Holbæk Sygehus	Ja	25 / 26	1 (4)	96,2	(80,4-99,9)	23 / 25	92,0	100,0
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	10 / 11	0 (0)	90,9	(58,7-99,8)	4 / 7	57,1	
Slagelse Sygehus	Nej	12 / 18	1 (5)	66,7	(41,0-86,7)	13 / 15	86,7	
Syddanmark	Nej	66 / 79	0 (0)	83,5	(73,5-90,9)	42 / 56	75,0	
Odense Universitetshospital, Odense	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	3 / 3	100,0	

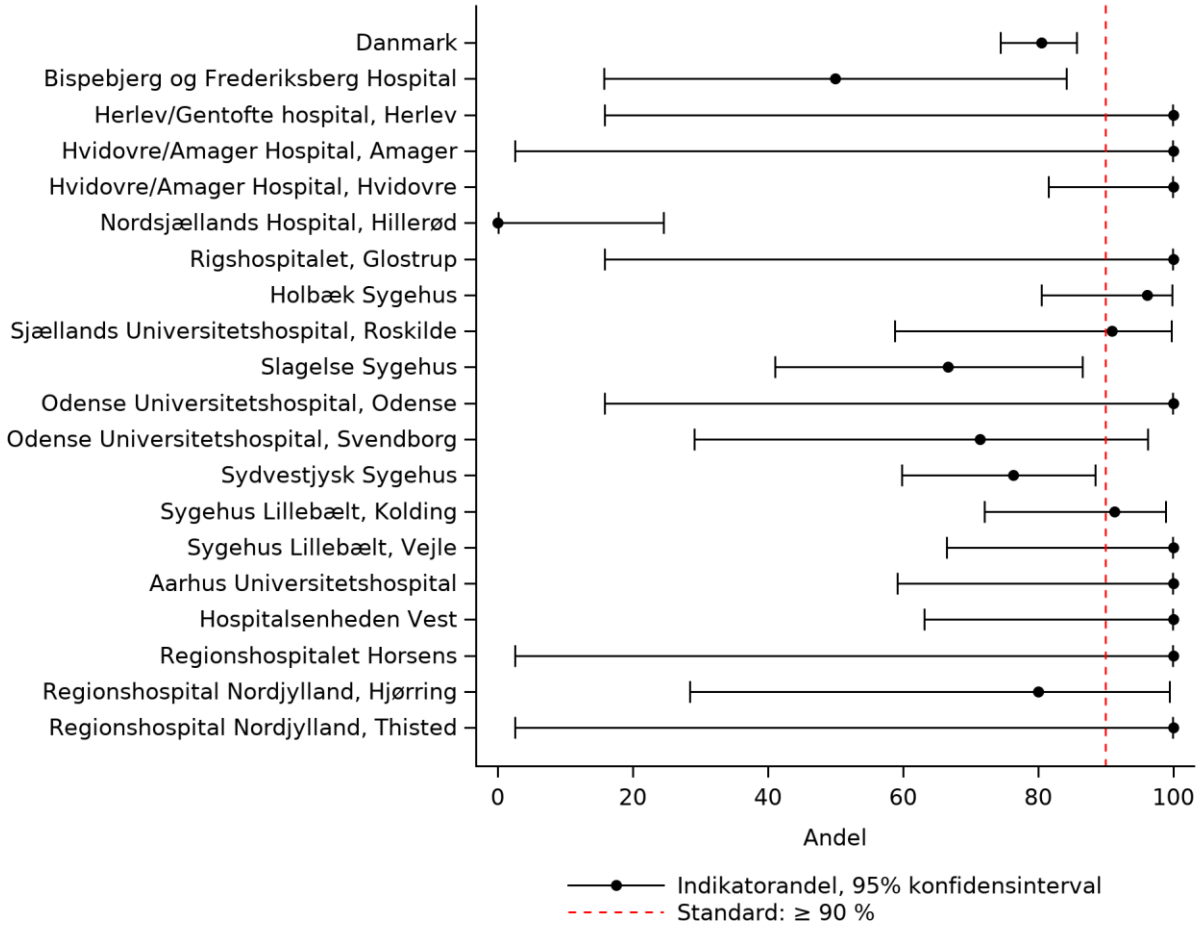
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	5 / 7	0 (0)	71,4	(29,0-96,3)	# / #	66,7	
Sydvestjysk Sygehus	Nej	29 / 38	0 (0)	76,3	(59,8-88,6)	22 / 33	66,7	
Sygehus Lillebælt, Kolding	Ja	21 / 23	0 (0)	91,3	(72,0-98,9)	14 / 16	87,5	
Sygehus Lillebælt, Vejle	Ja	9 / 9	0 (0)	100,0	(66,4-100,0)	# / #	100,0	
Midtjylland	Ja	16 / 16	1 (6)	100,0	(79,4-100,0)	30 / 32	93,8	66,7
Aarhus Universitetshospital	Ja	7 / 7	0 (0)	100,0	(59,0-100,0)	4 / 4	100,0	
Hospitalsenheden Vest	Ja	8 / 8	1 (11)	100,0	(63,1-100,0)	25 / 27	92,6	66,7
Regionshospitalet Horsens	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	# / 3	100,0	
Nordjylland	Nej	5 / 6	1 (14)	83,3	(35,9-99,6)	25 / 27	92,6	100,0
Aalborg Universitetshospital, Syd						7 / 9	77,8	100,0
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej	4 / 5	1 (17)	80,0	(28,4-99,5)	9 / 9	100,0	
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	9 / 9	100,0	100,0

Bemærk: Kun afdelinger med data til at indgå i indikatorberegningen medtages i tabellen.
For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

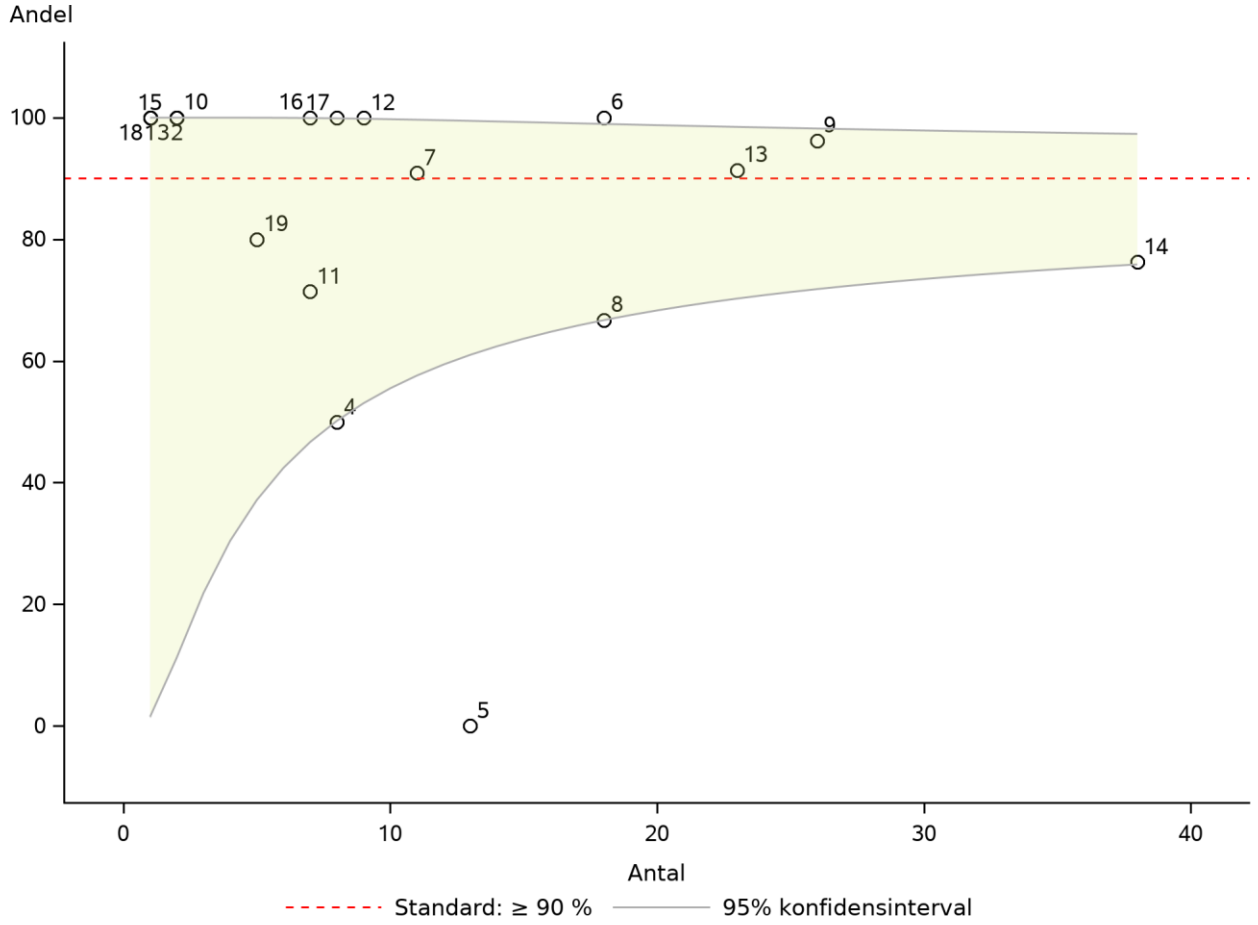
Indikator 8b. Andel af patienter med positiv screening for depression, hvor der er lagt en behandlingsplan. Kontroldiagram på regionsniveau.



Indikator 8b. Andel af patienter med positiv screening for depression, hvor der er lagt en behandlingsplan. Kontroldiagram på afdelingsniveau.



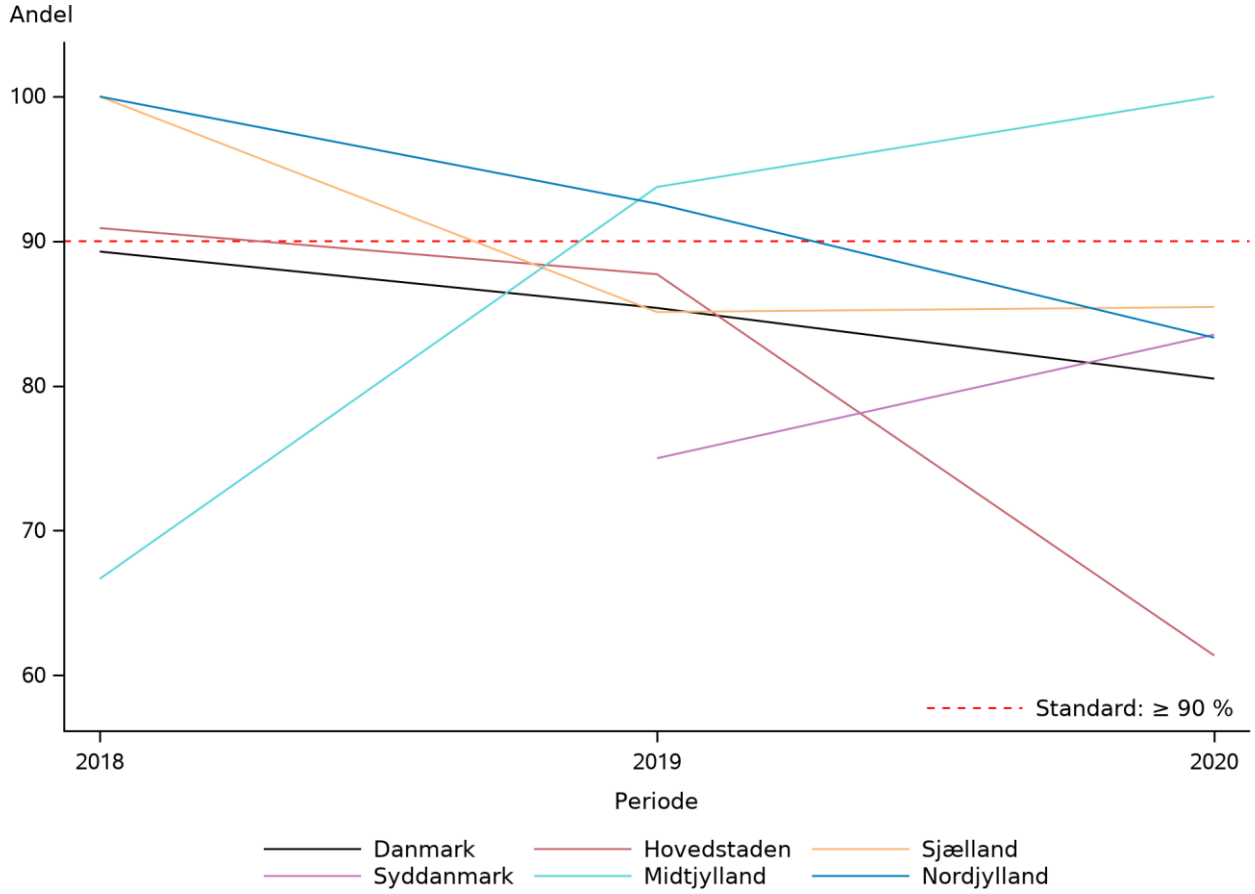
Indikator 8b. Andel af patienter med positiv screening for depression, hvor der er lagt en behandlingsplan. Funnelplot på afdelingsniveau.



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den røde linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Afdelingskode	Afdeling
1	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
2	Herlev/Gentofte hospital, Herlev
3	Rigshospitalet, Glostrup
4	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
5	Nordsjællands Hospital, Hillerød
6	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
7	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
8	Slagelse Sygehus
9	Holbæk Sygehus
10	Odense Universitetshospital, Odense
11	Odense Universitetshospital, Svendborg
12	Sygehus Lillebælt, Vejle
13	Sygehus Lillebælt, Kolding
14	Sydvestjysk Sygehus
15	Regionshospitalet Horsens
16	Aarhus Universitetshospital
17	Hospitalsenheden Vest
18	Aalborg Universitetshospital, Thisted
19	Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Indikator 8b. Andel af patienter med positiv screening for depression, hvor der er lagt en behandlingsplan. Trendgraf på regionsniveau.



Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Datagrundlag

Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG) og de ved screening for angst og depression med brug af HADS har opnået en depressionsscore ≥8.

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Indikatoren er indført per 1. juni 2019. Registrering af oplysninger vedr. angst/depressionsudredning er først etableret i forbindelse med revisionen af indtastningsfladen (www.Danheart.dk) i foråret 2019, og det er derfor ikke muligt at beregne indikatoropfyldelse for de foregående opgørelsesperioder.

Er der indleveret et slut-rehabliteringsskema med dato i opgørelsesåret/perioden?					
Ja					
Er patienten screenet for depression?					
Nej	Ja				
Ekskluder	**Er det anvednte screeningsværktøj HADS?**				
	Nej	Ja			
	Ekskluder	**Har patienten opnået en HADS depressionsscore ≥8?**			
		Nej	Ja		
		Ekskluder	**Er der oplysninger om depressionsudredning?**		
			Nej	Ja	
			Uoplyst	**Er patienten henvist til "watchful waiting", egen læge eller anden relevant behandler?**	
				ja	nej
				tæller og nævner	nævner

8b. Andel af patienter med positiv screening for depression, hvor der er lagt en behandlingsplan

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1.953	Patienten er ikke screenet for depression ved hverken rehabiliteringsstart eller -slut
	718	Screeningværktøj: andet
	1.620	HADSdepressionsscore < 8
Uoplyst:	5	Angst/Depressionsudredning: uoplyst

Beregningsregler

Tæller: Rehabiliteringsforløb hvor det er angivet at patienten er henvist til "watchful waiting", egen læge eller anden relevant behandler eller allerede er i et behandlingsforløb.
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG), som har fået indleveret et rehabiliteringsslutskema med dato i opgørelsesåret/perioden. Herudover skal patienterne ved screening med HADS have opnået en depressionsscore ≥ 8.
Uoplyst: Manglende oplysning om depressionsudredning på både start- og slutskema

Resultater

Andelen af patienter med positiv depressionsscreening, hvor der er lagt en behandlingsplan er 81% på landsplan og varierer på regionsniveau mellem 61–100%. Region Midtjylland opfylder som den eneste region standarden på mindst 90%, om end dette sker på et meget lille patientgrundlag (16 patienter).

På afdelingsniveau varierer andelen af patienter med en behandlingsplan ved positiv depressionsscreening fra 0-100%.

Bemærk at datagrundlaget for denne indikator er væsentligt mindre end for de øvrige indikatorer i årsrapporten. Blandt de patienter som er screenet med HADS er der ca. 1600 patienter som har en depressionsscore < 8 og dermed lav risiko for depression. Herudover er der ca. 2700 patienter, der enten ikke er screenet eller er screenet med andet værktøj end HADS, og disse patienter indgår heller ikke i indikatorberegningen.

Diskussion og implikationer

Opfølgning ved positiv depressionsscreening sker primært hos de praktiserende læge. Kommunerne har ikke mulighed for at henvise men kan primært opfordre patienten til at tage relevant kontakt til sin læge.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen ønsker at denne indikator udgår fra næste årsrapport.

Indikator 8b - Kommuner
Andel af patienter med positiv depressionsscreening, hvor der er lagt en behandlingsplan.
Standard: Mindst 90%

Indikator 8b. Andel af patienter med positiv screening for depression, hvor der er lagt en behandlingsplan

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark		0 / 0	59 (100)			0 / 0		
Sjælland		0 / 0	2 (100)			0 / 0		
Midtjylland		0 / 0	57 (100)			0 / 0		
Sjælland		0 / 0	2 (100)			0 / 0		
Guldborgsund		0 / 0	1 (100)			0 / 0		
Vordingborg		0 / 0	1 (100)			0 / 0		
Midtjylland		0 / 0	57 (100)			0 / 0		
Aarhus		0 / 0	15 (100)			0 / 0		
Hedensted		0 / 0	5 (100)			0 / 0		
Herning		0 / 0	5 (100)			0 / 0		
Holstebro		0 / 0	3 (100)			0 / 0		
Horsens		0 / 0	4 (100)			0 / 0		
Lemvig		0 / 0	1 (100)			0 / 0		
Norddjurs		0 / 0	2 (100)			0 / 0		
Odder		0 / 0	2 (100)			0 / 0		
Randers		0 / 0	9 (100)			0 / 0		
Ringkøbing-Skjern		0 / 0	1 (100)			0 / 0		
Skanderborg		0 / 0	2 (100)			0 / 0		
Syddjurs		0 / 0	3 (100)			0 / 0		
Viborg		0 / 0	5 (100)			0 / 0		

Datagrundlag og beregningsregler
Borgere er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom, og de ved screening for depression med brug af HADS har opnået en depressionsscore ≥8.

Borgerne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Indikatoren er indført per 1. juni 2019. Registrering af oplysninger vedr. angst/depressionsudredning er etableret i forbindelse med revisionen af indtastningsfladen (www.Danheart.dk) for sygehusene i foråret 2019, mens oplysninger vedr. angst/depressionsudredning endnu ikke registreres i kommunalt regi.

Tæller: Borgere som er vejledt til at kontakte egen læge
Nævner: Borgere der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom og hvor datoen for afsluttende rehabiliteringsfremmøde ligger i opgørelsesåret/perioden. Herudover skal borgerne ved screening med HADS have opnået en depressionsscore ≥ 8.
Uoplyst: Manglende oplysning om depressionsudredning

8b. Andel af patienter med positiv screening for depression, hvor der er lagt en behandlingsplan

	Antal	Årsag
Eksklusion:	153	Patient er ikke screenet for depression ved hverken rehabiliteringsstart eller -slut
	1	Screeningværktøj: andet
	431	HADSdepressionsscore < 8
Uoplyst:	59	Angst/Depressionsudredning: uoplyst

Kommentar
Indikatoren kan ikke opgøres, da oplysninger om depressionsudredning (hvorvidt borgeren er vejledt til at kontakte egen læge for hjerterehabilitering i kommunalt regi) ikke indberettes fra HjerteKomMidt.

Indikatorområde 9: Blodfortyndende behandling

Indikator 9
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom i trombocythæmmende behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet
Standard: Mindst 95%

Indikator 9. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom i trombocythæmmende behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet (DanHeart data).

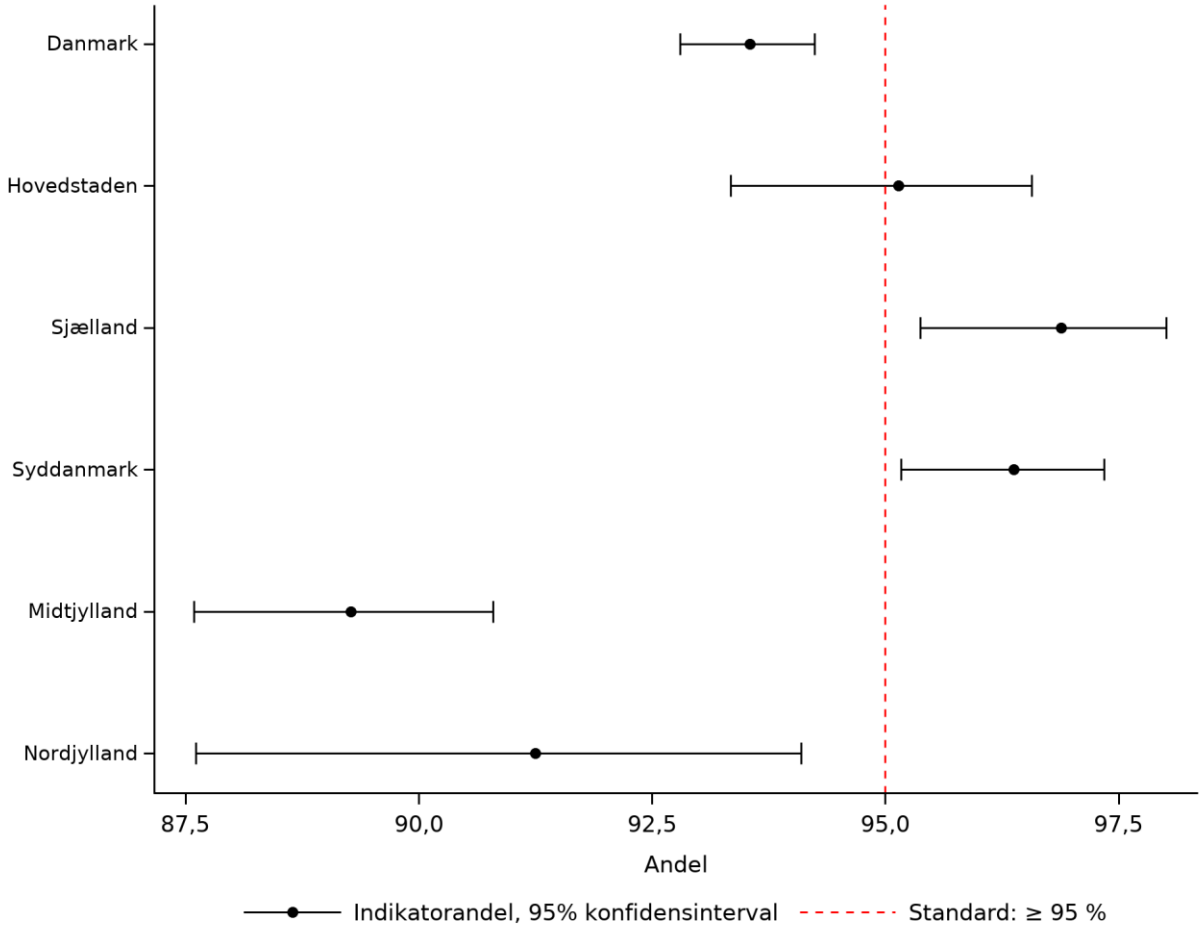
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark	Nej	4.206 / 4.496	0 (0)	93,5	(92,8-94,3)	4.088 / 4.321	94,6	95,9
Hovedstaden	Ja	705 / 741	0 (0)	95,1	(93,3-96,6)	842 / 904	93,1	90,6
Sjælland	Ja	716 / 739	0 (0)	96,9	(95,4-98,0)	587 / 602	97,5	95,0
Syddanmark	Ja	1.170 / 1.214	0 (0)	96,4	(95,2-97,4)	1.148 / 1.193	96,2	97,3
Midtjylland	Nej	1.323 / 1.482	0 (0)	89,3	(87,6-90,8)	1.108 / 1.196	92,6	97,2
Nordjylland	Nej	292 / 320	0 (0)	91,3	(87,6-94,1)	403 / 426	94,6	97,9
Hovedstaden	Ja	705 / 741	0 (0)	95,1	(93,3-96,6)	842 / 904	93,1	90,6
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	134 / 138	0 (0)	97,1	(92,7-99,2)	148 / 156	94,9	89,2
Bornholms Hospital	Ja	27 / 27	0 (0)	100,0	(87,2-100,0)	34 / 35	97,1	100,0
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Ja	20 / 21	0 (0)	95,2	(76,2-99,9)	19 / 19	100,0	86,8
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Ja	40 / 40	0 (0)	100,0	(91,2-100,0)	59 / 64	92,2	86,8
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Ja	40 / 41	0 (0)	97,6	(87,1-99,9)	38 / 38	100,0	66,7
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Nej	146 / 159	0 (0)	91,8	(86,4-95,6)	187 / 207	90,3	95,9
Nordsjællands Hospital, Frederikssund						# / #	100,0	80,5
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Nej	293 / 309	0 (0)	94,8	(91,7-97,0)	353 / 381	92,7	89,2
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	5 / 6	0 (0)	83,3	(35,9-99,6)	3 / 3	100,0	100,0
Sjælland	Ja	716 / 739	0 (0)	96,9	(95,4-98,0)	587 / 602	97,5	95,0
Holbæk Sygehus	Ja	203 / 208	0 (0)	97,6	(94,5-99,2)	163 / 166	98,2	96,6
Nykøbing F Sygehus	Nej	110 / 116	0 (0)	94,8	(89,1-98,1)	120 / 122	98,4	98,7
Næstved Sygehus	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	6 / 6	100,0	97,8

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Sjællands Universitetshospital, Køge								86,3
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	184 / 192	0 (0)	95,8	(92,0-98,2)	151 / 160	94,4	95,6
Slagelse Sygehus	Ja	216 / 220	0 (0)	98,2	(95,4-99,5)	147 / 148	99,3	100,0
Syddanmark	Ja	1.170 / 1.214	0 (0)	96,4	(95,2-97,4)	1.148 / 1.193	96,2	97,3
Odense Universitetshospital, Odense	Nej	155 / 165	0 (0)	93,9	(89,1-97,1)	111 / 115	96,5	97,3
Odense Universitetshospital, Svendborg	Nej	74 / 81	0 (0)	91,4	(83,0-96,5)	113 / 117	96,6	96,5
Sydvestjysk Sygehus	Ja	250 / 259	0 (0)	96,5	(93,5-98,4)	259 / 259	100,0	100,0
Sygehus Lillebælt, Kolding	Ja	234 / 240	0 (0)	97,5	(94,6-99,1)	267 / 275	97,1	98,8
Sygehus Lillebælt, Vejle	Nej	157 / 168	0 (0)	93,5	(88,6-96,7)	164 / 190	86,3	89,5
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	199 / 200	0 (0)	99,5	(97,2-100,0)	133 / 135	98,5	100,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	101 / 101	0 (0)	100,0	(96,4-100,0)	101 / 102	99,0	99,1
Midtjylland	Nej	1.323 / 1.482	0 (0)	89,3	(87,6-90,8)	1.108 / 1.196	92,6	97,2
Aarhus Universitetshospital	Nej	209 / 225	0 (0)	92,9	(88,7-95,9)	185 / 209	88,5	95,1
HE Midt, Silkeborg	Nej	115 / 124	0 (0)	92,7	(86,7-96,6)	124 / 145	85,5	95,7
HE Midt, Viborg/Skive	Nej	219 / 245	0 (0)	89,4	(84,8-92,9)	165 / 181	91,2	98,6
Hospitalsenheden Vest	Nej	298 / 389	0 (0)	76,6	(72,1-80,7)	317 / 336	94,3	98,7
Regionshospitalet Horsens	Ja	296 / 302	0 (0)	98,0	(95,7-99,3)	284 / 291	97,6	98,2
Regionshospitalet Randers	Nej	186 / 197	0 (0)	94,4	(90,2-97,2)	33 / 34	97,1	86,7
Nordjylland	Nej	292 / 320	0 (0)	91,3	(87,6-94,1)	403 / 426	94,6	97,9
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	23 / 27	85,2	100,0
Aalborg Universitetshospital, Syd						48 / 51	94,1	99,2

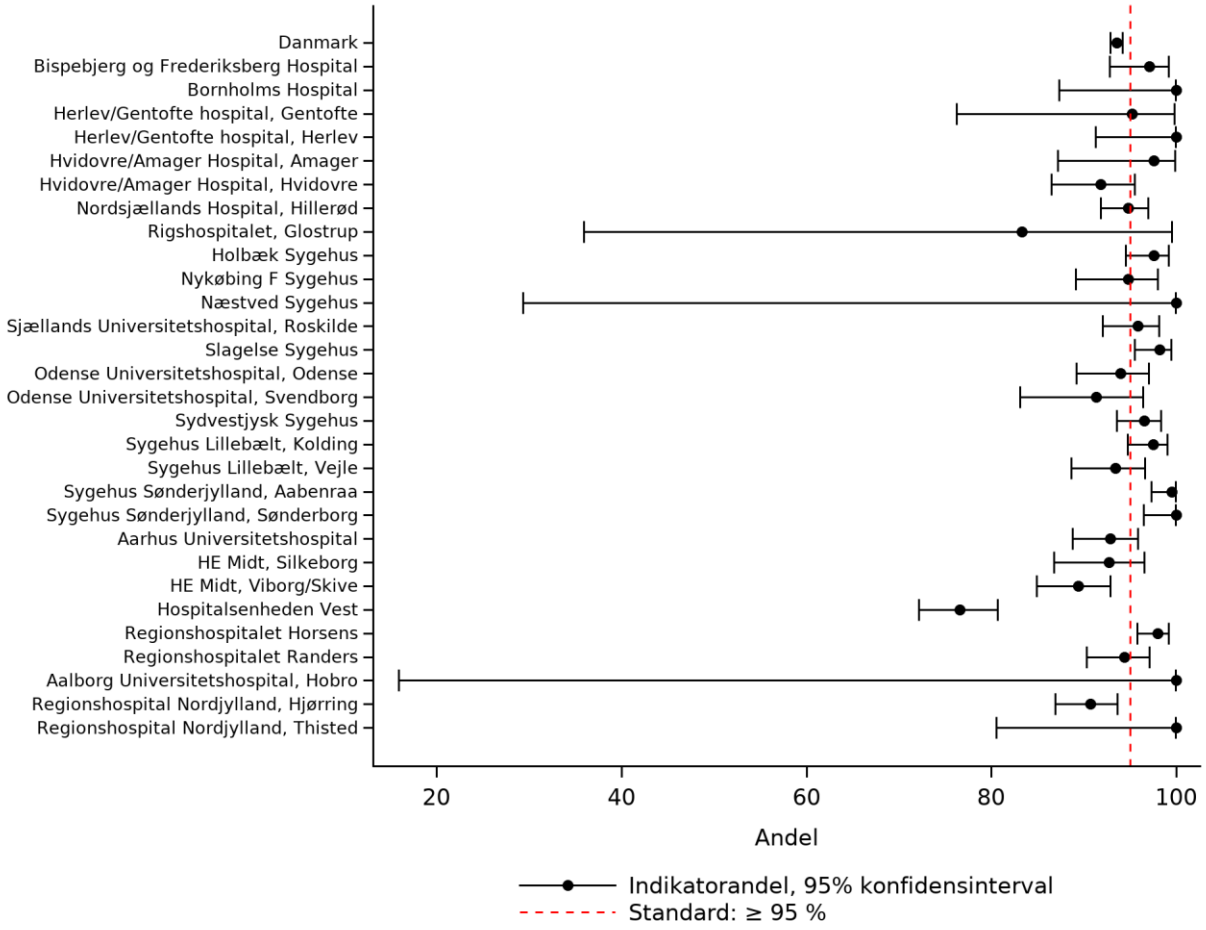
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95%	Tæller/	antal	01.06.2020 - 31.05.2021		2019/2020		2018/ 2019
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej	273 / 301	0 (0)	90,7	(86,8-93,7)	177 / 191	92,7	95,9
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Ja	17 / 17	0 (0)	100,0	(80,5-100,0)	155 / 157	98,7	99,2

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

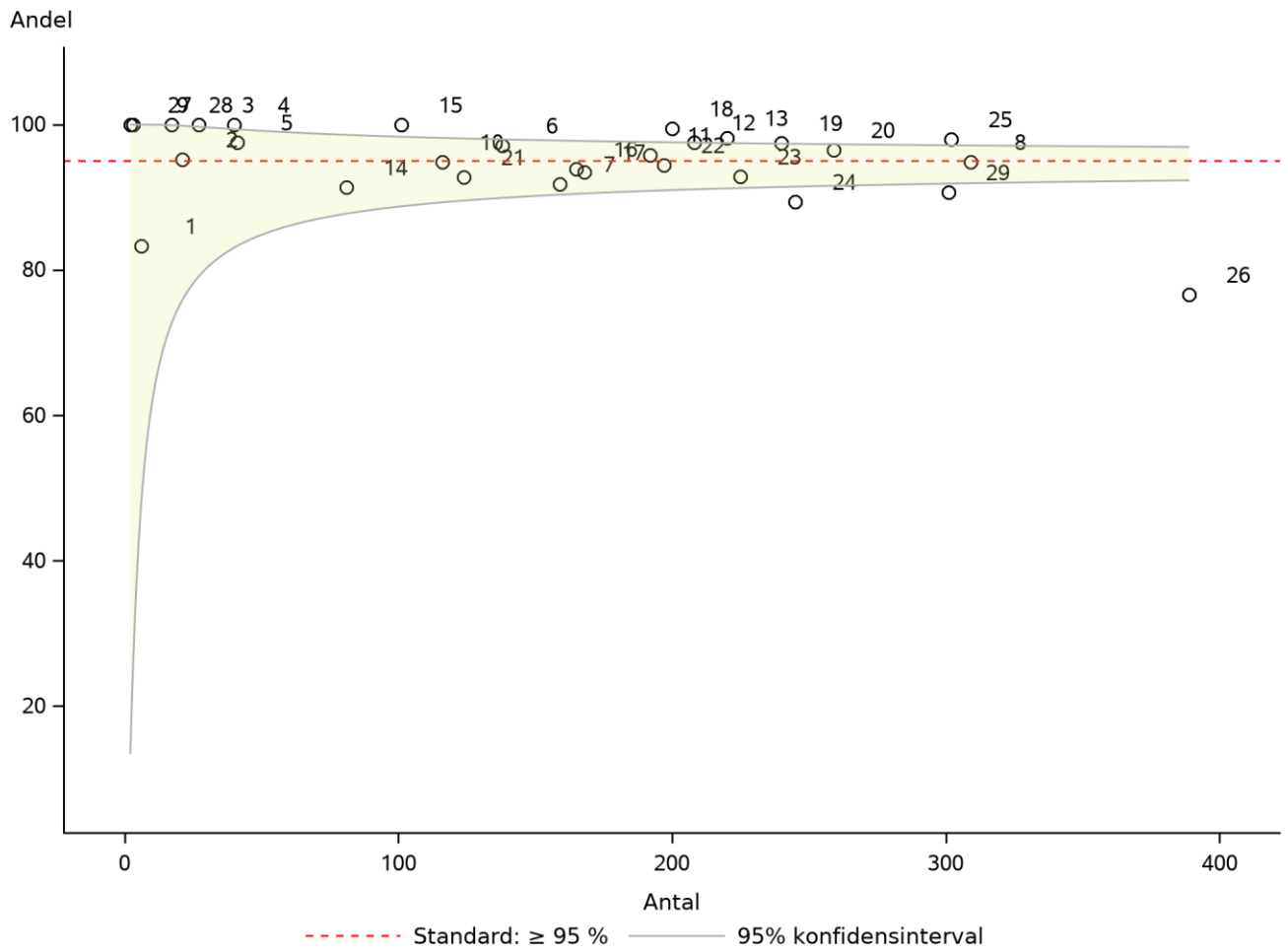
Indikator 9. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom i trombocythæmmende behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet. Kontroldiagram på regionsniveau (DanHeart data).



Indikator 9. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom i trombocythæmmende behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet. Kontroldiagram på afdelingsniveau (DanHeart data).



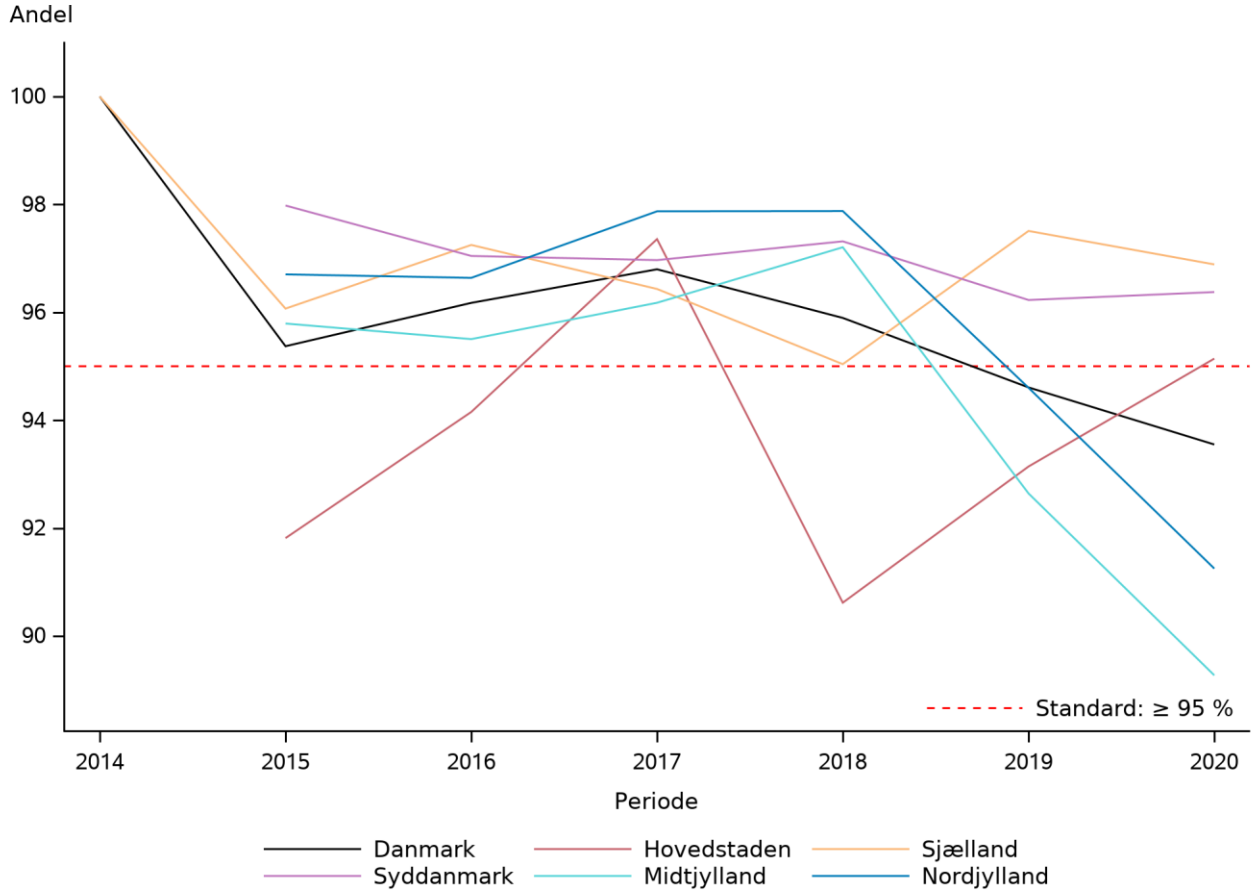
Indikator 9. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom i trombocythæmmende behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet. Funnelplot på afdelingsniveau (DanHeart data).



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den røde linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Afdelingskode	Afdeling
1	Rigshospitalet, Glostrup
2	Herlev/Gentofte hospital, Gentofte
3	Bornholms Hospital
4	Herlev/Gentofte hospital, Herlev
5	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
6	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
7	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
8	Nordsjællands Hospital, Hillerød
9	Næstved Sygehus
10	Nykøbing F Sygehus
11	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
12	Holbæk Sygehus
13	Slagelse Sygehus
14	Odense Universitetshospital, Svendborg
15	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
16	Odense Universitetshospital, Odense
17	Sygehus Lillebælt, Vejle
18	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
19	Sygehus Lillebælt, Kolding
20	Sydvestjysk Sygehus
21	HE Midt, Silkeborg
22	Regionshospitalet Randers
23	Aarhus Universitetshospital
24	HE Midt, Viborg/Skive
25	Regionshospitalet Horsens
26	Hospitalsenheden Vest
27	Aalborg Universitetshospital, Hobro
28	Aalborg Universitetshospital, Thisted
29	Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Indikator 9. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom i trombocythæmmende behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet. Trendgraf på regionsniveau (DanHeart data).



Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Indikator 9s. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom i trombocythæmmende behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet (recepter)

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark	Ja	4.308 / 4.496	0 (0)	95,8	(95,2-96,4)	4.130 / 4.321	95,6	96,3
Hovedstaden	Ja	717 / 741	0 (0)	96,8	(95,2-97,9)	860 / 904	95,1	95,2
Sjælland	Ja	708 / 739	0 (0)	95,8	(94,1-97,1)	571 / 602	94,9	97,5
Syddanmark	Ja	1.471 / 1.516	0 (0)	97,0	(96,0-97,8)	1.428 / 1.484	96,2	96,4
Midtjylland	Nej	1.104 / 1.180	0 (0)	93,6	(92,0-94,9)	859 / 905	94,9	96,6
Nordjylland	Ja	308 / 320	0 (0)	96,3	(93,5-98,0)	412 / 426	96,7	95,1
Hovedstaden	Ja	717 / 741	0 (0)	96,8	(95,2-97,9)	860 / 904	95,1	95,2
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	135 / 138	0 (0)	97,8	(93,8-99,5)	151 / 155	97,4	95,3
Bornholms Hospital	Ja	26 / 27	0 (0)	96,3	(81,0-99,9)	34 / 35	97,1	100,0
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Nej	19 / 21	0 (0)	90,5	(69,6-98,8)	19 / 19	100,0	94,7
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Ja	40 / 40	0 (0)	100,0	(91,2-100,0)	61 / 64	95,3	100,0
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Ja	39 / 41	0 (0)	95,1	(83,5-99,4)	38 / 38	100,0	100,0
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Ja	151 / 159	0 (0)	95,0	(90,3-97,8)	192 / 207	92,8	89,2
Nordsjællands Hospital, Frederikssund						# / #	100,0	96,8
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Ja	302 / 309	0 (0)	97,7	(95,4-99,1)	360 / 381	94,5	100,0
Rigshospitalet, Glostrup	Nej	5 / 6	0 (0)	83,3	(35,9-99,6)	3 / 3	100,0	99,0
Sjælland	Ja	708 / 739	0 (0)	95,8	(94,1-97,1)	571 / 602	94,9	97,5
Holbæk Sygehus	Nej	196 / 208	0 (0)	94,2	(90,1-97,0)	155 / 166	93,4	96,6
Nykøbing F Sygehus	Ja	111 / 116	0 (0)	95,7	(90,2-98,6)	120 / 122	98,4	98,7
Næstved Sygehus	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	6 / 6	100,0	95,7
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	190 / 192	0 (0)	99,0	(96,3-99,9)	150 / 160	93,8	97,7
Slagelse Sygehus	Nej	208 / 220	0 (0)	94,6	(90,7-97,2)	140 / 148	94,6	98,3
Syddanmark	Ja	1.471 / 1.516	0 (0)	97,0	(96,0-97,8)	1.428 / 1.484	96,2	96,4

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Odense Universitetshospital, Odense	Ja	163 / 165	0 (0)	98,8	(95,7-99,9)	110 / 115	95,7	97,3
Odense Universitetshospital, Svendborg	Ja	80 / 81	0 (0)	98,8	(93,3-100,0)	116 / 117	99,2	95,4
Sydvestjysk Sygehus	Ja	247 / 259	0 (0)	95,4	(92,0-97,6)	251 / 259	96,9	99,0
Sygehus Lillebælt, Kolding	Ja	231 / 240	0 (0)	96,3	(93,0-98,3)	263 / 275	95,6	95,8
Sygehus Lillebælt, Vejle	Ja	160 / 168	0 (0)	95,2	(90,8-97,9)	182 / 190	95,8	93,9
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	195 / 200	0 (0)	97,5	(94,3-99,2)	127 / 135	94,1	94,2
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	98 / 101	0 (0)	97,0	(91,6-99,4)	99 / 102	97,1	97,4
Midtjylland	Nej	1.104 / 1.180	0 (0)	93,6	(92,0-94,9)	859 / 905	94,9	96,6
Aarhus Universitetshospital	Nej	184 / 225	0 (0)	81,8	(76,1-86,6)	196 / 209	93,8	97,6
HE Midt, Silkeborg	Ja	120 / 124	0 (0)	96,8	(91,9-99,1)	139 / 145	95,9	95,7
HE Midt, Viborg/Skive	Ja	235 / 245	0 (0)	95,9	(92,6-98,0)	171 / 181	94,5	95,8
Hospitalsenheden Vest	Ja	375 / 389	0 (0)	96,4	(94,0-98,0)	319 / 336	94,9	96,8
Regionshospitalet Horsens	Ja	297 / 302	0 (0)	98,3	(96,2-99,5)	280 / 291	96,2	96,9
Regionshospitalet Randers	Ja	190 / 197	0 (0)	96,5	(92,8-98,6)	34 / 34	100,0	93,3
Nordjylland	Ja	308 / 320	0 (0)	96,3	(93,5-98,0)	412 / 426	96,7	95,1
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	24 / 27	88,9	92,9
Aalborg Universitetshospital, Syd						49 / 51	96,1	97,5
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Ja	290 / 301	0 (0)	96,4	(93,6-98,2)	186 / 191	97,4	94,9
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Nej	16 / 17	0 (0)	94,1	(71,3-99,9)	153 / 157	97,5	93,8

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Datagrundlag
Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG).

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Er der indleveret et slut-rehabliteringsskema med dato i opgørelsesåret/perioden?	
Ja	
Er det angivet at patienten er i trombocythæmmende behandling på slutskemaet?	
ja	nej
tæller og nævner	nævner

Beregningsregler

Tæller: Patientforløb hvor det er angivet at patienten er i blodfortyndende behandling (Acetylsalicylsyre, anden trombocytinhibitor eller AK-behandling inklusiv NOAK) ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG), som har fået indleveret et rehabiliteringsslutskema med dato i opgørelsesåret/perioden.
Uoplyst: Ikke muligt

Resultater
Andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er i blodfortyndende behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet, er på landsplan 93,5% hvilket netop er under standarden på mindst 95% og ca. 1 procentpoint lavere end sidste år.

Indikatoren er opfyldt i region Hovedstaden (95%), Region Sjælland (97%) og Region Syddanmark (96%) men ikke i Region Midtjylland (89%) og Region Nordjylland (91%). Fælles for de to regioner uden opfyldelse er en faldende tendens siden 2018 hvor der var opfyldelse for begge.

På afdelingsniveau varierer andelen af patienter i blodfortyndende behandling ved afslutning af rehabiliteringsforløbet fra 77-100%.

Indikatoren er opgjort med oplysninger om medicinsk behandling indberettet til databasen via www.Danheart.dk.

I tabel 9s er der i tælleren medtaget recepter på blodfortyndende præparater, som er indløst i perioden +/- 3 mdr. fra datoen for afslutning af rehabiliteringsforløbet.

På landsplan er indikatoropfyldelsen baseret på receptdata ca. 2 procentpoint højere end resultatet baseret på DanHeart data. Med receptdata har 4/5 regioner højere målopfyldelse. Kun for Region Sjælland er målopfyldelsen marginalt lavere (-1 procentpoint) når data er baseret på receptdata.

Der er 50 patienter i Aarhus som ikke opfylder begge de to receptbaserede indikatorer.
Cpr numre for de 50 patienter er gennemgået, og stort set alle har indløst de to typer medicin enten før eller efter dato for afslutning af rehabilitering, men uden for det vindue på +/- 3 mdr. som anvendes (altså enten tidligere end 3 mdr. forud eller senere end 3 mdr. efter dato for afslutning af rehabilitering).
Der skal ses nærmere på medicin indikatorerne og tidsvinduer fremadrettet.

Diskussion og implikationer
Behandling med blodfortyndende præparater er velindiceret og en del af den evidensbaserede efterbehandling. Standarden for området er fastsat til 95%, da en lille gruppe af patienter ikke tåler behandlingen.

Styregruppen opfordrer til at afdelingerne fortsat følger den Nationale Behandlervejledning(NBV) vedr. trombocythæmmende behandling.

I en supplerende analyse er indikatoren opgjort på baggrund af datafangst fra receptregisteret, og der er således ikke mulighed for "uoplyst". Ved datafangst registreres ikke håndkøbsmedicin (Hjertemagnyl/ASA).

Styregruppen gør opmærksom på, at der er 2 måneders forsinkelse på datafangsten og opfordrer derfor til at tjekke manuelt ved slutskema.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen finder denne indikator værdifuld i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark. Styregruppen ønsker derfor ikke, at ændre hverken indikator eller standard.

Indikatorområde 10: Statin-behandling

Indikator 10
Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er i statin-behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet
Standard: Mindst 90%

Indikator 10. A Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er i statin-behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet (DanHeart data).

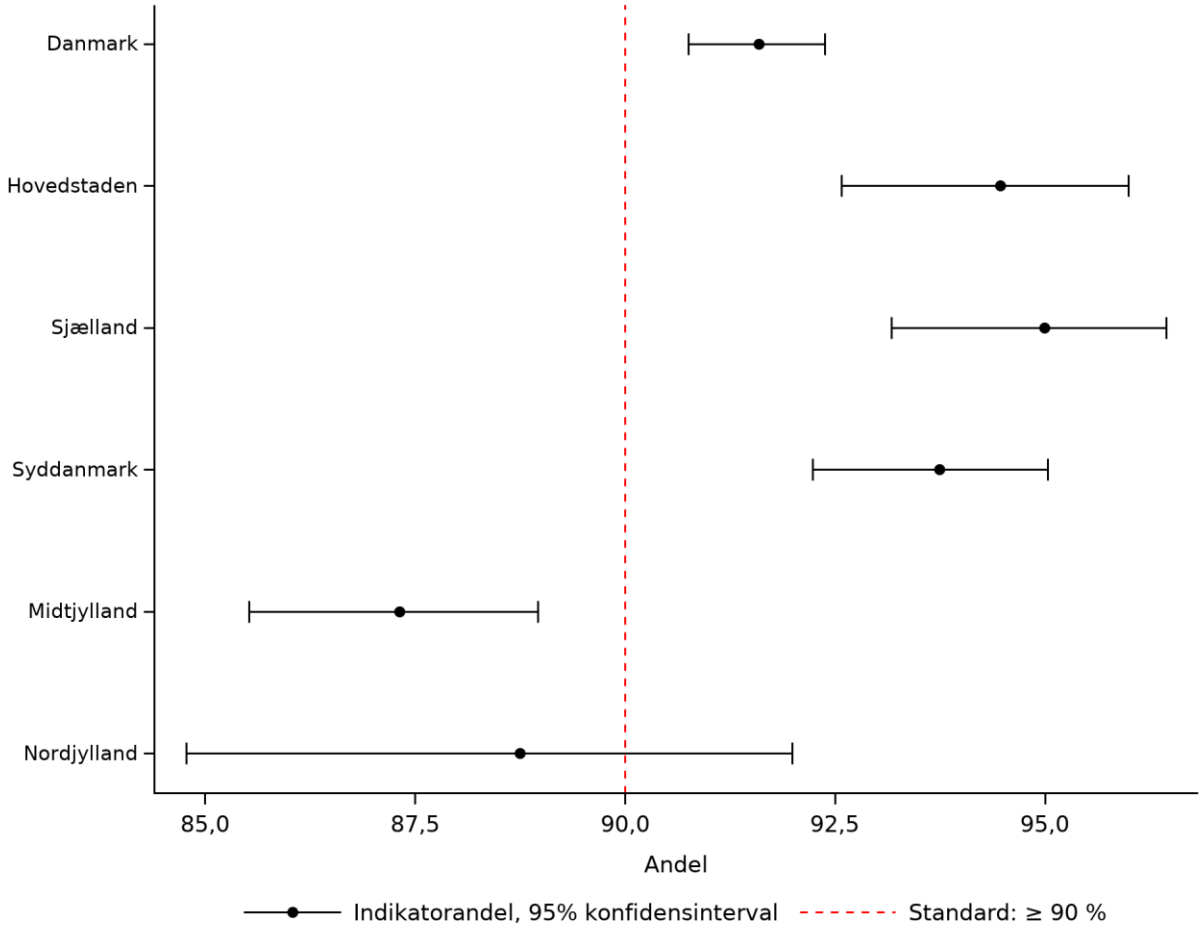
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark	Ja	4.118 / 4.496	0 (0)	91,6	(90,7-92,4)	3.985 / 4.321	92,2	92,9
Hovedstaden	Ja	700 / 741	0 (0)	94,5	(92,6-96,0)	826 / 904	91,4	87,8
Sjælland	Ja	702 / 739	0 (0)	95,0	(93,2-96,5)	571 / 602	94,9	92,6
Syddanmark	Ja	1.138 / 1.214	0 (0)	93,7	(92,2-95,0)	1.116 / 1.193	93,5	95,1
Midtjylland	Nej	1.294 / 1.482	0 (0)	87,3	(85,5-89,0)	1.073 / 1.196	89,7	92,9
Nordjylland	Nej	284 / 320	0 (0)	88,8	(84,8-92,0)	399 / 426	93,7	95,5
Hovedstaden	Ja	700 / 741	0 (0)	94,5	(92,6-96,0)	826 / 904	91,4	87,8
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	133 / 138	0 (0)	96,4	(91,7-98,8)	145 / 156	92,9	87,3
Bornholms Hospital	Ja	27 / 27	0 (0)	100,0	(87,2-100,0)	33 / 35	94,3	100,0
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Ja	20 / 21	0 (0)	95,2	(76,2-99,9)	19 / 19	100,0	94,7
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Ja	40 / 40	0 (0)	100,0	(91,2-100,0)	62 / 64	96,9	86,8
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Ja	40 / 41	0 (0)	97,6	(87,1-99,9)	36 / 38	94,7	100,0
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Ja	145 / 159	0 (0)	91,2	(85,7-95,1)	180 / 207	87,0	91,3
Nordsjællands Hospital, Frederikssund						# / #	0,0	74,0
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Ja	289 / 309	0 (0)	93,5	(90,2-96,0)	349 / 381	91,6	86,5
Rigshospitalet, Glostrup	Ja	6 / 6	0 (0)	100,0	(54,1-100,0)	# / #	66,7	97,0
Sjælland	Ja	702 / 739	0 (0)	95,0	(93,2-96,5)	571 / 602	94,9	92,6
Holbæk Sygehus	Ja	199 / 208	0 (0)	95,7	(91,9-98,0)	153 / 166	92,2	95,9
Nykøbing F Sygehus	Ja	107 / 116	0 (0)	92,2	(85,8-96,4)	117 / 122	95,9	92,4
Næstved Sygehus	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	5 / 6	83,3	97,8

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Sjællands Universitetshospital, Køge								83,6
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	187 / 192	0 (0)	97,4	(94,0-99,1)	159 / 160	99,4	93,9
Slagelse Sygehus	Ja	206 / 220	0 (0)	93,6	(89,6-96,5)	137 / 148	92,6	96,5
Syddanmark	Ja	1.138 / 1.214	0 (0)	93,7	(92,2-95,0)	1.116 / 1.193	93,5	95,1
Odense Universitetshospital, Odense	Ja	155 / 165	0 (0)	93,9	(89,1-97,1)	109 / 115	94,8	95,9
Odense Universitetshospital, Svendborg	Ja	75 / 81	0 (0)	92,6	(84,6-97,2)	110 / 117	94,0	96,5
Sydvestjysk Sygehus	Ja	237 / 259	0 (0)	91,5	(87,4-94,6)	251 / 259	96,9	96,8
Sygehus Lillebælt, Kolding	Ja	227 / 240	0 (0)	94,6	(90,9-97,1)	262 / 275	95,3	93,8
Sygehus Lillebælt, Vejle	Ja	153 / 168	0 (0)	91,1	(85,7-94,9)	162 / 190	85,3	91,3
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	194 / 200	0 (0)	97,0	(93,6-98,9)	124 / 135	91,9	95,7
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	97 / 101	0 (0)	96,0	(90,2-98,9)	98 / 102	96,1	96,5
Midtjylland	Nej	1.294 / 1.482	0 (0)	87,3	(85,5-89,0)	1.073 / 1.196	89,7	92,9
Aarhus Universitetshospital	Ja	205 / 225	0 (0)	91,1	(86,6-94,5)	179 / 209	85,6	92,1
HE Midt, Silkeborg	Ja	117 / 124	0 (0)	94,4	(88,7-97,7)	123 / 145	84,8	93,8
HE Midt, Viborg/Skive	Ja	221 / 245	0 (0)	90,2	(85,8-93,6)	166 / 181	91,7	94,4
Hospitalsenheden Vest	Nej	290 / 389	0 (0)	74,6	(69,9-78,8)	306 / 336	91,1	93,9
Regionshospitalet Horsens	Ja	279 / 302	0 (0)	92,4	(88,8-95,1)	269 / 291	92,4	91,7
Regionshospitalet Randers	Ja	182 / 197	0 (0)	92,4	(87,8-95,7)	30 / 34	88,2	86,7
Nordjylland	Nej	284 / 320	0 (0)	88,8	(84,8-92,0)	399 / 426	93,7	95,5
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	25 / 27	92,6	92,9
Aalborg Universitetshospital, Syd						49 / 51	96,1	95,0

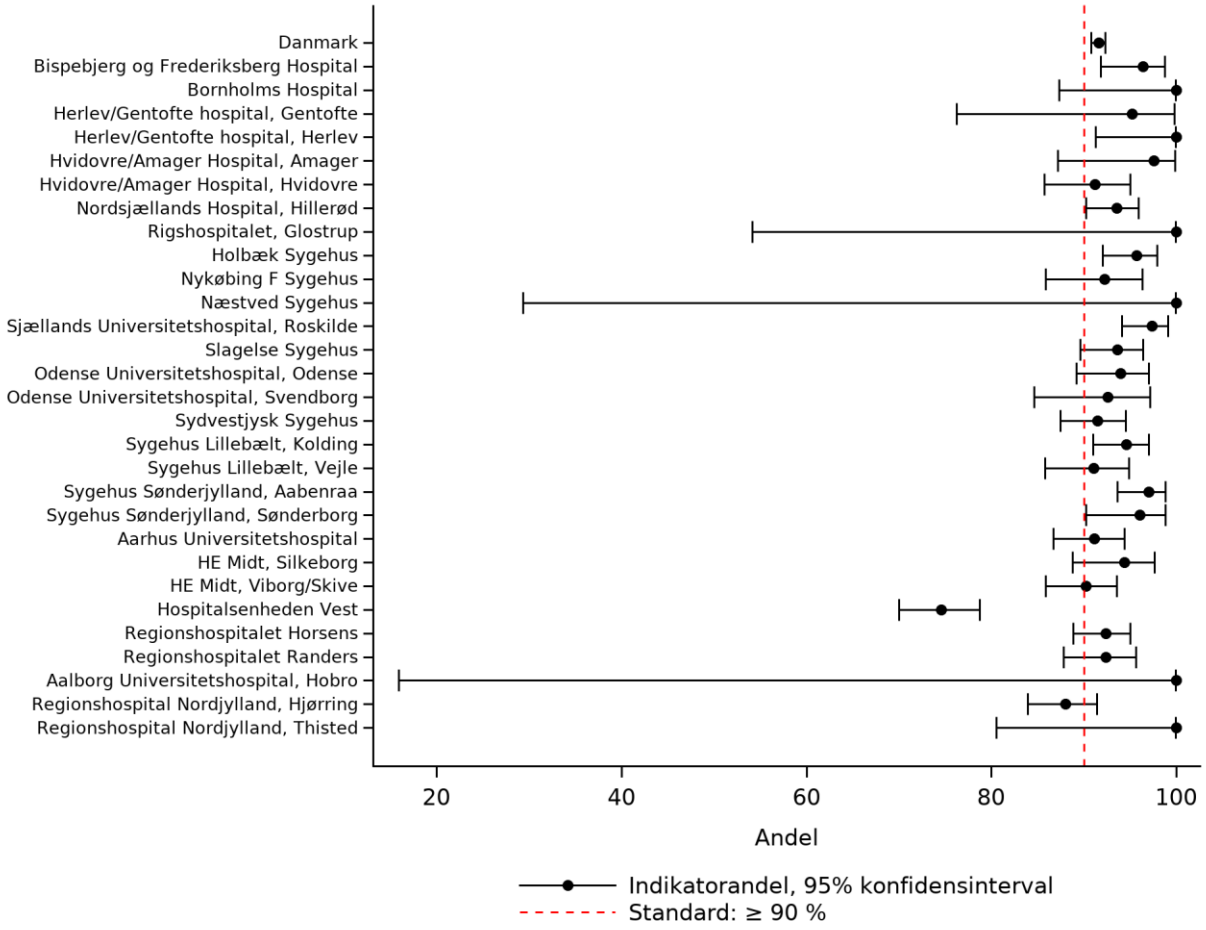
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej	265 / 301	0 (0)	88,0	(83,8-91,5)	174 / 191	91,1	95,9
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Ja	17 / 17	0 (0)	100,0	(80,5-100,0)	151 / 157	96,2	96,1

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

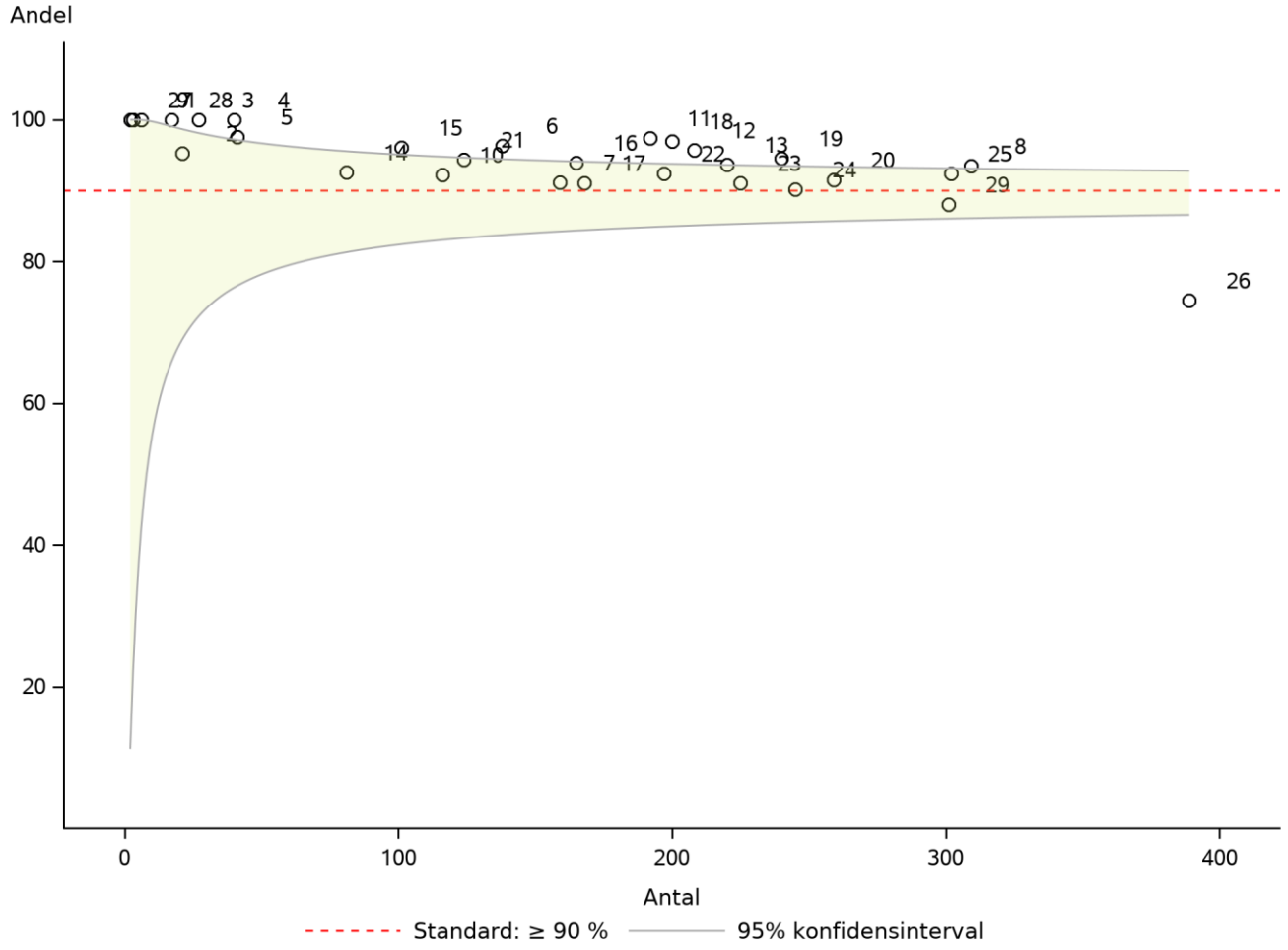
Indikator 10. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er i statin-behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet. Kontroldiagram på regionsniveau (DanHeart data).



Indikator 10. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er i statin-behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet. Kontroldiagram på afdelingsniveau (DanHeart data).



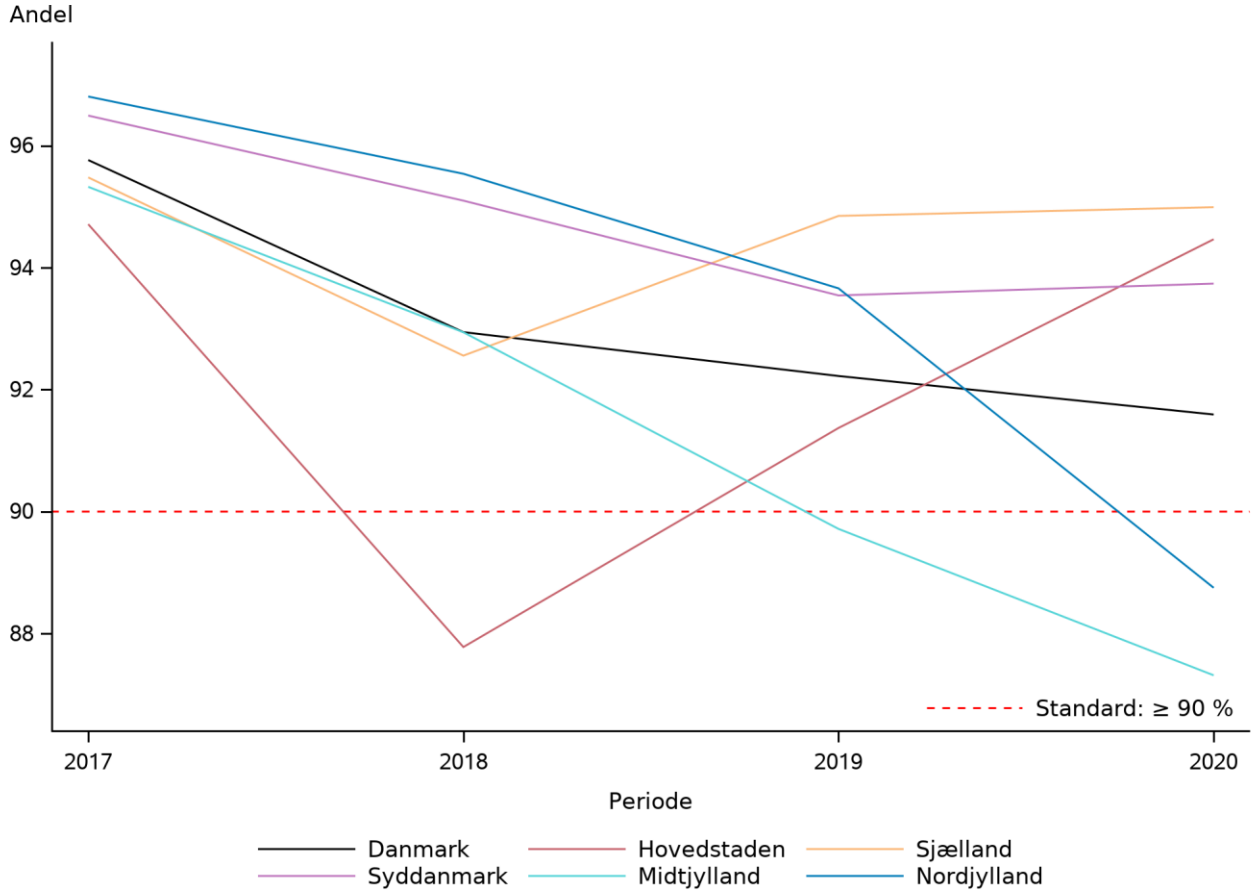
Indikator 10. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er i statin-behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet. Funnelplot på afdelingsniveau (DanHeart data).



Figuren viser et funnelplot af det opnåede indikatorresultat mod antallet af indberettede patientforløb per enhed. Den røde linje viser den fastsatte standard, mens den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden (ved et givent antal patientforløb). De enheder, som ligger under tragten omkring den røde linje, viser enheder, der med stor sandsynlighed har et resultat, som ligger under den fastsatte standard. Tragten er altså et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen, idet resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på.

Afdelingskode	Afdeling
1	Rigshospitalet, Glostrup
2	Herlev/Gentofte hospital, Gentofte
3	Bornholms Hospital
4	Herlev/Gentofte hospital, Herlev
5	Hvidovre/Amager Hospital, Amager
6	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg
7	Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre
8	Nordsjællands Hospital, Hillerød
9	Næstved Sygehus
10	Nykøbing F Sygehus
11	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
12	Holbæk Sygehus
13	Slagelse Sygehus
14	Odense Universitetshospital, Svendborg
15	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
16	Odense Universitetshospital, Odense
17	Sygehus Lillebælt, Vejle
18	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
19	Sygehus Lillebælt, Kolding
20	Sydvestjysk Sygehus
21	HE Midt, Silkeborg
22	Regionshospitalet Randers
23	Aarhus Universitetshospital
24	HE Midt, Viborg/Skive
25	Regionshospitalet Horsens
26	Hospitalsenheden Vest
27	Aalborg Universitetshospital, Hobro
28	Aalborg Universitetshospital, Thisted
29	Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Indikator 10. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er i statin-behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet. Trendgraf på regionsniveau (DanHeart data).



Året på x-aksen repræsenterer det år hvor størstedelen af observationerne ligger.

Indikator 10s. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er i statin-behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet (recepter)

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Danmark	Ja	4.172 / 4.496	0 (0)	92,8	(92,0-93,5)	4.021 / 4.321	93,1	93,7
Hovedstaden	Ja	708 / 741	0 (0)	95,6	(93,8-96,9)	837 / 904	92,6	92,0
Sjælland	Ja	698 / 739	0 (0)	94,5	(92,5-96,0)	564 / 602	93,7	94,1
Syddanmark	Ja	1.412 / 1.516	0 (0)	93,1	(91,7-94,4)	1.380 / 1.484	93,0	93,6
Midtjylland	Nej	1.061 / 1.180	0 (0)	89,9	(88,1-91,6)	842 / 905	93,0	94,1
Nordjylland	Ja	293 / 320	0 (0)	91,6	(88,0-94,4)	398 / 426	93,4	96,2
Hovedstaden	Ja	708 / 741	0 (0)	95,6	(93,8-96,9)	837 / 904	92,6	92,0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	134 / 138	0 (0)	97,1	(92,7-99,2)	146 / 155	94,2	93,9
Bornholms Hospital	Ja	27 / 27	0 (0)	100,0	(87,2-100,0)	34 / 35	97,1	97,0
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte	Ja	20 / 21	0 (0)	95,2	(76,2-99,9)	19 / 19	100,0	100,0
Herlev/Gentofte hospital, Herlev	Ja	38 / 40	0 (0)	95,0	(83,1-99,4)	63 / 64	98,4	92,1
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	Ja	41 / 41	0 (0)	100,0	(91,4-100,0)	36 / 38	94,7	100,0
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	Ja	151 / 159	0 (0)	95,0	(90,3-97,8)	190 / 207	91,8	86,7
Nordsjællands Hospital, Frederikssund						# / #	0,0	89,0
Nordsjællands Hospital, Hillerød	Ja	291 / 309	0 (0)	94,2	(90,9-96,5)	346 / 381	90,8	91,9
Rigshospitalet, Glostrup	Ja	6 / 6	0 (0)	100,0	(54,1-100,0)	# / #	66,7	98,0
Sjælland	Ja	698 / 739	0 (0)	94,5	(92,5-96,0)	564 / 602	93,7	94,1
Holbæk Sygehus	Ja	196 / 208	0 (0)	94,2	(90,1-97,0)	150 / 166	90,4	92,4
Nykøbing F Sygehus	Ja	110 / 116	0 (0)	94,8	(89,1-98,1)	117 / 122	95,9	96,2
Næstved Sygehus	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	6 / 6	100,0	89,1
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Ja	186 / 192	0 (0)	96,9	(93,3-98,8)	153 / 160	95,6	94,6
Slagelse Sygehus	Ja	203 / 220	0 (0)	92,3	(87,9-95,4)	138 / 148	93,2	95,7
Syddanmark	Ja	1.412 / 1.516	0 (0)	93,1	(91,7-94,4)	1.380 / 1.484	93,0	93,6

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	2019/2020 Antal	Andel	2018/ 2019 Andel
Odense Universitetshospital, Odense	Ja	156 / 165	0 (0)	94,6	(89,9-97,5)	106 / 115	92,2	93,6
Odense Universitetshospital, Svendborg	Ja	76 / 81	0 (0)	93,8	(86,2-98,0)	106 / 117	90,6	94,2
Sydvestjysk Sygehus	Ja	247 / 259	0 (0)	95,4	(92,0-97,6)	250 / 259	96,5	95,8
Sygehus Lillebælt, Kolding	Ja	217 / 240	0 (0)	90,4	(86,0-93,8)	254 / 275	92,4	92,9
Sygehus Lillebælt, Vejle	Ja	154 / 168	0 (0)	91,7	(86,4-95,4)	174 / 190	91,6	96,1
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Ja	194 / 200	0 (0)	97,0	(93,6-98,9)	127 / 135	94,1	93,2
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	93 / 101	0 (0)	92,1	(85,0-96,5)	94 / 102	92,2	93,8
Midtjylland	Nej	1.061 / 1.180	0 (0)	89,9	(88,1-91,6)	842 / 905	93,0	94,1
Aarhus Universitetshospital	Nej	182 / 225	0 (0)	80,9	(75,1-85,8)	193 / 209	92,3	97,3
HE Midt, Silkeborg	Ja	115 / 124	0 (0)	92,7	(86,7-96,6)	134 / 145	92,4	92,0
HE Midt, Viborg/Skive	Ja	221 / 245	0 (0)	90,2	(85,8-93,6)	167 / 181	92,3	89,3
Hospitalsenheden Vest	Ja	362 / 389	0 (0)	93,1	(90,1-95,4)	317 / 336	94,4	95,2
Regionshospitalet Horsens	Ja	275 / 302	0 (0)	91,1	(87,3-94,0)	269 / 291	92,4	89,9
Regionshospitalet Randers	Ja	181 / 197	0 (0)	91,9	(87,1-95,3)	31 / 34	91,2	93,3
Nordjylland	Ja	293 / 320	0 (0)	91,6	(88,0-94,4)	398 / 426	93,4	96,2
Aalborg Universitetshospital, Hobro	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	25 / 27	92,6	89,3
Aalborg Universitetshospital, Syd						46 / 51	90,2	96,7
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Ja	275 / 301	0 (0)	91,4	(87,6-94,3)	180 / 191	94,2	96,4
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Ja	16 / 17	0 (0)	94,1	(71,3-99,9)	147 / 157	93,6	96,9

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Datagrundlag
Patienter er inkluderet i opgørelsen, hvis de er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG).

Patienterne indgår i opgørelsesåret for årsrapporten, når datoen for slutskemaet ligger i opgørelsesåret/perioden.

Er der indleveret et slut-rehabliteringsskema med dato i opgørelsesåret/perioden?	
Ja	
Er det angivet at patienten er i statinbehandling på slutskemaet?	
ja	nej
tæller og nævner	nævner

Beregningsregler

Tæller: Patientforløb hvor det er angivet at patienten er i statin-behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet.
Nævner: Patienter, der er indberettet til databasen under rehabiliteringsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom (STEMI, NSTEMI, ustabil angina, stabil angina, klapsubstitution med samtidig CABG), som har fået indleveret et rehabiliteringsslutskema med dato i opgørelsesåret/perioden.
Uoplyst: Ikke muligt

Resultater
Andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er i statinbehandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet, er på landsplan 92%.
Region Midtjylland og Region Nordjylland har som de eneste regioner ikke opfyldt standarden og det er primært disse to regioners faldende opfyldelse der har medvirket til en nationale nedgang siden 2017.

Både i Region Nordjylland og Region Midtjylland er der kun én afdeling der ikke opfylder standarden. Afdelingernes relativt store patientgrundlag gør imidlertid, at det er nok til at bringe regionsniveauet under den fastsatte standard.

I tabel 10s er indikatoren opgjort med data direkte fra Receptdatabasen. I den supplerende opgørelse er der i tælleren medtaget recepter på statin, som er indløst i perioden +/- 3 mdr. fra datoen for afslutning af rehabiliteringsforløbet.

Indikatoropfyldelsen er på landsplan ca. 2 procentpoint højere når datakilden er Receptdatabasen. Regionalt er målopfyldelsen højere for 3/5 regioner imens 2 regioner (Region Sjælland og Region Syddanmark) har marginalt lavere målopfyldelse med afvigelse på max. 0,6 procentpoint.

Der er 50 patienter i Aarhus som ikke opfylder begge de to receptbaserede indikatorer.
Cpr numre for de 50 patienter er gennemgået, og stort set alle har indløst de to typer medicin enten før eller efter dato for afslutning af rehabilitering, men uden for det vindue på +/- 3 mdr. som anvendes (altså enten tidligere end 3 mdr. forud eller senere end 3 mdr. efter dato for afslutning af rehabilitering).
Der skal ses nærmere på medicin indikatorerne og tidsvinduer fremadrettet.

Diskussion og implikationer
Styregruppen kan, i lighed med sidste år, med tilfredshed konstatere at tallene tyder på en meget veletableret medicinpraksis i hjerterehabiliteringen på alle landets sygehuse. Der vil dog, som præciseret tidligere, stadig være et stort behov for en systematisk sygehusindsats for at optimere medicineringen og eventuelt på sigt også at højne patienternes compliance, da LDL niveauet ikke helt er i niveau jf. indikator 5.

Styregruppen opfordrer lige som sidste år afdelingerne til at fortsætte med den gode praksis med at have fokus på at alle patienter, som tåler statiner, er i behandling hermed. Afdelingerne bør de kommende år fokusere på at optimere statin-behandlingen, så LDL niveauet når under den fastsatte grænse jf. indikator 5. Der gøres opmærksom på, at data i indtastningsfladen kan tastes manuelt ind, baseret på patientens egne oplysninger ved den kliniske samtale. Det er vigtigt, at evt. ukorrekte oplysninger i DanHeart rettes, da indikatoren ellers vil sige noget om hvorvidt der er indløst en recept og ikke om patienten ved slutsamtalen tager statinerne.

Lige som for indikator 9, er der også for denne variabel en supplerende analyse baseret på receptregisteret. Det betyder, at der ikke er mulighed for "uoplyst". Lige som ved indikator 9 arbejdes der på at denne indikator udelukkende skal være registerbaseret, for at reducere den manuelle inddatering i databasen. Det kan forventes at der vil være et mindre fald i niveauet for indikatoren, da opgørelsesmetoden ændres. Styregruppen er opmærksom på at denne ændring kan have betydning for sammenligning af data mellem årsrapporter. Ligesom ved indikator 9 gør styregruppen opmærksom på, at der er op til 2 måneders forsinkelse på data i receptdatabasen.

Vurdering af indikatoren
Styregruppen finder denne indikator meget værdifuld i kvalitetsforbedringsarbejdet med hjerterehabiliteringsindsatser i Danmark. Styregruppen ønsker derfor ikke, at ændre hverken indikator eller standard.

Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Her redegøres kort for dels hjerterehabilitering og dels iskæmisk hjertesygdom, som er de to fokuspunkter for DHRD.

Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund.

Rehabilitering af hjertepatienter har som formål at forbedre patientens funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet, og gøre det muligt for hjertepatienten at vende tilbage til en tilfredsstillende rolle i samfundet.

Den samlede hjerterehabiliteringsindsats omfatter såvel non-farmakologiske interventioner som fx patientuddannelse og fysisk træning, som sikring af korrekt medicinsk behandling og medicinsk risikofaktorkontrol. Hjerterehabilitering er blevet opdelt i tre faser: Fase I: under indlæggelse, Fase II: ambulant hjerterehabilitering i sygehus- og kommunalt regi, samt Fase III: opfølgning og vedligeholdelse i primærsektoren. DHRD indsamler data på patienter med iskæmisk hjertesygdom der får rehabilitering i Fase II i sygehusregi og fra februar 2019 også i kommunalt regi.

Iskæmisk hjertesygdom er en fælles betegnelse for sygdomme i hjertet, der skyldes forsnævring af de årer, der forsyner hjertet med blod. Forsnævringerne kan blandt andet føre til smerter omkring hjertet, blodprop i hjertet og pludselig død.

Over 159.000 danskere lider af iskæmisk hjertesygdom, og der opstår over 18.000 nye tilfælde hvert år (tal fra 2015; kilde: HjerteTal, Hjerteforeningen). Der er en social skævhed i hvem der rammes, hvor lavtuddannede har en væsentligt højere risiko for at blive ramt end personer med en lang videregående uddannelse. Kvinder rammes generelt senere i livet end mænd. Forhøjet blodtryk og kolesteroltal, rygning, overvægt, et større indtag af alkohol og stillesiddende livsstil er risikofaktorer for at rammes af iskæmisk hjertesygdom.

Med DHRD er der i Danmark for første gang opsat kvalitetsindikatorer for hjerterehabilitering.

Datagrundlag

Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD) registrerer hjerterehabilitering i form af de ydelser der gives ved hjerterehabiliteringsafsnit i hospitalsregi. Alle patienter ≥ 18 år der modtager hjerterehabilitering i hospitalsregi, skal indberettes til DHRD. Ved implementeringen er populationen dog begrænset til patienter med iskæmisk hjertesygdom.

Alle hjerterehabiliteringsafsnit i hospitalsregi, der behandler ovenstående patienter, har indberetningspligt til DHRD. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har tidligere benytter et lokalt indtastningssystem, men er i 2018 begyndt at benytte databasens fælles indtastningsflade www.DanHeart.dk (I indikator 1a tilskrives patienterne rehabiliteringsafdeling ud fra bopæl, og ikke ud fra hvilken afdeling som har indberettet skemaerne til databasen; der har derfor også tidligere været registreret enkelte patientforløb for Bispebjerg og Frederiksberg Hospital under denne indikator).

Data til databasen indberettes via www.DanHeart.dk. Databasen udnytter eksisterende oplysninger i registre i den udstrækning det er muligt og kvalitetsmæssigt forsvarligt. Data til årsrapporten suppleres således med data fra Dansk Hjerteregister, Landspatientregistret (LPR), Det Centrale Personregister (CPR-registret) samt oplysninger om køb af receptpligtig medicin (Receptdatabasen). For mere information omkring indberetningen via www.DanHeart.dk siden databasens opstart henvises til afsnit vedrørende dette i appendiks.

Databasen er fra 1. februar 2019 godkendt til også at modtage data om hjerterehabilitering i kommunalt regi.

De enkelte skemaer som udfyldes via www.Danheart.dk registreres i databasen både hvis de gemmes og når de indleveres. For alle indikatorer, med undtagelse af indikator 1a, indgår udelukkende indleverede skemaer, som opfattes af databasen som færdigudfyldte og validerede. Der er indleveret i alt 4.496 slutskemaer for rehabiliteringssamtale med en dato i opgørelsesperioden for denne årsrapport. Herudover er der 121 gemte slutskemaer for rehabiliteringssamtale med en slutdato inden for denne opgørelsesperiode, som endnu ikke er indleveret og derfor ikke indgår. Slutteligt er der indleveret 540 slutskemaer efter at data til årsrapporten er trukket, og disse indgår således heller ikke.

Årsrapporten indeholder for anden gang data fra LPR3, det nye Landspatientregister, som blev udrullet i foråret 2019. Der indgår specifikt LPR-data i indikator 1a, de supplerende tabeller over registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret relateret til dimensioner af hjerterehabilitering samt opgørelsen af databasens dækningsgrad.

Styregruppens medlemmer

Formand
Kristian K. Thomsen, Ledende overlæge, Esbjerg Sygehus (Region Syddanmark)
Mette Bredsgaard, Leder af Sundhedscenter Viborg, Sundhedscenter Viborg - Viborg Kommune

Forretningsudvalg
Kirstine Lærum Sibilitz, Læge, ph.d., Rigshospitalet (Dokumentalist) (Dansk Cardiologisk Selskab (DCS))
Lotte Helmark, Forløbskoordinator, Sjællands Universitetshospital, Roskilde (Fagligt Selskab for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske sygeplejersker (FS K&T))
Lene Boye Hansen, Fysioterapeut, Gentofte Hospital (Danske Fysioterapeuter)
Sanne Møller Palner, Udviklingsfysioterapeut, Randers Kommune (Kommunerne i Region Midtjylland)

Øvrige styregruppemedlemmer
Dorrit Andersen, Sygeplejerske, Aarhus Universitetshospital (Fagligt Selskab for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske sygeplejersker (FS K&T))
Hanne K. Rasmusen, Overlæge, ph.d., Bispebjerg Hospital (Region Hovedstaden)
Thomas Sehested, Læge, Sjællands Universitetshospital Roskilde (Region Sjælland)
Ann Bovin, Sygehus Lillebælt, Vejle (Region Syddanmark)
Helle Kanstrup, Overlæge, Aarhus Universitetshospital (Region Midtjylland)
Peter Bisgaard Stæhr, Overlæge, ph.d., Regionshospital Nordjylland Hjørring (Region Nordjylland)
Bo Christensen, Professor, ph.d., praktiserende læge, Afdeling for Almen Medicin, Århus Universitet (Praktiserende Lægers Organisation (PLO))
Birgitte Møllegaard Bertelsen, Klinisk diætist, Fagligt selskab af Kliniske Diætister (Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD))
Trine Klindt, Klinisk Diætist, Kost og Ernæringsforbundet Diætister (Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD))
Birgitte Blume, Fysioterapeut, Master i idræt og velfærd, Sjællands Universitetshospital Roskilde (Danske Fysioterapeuter)
Annette Pedersen, Sygeplejerske, Kolding Sygehus – Sygehus Lillebælt (Dansk Sygeplejeselskab (DASYS)
Charlotte Glümer, Centerchef for diabetes, Sundheds og omsorgsforvaltningen, Sundhed og forebyggelse (Kommunerne i Region Hovedstaden)
Jannie Claudius Jakobsen, Konsulent, Analyseenheden Ålborg Sundhedscenter (Kommunerne i Region Nordjylland)
Jeanette Ryan Elbæk, Leder, Center for Sundhedsfremme, Varde Kommune (Kommunerne i Region Syddanmark)
Ulla Borup Hemmingsen, Rehabiliteringskoordinator, Vordingborg Kommune (Kommunerne i Region Sjælland)

Klinisk epidemiolog
Anders Damgaard Møller Schlünsen, cand.scient.san.publ., ph.d., RKKP

Datamanager
Carsten Agger, cand.scient., RKKP

Kvalitetskonsulent (RKKP)
Anne Nakano, cand.scient.san., ph.d., RKKP

Dataansvarlig myndighed (Region Midtjylland)
Anne Nakano, cand.scient.san., ph.d., RKKP

Appendiks

LÆSEVEJLEDNING

BEREGNINGSREGLER
Indikator 1a
Oversigt over fordeling af kommuner i forhold til hospitaler med rehabiliteringsfunktion
Oversigt over afdelinger inkluderet i rapporten som hjerteafdelinger

SUPPLERENDE ANALYSER
Indikator 1a

Demografi

REGISTREREDE UNDERSØGELSES- OG BEHANDLINGSKODER I LANDSPATIENTREGISTERET RELATERET TIL DIMENSIONER AF HJERTEREHABILITERING

DÆKNINGSGRAD

PUBLIKATIONER SOM ANVENDER DATA FRA DHRD

REGIONALE KOMMENTARER

STRUKTURRAPPORT 2021

Læsevejledning

I det følgende gives en vejledning i, hvorledes resultaterne i årsrapporten fra Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase skal læses.

Tabeller:
Tabellerne i rapporten omfatter resultater for de enkelte afdelinger, regioner og landsgennemsnittet. Nedenfor beskrives indholdet af tabellerne:

- **Standard:** Angiver den af styregruppen fastsatte standard for, hvor stor en andel (%) af det samlede antal patientforløb, der som minimum/højst må forventes at leve op til kravet relateret til den pågældende indikator. Et ">" foran procentværdien angiver, at indikatorværdien mindst må antage denne for at standarden er opfyldt.

- **Standard opfyldt? Ja/Nej:** Angiver, om standarden er opfyldt for afdelingen/regionen/landet. "Ja" indikerer, at afdelings-, regions- eller landsresultatet opfylder standarden. "Nej" betyder, at standarden ikke er opfyldt.

- **Tæller/nævner:** Angiver det samlede antal patienter (eller forløb), der indgår i tæller og nævner i beregningen af den pågældende indikatorværdi. For alle indikatorer gælder det, at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatoren, såfremt der for den relevante variabel i registreringsskemaet er angivet "uoplyst" dvs. at data mangler. Ligeledes ekskluderes patienter, hvor den pågældende aktivitet er bedømt "ikke relevant". Der vil derfor være forskel i antallet af patientforløb, som indgår i beregningen af de enkelte indikatorer.

- **Uoplyst:** Angiver antallet af indberetninger med manglende oplysninger til beregning af indikatoren. Andelen af det potentielle datagrundlag angives i procent i en parentes.

- **Andel patientkontakter(forløb), som opfylder kravet, % (95% CI):** Angiver den procentvise andel af det samlede antal patientkontakter eller -forløb, der lever op til kravet i relation til den pågældende indikator. For at få et indtryk af den statistiske usikkerhed ved bestemmelse af indikatorværdien er der anført et 95% sikkerhedsinterval (95% CI), som angiver, at den "sande" indikatorværdi med 95% sandsynlighed befinder sig inden for det opstillede interval. Sikkerhedsintervallets bredde afspejler med hvilken præcision, indikatorværdien er bestemt. Periodeangivelsen refererer til opgørelsesperiode.

Beregningsregler

Indikator 1a
For beregningen af de øvrige indikatorer henvises til teksten i relation til indikatortabellerne.

Patientpopulationen defineres som personer med dansk cpr.nr og bopæl i Danmark, på mindst 18 år, som er udskrevet i opgørelsesperioden fra en hjerteafdeling (se liste over disse på side 214) med nedenstående diagnoser, der indikerer henholdsvis akut koronart syndrom eller stabil iskæmisk hjertesygdom. Listen over inkluderede afdelinger gennemgås og korrigeres op til hver årsrapport. Patienterne må herudover ikke have kontakter med diagnoser for iskæmisk hjertesygdom som opfylder kriterierne nedenfor i en periode på 12 måneder før den aktuelle kontakt i opgørelsesperioden og skal ydermere være i live i mindst 14 dage efter udskrivelsen/proceduredatoen.

For indlagte patienter benyttes udskrivelsesdatoen til at afgøre hvilken opgørelsesperiode forløbet ligger i. Det er ligeledes udskrivelsesdatoen, der benyttes til at afgøre om patienten har haft et forløb inden for en periode på 365 dage inden denne - og dermed ekskluderes af opgørelsen. For ambulante patienter benyttes datoen for den udførte procedure.

Patienterne skal være i live (ikke registreret død i cpr-registeret) 14 dage efter udskrivelsen/proceduredatoen.

<u>Akut koronart syndrom</u>
Akut myokardieinfarkt:
Der medtages både aktions- og bidiagnoser. Der medtages kun patienter med akutte indlæggelser under diagnoserne:

- DI21* (Akut myokardieinfarkt)
- DI248* (Anden form for akut iskæmisk hjertesygdom)
- DI249* (Akut iskæmisk hjertesygdom UNS)
- DI240* (Koronartrombose uden infarkt)

Ustabil angina pectoris:
Der medtages kun aktionsdiagnoser. Der medtages også ambulante patienter og patienter indlagt elektivt, hvis de har en kombination af nedestående diagnoser og en relevant procedure:

- DI200* (Ustabil angina pectoris)

i kombination med én af nedenstående procedurer:

- CABG
- PCI
- *KAG* med signifikante stenoser på ét eller flere kar

<u>Stabil iskæmisk hjertesygdom</u>
Der medtages kun aktionsdiagnoser. Der medtages også ambulante patienter og patienter indlagt elektivt, hvis de har en kombination af nedestående diagnoser og en relevant procedure:

- DI20-DI25 Iskæmisk hjertesygdom (eksklusiv akut koronart syndrom som ovenfor defineret).

i kombination med én af nedenstående procedurer:

- CABG
- PCI

- *KAG* med signifikante stenoser på ét eller flere kar

Der er anvendt følgende SKS koder til identifikation af CABG og PCI i Landspatientregisteret:

CABG: KFNA, KFNB, KFNC, KFND, KFNE, KFNF, KFNH, KFNJ, KFNK, KFNW
PCI: KFNG00, KFNG02, KFNG02A, KFNG05, KFNG05A, KFNG10, KFNG12, KFNG20,KFNG22, KFNG30, KFNG40, KFNG96, KZFX01

KAG: Oplysninger vedr. KAG indhentes fra Dansk Hjerteregister. Patienter er kun medtaget, hvis der er angivet signifikante stenoser på mindst ét kar.

Patienterne tildeles afdeling med hjerterehabiliterende funktion ud fra bopælskommune. Oplysninger om patientens bopælskommune er indhentet fra Landspatientregisteret og afspejler bopælen på tidspunktet for den primære indlæggelse med iskæmisk hjertesygdom. I opgørelsen er der i de tilfælde, hvor en kommune ikke entydigt har tilhørt ét hospitals optageområde, foretaget en vurdering, og kommunen er blevet tilknyttet det hospital, som vurderes at dække størstedelen af kommunens indbyggere.
Da borgere i Københavns Kommunes dækkes af flere hospitaler med rehabiliteringsfunktion er oplysning om borgerens postnummer anvendt til at knytte personen til en afdeling med hjerterehabiliterende funktion.

På næste side findes en oversigt over fordelingen af kommuner/postnumre i forhold til hospitaler med rehabiliteringsfunktion.

Oversigt over fordeling af kommuner i forhold til hospitaler med rehabiliteringsfunktion

Region Hovedstaden	Kommunekode	Kommune
Amager Hospital	155	Dragør
	185	Tårnby
	101	Postnumre under Københavns Kommune
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	147	Frederiksberg
	101	Postnumre under Københavns Kommune
Bornholms Sygehus	400	Bornholm
	411	Christiansø
Gentofte Hospital	157	Gentofte
	173	Lyngby-Tårnbæk
	190	Furesø
	230	Rudersdal
	101	Postnumre under Københavns Kommune
Glostrup Hospital	165	Albertslund
	161	Glostrup
	169	Høje-Tåstrup
	183	Ishøj
	187	Vallensbæk
Herlev Hospital	151	Ballerup
	240	Egedal
	159	Gladsaxe
	163	Herlev
	175	Rødovre
	101	Postnumre under Københavns Kommune
Hvidovre Hospital	153	Brøndby
	167	Hvidovre
	101	Postnumre under Københavns Kommune
Nordsjællands Hospital, Frederikssund	250	Frederikssund
	260	Halsnæs (Frederiksværk-Hundested)
Nordsjællands Hospital, Hillerød	210	Fredensborg
	270	Gribskov
	217	Helsingør
	219	Hillerød
	223	Hørsholm
Rigshospitalet		Ingen tilknyttet kommune eller postnumre

Fordeling af postnumre i Københavns Kommune til hospitaler i Region Hovedstaden

1000-1499 København K – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
1500-1799 København V – Hvidovre Hospital
2100 København Ø – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
2150 Nordhavn – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
2200 København N – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
2300 København S – Amager Hospital
2400 København NV – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
2450 København SV – Hvidovre Hospital
2500 Valby – Hvidovre Hospital
2610 Rødovre – Hvidovre Hospital
2700 Brønshøj – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
2720 Vanløse – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
2770 Kastrup – Amager Hospital
2860 Søborg – Herlev Hospital
2900 Hellerup – Gentofte Hospital

Region Sjælland	Kommunekode	Kommune
Holbæk Sygehus	316	Holbæk
	326	Kalundborg
	350	Lejre
	306	Odsherred
Nykøbing F. Sygehus	376	Guldborgsund
	360	Lolland
	390	Vordingborg
Næstved Sygehus	370	Næstved
Sjællands Universitetshospital	253	Greve
	320	Faxe
	259	Køge
	265	Roskilde
	269	Solrød
	336	Stevns
Slagelse Sygehus	329	Ringsted
	330	Slagelse
	340	Sorø

Region Syddanmark	Kommunekode	Kommune
Kolding Sygehus	621	Kolding
	410	Middelfart
	607	Fredericia
OUH Odense Universitetshospital	461	Odense
	480	Nordfyn
OUH Svendborg Sygehus	479	Svendborg
	440	Kerteminde
	430	Midtfyn
	420	Assens
	482	Langeland
	492	Ærø
	450	Nyborg
Sydvestjysk Sygehus	561	Esbjerg
	573	Varde
	530	Billund
	563	Fanø
	575	Vejen
Sygehus Sønderjylland	510	Haderslev
	540	Sønderborg
	580	Aabenraa
	550	Tønder
Vejle Sygehus	630	Vejle

Region Midtjylland	Kommunekode	Kommune
Aarhus Universitetshospital	751	Aarhus
	741	Samsø
Hospitalsenhed Midt	791	Viborg
	779	Skive
	740	Silkeborg
Hospitalsenhed Vest	657	Herning
	756	Ikast-Brande
	661	Holstebro
	665	Lemvig
	760	Ringkøbing-Skjern
	671	Struer
Regionshospitalet Horsens	615	Horsens
	766	Hedensted
	746	Skanderborg
	727	Odder
Regionshospitalet Randers	706	Syddjurs
	707	Norddjurs
	710	Favrskov
	730	Randers

Region Nordjylland	Kommunekode	Kommune
Aalborg Universitetshospital, Hobro	846	Mariager
	840	Rebild
	820	Vesthimmerland
Aalborg Universitetshospital, Syd	851	Ålborg
Aalborg Universitetshospital, Thisted	787	Thisted
	773	Morsø
	849	Jammerbugt
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	813	Frederikshavn
	810	Brønderslev
	860	Hjørring
	825	Læsø

Oversigt over afdelinger inkluderet i rapporten som hjerteafdelinger
Nedenstående tabel er en oversigt over afdelinger i Landspatientregisteret, som i forhold til Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase er identificeret som hjerteafdelinger der behandler primære events. Listen opdateres årligt i forbindelse med årsrapportens udarbejdelse. Bemærk: Der indgår også historiske afdelinger af hensyn til genberegning af data tilbage i tid. Sygehusnavn, afdelingsnavn og sygehus-afdelingskoder ifølge SHAK (sygehus-afdelingsklassifikation) på det tidspunkt afdelingen blev inkluderet.

Region	Sygehusnavn	Afdelings-kode	Afdelingsnavn
Region Hovedstaden	Amager Hospital	1351050	Kardiologisk Klinik
Region Hovedstaden	Amager Hospital	1351059	Kardiologisk Amb.
Region Hovedstaden	Amager og Hvidovre Hospital	1330322	Kardiologisk Klinik, AMH
Region Hovedstaden	Amager og Hvidovre Hospital	133032K	Kardiologisk Ambulatorium
Region Hovedstaden	Amager og Hvidovre Hospital	1330527	Hjerterehabilitering
Region Hovedstaden	Amager og Hvidovre Hospital	133052K	Hjertemedicinsk Ambulatorium
Region Hovedstaden	Amager og Hvidovre Hospital	133052M	Hjertemedicinsk Sengeafdeling
Region Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	1309380	Kardiologisk Afd. Y
Region Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	1309382	Hjerteafdelingen Sengeafd.,FRH
Region Hovedstaden	Bispebjerg Hospital	1309389	Kardiologisk Amb. Y
Region Hovedstaden	Bispebjerg Hospital,	1309385	Hjerteafdelingen, Amb., FRH
Region Hovedstaden	Bornholms Hospital	4001030	Med. Sengeafs.
Region Hovedstaden	Bornholms Hospital	4001039	Med. Amb.
Region Hovedstaden	Frederiksberg Hospital	1401293	Coronar Med. Senge
Region Hovedstaden	Frederiksberg Hospital	1401294	Endo.- Kard. Med Senge
Region Hovedstaden	Gentofte Hospital	1501031	Hjertemed. Afd. P
Region Hovedstaden	Gentofte Hospital	1501039	Hjertemed. Klinik Pa
Region Hovedstaden	Glostrup Hospital	1502061	Med. Afd. M
Region Hovedstaden	Glostrup Hospital	1502069	Med. Amb. Ma
Region Hovedstaden	Glostrup Hospital	150206H	Med. kardiologisk amb. MAK
Region Hovedstaden	Herlev Hospital	1516310	Kardiologisk Afd. S
Region Hovedstaden	Gentofte Hospital	1516311	Kardiologisk afdeling S
Region Hovedstaden	Herlev og Gentofte Hospital	1516316	PACEMAKERKLINIK SA, GE

Region Hovedstaden	Herlev og Gentofte Hospital	1516317	HJERTEMEDICINSK KLINIK SA, GE
Region Hovedstaden	Herlev Hospital	1516319	Kardiologisk Amb. Sa
Region Hovedstaden	Hospitalerne i Nordsjælland	2000271	Hi Kard-Nefro-Endo Afd., Senge
Region Hovedstaden	Hospitalerne i Nordsjælland	2000273	HI Kard-Nefro-Endo Overafd.
Region Hovedstaden	Hospitalerne i Nordsjælland	2000541	Hl Med. Afd., Senge
Region Hovedstaden	Hospitalerne i Nordsjælland	200027A	Hi Kardiologisk Afd., Amb.
Region Hovedstaden	Hospitalerne i Nordsjælland	200027C	Hi Nefrologisk Afd., Amb.
Region Hovedstaden	Hospitalerne i Nordsjælland	200027D	FS Kardiologisk Afd., amb.
Region Hovedstaden	Hospitalerne i Nordsjælland	200027F	SH Kardiologisk Afd., amb.
Region Hovedstaden	Hospitalerne i Nordsjælland	200054A	Hl Med. Afd., Amb.
Region Hovedstaden	Hvidovre Hospital	1330520	Hjerte- Og Lungemed. Sengeafsn.
Region Hovedstaden	Hvidovre Hospital	1330521	Hjerte- Og Lungemed. Sengeafsn.
Region Hovedstaden	Hvidovre Hospital	1330526	Hjerteinsufficiensklinik
Region Hovedstaden	Hvidovre Hospital	1330529	Kardiologisk Amb.
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	1301031	Hjertemed. Klinik B, Heldøgn
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	1301033	Hjertemed. Klinik B, kardiologisk laboratorium
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	1301039	Hjertemed. Klinik B, Amb.
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	1301341	Thoraxkirurgisk Klinik RT, heldøgn
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	1301349	Thoraxkirurgisk klinik RT, ambulatorium
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	130185H	Med. kardiologisk amb. GLO
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	1301851	Medicinsk sengeafd., MG GLO
Region Midtjylland	Hospitalsenhed Midt	6630141	Hjertemedicinsk Afdeling
Region Midtjylland	Hospitalsenhed Midt	6630149	Hjertemedicinsk Ambulatorium Viborg
Region Midtjylland	Hospitalsenhed Midt	6630301	Med. Sengeafd. Silkeborg
Region Midtjylland	Hospitalsenhed Midt	663030A	Hjertemedicinsk Ambulatorium Silkeborg
Region Midtjylland	Hospitalsenheden Horsens	6006040	Med. Afd., Hors.
Region Midtjylland	Hospitalsenheden Horsens	6006047	Med. Kardiologisk Amb. - Heh
Region Midtjylland	Hospitalsenheden Horsens	6006049	Med. Amb. - Heh
Region Midtjylland	Hospitalsenheden Vest	665030A	Hjerteklinikken
Region Midtjylland	Hospitalsenheden Vest	6650301	Hjerteafsnit
Region Midtjylland	Hospitalsenheden Vest	6650331	Med.E Senge Holstebro

Region Midtjylland	Hospitalsenheden Vest	6650332	Med.E Senge Herning
Region Midtjylland	Hospitalsenheden Vest	665033H	Hjertemed. Amb.
Region Midtjylland	Hospitalsenheden Vest	665033T	Med. Amb. Ringkøbing
Region Midtjylland	Regionshospitalet Randers	7005051	Med. Afd. M - Randers
Region Midtjylland	Regionshospitalet Randers	7005053	Med. Ambulatorie M - Grenaa
Region Midtjylland	Regionshospitalet Randers	7005055	Hjerteklinik - Randers
Region Midtjylland	Regionshospitalet Randers	7005059	Fælles Med. Ambulatorie M - Randers
Region Midtjylland	Regionshospitalet Randers	700505A	Lungeklinik - Randers
Region Midtjylland	Regionshospitalet Randers	700505E	Akut Hjerteklinik - Randers
Region Midtjylland	Regionshospitalet Silkeborg	7002051	Med. Afd.
Region Midtjylland	Regionshospitalet Silkeborg	7002057	Med. Amb.
Region Midtjylland	Regionshospitalet Viborg, Skive	7601041	Med. Afd., Viborg
Region Midtjylland	Regionshospitalet Viborg, Skive	7601047	Med. Amb., Skive
Region Midtjylland	Regionshospitalet Viborg, Skive	7601049	Med. Amb., Viborg
Region Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	6620021	Hjertemed. Afd. B, Skejby
Region Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	6620022	Hjertemedicinsk Overafd. B
Region Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	6620023	Hjertemed. Afd. B, Thg
Region Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	6620026	Hjertemed. Amb. B, Thg
Region Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	6620029	Hjertemed. Amb. B, Skejby
Region Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	6620261	Hjerte- Lunge- Karkir.Overafd. T
Region Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	6620269	Hjerte- Lunge- Karkir.Overafd. T, amb.
Region Nordjylland	Sygehus Himmerland	8005031	Far Med. Afd.
Region Nordjylland	Sygehus Himmerland	8005032	Hob Med. Afd.
Region Nordjylland	Sygehus Thy - Mors	7603041	Thy Med. Sengeafd.
Region Nordjylland	Sygehus Thy - Mors	7603049	Thy Med. Amb. (Overafd.)
Region Nordjylland	Sygehus Vendsyssel	8003201	Hjr Med. Sengeafsn.
Region Nordjylland	Sygehus Vendsyssel	8003202	Frh Med. Sengeafd.
Region Nordjylland	Sygehus Vendsyssel	8003207	Frh Med. Amb.
Region Nordjylland	Sygehus Vendsyssel	8003209	Hjr Med. Amb.
Region Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	8001031	Alb Kardiologisk Afd.
Region Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	8001036	Alb Kardiologisk Dagafd.
Region Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	8001039	Alb Kardiologisk Amb.
Region Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	8001271	Alb Hjerte-lungekirurgisk afd
Region Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	8001481	Dro Med. Afd.
Region Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	8001489	Dro Med. Amb.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800A10	Ros Kardiologisk Afd.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800A11	ROS Kardiologisk Afd., Køge
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800A1D	Ros Kardiologisk Amb.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800A1E	Ros Kardiologisk Lab.

Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800A1F	ROS Kardiologisk Amb., Køge
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800D00	Koe Med. Afd.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800D0K	Koe Kardiologisk Amb.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800H02	Hol Kardiologisk Afd.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800H0K	HOL Kardiologisk Amb.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800N00	Nae Med. Afd.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800N02	NAE Medicin. Kardiologisk afd
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800N0D	Nae Med. Amb.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800N0K	Nae Kardiologisk Amb.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800R00	Sla Med. Afd.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800R02	Sla Kardiologisk Afd.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800R0K	Sla Kardiologisk Amb.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800R20	SLA Kardiologisk Afd.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800R2D	SLA Kardiologisk Amb.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800R2M	NAE Kardiologisk Amb.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800V00	Nfs Med. Afd.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800V0K	Nfs Kardiologisk Amb.
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	3800V0Q	Nfs Med. Amb. Nakskov
Region Syddanmark	Fredericia og Kolding Sygehuse	6007050	Med. Afd., Kolding
Region Syddanmark	Fredericia og Kolding Sygehuse	6007059	Med. Amb., Kolding
Region Syddanmark	Fredericia og Kolding Sygehuse	6007200	Med. Afd., Fred.
Region Syddanmark	Fredericia og Kolding Sygehuse	6007209	Med. Amb., Fred.
Region Syddanmark	Friklinikken Region Syddanmark (Give)	6013026	Hjertemedicinsk Ambulatorium
Region Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	4202020	Hjertemed. Afd. B
Region Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	4202029	Hjertemed. Amb.
Region Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	4202270	Hjerte-,Lunge- og Karkirurgisk Afdeling
Region Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	4202279	Hjerte-,Lunge- og Karkirurgisk Ambulatorium T
Region Syddanmark	OUH Svendborg Sygehus	4202730	OUH Medicinsk Afd. (Svendborg)

Region Syddanmark	OUH Svendborg Sygehus	4212031	Med. Afd., Sgh. Fyn
Region Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus	5501052	Svs Kardiologisk Afsn. (Esbjerg)
Region Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus	5501452	Svs Kardiologisk Afsn. (Grindsted)
Region Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus	550105K	SVS Kardiologisk ambulatorium (Esbjerg)
Region Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus	550122B	SVS FAM Kardiologisk afsnit (Esbjerg)
Region Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus	550145K	Svs Kardiologisk Amb. (Grindsted)
Region Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Haderslev	5000507	SHS Hjertemedicinsk Klinik Ambulatorier
Region Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	5000509	SHS Hjertemedicinsk Klinik Ambulatorier
Region Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Haderslev	5002030	Med. Afd.
Region Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Haderslev	5002031	Kardiologisk Afsn.
Region Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Haderslev	5002037	Kardiologisk Lab.
Region Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	5000500	SHS Hjertemedicinsk Klinik
Region Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	5000501	SHS Hjertemedicinsk Klinik, Aabenraa
Region Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	5001050	Med. Afd. M
Region Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	500105E	Hjertemed. Amb.
Region Syddanmark	Kolding Sygehus	600721B	SLB FAM Hjertesygdomme (Kolding)
Region Syddanmark	Vejle Sygehus	6008310	Hjertemed. Afd.
Region Syddanmark	Vejle Sygehus	6008311	SLB Hjertemedicinsk Afsnit (Kolding)
Region Syddanmark	Vejle Sygehus	6008319	Hjertemed. Amb.
Region Syddanmark	Vejle Sygehus	600831F	SLB Hjertemedicinsk Ambulatorium (Fredericia)
Region Syddanmark	Vejle Sygehus	600831K	SLB Hjertemedicinsk Ambulatorium (Kolding)

Supplerende analyser

Indikator 1a

Indikator 1aq. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom der deltager i hjerterehabilitering, på sygehuset (Vist på kommuneniveau)

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Danmark		5.503 / 11.714	0 (0)	47,0	(46,1-47,9)	5.715 / 11.913	48,0
Hovedstaden		1.343 / 2.906	0 (0)	46,2	(44,4-48,1)	1.232 / 3.173	38,8
Sjælland		772 / 2.002	0 (0)	38,6	(36,4-40,7)	878 / 2.058	42,7
Syddanmark		1.482 / 2.705	0 (0)	54,8	(52,9-56,7)	1.623 / 2.689	60,4
Midtjylland		1.459 / 2.700	0 (0)	54,0	(52,1-55,9)	1.473 / 2.676	55,0
Nordjylland		447 / 1.401	0 (0)	31,9	(29,5-34,4)	509 / 1.317	38,7
Hovedstaden		1.343 / 2.906	0 (0)	46,2	(44,4-48,1)	1.232 / 3.173	38,8
Albertslund		30 / 63	0 (0)	47,6	(34,9-60,6)	6 / 54	11,1
Allerød		27 / 50	0 (0)	54,0	(39,3-68,2)	32 / 47	68,1
Ballerup		25 / 81	0 (0)	30,9	(21,1-42,1)	22 / 98	22,5
Bornholms Region		45 / 123	0 (0)	36,6	(28,1-45,8)	64 / 145	44,1
Brøndby		44 / 73	0 (0)	60,3	(48,1-71,6)	31 / 65	47,7
Dragør		11 / 25	0 (0)	44,0	(24,4-65,1)	8 / 27	29,6
Egedal		37 / 81	0 (0)	45,7	(34,6-57,1)	27 / 89	30,3
Fredensborg		33 / 64	0 (0)	51,6	(38,7-64,3)	56 / 99	56,6
Frederiksberg		50 / 129	0 (0)	38,8	(30,3-47,7)	50 / 150	33,3
Frederikssund		69 / 117	0 (0)	59,0	(49,5-68,0)	86 / 146	58,9
Furesø		38 / 87	0 (0)	43,7	(33,1-54,7)	23 / 62	37,1
Gentofte		58 / 106	0 (0)	54,7	(44,8-64,4)	44 / 110	40,0
Gladsaxe		30 / 90	0 (0)	33,3	(23,7-44,1)	29 / 111	26,1
Glostrup		10 / 27	0 (0)	37,0	(19,4-57,6)	3 / 48	6,3
Gribskov		71 / 111	0 (0)	64,0	(54,3-72,9)	73 / 131	55,7
Halsnæs		43 / 83	0 (0)	51,8	(40,6-62,9)	57 / 96	59,4
Helsingør		79 / 148	0 (0)	53,4	(45,0-61,6)	56 / 149	37,6
Herlev		14 / 47	0 (0)	29,8	(17,3-44,9)	9 / 50	18,0
Hillerød		62 / 100	0 (0)	62,0	(51,8-71,5)	56 / 109	51,4
Hvidovre		67 / 112	0 (0)	59,8	(50,1-69,0)	70 / 112	62,5
Høje-Taastrup		34 / 86	0 (0)	39,5	(29,2-50,7)	13 / 98	13,3
Hørsholm		26 / 46	0 (0)	56,5	(41,1-71,1)	21 / 55	38,2
Ishøj		18 / 41	0 (0)	43,9	(28,5-60,3)	7 / 40	17,5
København		286 / 670	0 (0)	42,7	(38,9-46,5)	276 / 729	37,9

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Lyngby-Tårbæk		28 / 65	0 (0)	43,1	(30,9-56,0)	24 / 48	50,0
Rudersdal		42 / 95	0 (0)	44,2	(34,0-54,8)	35 / 109	32,1
Rødovre		32 / 81	0 (0)	39,5	(28,8-51,0)	11 / 76	14,5
Tårnby		29 / 82	0 (0)	35,4	(25,1-46,7)	41 / 92	44,6
Vallensbæk		5 / 23	0 (0)	21,7	(7,5-43,7)	# / #	7,1
Sjælland		772 / 2.002	0 (0)	38,6	(36,4-40,7)	878 / 2.058	42,7
Faxe		37 / 89	0 (0)	41,6	(31,2-52,5)	46 / 107	43,0
Greve		54 / 97	0 (0)	55,7	(45,2-65,8)	45 / 118	38,1
Guldborgsund		50 / 182	0 (0)	27,5	(21,1-34,6)	68 / 172	39,5
Holbæk		87 / 170	0 (0)	51,2	(43,4-58,9)	86 / 157	54,8
Kalundborg		56 / 109	0 (0)	51,4	(41,6-61,1)	61 / 124	49,2
Køge		48 / 118	0 (0)	40,7	(31,7-50,1)	52 / 130	40,0
Lejre		27 / 57	0 (0)	47,4	(34,0-61,0)	32 / 64	50,0
Lolland		41 / 149	0 (0)	27,5	(20,5-35,4)	46 / 135	34,1
Næstved		67 / 213	0 (0)	31,5	(25,3-38,2)	99 / 228	43,4
Odsherred		56 / 107	0 (0)	52,3	(42,5-62,1)	55 / 109	50,5
Ringsted		15 / 66	0 (0)	22,7	(13,3-34,7)	33 / 69	47,8
Roskilde		74 / 158	0 (0)	46,8	(38,9-54,9)	61 / 154	39,6
Slagelse		49 / 202	0 (0)	24,3	(18,5-30,8)	98 / 207	47,3
Solrød		26 / 49	0 (0)	53,1	(38,3-67,5)	12 / 33	36,4
Sorø		20 / 63	0 (0)	31,8	(20,6-44,7)	23 / 50	46,0
Stevns		23 / 48	0 (0)	47,9	(33,3-62,8)	22 / 56	39,3
Vordingborg		42 / 125	0 (0)	33,6	(25,4-42,6)	39 / 145	26,9
Syddanmark		1.482 / 2.705	0 (0)	54,8	(52,9-56,7)	1.623 / 2.689	60,4
Aabenraa		99 / 142	0 (0)	69,7	(61,5-77,1)	90 / 142	63,4
Assens		37 / 94	0 (0)	39,4	(29,4-50,0)	51 / 109	46,8
Billund		41 / 70	0 (0)	58,6	(46,2-70,2)	42 / 68	61,8
Esbjerg		154 / 252	0 (0)	61,1	(54,8-67,2)	188 / 278	67,6
Faaborg-Midtfyn		30 / 115	0 (0)	26,1	(18,3-35,1)	39 / 94	41,5
Fanø		5 / 9	0 (0)	55,6	(21,2-86,3)	7 / 9	77,8
Fredericia		71 / 133	0 (0)	53,4	(44,5-62,1)	80 / 146	54,8
Haderslev		73 / 114	0 (0)	64,0	(54,5-72,8)	73 / 117	62,4
Kerteminde		12 / 47	0 (0)	25,5	(13,9-40,4)	27 / 56	48,2

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Kolding		115 / 198	0 (0)	58,1	(50,9-65,0)	113 / 200	56,5
Langeland		14 / 33	0 (0)	42,4	(25,5-60,8)	18 / 37	48,7
Middelfart		39 / 86	0 (0)	45,4	(34,6-56,5)	56 / 98	57,1
Nordfyns		30 / 63	0 (0)	47,6	(34,9-60,6)	43 / 72	59,7
Nyborg		30 / 86	0 (0)	34,9	(24,9-45,9)	26 / 51	51,0
Odense		187 / 342	0 (0)	54,7	(49,2-60,0)	187 / 327	57,2
Svendborg		56 / 155	0 (0)	36,1	(28,6-44,2)	70 / 119	58,8
Sønderborg		136 / 176	0 (0)	77,3	(70,4-83,2)	118 / 165	71,5
Tønder		66 / 85	0 (0)	77,7	(67,3-86,0)	52 / 85	61,2
Varde		81 / 129	0 (0)	62,8	(53,8-71,1)	72 / 106	67,9
Vejen		56 / 91	0 (0)	61,5	(50,8-71,6)	63 / 116	54,3
Vejle		146 / 273	0 (0)	53,5	(47,4-59,5)	204 / 283	72,1
Ærø		4 / 12	0 (0)	33,3	(9,9-65,1)	4 / 11	36,4
Midtjylland		1.459 / 2.700	0 (0)	54,0	(52,1-55,9)	1.473 / 2.676	55,0
Favrskov		46 / 107	0 (0)	43,0	(33,5-52,9)	26 / 99	26,3
Hedensted		66 / 103	0 (0)	64,1	(54,0-73,3)	65 / 111	58,6
Herning		118 / 199	0 (0)	59,3	(52,1-66,2)	126 / 195	64,6
Holstebro		68 / 110	0 (0)	61,8	(52,1-70,9)	81 / 146	55,5
Horsens		117 / 187	0 (0)	62,6	(55,2-69,5)	122 / 177	68,9
Ikast-Brande		41 / 77	0 (0)	53,3	(41,5-64,7)	60 / 101	59,4
Lemvig		31 / 61	0 (0)	50,8	(37,7-63,9)	35 / 54	64,8
Norddjurs		56 / 120	0 (0)	46,7	(37,5-56,0)	23 / 83	27,7
Odder		33 / 57	0 (0)	57,9	(44,1-70,9)	35 / 51	68,6
Randers		104 / 215	0 (0)	48,4	(41,5-55,3)	61 / 227	26,9
Ringkøbing-Skjern		73 / 135	0 (0)	54,1	(45,3-62,7)	87 / 141	61,7
Samsø		3 / 8	0 (0)	37,5	(8,5-75,5)	3 / 3	100,0
Silkeborg		126 / 211	0 (0)	59,7	(52,8-66,4)	132 / 207	63,8
Skanderborg		69 / 107	0 (0)	64,5	(54,7-73,5)	71 / 112	63,4
Skive		42 / 104	0 (0)	40,4	(30,9-50,5)	68 / 125	54,4
Struer		34 / 62	0 (0)	54,8	(41,7-67,5)	24 / 53	45,3
Syddjurs		57 / 126	0 (0)	45,2	(36,4-54,4)	31 / 112	27,7
Viborg		95 / 217	0 (0)	43,8	(37,1-50,7)	132 / 231	57,1
Århus		280 / 494	0 (0)	56,7	(52,2-61,1)	291 / 448	65,0

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Nordjylland		447 / 1.401	0 (0)	31,9	(29,5-34,4)	509 / 1.317	38,7
Aalborg		25 / 403	0 (0)	6,2	(4,1-9,0)	84 / 413	20,3
Brønderslev-Dronninglund		52 / 89	0 (0)	58,4	(47,5-68,8)	45 / 73	61,6
Frederikshavn		102 / 182	0 (0)	56,0	(48,5-63,4)	80 / 150	53,3
Hjørring		89 / 176	0 (0)	50,6	(42,9-58,2)	80 / 157	51,0
Jammerbugt		56 / 102	0 (0)	54,9	(44,7-64,8)	41 / 75	54,7
Læsø		# / #	0 (0)	33,3	(0,8-90,6)	3 / 6	50,0
Mariagerfjord		6 / 112	0 (0)	5,4	(2,0-11,3)	23 / 109	21,1
Morsø		22 / 41	0 (0)	53,7	(37,4-69,3)	40 / 55	72,7
Rebild		4 / 72	0 (0)	5,6	(1,5-13,6)	14 / 60	23,3
Thisted		83 / 131	0 (0)	63,4	(54,5-71,6)	84 / 126	66,7
Vesthimmerlands		7 / 90	0 (0)	7,8	(3,2-15,4)	15 / 93	16,1

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Indikator 1ax. Andel af patienter der deltager i hjerterehabilitering blandt patienter med iskæmisk hjertesygdom (AKS)

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Danmark		3.499 / 7.414	0 (0)	47,2	(46,1-48,3)	3.580 / 7.447	48,1
Hovedstaden		928 / 2.023	0 (0)	45,9	(43,7-48,1)	802 / 2.091	38,4
Sjælland		547 / 1.504	0 (0)	36,4	(33,9-38,9)	628 / 1.497	42,0
Syddanmark		867 / 1.525	0 (0)	56,9	(54,3-59,4)	911 / 1.446	63,0
Midtjylland		907 / 1.634	0 (0)	55,5	(53,1-57,9)	924 / 1.691	54,6
Nordjylland		250 / 728	0 (0)	34,3	(30,9-37,9)	315 / 722	43,6
Hovedstaden		928 / 2.023	0 (0)	45,9	(43,7-48,1)	802 / 2.091	38,4
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg		147 / 336	0 (0)	43,8	(38,4-49,2)	105 / 321	32,7
Bornholms Hospital		31 / 92	0 (0)	33,7	(24,2-44,3)	42 / 100	42,0
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte		109 / 245	0 (0)	44,5	(38,2-51,0)	75 / 202	37,1
Herlev/Gentofte hospital, Herlev		69 / 201	0 (0)	34,3	(27,8-41,3)	54 / 226	23,9
Hvidovre/Amager Hospital, Amager		62 / 194	0 (0)	32,0	(25,5-39,0)	77 / 196	39,3
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre		162 / 306	0 (0)	52,9	(47,2-58,6)	113 / 288	39,2
Nordsjællands Hospital, Frederikssund		78 / 135	0 (0)	57,8	(49,0-66,2)	106 / 179	59,2
Nordsjællands Hospital, Hillerød		207 / 359	0 (0)	57,7	(52,4-62,8)	218 / 432	50,5
Rigshospitalet, Glostrup		63 / 155	0 (0)	40,7	(32,8-48,8)	12 / 147	8,2
Sjælland		547 / 1.504	0 (0)	36,4	(33,9-38,9)	628 / 1.497	42,0
Holbæk Sygehus		175 / 346	0 (0)	50,6	(45,2-56,0)	163 / 333	49,0
Nykøbing F Sygehus		93 / 334	0 (0)	27,8	(23,1-33,0)	119 / 328	36,3
Næstved Sygehus		42 / 158	0 (0)	26,6	(19,9-34,2)	71 / 164	43,3
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		180 / 404	0 (0)	44,6	(39,6-49,6)	166 / 433	38,3
Slagelse Sygehus		57 / 262	0 (0)	21,8	(16,9-27,3)	109 / 239	45,6
Syddanmark		867 / 1.525	0 (0)	56,9	(54,3-59,4)	911 / 1.446	63,0
Odense Universitetshospital, Odense		129 / 223	0 (0)	57,9	(51,1-64,4)	124 / 201	61,7

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg		127 / 352	0 (0)	36,1	(31,1-41,3)	168 / 307	54,7
Sydvestjysk Sygehus		193 / 285	0 (0)	67,7	(62,0-73,1)	219 / 295	74,2
Sygehus Lillebælt, Vejle		207 / 380	0 (0)	54,5	(49,3-59,6)	216 / 364	59,3
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg		211 / 285	0 (0)	74,0	(68,5-79,0)	184 / 279	66,0
Midtjylland		907 / 1.634	0 (0)	55,5	(53,1-57,9)	924 / 1.691	54,6
Aarhus Universitetshospital		176 / 305	0 (0)	57,7	(51,9-63,3)	163 / 247	66,0
HE Midt, Silkeborg		69 / 132	0 (0)	52,3	(43,4-61,0)	80 / 123	65,0
HE Midt, Viborg/Skive		76 / 206	0 (0)	36,9	(30,3-43,9)	127 / 235	54,0
Hospitalsenheden Vest		201 / 370	0 (0)	54,3	(49,1-59,5)	267 / 446	59,9
Regionshospitalet Horsens		198 / 277	0 (0)	71,5	(65,8-76,7)	194 / 283	68,6
Regionshospitalet Randers		187 / 344	0 (0)	54,4	(48,9-59,7)	93 / 357	26,1
Nordjylland		250 / 728	0 (0)	34,3	(30,9-37,9)	315 / 722	43,6
Aalborg Universitetshospital, Hobro		14 / 132	0 (0)	10,6	(5,9-17,2)	44 / 149	29,5
Aalborg Universitetshospital, Syd		23 / 205	0 (0)	11,2	(7,3-16,4)	69 / 220	31,4
Regionshospital Nordjylland, Hjørring		138 / 259	0 (0)	53,3	(47,0-59,5)	117 / 226	51,8
Aalborg Universitetshospital, Thisted		75 / 132	0 (0)	56,8	(47,9-65,4)	85 / 127	66,9

Indikator 1ay. Andel af patienter der deltager i hjerterehabilitering blandt patienter med iskæmisk hjertesygdom (stabil IHS)

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Danmark		2.004 / 4.300	0 (0)	46,6	(45,1-48,1)	2.135 / 4.466	47,8
Hovedstaden		415 / 883	0 (0)	47,0	(43,7-50,4)	430 / 1.082	39,7
Sjælland		225 / 498	0 (0)	45,2	(40,8-49,7)	250 / 561	44,6
Syddanmark		615 / 1.180	0 (0)	52,1	(49,2-55,0)	712 / 1.243	57,3
Midtjylland		552 / 1.066	0 (0)	51,8	(48,7-54,8)	549 / 985	55,7
Nordjylland		197 / 673	0 (0)	29,3	(25,9-32,9)	194 / 595	32,6
Hovedstaden		415 / 883	0 (0)	47,0	(43,7-50,4)	430 / 1.082	39,7
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg		65 / 165	0 (0)	39,4	(31,9-47,3)	81 / 240	33,8
Bornholms Hospital		14 / 31	0 (0)	45,2	(27,3-64,0)	22 / 45	48,9
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte		61 / 116	0 (0)	52,6	(43,1-61,9)	51 / 130	39,2
Herlev/Gentofte hospital, Herlev		37 / 98	0 (0)	37,8	(28,2-48,1)	33 / 123	26,8
Hvidovre/Amager Hospital, Amager		18 / 60	0 (0)	30,0	(18,9-43,2)	33 / 77	42,9
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre		72 / 133	0 (0)	54,1	(45,3-62,8)	81 / 176	46,0
Nordsjællands Hospital, Frederikssund		34 / 65	0 (0)	52,3	(39,5-64,9)	37 / 63	58,7
Nordsjællands Hospital, Hillerød		91 / 160	0 (0)	56,9	(48,8-64,7)	76 / 158	48,1
Rigshospitalet, Glostrup		23 / 55	0 (0)	41,8	(28,7-55,9)	16 / 70	22,9
Sjælland		225 / 498	0 (0)	45,2	(40,8-49,7)	250 / 561	44,6
Holbæk Sygehus		51 / 97	0 (0)	52,6	(42,2-62,8)	71 / 121	58,7
Nykøbing F Sygehus		40 / 122	0 (0)	32,8	(24,6-41,9)	34 / 124	27,4
Næstved Sygehus		25 / 55	0 (0)	45,5	(32,0-59,5)	28 / 64	43,8
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		82 / 155	0 (0)	52,9	(44,7-61,0)	72 / 165	43,6
Slagelse Sygehus		27 / 69	0 (0)	39,1	(27,6-51,6)	45 / 87	51,7
Syddanmark		615 / 1.180	0 (0)	52,1	(49,2-55,0)	712 / 1.243	57,3
Odense Universitetshospital, Odense		88 / 182	0 (0)	48,4	(40,9-55,9)	106 / 198	53,5

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Odense Universitetshospital, Svendborg		56 / 190	0 (0)	29,5	(23,1-36,5)	67 / 170	39,4
Sydvestjysk Sygehus		144 / 266	0 (0)	54,1	(47,9-60,2)	153 / 282	54,3
Sygehus Lillebælt, Vejle		164 / 310	0 (0)	52,9	(47,2-58,6)	237 / 363	65,3
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg		163 / 232	0 (0)	70,3	(63,9-76,1)	149 / 230	64,8
Midtjylland		552 / 1.066	0 (0)	51,8	(48,7-54,8)	549 / 985	55,7
Aarhus Universitetshospital		107 / 197	0 (0)	54,3	(47,1-61,4)	131 / 204	64,2
HE Midt, Silkeborg		57 / 79	0 (0)	72,2	(60,9-81,7)	52 / 84	61,9
HE Midt, Viborg/Skive		61 / 115	0 (0)	53,0	(43,5-62,4)	73 / 121	60,3
Hospitalsenheden Vest		164 / 274	0 (0)	59,9	(53,8-65,7)	146 / 244	59,8
Regionshospitalet Horsens		87 / 177	0 (0)	49,2	(41,6-56,8)	99 / 168	58,9
Regionshospitalet Randers		76 / 224	0 (0)	33,9	(27,8-40,5)	48 / 164	29,3
Nordjylland		197 / 673	0 (0)	29,3	(25,9-32,9)	194 / 595	32,6
Aalborg Universitetshospital, Hobro		3 / 142	0 (0)	2,1	(0,4-6,1)	8 / 113	7,1
Aalborg Universitetshospital, Syd		# / #	0 (0)	1,0	(0,1-3,6)	15 / 193	7,8
Regionshospital Nordjylland, Hjørring		106 / 191	0 (0)	55,5	(48,2-62,7)	91 / 160	56,9
Aalborg Universitetshospital, Thisted		86 / 142	0 (0)	60,6	(52,0-68,7)	80 / 129	62,0

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Indikator 1ar. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom der deltager i hjerterehabilitering, på sygehuset eller i kommunen (uden KAG)

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Danmark		5.767 / 10.642	0 (0)	54,2	(53,2-55,1)	5.959 / 10.764	55,4
Hovedstaden		1.310 / 2.671	0 (0)	49,1	(47,1-51,0)	1.178 / 2.880	40,9
Sjælland		864 / 1.897	0 (0)	45,6	(43,3-47,8)	956 / 1.934	49,4
Syddanmark		1.445 / 2.370	0 (0)	61,0	(59,0-62,9)	1.549 / 2.287	67,7
Midtjylland		1.702 / 2.412	0 (0)	70,6	(68,7-72,4)	1.764 / 2.443	72,2
Nordjylland		446 / 1.292	0 (0)	34,5	(31,9-37,2)	512 / 1.220	42,0
Hovedstaden		1.310 / 2.671	0 (0)	49,1	(47,1-51,0)	1.178 / 2.880	40,9
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg		208 / 457	0 (0)	45,5	(40,9-50,2)	182 / 480	37,9
Bornholms Hospital		44 / 114	0 (0)	38,6	(29,6-48,2)	64 / 129	49,6
Herlev/Gentofte hospital, Gentofte		164 / 334	0 (0)	49,1	(43,6-54,6)	123 / 304	40,5
Herlev/Gentofte hospital, Herlev		106 / 270	0 (0)	39,3	(33,4-45,4)	79 / 319	24,8
Hvidovre/Amager Hospital, Amager		75 / 237	0 (0)	31,7	(25,8-38,0)	104 / 253	41,1
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre		222 / 398	0 (0)	55,8	(50,8-60,7)	185 / 435	42,5
Nordsjællands Hospital, Frederikssund		110 / 178	0 (0)	61,8	(54,2-69,0)	138 / 223	61,9
Nordsjællands Hospital, Hillerød		295 / 483	0 (0)	61,1	(56,6-65,5)	278 / 534	52,1
Rigshospitalet, Glostrup		86 / 200	0 (0)	43,0	(36,0-50,2)	25 / 203	12,3
Sjælland		864 / 1.897	0 (0)	45,6	(43,3-47,8)	956 / 1.934	49,4
Holbæk Sygehus		227 / 429	0 (0)	52,9	(48,1-57,7)	225 / 422	53,3
Nykøbing F Sygehus		234 / 430	0 (0)	54,4	(49,6-59,2)	246 / 419	58,7
Næstved Sygehus		67 / 203	0 (0)	33,0	(26,6-39,9)	98 / 211	46,5
Sjællands Universitetshospital, Roskilde		253 / 519	0 (0)	48,8	(44,4-53,1)	234 / 569	41,1
Slagelse Sygehus		83 / 316	0 (0)	26,3	(21,5-31,5)	153 / 313	48,9
Syddanmark		1.445 / 2.370	0 (0)	61,0	(59,0-62,9)	1.549 / 2.287	67,7

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Odense Universitetshospital, Odense		213 / 363	0 (0)	58,7	(53,4-63,8)	221 / 342	64,6
Odense Universitetshospital, Svendborg		180 / 499	0 (0)	36,1	(31,9-40,5)	229 / 424	54,0
Sydvestjysk Sygehus		328 / 458	0 (0)	71,6	(67,3-75,7)	362 / 461	78,5
Sygehus Lillebælt, Vejle		355 / 584	0 (0)	60,8	(56,7-64,8)	410 / 609	67,3
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg		369 / 466	0 (0)	79,2	(75,2-82,8)	327 / 451	72,5
Midtjylland		1.702 / 2.412	0 (0)	70,6	(68,7-72,4)	1.764 / 2.443	72,2
Aarhus Universitetshospital		328 / 443	0 (0)	74,0	(69,7-78,1)	309 / 398	77,6
HE Midt, Silkeborg		127 / 195	0 (0)	65,1	(58,0-71,8)	138 / 184	75,0
HE Midt, Viborg/Skive		194 / 294	0 (0)	66,0	(60,3-71,4)	253 / 334	75,8
Hospitalsenheden Vest		376 / 579	0 (0)	64,9	(60,9-68,8)	421 / 626	67,3
Regionshospitalet Horsens		311 / 395	0 (0)	78,7	(74,4-82,7)	336 / 419	80,2
Regionshospitalet Randers		366 / 506	0 (0)	72,3	(68,2-76,2)	307 / 482	63,7
Nordjylland		446 / 1.292	0 (0)	34,5	(31,9-37,2)	512 / 1.220	42,0
Aalborg Universitetshospital, Hobro		18 / 255	0 (0)	7,1	(4,2-10,9)	55 / 247	22,3
Aalborg Universitetshospital, Syd		25 / 366	0 (0)	6,8	(4,5-9,9)	82 / 376	21,8
Regionshospital Nordjylland, Hjørring		243 / 420	0 (0)	57,9	(53,0-62,6)	207 / 359	57,7
Aalborg Universitetshospital, Thisted		160 / 251	0 (0)	63,8	(57,5-69,7)	168 / 238	70,6

Indikator 1as. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom der deltager i hjerterehabilitering, på sygehuset eller i kommunen (uden KAG)

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Danmark		5.767 / 10.642	0 (0)	54,2	(53,2-55,1)	5.959 / 10.764	55,4
Hovedstaden		1.310 / 2.671	0 (0)	49,1	(47,1-51,0)	1.178 / 2.880	40,9
Sjælland		864 / 1.897	0 (0)	45,6	(43,3-47,8)	956 / 1.934	49,4
Syddanmark		1.445 / 2.370	0 (0)	61,0	(59,0-62,9)	1.549 / 2.287	67,7
Midtjylland		1.702 / 2.412	0 (0)	70,6	(68,7-72,4)	1.764 / 2.443	72,2
Nordjylland		446 / 1.292	0 (0)	34,5	(31,9-37,2)	512 / 1.220	42,0
Hovedstaden		1.310 / 2.671	0 (0)	49,1	(47,1-51,0)	1.178 / 2.880	40,9
Albertslund		30 / 59	0 (0)	50,9	(37,5-64,1)	5 / 49	10,2
Allerød		26 / 46	0 (0)	56,5	(41,1-71,1)	30 / 43	69,8
Ballerup		25 / 75	0 (0)	33,3	(22,9-45,2)	22 / 87	25,3
Bornholms Region		44 / 114	0 (0)	38,6	(29,6-48,2)	64 / 129	49,6
Brøndby		43 / 71	0 (0)	60,6	(48,3-72,0)	29 / 62	46,8
Dragør		9 / 23	0 (0)	39,1	(19,7-61,5)	8 / 25	32,0
Egedal		38 / 77	0 (0)	49,4	(37,8-61,0)	21 / 79	26,6
Fredensborg		33 / 61	0 (0)	54,1	(40,9-66,9)	54 / 91	59,3
Frederiksberg		47 / 110	0 (0)	42,7	(33,3-52,5)	50 / 127	39,4
Frederikssund		68 / 106	0 (0)	64,2	(54,3-73,2)	83 / 132	62,9
Furesø		36 / 81	0 (0)	44,4	(33,4-55,9)	23 / 61	37,7
Gentofte		56 / 96	0 (0)	58,3	(47,8-68,3)	44 / 101	43,6
Gladsaxe		30 / 77	0 (0)	39,0	(28,1-50,8)	27 / 104	26,0
Glostrup		10 / 24	0 (0)	41,7	(22,1-63,4)	# / #	4,4
Gribskov		67 / 97	0 (0)	69,1	(58,9-78,1)	71 / 116	61,2
Halsnæs		42 / 72	0 (0)	58,3	(46,1-69,9)	55 / 91	60,4
Helsingør		80 / 140	0 (0)	57,1	(48,5-65,5)	53 / 140	37,9
Herlev		13 / 41	0 (0)	31,7	(18,1-48,1)	9 / 48	18,8
Hillerød		64 / 98	0 (0)	65,3	(55,0-74,6)	49 / 95	51,6
Hvidovre		64 / 106	0 (0)	60,4	(50,4-69,8)	66 / 105	62,9
Høje-Taastrup		34 / 83	0 (0)	41,0	(30,3-52,3)	12 / 94	12,8
Hørsholm		25 / 41	0 (0)	61,0	(44,5-75,8)	21 / 49	42,9
Ishøj		18 / 39	0 (0)	46,2	(30,1-62,8)	6 / 36	16,7
København		281 / 622	0 (0)	45,2	(41,2-49,2)	264 / 647	40,8

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Lyngby-Tårbæk		28 / 60	0 (0)	46,7	(33,7-60,0)	24 / 45	53,3
Rudersdal		40 / 89	0 (0)	44,9	(34,4-55,9)	32 / 94	34,0
Rødovre		27 / 66	0 (0)	40,9	(29,0-53,7)	11 / 68	16,2
Tårnby		27 / 76	0 (0)	35,5	(24,9-47,3)	41 / 89	46,1
Vallensbæk		5 / 21	0 (0)	23,8	(8,2-47,2)	2 / 27	7,4
Sjælland		864 / 1.897	0 (0)	45,6	(43,3-47,8)	956 / 1.934	49,4
Faxe		37 / 88	0 (0)	42,1	(31,6-53,1)	46 / 104	44,2
Greve		51 / 83	0 (0)	61,5	(50,1-71,9)	42 / 109	38,5
Guldborgsund		92 / 173	0 (0)	53,2	(45,5-60,8)	95 / 163	58,3
Holbæk		87 / 163	0 (0)	53,4	(45,4-61,2)	82 / 146	56,2
Kalundborg		57 / 105	0 (0)	54,3	(44,3-64,0)	59 / 115	51,3
Køge		45 / 110	0 (0)	40,9	(31,6-50,7)	52 / 124	41,9
Lejre		27 / 53	0 (0)	50,9	(36,8-64,9)	31 / 61	50,8
Lolland		63 / 143	0 (0)	44,1	(35,8-52,6)	74 / 123	60,2
Næstved		67 / 203	0 (0)	33,0	(26,6-39,9)	98 / 211	46,5
Odsherred		56 / 108	0 (0)	51,9	(42,0-61,6)	53 / 100	53,0
Ringsted		15 / 63	0 (0)	23,8	(14,0-36,2)	33 / 67	49,3
Roskilde		72 / 145	0 (0)	49,7	(41,3-58,1)	61 / 146	41,8
Slagelse		47 / 192	0 (0)	24,5	(18,6-31,2)	98 / 199	49,3
Solrød		25 / 47	0 (0)	53,2	(38,1-67,9)	12 / 32	37,5
Sorø		21 / 61	0 (0)	34,4	(22,7-47,7)	22 / 47	46,8
Stevns		23 / 46	0 (0)	50,0	(34,9-65,1)	21 / 54	38,9
Vordingborg		79 / 114	0 (0)	69,3	(60,0-77,6)	77 / 133	57,9
Syddanmark		1.445 / 2.370	0 (0)	61,0	(59,0-62,9)	1.549 / 2.287	67,7
Aabenraa		97 / 126	0 (0)	77,0	(68,7-84,0)	85 / 125	68,0
Assens		36 / 82	0 (0)	43,9	(33,0-55,3)	50 / 96	52,1
Billund		40 / 60	0 (0)	66,7	(53,3-78,3)	36 / 51	70,6
Esbjerg		151 / 205	0 (0)	73,7	(67,1-79,6)	183 / 223	82,1
Faaborg-Midtfyn		30 / 106	0 (0)	28,3	(20,0-37,9)	38 / 83	45,8
Fanø		4 / 6	0 (0)	66,7	(22,3-95,7)	7 / 9	77,8
Fredericia		69 / 115	0 (0)	60,0	(50,5-69,0)	75 / 124	60,5
Haderslev		72 / 103	0 (0)	69,9	(60,1-78,6)	72 / 109	66,1
Kerteminde		12 / 44	0 (0)	27,3	(15,0-42,8)	27 / 49	55,1

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Kolding		113 / 171	0 (0)	66,1	(58,5-73,1)	99 / 164	60,4
Langeland		14 / 31	0 (0)	45,2	(27,3-64,0)	18 / 33	54,6
Middelfart		36 / 73	0 (0)	49,3	(37,4-61,3)	53 / 86	61,6
Nordfyns		29 / 56	0 (0)	51,8	(38,0-65,3)	42 / 63	66,7
Nyborg		28 / 81	0 (0)	34,6	(24,3-46,0)	25 / 44	56,8
Odense		184 / 307	0 (0)	59,9	(54,2-65,5)	179 / 279	64,2
Svendborg		56 / 142	0 (0)	39,4	(31,4-48,0)	68 / 110	61,8
Sønderborg		136 / 160	0 (0)	85,0	(78,5-90,2)	118 / 149	79,2
Tønder		64 / 77	0 (0)	83,1	(72,9-90,7)	52 / 68	76,5
Varde		79 / 109	0 (0)	72,5	(63,1-80,6)	70 / 85	82,4
Vejen		54 / 78	0 (0)	69,2	(57,8-79,2)	66 / 93	71,0
Vejle		137 / 225	0 (0)	60,9	(54,2-67,3)	183 / 235	77,9
Ærø		4 / 13	0 (0)	30,8	(9,1-61,4)	3 / 9	33,3
Midtjylland		1.702 / 2.412	0 (0)	70,6	(68,7-72,4)	1.764 / 2.443	72,2
Favrskov		70 / 97	0 (0)	72,2	(62,1-80,8)	55 / 90	61,1
Hedensted		70 / 84	0 (0)	83,3	(73,6-90,6)	80 / 102	78,4
Herning		121 / 184	0 (0)	65,8	(58,4-72,6)	124 / 179	69,3
Holstebro		70 / 99	0 (0)	70,7	(60,7-79,4)	86 / 132	65,2
Horsens		124 / 161	0 (0)	77,0	(69,7-83,3)	133 / 170	78,2
Ikast-Brande		43 / 71	0 (0)	60,6	(48,3-72,0)	60 / 93	64,5
Lemvig		33 / 55	0 (0)	60,0	(45,9-73,0)	33 / 48	68,8
Norddjurs		78 / 112	0 (0)	69,6	(60,2-78,0)	54 / 79	68,4
Odder		39 / 50	0 (0)	78,0	(64,0-88,5)	41 / 49	83,7
Randers		139 / 189	0 (0)	73,5	(66,7-79,7)	134 / 206	65,1
Ringkøbing-Skjern		73 / 116	0 (0)	62,9	(53,5-71,7)	90 / 126	71,4
Samsø		3 / 7	0 (0)	42,9	(9,9-81,6)	3 / 3	100,0
Silkeborg		127 / 195	0 (0)	65,1	(58,0-71,8)	138 / 184	75,0
Skanderborg		78 / 100	0 (0)	78,0	(68,6-85,7)	82 / 98	83,7
Skive		67 / 101	0 (0)	66,3	(56,3-75,4)	80 / 114	70,2
Struer		36 / 54	0 (0)	66,7	(52,5-78,9)	28 / 48	58,3
Syddjurs		79 / 108	0 (0)	73,2	(63,8-81,2)	64 / 107	59,8
Viborg		127 / 193	0 (0)	65,8	(58,7-72,5)	173 / 220	78,6
Århus		325 / 436	0 (0)	74,5	(70,2-78,6)	306 / 395	77,5

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.06.2020 - 31.05.2021 Andel	95% CI	Tidligere år 2019/2020 Antal	Andel
Nordjylland		446 / 1.292	0 (0)	34,5	(31,9-37,2)	512 / 1.220	42,0
Aalborg		25 / 366	0 (0)	6,8	(4,5-9,9)	82 / 376	21,8
Brønderslev-Dronninglund		51 / 80	0 (0)	63,8	(52,2-74,2)	45 / 67	67,2
Frederikshavn		101 / 172	0 (0)	58,7	(51,0-66,2)	80 / 141	56,7
Hjørring		89 / 164	0 (0)	54,3	(46,3-62,1)	80 / 146	54,8
Jammerbugt		56 / 96	0 (0)	58,3	(47,8-68,3)	44 / 74	59,5
Læsø		# / #	0 (0)	50,0	(6,8-93,2)	# / #	40,0
Mariagerfjord		7 / 106	0 (0)	6,6	(2,7-13,1)	25 / 102	24,5
Morsø		22 / 34	0 (0)	64,7	(46,5-80,3)	40 / 51	78,4
Rebild		4 / 65	0 (0)	6,2	(1,7-15,0)	15 / 56	26,8
Thisted		82 / 121	0 (0)	67,8	(58,7-76,0)	84 / 113	74,3
Vesthimmerlands		7 / 84	0 (0)	8,3	(3,4-16,4)	15 / 89	16,9

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Demografi

I tabellen nedenfor beskrives demografi for patienter med et rehabiliteringsstartskema indleveret i opgørelsesåret/perioden.

Demografi	Antal patienter	Andel Kvinder	Andel Præmatur	Andel 85+ år	Andel bor alene	Andel tilknyt.arbm
Danmark	**6662**	**25**	**21**	**3**	**10**	**13**
Hovedstaden	1689	23	22	2	8	12
Sjælland	957	28	24	3	14	20
Syddanmark	1735	26	20	4	11	13
Midtjylland	1781	24	21	4	8	8
Nordjylland	500	26	19	4	18	23
Hovedstaden	**1689**	**23**	**22**	**2**	**8**	**12**
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Bispebjerg	10	10	10	10	.	10
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Frederiksberg	255	20	29	2	.	1
Bornholms Hospital	54	31	20	7	17	35
Gentofte Hospital	170	23	14	2	11	15
Glostrup Hospital	168	24	31	1	1	10
Herlev Hospital	148	24	19	1	1	5
Hvidovre/Amager Hospital, Amager	78	36	32	3	37	36
Hvidovre/Amager Hospital, Hvidovre	274	24	28	1	30	39
Nordsjællands Hospital, Hillerød	532	21	17	3	.	.
Sjælland	**957**	**28**	**24**	**3**	**14**	**20**
Holbæk Sygehus	252	28	25	1	23	35
Nykøbing F Sygehus	154	32	22	3	.	.
Næstved Sygehus	5	80	40	.	40	40
Roskilde Sygehus	320	28	27	4	17	24
Slagelse Sygehus	226	23	21	4	11	11
Syddanmark	**1735**	**26**	**20**	**4**	**11**	**13**
Kolding Sygehus	303	28	18	2	4	5
Odense Universitetshospital, Odense	290	26	25	3	3	7
Odense Universitetshospital, Svendborg	153	27	17	5	5	10
Sydvestjysk Sygehus	368	27	21	6	27	30
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	283	26	16	4	18	23
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	132	17	19	5	2	2
Vejle Sygehus	206	28	20	3	1	.
Midtjylland	**1781**	**24**	**21**	**4**	**8**	**8**
Aarhus Universitetshospital	320	26	22	4	35	28
HE Midt, Silkeborg	170	17	14	4	1	11
HE Midt, Viborg/Skive	211	20	21	4	.	0
Hjertesygdomme, Hospitalsenheden Vest	472	25	24	3	0	.
Regionshospitalet Horsens	334	27	19	5	0	1
Regionshospitalet Randers	274	24	22	4	11	11
Nordjylland	**500**	**26**	**19**	**4**	**18**	**23**
Aalborg Universitetshospital, Hobro	13	31	31	15	.	.
Aalborg Universitetshospital, Syd	45	29	29	.	22	56
Aalborg Universitetshospital, Thisted	153	22	15	5	25	22
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	289	27	18	4	14	19

Demografi - Kommuner	Antal patienter	Andel Kvinder	Andel Præmatur	Andel 85+ år	Andel bor alene	Andel tilknyt.arbm
Danmark	**644**	**26**	**23**	**1**	**22**	**82**
Sjælland	49	39	39	0	10	75
Midtjylland	595	25	22	1	23	82
Sjælland	**49**	**39**	**39**	**0**	**10**	**75**
Guldborgsund	21	43	38	0	10	64
Lolland	4	50	75	0	0	50
Vordingborg	24	33	33	0	13	91
Midtjylland	**595**	**25**	**22**	**1**	**23**	**82**
Aarhus	129	20	14	1	28	66
Favrskov	21	29	14	5	29	88
Hedensted	32	31	28	3	34	91
Herning	58	31	33	0	16	88
Holstebro	25	16	32	0	16	93
Horsens	40	13	23	3	28	72
Ikast-Brande	11	27	36	0	45	100
Lemvig	8	25	25	0	38	67
Norddjurs	18	33	22	0	28	100
Odder	16	19	44	0	38	100
Randers	64	34	27	2	22	84
Ringkøbing-Skjern	20	25	15	0	5	75
Silkeborg	24	33	21	0	30	89
Skanderborg	36	22	22	3	22	78
Skive	13	31	31	8	0	100
Struer	13	8	8	0	8	67
Syddjurs	20	35	15	0	15	100
Viborg	47	19	15	2	15	85

Præmatur sygdom er defineret som iskæmisk hjertesygdom inden 55 år hos mænd og inden 65 år hos kvinder.

Registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret relateret til dimensioner af hjerterehabilitering

For rehabiliteringsområderne fysisk træning, pædagogisk/psykosocial intervention/samtale samt diætbehandling, er nedenstående koder afsøgt i Landspatientregisteret (LPR), som udtryk for at der er foregået en aktivitet relateret til rehabiliteringsydelsen. Det skal understreges, at koderne ikke direkte afspejler aktiviteten på afdelingerne, men udelukkende giver en ide om hvor mange af patienterne med et identificeret rehabiliteringsbehov ud fra registrering i LPR og Dansk Hjerteregister, der er i kontakt med hospitalets rehabiliterende funktion. En stjerne (*) efter koden angiver, at det er overkoden inkl. alle underkoder som afsøges i LPR. Der afsøges kun koder i forbindelse med elektive ambulante kontakter.

Koder relateret til fysisk træning:

Kode	*Kodetekst*
AWG1	Specialiseret ambulant genoptræning
AWX21	Afsluttet specialiseret ambulant genoptræning
AWG2*	Almindelig ambulant genoptræning
AWX23*	Afsluttet almindelig ambulantgenoptræning
BLKZ0	Selvtræning efter instruktion i træningsrum
BLNA*	Biomekanisk bevægelsesterapi
BLNR*	Aktivitetstræning af fysisk funktion
BZFA*	Behandling/træning på hold
BZFB*	Gruppebehandling/træning
BZFC*	Skolebehandling/træning
ZSCD3	Bassin
ZZ0172*	Vurdering af behov for genoptræning
ZZ0175X*	Udarbejdelse af genoptræningsplan, almindelig genoptræning
ZZ0175Y	Udarbejdelse af genoptræningsplan, specialiseret genoptræning
ZZ0175Z	Udarbejdelse af genoptræningsplan, egen træning
ZZ0176*	Udarbejdelse af handlingsplan
ZZ5049*	Ergo-/fysioterapeutisk vurdering eller undersøgelse
ZZ5090	Ganglaboratorieundersøgelse

Koder relateret til pædagogisk/psykosocial intervention/samtale:

BQF*	Forebyggelsessamtaler og særlige forebyggelsesinterventioner
BR*	Psykosociale behov og interventioner (undtaget BRT*: Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrisk behandling)
BT*	Daglig livsførelse
BVA*	Kommunikation
BVD*	Generelle pædagogiske interventioner
BWD*	Andre procedurer i relation til medicinsk behandling
ZZ0151	Klinisk kontrol
ZZ0161	Specifik sygdomsrelateret rehabilitering
ZZ3160	Blodtryksmåling
ZZ3925	EKG
ZZ5000	Neuropsykologisk undersøgelse
ZZ9010	Medikamentel behandling, kontrol af

Koder relateret til diætbehandling:

BUG*	Pædagogisk intervention i forbindelse med diæt og kost
BUB*	Diæt

Registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret relateret til dimensioner af hjerterehabilitering opgjort efter hospitaler med rehabiliterende funktion.
Patienter med rehabiliteringsbehov vurderet ud fra Landspatientregisteret og Dansk Hjerteregister (”Patienter” (N)) er tildelt hospitaler med rehabiliterende funktion ud fra bopælsoplysninger. Oplysninger om patientens bopælskommune er indhentet fra Landspatientregisteret og afspejler bopælen på tidspunktet for den primære indlæggelse med iskæmisk hjertesygdom, som har medført et behov for hjerterehabilitering. For disse patienter er opgjort om der er registreret ydelser relateret til rehabiliteringsområderne fysisk træning, pædagogisk/psykosocial intervention/samtale samt diætbehandling, som udtryk for at der er foregået en aktivitet relateret til rehabiliteringsydelsen.

På landplan har 8% af patienterne med et identificeret behov for rehabilitering koder relateret til fysisk træning, 11% har koder relateret til diætbehandling og 66% har koder relateret til pædagogisk/psykosocial intervention/samtale.

Registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret relateret til dimensioner af hjerterehabilitering opgjort efter hospitaler med rehabiliterende funktion										
		Patienter	Fysisk træning		Pædagogisk /psykosocial intervention/samtale		Diætbehandling		Mindst en behandling	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%
Hovedstaden	Amager Hospital	254	21	8.3	126	49.6	#	0.8	126	49.6
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	501	167	33.3	418	83.4	49	9.8	418	83.4
	Bornholms sygehus	123	10	8.1	57	46.3	17	13.8	58	47.2
	Gentofte Hospital	361	92	25.5	191	52.9	96	26.6	193	53.5
	Glostrup Hospital	210	46	21.9	167	79.5	24	11.4	167	79.5
	Herlev Hospital	299	41	13.7	179	59.9	67	22.4	180	60.2
	Hvidovre Hospital	439	49	11.2	289	65.8	71	16.2	291	66.3
	Nordsjællands Hospital Frederikssund	200	9	4.5	154	77.0	125	62.5	154	77.0
	Nordsjællands Hospital Hillerød	519	30	5.8	396	76.3	283	54.5	396	76.3
	I alt	2906	465	16.0	1977	68.0	734	25.3	1983	68.2

Registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret relateret til dimensioner af hjerterehabilitering opgjort efter hospitaler med rehabiliterende funktion										
		Patienter	Fysisk træning		Pædagogisk /psykosocial intervention/samtale		Diætbehandling		Mindst en behandling	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%
Sjælland	Holbæk Sygehus	443	42	9.5	196	44.2	#	0.5	196	44.2
	Nykøbing F. Sygehus	456	35	7.7	138	30.3	18	3.9	141	30.9
	Næstved Sygehus	213	27	12.7	116	54.5	0	0.0	116	54.5
	Sjællands Universitetshospital	559	32	5.7	117	20.9	47	8.4	119	21.3
	Slagelse Sygehus	331	31	9.4	155	46.8	#	0.3	155	46.8
	I alt	2002	167	8.3	722	36.1	68	3.4	727	36.3
Syddanmark	Fredericia og Kolding Sygehuse	417	65	15.6	232	55.6	0	0.0	236	56.6
	OUH Odense Universitetshospital	405	49	12.1	249	61.5	#	0.5	250	61.7
	OUH Svendborg Sygehus	542	48	8.9	79	14.6	0	0.0	80	14.8
	Sydvestjysk Sygehus	551	68	12.3	289	52.5	0	0.0	292	53.0
	Sygehus Sønderjylland	517	56	10.8	161	31.1	0	0.0	162	31.3
	Vejle Sygehus	273	93	34.1	201	73.6	#	0.7	205	75.1
	I alt	2705	379	14.0	1211	44.8	4	0.1	1225	45.3
Midtjylland	HE Midt, Silkeborg	211	29	13.7	191	90.5	#	0.5	191	90.5
	HE Midt, Viborg	321	41	12.8	245	76.3	0	0.0	245	76.3
	Hospitalsenhed Vest	644	89	13.8	571	88.7	#	0.2	571	88.7
	Regionshospitalet Horsens	454	70	15.4	330	72.7	3	0.7	330	72.7
	Regionshospitalet Randers	568	77	13.6	421	74.1	#	0.4	421	74.1
	Aarhus Universitetshospital	502	62	12.4	441	87.8	18	3.6	441	87.8
	I alt	2700	368	13.6	2199	81.4	25	0.9	2199	81.4

Registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret relateret til dimensioner af hjerterehabilitering opgjort efter hospitaler med rehabiliterende funktion										
		Patienter	Fysisk træning		Pædagogisk /psykosocial intervention/samtale		Diætbehandling		Mindst en behandling	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%
Nordjylland	Regionhospital Nordjylland, Hjørring	450	35	7.8	229	50.9	11	2.4	229	50.9
	Regionhospital Nordjylland, Thisted	274	16	5.8	143	52.2	9	3.3	144	52.6
	Aalborg Universitetshospital, Hobro	274	12	4.4	37	13.5	3	1.1	39	14.2
	Aalborg Universitetshospital, Syd	403	22	5.5	86	21.3	4	1.0	86	21.3
	I alt	1401	85	6.1	495	35.3	27	1.9	498	35.5
Total		11714	1464	12.5	6604	56.4	858	7.3	6632	56.6

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Som det fremgår af ovenstående tabel er der stor variation i andelen af patienter med et rehabiliteringsbehov, som har koder relateret til rehabilitering i Landspatientregisteret. Disse forskelle genfindes når de registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret opgøres efter patienternes bopæl (tabel næste side).

Registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret relateret til dimensioner af hjerterehabilitering opgjort efter bopælskommune										
		Patienter	Fysisk træning		Pædagogisk /psykosocial intervention/samtale		Diætbehandling		Mindst en behandling	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%
Hovedstaden	Albertslund	63	15	23.8	47	74.6	8	12.7	47	74.6
	Allerød	50	#	2.0	38	76.0	30	60.0	38	76.0
	Ballerup	81	14	17.3	51	63.0	19	23.5	51	63.0
	Bornholm	123	10	8.1	57	46.3	17	13.8	58	47.2
	Brøndby	73	3	4.1	41	56.2	6	8.2	41	56.2
	Dragør	25	#	8.0	13	52.0	0	0.0	13	52.0
	Egedal	81	9	11.1	52	64.2	21	25.9	52	64.2
	Fredensborg	64	#	1.6	47	73.4	34	53.1	47	73.4
	Frederiksberg	129	40	31.0	102	79.1	10	7.8	102	79.1
	Frederikssund	117	6	5.1	85	72.6	72	61.5	85	72.6
	Furesø	87	20	23.0	45	51.7	19	21.8	45	51.7
	Gentofte	106	30	28.3	60	56.6	33	31.1	62	58.5
	Gladsaxe	90	10	11.1	45	50.0	15	16.7	46	51.1
	Glostrup	27	5	18.5	24	88.9	4	14.8	24	88.9
	Gribskov	111	8	7.2	88	79.3	69	62.2	88	79.3
	Halsnæs	83	3	3.6	69	83.1	53	63.9	69	83.1
	Helsingør	148	12	8.1	111	75.0	71	48.0	111	75.0
	Herlev	47	8	17.0	31	66.0	12	25.5	31	66.0
	Hillerød	100	4	4.0	76	76.0	56	56.0	76	76.0
	Hvidovre	112	10	8.9	71	63.4	21	18.8	73	65.2

Registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret relateret til dimensioner af hjerterehabilitering opgjort efter bopælskommune										
		Patienter	Fysisk træning		Pædagogisk /psykosocial intervention/samtale		Diætbehandling		Mindst en behandling	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%
	Høje-Tåstrup	86	22	25.6	75	87.2	10	11.6	75	87.2
	Hørsholm	46	4	8.7	36	78.3	23	50.0	36	78.3
	Ishøj	41	9	22.0	30	73.2	5	12.2	30	73.2
	København	670	160	23.9	494	73.7	64	9.6	494	73.7
	Lyngby-Tårnbæk	65	16	24.6	32	49.2	18	27.7	32	49.2
	Rudersdal	95	24	25.3	49	51.6	26	27.4	49	51.6
	Rødovre	81	13	16.0	53	65.4	17	21.0	53	65.4
	Tårnby	82	5	6.1	38	46.3	0	0.0	38	46.3
	Vallensbæk	23	#	4.3	17	73.9	#	4.3	17	73.9

Registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret relateret til dimensioner af hjerterehabilitering opgjort efter bopælskommune										
		Patienter	Fysisk træning		Pædagogisk /psykosocial intervention/samtale		Diætbehandling		Mindst en behandling	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%
Sjælland	Faxe	89	4	4.5	24	27.0	4	4.5	24	27.0
	Greve	97	5	5.2	22	22.7	9	9.3	23	23.7
	Guldborgsund	182	19	10.4	63	34.6	9	4.9	65	35.7
	Holbæk	170	13	7.6	79	46.5	0	0.0	79	46.5
	Kalundborg	109	15	13.8	40	36.7	#	0.9	40	36.7
	Køge	118	4	3.4	21	17.8	7	5.9	21	17.8
	Lejre	57	#	5.3	18	31.6	#	1.8	18	31.6
	Lolland	149	8	5.4	35	23.5	4	2.7	35	23.5
	Næstved	213	27	12.7	116	54.5	0	0.0	116	54.5
	Odsherred	107	11	10.3	59	55.1	0	0.0	59	55.1
	Ringsted	66	7	10.6	32	48.5	#	1.5	32	48.5
	Roskilde	158	12	7.6	31	19.6	19	12.0	32	20.3
	Slagelse	202	15	7.4	86	42.6	0	0.0	86	42.6
	Solrød	49	6	12.2	11	22.4	4	8.2	11	22.4
	Sorø	63	9	14.3	37	58.7	0	0.0	37	58.7
	Stevns	48	#	2.1	8	16.7	4	8.3	8	16.7
	Vordingborg	125	8	6.4	40	32.0	5	4.0	41	32.8

Registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret relateret til dimensioner af hjerterehabilitering opgjort efter bopælskommune										
		Patienter	Fysisk træning		Pædagogisk /psykosocial intervention/samtale		Diætbehandling		Mindst en behandling	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%
Syddanmark	Aabenraa	142	13	9.2	44	31.0	0	0.0	45	31.7
	Assens	94	7	7.4	23	24.5	0	0.0	23	24.5
	Billund	70	17	24.3	39	55.7	0	0.0	40	57.1
	Esbjerg	252	23	9.1	127	50.4	0	0.0	128	50.8
	Fanø	9	#	22.2	4	44.4	0	0.0	4	44.4
	Fredericia	133	23	17.3	74	55.6	0	0.0	76	57.1
	Haderslev	114	14	12.3	36	31.6	0	0.0	36	31.6
	Kerteminde	47	7	14.9	9	19.1	0	0.0	10	21.3
	Kolding	198	29	14.6	106	53.5	0	0.0	108	54.5
	Langeland	33	9	27.3	9	27.3	0	0.0	9	27.3
	Middelfart	86	13	15.1	52	60.5	0	0.0	52	60.5
	Midtfyn	115	9	7.8	16	13.9	0	0.0	16	13.9
	Nordfyn	63	7	11.1	40	63.5	0	0.0	40	63.5
	Nyborg	86	6	7.0	9	10.5	0	0.0	9	10.5
	Odense	342	42	12.3	209	61.1	#	0.6	210	61.4
	Svendborg	155	9	5.8	12	7.7	0	0.0	12	7.7
	Sønderborg	176	18	10.2	54	30.7	0	0.0	54	30.7
	Tønder	85	11	12.9	27	31.8	0	0.0	27	31.8
	Varde	129	13	10.1	73	56.6	0	0.0	73	56.6
	Vejen	91	13	14.3	46	50.5	0	0.0	47	51.6

Registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret relateret til dimensioner af hjerterehabilitering opgjort efter bopælskommune										
		Patienter	Fysisk træning		Pædagogisk /psykosocial intervention/samtale		Diætbehandling		Mindst en behandling	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%
	Vejle	273	93	34.1	201	73.6	#	0.7	205	75.1
	Ærø	12	#	8.3	#	8.3	0	0.0	#	8.3

Registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret relateret til dimensioner af hjerterehabilitering opgjort efter bopælskommune										
		Patienter	Fysisk træning		Pædagogisk /psykosocial intervention/samtale		Diætbehandling		Mindst en behandling	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%
Midtjylland	Aarhus	494	58	11.7	435	88.1	18	3.6	435	88.1
	Favrskov	107	15	14.0	78	72.9	#	0.9	78	72.9
	Hedensted	103	14	13.6	67	65.0	0	0.0	67	65.0
	Herning	199	28	14.1	176	88.4	0	0.0	176	88.4
	Holstebro	110	15	13.6	99	90.0	#	0.9	99	90.0
	Horsens	187	31	16.6	137	73.3	#	1.1	137	73.3
	Ikast-Brande	77	10	13.0	67	87.0	0	0.0	67	87.0
	Lemvig	61	9	14.8	55	90.2	0	0.0	55	90.2
	Norddjurs	120	18	15.0	89	74.2	0	0.0	89	74.2
	Odder	57	#	3.5	40	70.2	#	1.8	40	70.2
	Randers	215	25	11.6	148	68.8	0	0.0	148	68.8
	Ringkøbing-Skjern	135	21	15.6	118	87.4	0	0.0	118	87.4
	Samsø	8	4	50.0	6	75.0	0	0.0	6	75.0
	Silkeborg kommune	211	29	13.7	191	90.5	#	0.5	191	90.5
	Skanderborg	107	23	21.5	86	80.4	0	0.0	86	80.4
	Skive	104	14	13.5	73	70.2	0	0.0	73	70.2
	Struer	62	6	9.7	56	90.3	0	0.0	56	90.3
	Syddjurs	126	19	15.1	106	84.1	#	0.8	106	84.1
	Viborg	217	27	12.4	172	79.3	0	0.0	172	79.3

Registrerede undersøgelses- og behandlingskoder i Landspatientregisteret relateret til dimensioner af hjerterehabilitering opgjort efter bopælskommune										
		Patienter	Fysisk træning		Pædagogisk /psykosocial intervention/samtale		Diætbehandling		Mindst en behandling	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%
Nordjylland	Aalborg	403	22	5.5	86	21.3	4	1.0	86	21.3
	Brønderslev	89	7	7.9	46	51.7	3	3.4	46	51.7
	Frederikshavn	182	12	6.6	96	52.7	3	1.6	96	52.7
	Hjørring	176	16	9.1	86	48.9	5	2.8	86	48.9
	Jammerbugt	102	8	7.8	46	45.1	5	4.9	47	46.1
	Læsø	3	0	0.0	#	33.3	#	0.0	#	33.3
	Mariager	112	4	3.6	14	12.5	#	0.9	15	13.4
	Morsø	41	#	2.4	21	51.2	0	0.0	21	51.2
	Rebild	72	4	5.6	12	16.7	#	2.8	13	18.1
	Thisted	131	7	5.3	76	58.0	4	3.1	76	58.0
	Vesthimmerland	90	4	4.4	11	12.2	0	0.0	11	12.2

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Dækningsgrad

Dækningsgraden i Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase er beregnet som:

$$\frac{\text{Antallet af patienter indberettet til databasen via www.DanHeart.dk}}{\text{Antallet af patienter med iskæmisk hjertesygdom registreret med ydelser relateret til rehabiliteringsområderne pædagogisk/psykosocial intervention/samtale, fysisk træning og/eller diætbehandling i LPR samt patienter indberettet til DanHeart uden et match i LPR (dvs. patienterne findes i DanHeart men ikke i LPR)}}$$

Beregningen af dækningsgraden for databasen kan illustreres ved hjælp af nedenstående tabel:

	Indberettet til DHRD via DanHeart	
Registreret i LPR	Ja	Nej
Ja	a	b
Nej	c	d

Dækningsgrad = (a+c) / (a+b+c)

Bemærk at den samme patient kan indgå i beregningen af dækningsgraden for hvert rehabiliteringsområde, men kun indgår én gang i den samlede dækningsgrad for databasen. Derfor er summen af patienter under de tre rehabiliteringsområder større end antallet af patienter under "Hjerterehabilitering samlet".

Validiteten af dækningsgradopgørelsen afhænger dels af kvaliteten af kodningen i det register databasen sammenlignes med, i dette tilfælde Landspatientregisteret (LPR) og dels af kriterierne som anvendes til at udtrække patienter fra det register, der sammenlignes med.
Det skal bemærkes, at dækningsgraden er beregnet på baggrund af de SKS-koder relateret til rehabiliteringsydelser i Landspatientregisteret som fremgår på side 236. Såfremt der ude på afdelingerne foregår hjerterehabilitering under andre undersøgelses- og behandlingskoder kan det medføre, at dækningsgraden af databasen overvurderes.

Dækningsgraden og overensstemmelsesgrad for databasen er i år ikke opgjort, da styregruppen ikke finder tallene valide nok. Der planlægges et arbejde sammen med styregruppen for at få data som betragtes valide. Dette arbejde påbegyndes allerede nu efter national audit og der arbejdes også videre til et planlagt udviklingsmøde som finder sted 19-20 januar 2022.

Overensstemmelsesgrad
Overensstemmelsesgraden kan anvendes til at vurdere validiteten af dækningsgradopgørelsen. Overensstemmelsesgraden angiver andelen af patienter indberettet til databasen, som kan genfindes med de forventede diagnose-/procedurekoder i det register, der sammenlignes med. Hvis en stor andel af patienterne alene findes i databasen, men ikke kan genfindes i det register, der sammenlignes med, vil opgørelsen af dækningsgraden generelt være behæftet med stor usikkerhed. En overensstemmelsesgrad under 80% kan være en indikation af, at der udtrækkes på forkerte kriterier fra det register der sammenlignes med, eller at registeret ikke er egnet til at identificere patienterne.

RKKP og styregruppen for DHRD vil frem mod næste årsrapport arbejde videre på at tilpasse algoritmen, som anvendes til at udtrække patienter fra Landspatientregisteret, med henblik på at reducere antallet af patienter som alene findes i databasen og derved forbedre overensstemmelsesgraden. Samtidig vil det blive undersøgt nærmere hvorfor så relativt mange patienter (29%), som identificeres med et behov for hjerterehabilitering ud fra diagnose-/procedurekoder og samtidig har ydelser relateret til rehabilitering i Landspatientregisteret, tilsyneladende ikke registreres i Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase. Herunder vil det blive undersøgt om en del af disse patienter i stedet findes i Dansk Hjertesvigtsdatabase.

Publikationer som anvender data fra DHRD

2019

Lindström Egholm C, Helmark C, Christensen J, Eldh AC, Winblad U, Bunkenborg G, Zwisler AD, Nilsen P. Facilitators for using data from a quality registry in local quality improvement work: a cross-sectional survey of the Danish Cardiac Rehabilitation Database. BMJ Open. 2019;9(6):e028291. DOI: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028291

Al-Sharifi F, Winther Frederiksen H, Knold Rossau H, Norredam M, Zwisler AD. Access to cardiac rehabilitation and the role of language barriers in the provision of cardiac rehabilitation to migrants. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):223. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-019-4041-1

2018

Kristensen MB, Dieperink KB, Rossau HK, Egholm Lindström C, Viggers L, Bertelsen B, Zwisler AD. Dietary interventions in cardiac rehabilitation - Major gap between guideline and clinical practice. Clinical Nutrition ESPEN 2018;27:120-6. DOI: https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.05.007

Lindstrom Egholm C, Rossau HK, Nilsen P, Bunkenborg G, Rod MH, Doherty P, Bartels PD, Helmark L, Zwisler AD. Implementation of a politically initiated national clinical guideline for cardiac rehabilitation in hospitals and municipalities in Denmark. Health Policy 2018;122:1043-51. DOI: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.015

Regionale kommentarer

Region Hovedstaden:
Ingen kommentarer

Region Sjælland:
Sjællands Universitetshospital:
Som alle andre steder har vi været hårdt ramt af COVID-19, hvilket afspejler sig i vores resultater. Hjerterehabiliteringen var noget af det første ambulante aktivitet der blev lukket ned, da fx sygeplejersker og fysioterapeuter blev omplaceret til COVID afsnit.
Nogle indikatorer forventer vi derfor bedre målopfyldelse for, alene på baggrund af tilbagevenden til "normal-tilstand". Der er dog også indikatorer hvor vi vil prøve at optimere målopfyldelse ved fx ændring af arbejdsgange.

Region Syddanmark:
Odense Universitetshospital:
Der mangler data fra Rehabiliteringsafdelingen, OUH
I aktuelle årsrapport indgår overraskende få data fra rehabiliteringsafdelingerne i region Syddanmark herunder fra OUH. Tallene i indeværende årsrapport er ikke retvisende for indikator 2a, 2b, og 2c. For OUH kan en del af forklaringen være at rehabiliteringsafdelingen er flyttet fra OUH til Svendbog i opgørelsesperioden

SKS koder er ikke retvisende for OUH
Der er i LPR tabellerne side 235 til 245 registreret meget få SKS ydelser i forhold til eksempelvis diætbehandling. Dette er ikke retvisende i forhold til andelen af patienter med iskæmisk hjertesygdom som ses af diætist på OUH.

Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus
Indikator 1b.
Egne data er ikke tilfredsstillende, de 14 dage er en udfordring, men vi arbejder fortsat med forbedringsinitiativer. Intern audit har vist, at Covid-19 ikke har været den fulde forklaring. Der har også været nogle systemmæssige udfordringer intern og i samarbejdet med kommunerne. Vi kan derfor kun opfordre andre til at kigge nærmere i egne data, arbejdsgange og systemer.

Indikator 3
Egne data er ikke tilfredsstillende. Der har i perioden kun været anvendt VBA metoden, men der er på sygehusniveau (Sygehus Lillebælt) igangsat et arbejde for at udvikle andre supplerende metoder til denne og andre specifikke patientgrupper.

Indikator 6
Der er igangsat en proces i det forløbne år, som vi endnu ikke har se effekten af. Vi følger data løbende.

Region Midtjylland:
Regionshospitalet Horsens
På Regionshospitalet Horsens screenes alle patienter systematisk for depression – Indikatorområde 8 – i forbindelse med afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet. Derfor er opfyldelsen i årsrapporten ikke korrekt.

Aarhus Universitetshospital
Hjertesygdomme, AUH, har følgende kommentarer til indikator 9s og 10s:
Det er afdelingens vurdering, at data ikke er valide for AUH.
Afdelingen har undersøgt data på CPR-numre (fra RKKP) på patienterne, som er registreret, som om de ikke har indløst recepter på trombocythæmmer /statin. Desuden er der vurderet ved opslag i FMK på disse patienter mht. indløsning af recepter (det fremgår i denne vurdering, at der er sket indløsning samt hvor og hvornår recepten er indløst). Det pointeres desuden, at der er overensstemmelse, idet der for AUH

gælder, at 80 % har indløst recept på statin, men vurderet på LDL har AUH langt den bedste målopfyldelse i regionen.

Region Nordjylland:
Pga. Coronasituationen har Aalborg Universitetshospital, Syd ikke afholdt hjerterehabilitering i opgørelsesperioden for denne årsrapport, og derfor er der ved flere indikatorer ikke indberettet data fra denne enhed.

En stor del af rehabiliteringen er lagt ud i kommunalt regi, hvorfor der for flere indikatorer ikke fremgår data på hospitalsniveau. Kommunerne indberetter ikke data for nuværende, og de kommunale data fremgår derfor ikke i årsrapporten. Indberetningen forventes at påbegyndes i starten af 2022.

Strukturrapport 2021

Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD)

Strukturrapport 2021

Høringsversion

Rapporten er udarbejdet af:
Frederikke Amalie Møller, stud.scient.san.publ, Studentermedhjælper, RKKP
Anders Møller Schlünsen, Ph.d., Epidemiolog, RKKP
Julie Andersen, cand.scient.san, Kvalitetskonsulent, RKKP

Henvendelse vedr. rapporten til:
Kvalitetskonsulent Anne Nakano
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Olof Palmes Allé 15, DK-8200 Aarhus N
Telefon: (+45) 2168 7688
E-mail: annjes@rkkp.dk
Web-adresse: www.rkkp.dk

Indholdsfortegnelse

RESUME 1

BAGGRUND OG METODE 2

1. SYSTEMATISK HENVISNING OG INDIVIDUEL TILRETTELÆGGELSE 3

2. FYSISK TRÆNING 10

3. PATIENTUDDANNELSE OG RYGESTOPINTERVENTION 17

4. PSYKOSOCIAL STØTTE 24

5. KOSTINTERVENTION OG ERNÆRINGSINDSATS 31

REFERENCER 38

Resume

Hermed foreligger den fjerde rapport om strukturelle forhold vedrørende hjerterehabilitering fra Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD). Undersøgelsen bygger på spørgeskemaer besvaret af relevante nøglepersoner med ansvar for hjerterehabilitering i kommuner og på hospitaler.

Kortlægningen viser, at størstedelen af landets kommuner og hospitaler varetager de overordnede delelementer af hjerterehabiliteringen: systematisk henvisning, individuel tilrettelæggelse af forløbet, fysisk træning, patientuddannelse, rygestopintervention, psykosocial støtte, opsporing af angst og depression, arbejdsfastholdelse samt kost- og ernæringsintervention.

Der ses en generel tendens til, at hjerterehabiliteringen i højere grad end tidligere varetages kommunalt fremfor på hospitalerne. Siden sidste kortlægning i 2018 ses en stigning i andelen af kommuner, der varetager indsatser som patientuddannelse, kost- og ernæringsintervention samt opsporing af angst og depression. Særligt i Region Midtjylland og Region Nordjylland varetages rehabiliteringen nu i mindre grad på hospitalerne (1).

Undersøgelsen viser også, at ikke alle kommuner og hospitaler følger de mere specifikke anbefalinger for hjerterehabiliteringen, som er beskrevet i den Nationale Kliniske Retningslinje (2). Herunder kan nævnes anbefalingen om et 12-ugers træningsforløb samt undervisning i alle relevante emner i forbindelse med patientuddannelse.

Baggrund og metode

DHRD er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase, som har til formål at monitorere og udvikle kvaliteten af hjerterehabilitering i Danmark på individniveau. Med kortlægningen ønsker styregruppen at supplere dette med overblik over og indsigt i hjerterehabiliteringen på strukturniveau, hvilket er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefaling om at monitorere på både individ- og struktur/programniveau (2). Den aktuelle rapport belyser fase II hjerterehabilitering på programniveau på hospitaler og kommuner i Danmark. Fokus i kortlægningen er tværsektoriel og omfatter derfor hjerterehabilitering på både hospitaler og i kommuner.

Rapporten er baseret på en spørgeskemaundersøgelse rettet til relevante nøglepersoner med ansvar for hjerterehabilitering i kommuner og på hospitaler. Undersøgelsen er gennemført i foråret 2021 og omfattede 3 spørgeskemaer omhandlende hhv. fysisk træning, kost- og ernæringsintervention samt den overordnede organisering eller sygeplejefaglige del af hjerterehabiliteringen. Blandt kommunerne besvarede 93% spørgeskemaet om ernæring, 91% om fysisk træning og 95% om organisering af rehabiliteringen. På hospitalerne besvarede 77% spørgeskemaet om ernæring, 93% om fysisk træning og 97% om den sygeplejefaglige indsats.

Hjerterehabilitering på tværs af kommuner

I nogle kommuner varetages hjerterehabiliteringen ikke i egen kommune, men tilkøbes hos en anden kommune. Dette er tilfældet for syv kommuner på Københavns Vestegn. Her har Albertslund Kommune indgået et tværkommunalt samarbejde med følgende kommuner: Glostrup, Brøndby, Høje Taastrup, Hvidovre, Ishøj og Vallensbæk. Resultaterne i rapportens tabeller afspejler derfor besvarelsen fra Albertlund Kommune, idet borgere med behov for hjerterehabilitering får tilbuddet i denne kommune, fremfor i sin bopælskommunen.

I Ishøj Kommune vil borgerne dog blive tilbudt en indledende, individuel samtale i egen kommune, hvor behovet for hjerterehabilitering vurderes. Derudover afsluttes borgeren i egen kommune, Ishøj Kommune, med henblik på afdækning af yderligere behov for opfølgning. Det samme gør sig gældende i Høje-Taastrup Kommune, hvor borgere, der har gennemført et hjerterehabiliteringsforløb, får en individuel, afsluttende samtale med henvisning til andet træningstilbud i bopælskommunen, hvis det er nødvendigt.

1. Systematisk henvisning og individuel tilrettelæggelse

I den Nationale Kliniske Retningslinje (NRK) anbefales det, at alle patienter med iskæmisk hjertesygdom henvises til hjerterehabilitering, for at sikre højest mulig deltagelse. Det anses desuden som værende god praksis, at hjerteklapopererede og patienter med hjertesvigt vurderes systematisk med henblik på deltagelse i hjerterehabilitering (2).

Alle de responderende hospitaler henviser systematisk patienter til hjerterehabilitering. 97% af hospitalerne foretager desuden en individuel tilrettelæggelse af rehabilitering. Kun i Region Nordjylland angiver et enkelt hospital, at de ikke foretager en individuel tilrettelæggelse.

Individuel tilrettelæggelse varetages af alle de responderende kommuner, mens 99% af kommunerne også foretager en individuel afslutning og viderevisitering af borgerne. Kun en enkelt kommune i Region Midtjylland angiver, at de ikke varetager denne opgave.

Sammenlignet med resultaterne fra strukturrapporten i 2018 ses ingen nævneværdig udvikling i andelen af kommuner og hospitaler, der foretager en systematisk henvisning, individuel tilrettelæggelse af rehabiliteringen samt individuel afslutning og viderevisitering af borgerne (1).

Indikator 1a. Andel af kommuner med et individuelt tilrettelagt og afsluttet hjerterehabiliteringsforløb

	Individuel tilrettelæggelse*	Individuel afslutning og viderevisitering
Danmark	100 %	99 %
Hovedstaden	100 %	100 %
Sjælland	100 %	100 %
Syddanmark	100 %	100 %
Midtjylland	100 %	95 %
Nordjylland	100 %	100 %
Hovedstaden	100 %	100 %
Albertslund	Ja	Ja
Allerød	Ja	Ja
Ballerup	Ja	Ja
Bornholm	Ja	Ja
Brøndby	Ja	Ja
Dragør	Ja	Ja
Egedal	Ja	Ja
Fredensborg	Ja	Ja
Frederiksberg	Ja	Ja
Frederikssund	Ja	Ja
Furesø	Ja	Ja
Gentofte	Ja	Ja
Gladsaxe	Ja	Ja
Glostrup	Ja	Ja
Gribskov	Ja	Delvist
Halsnæs	Delvist	Delvist
Helsingør	Ja	Ja
Herlev	Ja	Ja
Hillerød	Ja	Ja
Hvidovre	Ja	Ja
Høje Taastrup	Ja	Ja
Hørsholm	Ja	Ja
Ishøj	Ja	Ja
København	Ja	Ja
Lyngby-Taarbæk	Ja	Ja
Rudersdal	Ja	Ja

	Individuel tilrettelæggelse*	Individuel afslutning og viderevisitering
Rødovre	Ja	Ja
Tårnby	Ja	Delvist
Vallensbæk	Ja	Ja
Sjælland	100 %	100 %
Faxe	Ja	Ja
Greve	Ja	Ja
Guldborgsund	Ja	Ja
Holbæk	Delvist	Delvist
Kalundborg	Ja	Ja
Køge	Ja	Ja
Lejre	Delvist	Ja
Lolland	Ja	Ja
Næstved	Ja	Delvist
Odsherred	Ja	Ja
Ringsted	Ja	Ja
Roskilde	Ja	Ja
Slagelse	Ja	Ja
Solrød	Ja	Ja
Sorø	Ja	Ja
Stevns	Ja	Ja
Vordingborg	Ja	Ja
Syddanmark	100 %	100 %
Assens	Ja	Ja
Billund	Ja	Ja
Esbjerg	Ja	Ja
Fanø	Ja	Ja
Fredericia	Ja	Ja
Fåborg-Midtfyn	Ja	Ja
Haderslev	Ja	Ja
Kerteminde	Ja	Ja
Kolding	Ja	Delvist
Langeland	Ja	Ja
Middelfart	Ja	Ja
Nordfyn	Ja	Ja

	Individuel tilrettelæggelse*	Individuel afslutning og viderevisitering
Nyborg	Ja	Ja
Odense	Ja	Ja
Svendborg	Ja	Ja
Sønderborg	Ja	Ja
Tønder	Ja	Ja
Varde	Ja	Delvist
Vejen	Ja	Ja
Vejle	Ja	Ja
Ærø	Ja	Delvist
Aabenraa	Ja	Ja
Midtjylland	100 %	95 %
Favrskov	Ja	Ja
Hedensted	Ja	Ja
Herning	Ja	Ja
Holstebro	Ja	Ja
Horsens	Delvist	Delvist
Ikast-Brande	Ja	Nej
Lemvig	Ja	Ja
Norddjurs	Ja	Ja
Odder	Ja	Delvist
Randers	Ja	Ja
Ringkøbing-Skjern	Ja	Ja
Samsø	Ja	Delvist
Silkeborg	Ja	Delvist
Skanderborg	Ja	Ja
Skive	Ja	Ja
Struer	Ja	Ja
Syddjurs	Ja	Ja
Viborg	Ja	Delvist
Aarhus	Ja	Ja
Nordjylland	100 %	100 %
Brønderslev	Ja	Ja
Frederikshavn	Ja	Ja
Hjørring	Ja	Ja

	Individuel tilrettelæggelse*	Individuel afslutning og viderevisitering
Jammerbugt		
Læsø	Ja	Ja
Mariagerfjord	Ja	Ja
Morsø	Ja	Ja
Rebild	Ja	Ja
Thisted	Ja	Ja
Vesthimmerland	Ja	Ja
Aalborg	Ja	Ja

* Andel af hospitaler, der varetager forløbet helt eller delvist

Indikator 1b. Andel af hospitaler med systematisk henvisning samt et individuelt tilrettelagt og afsluttet hjerterehabiliteringsforløb

	Systematisk henvisning*	Individuel tilrettelæggelse
Danmark	100 %	97 %
Hovedstaden	100 %	100 %
Sjælland	100 %	100 %
Syddanmark	100 %	100 %
Midtjylland	100 %	100 %
Nordjylland	100 %	75 %
Hovedstaden	100 %	100 %
Amager Hospital	Ja	Ja
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Ja	Ja
Bornholms Hospital	Ja	Ja
Frederikssund Hospital	Ja	Ja
Gentofte Hospital	Ja	Ja
Glostrup Hospital	Delvist	Delvist
Herlev Hospital	Ja	Ja
Hillerød Hospital	Ja	Ja
Hvidovre Hospital	Ja	Ja
Sjælland	100 %	100 %
Holbæk Sygehus	Ja	Ja
Nykøbing Falster Sygehus	Ja	Ja
Næstved Sygehus	Ja	Ja
Roskilde Sygehus	Ja	Ja
Slagelse Sygehus	Ja	Ja
Syddanmark	100 %	100 %
Esbjerg Sygehus	Ja	Ja
Grindsted Sygehus	Ja	Ja
Kolding Sygehus	Ja	Ja
Odense Universitetshospital	Delvist	Ja
Svendborg Sygehus	Ja	Ja
Sønderborg Sygehus	Ja	Delvist
Vejle Sygehus	Ja	Delvist
Aabenraa Sygehus	Ja	Delvist
Midtjylland	100 %	100 %

	Systematisk henvisning*	Individuel tilrettelæggelse
Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Silkeborg	Ja	Ja
Hospitalsenhed Vest, Herning	Ja	Ja
Hospitalsenhed Vest, Holstebro	Ja	Ja
Regionshospital Horsens	Ja	Ja
Regionshospital Randers	Ja	Delvist
Hospitalsenhed Midt, Regionshospital Viborg	Ja	Delvist
Århus Universitetshospital	Ja	Ja
Nordjylland	100 %	75 %
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Ja	Ja
Aalborg UH, Hobro	Delvist	Nej
Aalborg UH, Thisted	Delvist	Delvist
Aalborg UH, Aalborg	Ja	Ja

* Andel af hospitaler, der varetager forløbet helt eller delvist

2. Fysisk træning

I den nationale kliniske retningslinje (NRK) anbefales det, at patienter med iskæmisk hjertesygdom samt hjertesvigt tilbydes fysisk træning som en del af deres hjerterehabilitering. Det anses desuden som værende god praksis, at hjerteklapopererede og patienter med angina pectoris tilbydes fysisk træning. Den fysisk træning bør, ifølge NRK, tilrettelægges som et 12-ugers træningsforløb med 2 ugentlige træningssessioner. Derudover bør patienterne gennemføre fysiske tests både før og efter træningsforløbet (2).

Fysisk træning varetages fuldt ud af alle responderende kommuner, mens 82% af de responderende hospitaler varetager fysisk træning helt eller delvist. Dog tilrettelægges træningen kun i 71% af kommunerne og 42% af hospitalerne som et 12-ugers forløb. I de fleste kommuner (93%) testes borgerne før og efter eftertræningsforløbet, mens 69% af hospitalerne udfører disse tests.

Der er betydelig variation på tværs af landets regioner, når det kommer til varetagelsen af fysisk træning på hospitalerne. I tre af regionerne (Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark) varetager alle hospitalerne den fysiske træning helt eller delvist, mens denne andel kun er 25% i Region Nordjylland og 52% i Region Midtjylland.

Ved sidste kortlægning i 2018 varetog alle kommunerne ligeledes den fysiske træning. For hospitalerne er der siden 2018 sket et marginalt fald fra 84% til 82% (1).

Indikator 2a. Andel af kommuner, der tilbyder fysisk træning som en del af deres hjerterehabiliteringsforløb

	Træningsforløb i kommunen*	12 ugers træning	Test før og efter træning
Danmark	100 %	71 %	93 %
Hovedstaden	100 %	81 %	96 %
Sjælland	100 %	35 %	88 %
Syddanmark	100 %	76 %	90 %
Midtjylland	100 %	100 %	100 %
Nordjylland	100 %	40 %	90 %
Hovedstaden	100 %	81 %	96 %
Albertslund	Ja	Ja	Ja
Allerød	Ja	Ja	Ja
Ballerup	Ja	Nej	Ja
Bornholm	Ja	Ja	Ja
Brøndby	Ja	Ja	Ja
Dragør	Ja	Ja	Nej
Egedal	Ja	Nej	Ja
Fredensborg	Ja	Ja	Ja
Frederiksberg	Ja	Ja	Ja
Frederikssund	Ja	Ja	Ja
Furesø	Ja	Ja	Ja
Gentofte	Ja		
Gladsaxe	Ja	Ja	Ja
Glostrup	Ja	Ja	Ja
Gribskov	Ja	Ja	Ja
Halsnæs	Ja	Nej	Ja
Helsingør	Ja	Nej	Ja
Herlev	Ja	Ja	Ja
Hillerød	Ja		
Hvidovre	Ja	Ja	Ja
Høje Taastrup	Ja	Ja	Ja
Hørsholm	Ja	Nej	Ja
Ishøj	Ja	Ja	Ja
København	Ja	Ja	Ja
Lyngby-Taarbæk	Ja		
Rudersdal	Ja	Ja	Ja

	Træningsforløb i kommunen*	12 ugers træning	Test før og efter træning
Rødovre	Ja	Ja	Ja
Tårnby	Ja	Ja	Ja
Vallensbæk	Ja	Ja	Ja
Sjælland	100 %	35 %	88 %
Faxe	Ja	Nej	Ja
Greve	Ja	Nej	Ja
Guldborgsund	Ja	Ja	Ja
Holbæk	Ja	Nej	Ja
Kalundborg	Ja	Nej	Nej
Køge	Ja	Nej	Ja
Lejre	Ja	Nej	Ja
Lolland	Ja	Ja	Ja
Næstved	Ja	Nej	Ja
Odsherred	Ja	Ja	Ja
Ringsted	Ja	Ja	Ja
Roskilde	Ja	Nej	Ja
Slagelse	Ja	Nej	Ja
Solrød	Ja	Nej	Ja
Sorø	Ja	Ja	Ja
Stevns	Ja	Nej	Nej
Vordingborg	Ja	Ja	Ja
Syddanmark	100 %	76 %	90 %
Assens	Ja	Ja	Ja
Billund	Ja	Ja	Ja
Esbjerg	Ja	Ja	Ja
Fanø	Ja		
Fredericia	Ja	Ja	Ja
Fåborg-Midtfyn	Ja	Ja	Nej
Haderslev	Ja	Nej	Ja
Kerteminde	Ja	Ja	Ja
Kolding	Ja	Ja	Ja
Langeland	Ja	Ja	Ja
Middelfart	Ja	Ja	Nej
Nordfyn	Ja	Ja	Ja
Nyborg	Ja	Ja	Ja

	Træningsforløb i kommunen*	12 ugers træning	Test før og efter træning
Odense	Ja	Ja	Ja
Svendborg	Ja	Ja	Ja
Sønderborg	Ja	Ja	Ja
Tønder	Ja	Nej	Ja
Varde	Ja	Ja	Ja
Vejen	Ja	Nej	Ja
Vejle	Ja	Ja	Ja
Ærø	Ja	Nej	Ja
Aabenraa	Ja	Nej	Ja
Midtjylland	100 %	100 %	100 %
Favrskov	Ja	Ja	Ja
Hedensted	Ja	Ja	Ja
Herning	Ja	Ja	Ja
Holstebro	Ja	Ja	Ja
Horsens	Ja	Ja	Ja
Ikast-Brande	Ja	Ja	Ja
Lemvig	Ja	Ja	Ja
Norddjurs	Ja	Ja	Ja
Odder	Ja		
Randers	Ja	Ja	Ja
Ringkøbing-Skjern	Ja	Ja	Ja
Samsø	Ja	Ja	Ja
Silkeborg	Ja	Ja	Ja
Skanderborg	Ja	Ja	Ja
Skive	Ja	Ja	Ja
Struer	Ja	Ja	Ja
Syddjurs	Ja	Ja	Ja
Viborg	Ja	Ja	Ja
Aarhus	Ja	Ja	Ja
Nordjylland	100 %	40 %	90 %
Brønderslev	Ja	Ja	Ja
Frederikshavn	Ja	Ja	Ja
Hjørring	Ja	Ja	Ja
Jammerbugt			
Læsø	Ja	Nej	Nej

	Træningsforløb i kommunen*	12 ugers træning	Test før og efter træning
Mariagerfjord	Ja	Ja	Ja
Morsø	Ja	Nej	Ja
Rebild	Ja	Nej	Ja
Thisted	Ja	Nej	Ja
Vesthimmerland	Ja	Nej	Ja
Aalborg	Ja	Nej	Ja

* Andel af hospitaler, der varetager forløbet helt eller delvist

Indikator 2b. Andel af hospitaler, der tilbyder fysisk træning som en del af deres hjerterehabiliteringsforløb

	Træningsforløb på hospitalet*	12 ugers træning	Test før og efter træning
Danmark	82 %	42 %	83 %
Hovedstaden	100 %	67 %	83 %
Sjælland	100 %	0 %	80 %
Syddanmark	100 %	25 %	88 %
Midtjylland	57 %	100 %	100 %
Nordjylland	25 %	0 %	0 %
Hovedstaden	100 %	67 %	83 %
Amager Hospital	Ja	Ja	Ja
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Delvist	Nej	Nej
Bornholms Hospital	Ja	Nej	Ja
Frederikssund Hospital	Delvist		
Gentofte Hospital	Delvist		
Glostrup Hospital	Ja	Ja	Ja
Herlev Hospital	Delvist	Ja	Ja
Hillerød Hospital	Delvist	Ja	Ja
Hvidovre Hospital	Delvist		
Sjælland	100 %	0 %	80 %
Holbæk Sygehus	Ja	Nej	Ja
Nykøbing Falster Sygehus	Ja	Nej	Ja
Næstved Sygehus	Ja	Nej	Nej
Roskilde Sygehus	Ja	Nej	Ja
Slagelse Sygehus	Ja	Nej	Ja
Syddanmark	100 %	25 %	88 %
Esbjerg Sygehus	Delvist	Ja	Ja
Grindsted Sygehus	Delvist	Ja	Ja
Kolding Sygehus	Ja	Nej	Nej
Odense Universitetshospital	Ja	Nej	Ja
Svendborg Sygehus	Ja	Nej	Ja
Sønderborg Sygehus	Ja	Nej	Ja
Vejle Sygehus	Ja	Nej	Ja
Aabenraa Sygehus	Ja	Nej	Ja
Midtjylland	57 %	100 %	100 %

	Træningsforløb på hospitalet*	12 ugers træning	Test før og efter træning
Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Silkeborg	Ja	Ja	Ja
Hospitalsenhed Vest, Herning	Nej		
Hospitalsenhed Vest, Holstebro	Nej		
Regionshospital Horsens	Ja	Ja	Ja
Regionshospital Randers	Ja	Ja	Ja
Hospitalsenhed Midt, Regionshospital Viborg	Nej		
Århus Universitetshospital	Ja	Ja	Ja
Nordjylland	25 %	0 %	0 %
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej		
Aalborg UH, Hobro	Nej		
Aalborg UH, Thisted	Nej		
Aalborg UH, Aalborg	Ja	Nej	Nej

* Andel af hospitaler, der varetager forløbet helt eller delvist

3. Patientuddannelse og rygestopintervention

Patientuddannelse

I den nationale kliniske retningslinje (NRK) anbefales det, at patienter med iskæmisk hjertesygdom samt hjertesvigtspatienter tilbydes patientuddannelse. Det anses desuden som værende god praksis at tilbyde patientuddannelse til hjerteklapopererede. Patientuddannelsen bør omhandle følgende emner: 1) Betydning af livsstil (KRAM), 2) motivation og livsstilsændringer, 3) undervisning i hjertesygdomme, 4) håndtering af hjertesygdom, 5) undervisning i seksualitet og hjertesygdomme, 6) psykiske reaktioner, 7) medicinsk behandling og 8) råd og vejledning om sociale forhold. I NRK anbefales det desuden, at alle patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ryger, bør tilbydes en rygestopintervention. Det anses som værende god praksis også at tilbyde dette til alle hjerteklapopererede og hjertesvigtspatienter (2).

Patientuddannelse varetages helt eller delvist i 97% af de responderende kommunerne, mens dette varetages af 64% af hospitalerne. Af de kommuner der tilbyder patientuddannelse, underviser 44% i alle otte relevante emner. Det samme gør sig gældende for 81% af hospitalerne.

Kun i Region Sjælland varetages patientuddannelsen ikke af alle regionens kommuner. Variationen er derimod større for hospitalerne. I Region Hovedstaden varetager alle hospitaler indsatsen, mens andelen er betydeligt lavere i særligt Region Midtjylland (29%), Region Syddanmark (50%) og Region Nordjylland (50%).

Sammenlignet med kortlægningen i 2018 ses der nationalt en stigning i andelen af kommuner, der helt eller delvist varetager patientuddannelse fra 86% til 97%. I samme periode er der sket et fald i andelen af hospitaler, der varetager dette fra 86% til 64% (1).

Rygestopintervention

99% af de responderende kommuner varetager rygestopintervention helt eller delvist, mens denne andel er 30% for hospitalerne. Der ses en betydelig regional variation i varetagelsen af rygestopintervention på hospitalerne. I Region Midtjylland varetager ingen af hospitalerne denne opgave, mens halvdelen af hospitalerne i Region Syddanmark varetager opgaven helt eller delvist.

Der er siden 2018 sket et fald i andelen af hospitaler, der varetager rygestop fra 47% til 30%. For kommunerne er denne andel uændret, da også 99% af kommunerne varetog opgaven i 2018 (1).

Indikator 3a. Andel af kommuner, der tilbyder patientuddannelse og rygestopintervention som en del af deres hjerterehabiliteringsforløb

	Patientuddannelse i kommunen*	Underviser i alle relevante emner	Rygestop-intervention i kommunen
Danmark	97 %	44 %	99 %
Hovedstaden	100 %	36 %	100 %
Sjælland	82 %	55 %	94 %
Syddanmark	100 %	50 %	100 %
Midtjylland	100 %	37 %	100 %
Nordjylland	100 %	56 %	100 %
Hovedstaden	100 %	36 %	100 %
Albertslund	Ja	Nej	Ja
Allerød	Delvist	Nej	Ja
Ballerup	Ja	Ja	Ja
Bornholm	Ja	Ja	Ja
Brøndby	Ja	Nej	Ja
Dragør	Ja	Nej	Ja
Egedal	Ja	Ja	Ja
Fredensborg	Ja	Ja	Ja
Frederiksberg	Ja	Nej	Ja
Frederikssund	Ja	Nej	Ja
Furesø	Ja	Ja	Ja
Gentofte	Ja	Nej	Ja
Gladsaxe	Ja	Ja	Ja
Glostrup	Ja	Nej	Ja
Gribskov	Ja	Nej	Ja
Halsnæs	Delvist		Delvist
Helsingør	Ja	Ja	Ja
Herlev	Ja	Nej	Ja
Hillerød	Ja	Nej	Ja
Hvidovre	Ja	Nej	Ja
Høje Taastrup	Ja	Nej	Ja
Hørsholm	Ja	Nej	Ja
Ishøj	Ja	Nej	Ja
København	Ja	Ja	Ja
Lyngby-Taarbæk	Ja	Ja	Ja

	Patientuddannelse i kommunen*	Underviser i alle relevante emner	Rygestop-intervention i kommunen
Rudersdal	Delvist	Nej	Ja
Rødovre	Ja	Ja	Ja
Tårnby	Ja	Nej	Ja
Vallensbæk	Ja	Nej	Ja
Sjælland	82 %	55 %	94 %
Faxe	Ja	Ja	Ja
Greve	Ja	Ja	Delvist
Guldborgsund	Ja	Ja	Ja
Holbæk	Delvist	Ja	Ja
Kalundborg	Ja	Nej	Ja
Køge	Nej		Ja
Lejre	Nej		Nej
Lolland	Ja	Nej	Delvist
Næstved	Ja		Ja
Odsherred	Ja		Ja
Ringsted	Ja	Ja	Ja
Roskilde	Ja		Ja
Slagelse	Ja	Nej	Ja
Solrød	Nej		Ja
Sorø	Ja	Nej	Ja
Stevns	Delvist	Nej	Delvist
Vordingborg	Ja	Ja	Ja
Syddanmark	100 %	50 %	100 %
Assens	Ja	Nej	Ja
Billund	Ja	Nej	Ja
Esbjerg	Ja	Ja	Ja
Fanø	Ja	Nej	Ja
Fredericia	Ja	Ja	Ja
Fåborg-Midtfyn	Ja	Ja	Ja
Haderslev	Ja	Ja	Ja
Kerteminde	Ja	Nej	Ja
Kolding	Ja	Nej	Delvist
Langeland	Ja	Ja	Ja
Middelfart	Ja	Nej	Ja

	Patientuddannelse i kommunen*	Underviser i alle relevante emner	Rygestop-intervention i kommunen
Nordfyn	Ja	Ja	Ja
Nyborg	Ja	Nej	Ja
Odense	Ja	Nej	Ja
Svendborg	Ja	Ja	Ja
Sønderborg	Ja	Ja	Ja
Tønder	Delvist	Ja	Ja
Varde	Ja	Ja	Ja
Vejen	Ja	Nej	Ja
Vejle	Ja	Nej	Ja
Ærø	Ja	Nej	Ja
Aabenraa	Ja	Ja	Ja
Midtjylland	100 %	37 %	100 %
Favrskov	Ja	Nej	Ja
Hedensted	Ja	Nej	Ja
Herning	Ja	Ja	Ja
Holstebro	Ja	Nej	Ja
Horsens	Ja	Nej	Ja
Ikast-Brande	Ja	Nej	Ja
Lemvig	Ja	Ja	Ja
Norddjurs	Ja	Ja	Ja
Odder	Ja	Nej	Ja
Randers	Ja	Nej	Ja
Ringkøbing-Skjern	Ja	Ja	Ja
Samsø	Ja	Nej	Ja
Silkeborg	Ja	Nej	Ja
Skanderborg	Ja	Ja	Ja
Skive	Ja	Nej	Ja
Struer	Ja	Ja	Ja
Syddjurs	Ja	Nej	Ja
Viborg	Ja	Ja	Ja
Aarhus	Ja	Nej	Ja
Nordjylland	100 %	56 %	100 %
Brønderslev	Ja	Nej	Ja
Frederikshavn	Ja	Ja	Ja

	Patientuddannelse i kommunen*	Underviser i alle relevante emner	Rygestop-intervention i kommunen
Hjørring	Ja	Ja	Ja
Jammerbugt			
Læsø	Delvist		Ja
Mariagerfjord	Ja	Nej	Ja
Morsø	Ja	Ja	Ja
Rebild	Ja	Nej	Ja
Thisted	Ja	Ja	Ja
Vesthimmerland	Ja	Nej	Ja
Aalborg	Ja	Ja	Ja

* Andel af hospitaler, der varetager forløbet helt eller delvist

Indikator 3b. Andel af hospitaler, der tilbyder patientuddannelse og rygestopintervention som en del af deres hjerterehabiliteringsforløb

	Patientuddannelse på hospitalet*	Underviser i alle relevante emner	Rygestop-intervention på hospitalet
Danmark	64 %	81 %	30 %
Hovedstaden	100 %	67 %	44 %
Sjælland	80 %	100 %	20 %
Syddanmark	50 %	100 %	50 %
Midtjylland	29 %	100 %	0 %
Nordjylland	50 %	50 %	25 %
Hovedstaden	100 %	67 %	44 %
Amager Hospital	Delvist	Ja	Delvist
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Ja	Ja	Nej
Bornholms Hospital	Ja	Ja	Nej
Frederikssund Hospital	Ja	Nej	Ja
Gentofte Hospital	Delvist	Ja	Nej
Glostrup Hospital	Delvist	Nej	Delvist
Herlev Hospital	Delvist	Ja	Nej
Hillerød Hospital	Delvist	Ja	Delvist
Hvidovre Hospital	Delvist	Nej	Nej
Sjælland	80 %	100 %	20 %
Holbæk Sygehus	Ja	Ja	Nej
Nykøbing Falster Sygehus	Nej		Nej
Næstved Sygehus	Delvist	Ja	Nej
Roskilde Sygehus	Ja	Ja	Delvist
Slagelse Sygehus	Delvist	Ja	Nej
Syddanmark	50 %	100 %	50 %
Esbjerg Sygehus	Nej		Nej
Grindsted Sygehus	Nej		Nej
Kolding Sygehus	Ja	Ja	Nej
Odense Universitetshospital	Nej		Delvist
Svendborg Sygehus	Nej		Delvist
Sønderborg Sygehus	Delvist	Ja	Delvist
Vejle Sygehus	Delvist	Ja	Nej
Aabenraa Sygehus	Delvist	Ja	Delvist

	Patientuddannelse på hospitalet*	Underviser i alle relevante emner	Rygestop-intervention på hospitalet
Midtjylland	29 %	100 %	0 %
Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Silkeborg	Ja	Ja	Nej
Hospitalsenhed Vest, Herning	Nej		Nej
Hospitalsenhed Vest, Holstebro	Nej		Nej
Regionshospital Horsens	Nej		Nej
Regionshospital Randers	Nej		Nej
Hospitalsenhed Midt, Regionshospital Viborg	Nej		Nej
Århus Universitetshospital	Delvist	Ja	Nej
Nordjylland	50 %	50 %	25 %
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej		Nej
Aalborg UH, Hobro	Nej		Nej
Aalborg UH, Thisted	Delvist	Nej	Nej
Aalborg UH, Aalborg	Ja	Ja	Ja

* Andel af hospitaler, der varetager forløbet helt eller delvist

4. Psykosocial støtte

Den nationale kliniske retningslinje (NRK) anbefaler, at der tilbydes en psykosocial indsats til alle patienter med iskæmisk hjertesygdom i forbindelse med hjerterehabiliteringen. Det anses desuden som værende god praksis også at tilbyde en psykosocial indsats til alle hjerteklapopererede og hjertesvigtspatienter. Herunder bør det for alle hjertepatienter afdækkes, hvorvidt patienten er tilknyttet arbejdsmarkedet og støtte patienten i tilbagevenden til arbejde. Ifølge NRK bør der hos alle hjertepatienter være fokus på opsporing af angst og depression i forbindelse med deres hjerterehabiliteringsforløb. Det anbefales, at Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) anvendes som et screeningsredskab hertil (2).

Psykosocial støtte

Psykosocial støtte varetages helt eller delvist af hhv. 93% af de responderende kommuner og 79% af hospitalerne. Region Midtjylland er den region, hvor færrest hospitaler varetager psykosocial støtte (43%), mens størstedelen af hospitalerne i de øvrige regioner varetager denne opgave. Regionsforskellene er noget mindre for kommunerne, idet størstedelen af kommunerne (82%-100%) varetager psykosocial støtte på tværs af alle regioner. Der ses ingen udvikling i andelen af kommuner, der varetager en psykosocial indsats, mens der er sket et fald i andelen af hospitaler fra 94% i 2018 til 79% i 2021 (1).

Opsporing af angst og depression

Opsporing af angst og depression hos hjertepatienter varetages helt eller delvist af langt størstedelen af kommunerne (89%) samt hospitalerne (88%). I den forbindelse anvender 79% af kommuner HADS som screeningsværktøj, mens alle hospitaler benytter HADS i forbindelse med opsporing af angst og depression. Kun 43% af hospitalerne i Region Midtjylland varetager opsporing af angst og depression, mens størstedelen af hospitalerne (75-100%) varetager opgaven i de resterende regioner.

Sammenlignet med resultaterne fra 2018 ses der nationalt en stigning i andelen af kommuner, der helt eller delvist varetager opsporing af angst og depression fra 58% til 89%. For hospitalerne er der i samme tidsperiode sket et marginalt fald fra 93% til 88% (1).

Arbejdsfastholdelse

Der ses en tendens til, at kommunerne i højere grad end hospitalerne varetager indsatsen for arbejdsfastholdelse. Nationalt varetages denne opgave helt eller delvist af 96% af de responderende kommuner, mens opgaven varetages af 43% af hospitalerne. Siden 2018 er andelen af hospitaler, der varetager arbejdsfastholdelsen, faldet fra 59% til 43%. I samme periode er andelen for kommunerne steget fra 89% til 96% (1).

Indikator 4a. Andel af kommuner, der tilbyder psykosocial støtte som en del af deres hjerterehabiliteringsforløb

	Psykosocial støtte i kommunen*	Opsporing af angst og depression	Screening med HADS**	Indsats for arbejdsfastholdelse
Danmark	93 %	89 %	79 %	96 %
Hovedstaden	89 %	78 %	71 %	100 %
Sjælland	82 %	82 %	83 %	88 %
Syddanmark	95 %	100 %	65 %	100 %
Midtjylland	100 %	95 %	94 %	89 %
Nordjylland	100 %	100 %	89 %	100 %
Hovedstaden	89 %	78 %	71 %	100 %
Albertslund	Ja	Ja	Ja	Delvist
Allerød	Delvist	Ja	Ja	Delvist
Ballerup	Ja	Ja	Ja	Delvist
Bornholm	Nej	Nej		Ja
Brøndby	Ja	Ja	Ja	Delvist
Dragør	Ja	Delvist	Nej	Ja
Egedal	Ja	Ja	Nej	Delvist
Fredensborg		Ja	Ja	Delvist
Frederiksberg	Ja	Nej		Delvist
Frederikssund	Nej	Nej		
Furesø	Ja	Ja	Ja	Ja
Gentofte	Ja	Ja	Nej	Ja
Gladsaxe	Ja	Ja	Ja	Delvist
Glostrup	Ja	Ja	Ja	Delvist
Gribskov				Ja
Halsnæs	Nej	Nej		Delvist
Helsingør	Ja	Delvist	Ja	Delvist
Herlev	Ja	Delvist	Nej	Ja
Hillerød	Ja	Delvist	Nej	Delvist
Hvidovre	Ja	Ja	Ja	Delvist
Høje Taastrup	Ja	Ja	Ja	Delvist
Hørsholm	Delvist	Delvist	Nej	Delvist
Ishøj	Ja	Ja	Ja	Delvist
København	Ja			Delvist
Lyngby-Taarbæk	Ja	Delvist	Ja	Delvist
Rudersdal	Delvist	Nej		Ja

	Psykosocial støtte i kommunen*	Opsporing af angst og depression	Screening med HADS**	Indsats for arbejdsfastholdelse
Rødovre	Ja	Delvist	Ja	Delvist
Tårnby	Delvist	Nej		Ja
Vallensbæk	Ja	Ja	Ja	Delvist
Sjælland	82 %	82 %	83 %	88 %
Faxe	Ja	Ja	Ja	Ja
Greve	Ja	Delvist	Ja	Delvist
Guldborgsund	Ja	Ja	Ja	Delvist
Holbæk	Ja	Delvist	Ja	Ja
Kalundborg	Ja	Ja	Ja	Delvist
Køge	Delvist	Delvist	Ja	Delvist
Lejre	Delvist	Nej		Delvist
Lolland	Delvist	Delvist	Ja	Ja
Næstved	Nej	Nej		Nej
Odsherred	Ja	Ja		Ja
Ringsted	Ja	Ja	Ja	Ja
Roskilde	Ja	Delvist		Delvist
Slagelse	Delvist	Delvist	Nej	Delvist
Solrød	Nej	Nej		Delvist
Sorø	Ja	Ja	Ja	Delvist
Stevns	Nej	Delvist	Nej	Nej
Vordingborg	Ja	Ja	Ja	Delvist
Syddanmark	95 %	100 %	65 %	100 %
Assens	Delvist	Ja	Ja	Delvist
Billund	Delvist	Ja	Ja	Ja
Esbjerg	Ja	Ja	Ja	Delvist
Fanø	Delvist	Ja	Ja	Ja
Fredericia	Delvist	Ja	Ja	Delvist
Fåborg-Midtfyn	Ja	Ja		Delvist
Haderslev	Ja	Delvist	Nej	Ja
Kerteminde	Ja	Ja	Ja	Ja
Kolding	Ja	Ja	Ja	Ja
Langeland	Delvist	Delvist	Ja	Delvist
Middelfart	Delvist	Ja	Ja	Delvist
Nordfyn	Delvist	Ja	Nej	Ja
Nyborg	Delvist	Ja	Nej	Ja

	Psykosocial støtte i kommunen*	Opsporing af angst og depression	Screening med HADS**	Indsats for arbejdsfastholdelse
Odense	Delvist	Delvist	Nej	Delvist
Svendborg	Ja	Ja	Ja	Delvist
Sønderborg	Ja	Ja	Nej	Delvist
Tønder	Ja	Ja	Nej	Ja
Varde	Ja	Ja	Ja	Ja
Vejen	Ja	Ja	Nej	Ja
Vejle	Ja	Ja	Ja	Delvist
Ærø	Delvist	Delvist	Ja	Delvist
Aabenraa	Nej	Delvist		Ja
Midtjylland	100 %	95 %	94 %	89 %
Favrskov	Delvist	Ja	Ja	Ja
Hedensted	Delvist	Ja	Ja	Delvist
Herning	Delvist	Ja	Ja	Ja
Holstebro	Ja	Ja	Ja	Ja
Horsens		Ja	Ja	Ja
Ikast-Brande	Ja	Ja	Ja	Delvist
Lemvig	Ja	Ja	Ja	Ja
Norddjurs	Ja	Ja	Ja	Ja
Odder	Delvist	Ja	Ja	Nej
Randers	Ja	Ja	Ja	Ja
Ringkøbing-Skjern	Delvist	Ja	Ja	Delvist
Samsø	Delvist	Delvist	Nej	Delvist
Silkeborg	Ja	Nej		Delvist
Skanderborg	Ja	Ja	Ja	Ja
Skive	Ja	Ja	Ja	Nej
Struer	Ja	Ja	Ja	
Syddjurs	Delvist	Ja	Ja	Delvist
Viborg	Delvist	Ja	Ja	Ja
Aarhus	Ja	Ja	Ja	Ja
Nordjylland	100 %	100 %	89 %	100 %
Brønderslev	Delvist	Delvist	Ja	Ja
Frederikshavn	Ja	Ja	Ja	Ja
Hjørring	Ja	Delvist	Ja	Delvist
Jammerbugt				
Læsø	Ja	Delvist		Ja

	Psykosocial støtte i kommunen*	Opsporing af angst og depression	Screening med HADS**	Indsats for arbejdsfastholdelse
Mariagerfjord	Ja	Ja	Ja	Delvist
Morsø	Delvist	Delvist	Ja	
Rebild	Ja	Delvist	Ja	Delvist
Thisted	Delvist	Ja	Ja	Delvist
Vesthimmerland	Delvist	Ja	Nej	Ja
Aalborg	Ja	Ja	Ja	

* Andel af hospitaler, der varetager forløbet helt eller delvist
** HADS anbefales som screeningsværktøj i Sundhedsstyrelsens NKR, men andre værktøjer kan anvendes

Indikator 4b. Andel af hospitaler, der tilbyder psykosocial støtte som en del af deres hjerterehabiliteringsforløb

	Psykosocial støtte på hospitalet*	Opsporing af angst og depression	Screening med HADS**	Indsats for arbejdsfastholdelse
Danmark	79 %	88 %	100 %	43 %
Hovedstaden	89 %	100 %	100 %	67 %
Sjælland	80 %	100 %	100 %	40 %
Syddanmark	100 %	100 %	100 %	25 %
Midtjylland	43 %	43 %	100 %	43 %
Nordjylland	75 %	100 %	100 %	50 %
Hovedstaden	89 %	100 %	100 %	67 %
Amager Hospital	Ja	Ja	Ja	Ja
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Ja	Ja	Ja	Delvist
Bornholms Hospital	Ja	Ja	Ja	
Frederikssund Hospital	Ja	Ja	Ja	
Gentofte Hospital	Delvist	Delvist	Ja	Nej
Glostrup Hospital	Nej	Delvist	Ja	Nej
Herlev Hospital	Delvist	Ja	Ja	Delvist
Hillerød Hospital	Delvist	Ja	Ja	
Hvidovre Hospital	Ja	Ja	Ja	Ja
Sjælland	80 %	100 %	100 %	40 %
Holbæk Sygehus	Delvist	Ja	Ja	Nej
Nykøbing Falster Sygehus	Nej	Delvist	Ja	Delvist
Næstved Sygehus	Delvist	Delvist	Ja	Nej
Roskilde Sygehus	Ja	Ja	Ja	Delvist
Slagelse Sygehus	Delvist	Delvist	Ja	Nej
Syddanmark	100 %	100 %	100 %	25 %
Esbjerg Sygehus	Delvist	Ja	Ja	Nej
Grindsted Sygehus	Delvist	Ja	Ja	Nej
Kolding Sygehus	Ja	Ja	Ja	Nej
Odense Universitetshospital	Delvist	Ja	Ja	Nej
Svendborg Sygehus	Delvist	Ja		Delvist
Sønderborg Sygehus	Delvist	Delvist	Ja	Nej
Vejle Sygehus	Delvist	Delvist	Ja	Delvist
Aabenraa Sygehus	Delvist	Delvist	Ja	Nej
Midtjylland	43 %	43 %	100 %	43 %

	Psykosocial støtte på hospitalet*	Opsporing af angst og depression	Screening med HADS**	Indsats for arbejdsfastholdelse
Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Silkeborg	Delvist	Ja	Ja	Nej
Hospitalsenhed Vest, Herning	Nej	Nej		Ja
Hospitalsenhed Vest, Holstebro	Nej	Nej		Ja
Regionshospital Horsens	Ja	Ja	Ja	Nej
Regionshospital Randers	Nej	Nej		Nej
Hospitalsenhed Midt, Regionshospital Viborg	Nej	Nej		Delvist
Århus Universitetshospital	Delvist	Delvist	Ja	Nej
Nordjylland	75 %	100 %	100 %	50 %
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Delvist	Ja	Ja	Nej
Aalborg UH, Hobro	Nej	Ja	Ja	Nej
Aalborg UH, Thisted	Delvist	Ja	Ja	Delvist
Aalborg UH, Aalborg	Ja	Ja	Ja	Ja

* Andel af hospitaler, der varetager forløbet helt eller delvist
** HADS anbefales som screeningsværktøj i Sundhedsstyrelsens NKR, men andre værktøjer kan anvendes

5. Kostintervention og ernæringsindsats

I den nationale kliniske retningslinje (NRK) anbefales det, at alle patienter med iskæmisk hjertesygdom vurderes for behovet for en kostintervention og ernæringsindsats. Det anses desuden som værende god praksis også at vurdere behovet hos alle hjerteklapopererede samt hjertesvigtspatienter (2).

Kostintervention og ernæringsindsats varetages helt eller delvist af hhv. 99% af de responderende kommuner og 79% af hospitalerne. Det gælder for både kommuner og hospitaler, at diætister i langt størstedelen af tilfældene varetager indsatsen.

Den høje andel af kommuner, der varetager indsatsen, er konsistent på tværs af alle landets regioner (94%-100%). For hospitalerne derimod er der større variation. I Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden varetager alle hospitaler helt eller delvist indsatsen, hvorimod andelen er betydeligt lavere for hospitalerne i Region Midtjylland (43%) og Region Nordjylland (25%).

Sammenlignet med resultaterne fra strukturrapporten i 2018 ses der nationalt en stigning i andelen af kommuner, der helt eller delvist varetager kost og ernæringsindsatsen fra 87% til 99%. For hospitalerne er der i samme tidsperiode sket et marginalt fald fra 81% til 79% (1).

Indikator 5a. Andel af kommuner, der tilbyder kost- og ernæringsindsats som en del af deres hjerterehabiliteringsforløb

	Ernærings-forløb i kommunen*	Diætbehandling ved klinisk diætist
Danmark	99 %	88 %
Hovedstaden	100 %	85 %
Sjælland	94 %	69 %
Syddanmark	100 %	95 %
Midtjylland	100 %	94 %
Nordjylland	100 %	100 %
Hovedstaden	100 %	85 %
Albertslund	Ja	Ja
Allerød	Ja	Nej
Ballerup	Ja	Ja
Bornholm	Delvist	Ja
Brøndby	Ja	Ja
Dragør	Ja	Ja
Egedal	Ja	Ja
Fredensborg	Ja	Ja
Frederiksberg	Ja	Ja
Frederikssund	Ja	Ja
Furesø	Ja	
Gentofte	Ja	Ja
Gladsaxe	Ja	Ja
Glostrup	Ja	Ja
Gribskov	Ja	Nej
Halsnæs	Delvist	Nej
Helsingør	Ja	Ja
Herlev	Ja	Ja
Hillerød	Ja	
Hvidovre	Ja	Ja
Høje Taastrup	Ja	Ja
Hørsholm	Ja	Ja
Ishøj	Ja	Ja
København	Ja	Ja
Lyngby-Taarbæk	Delvist	Nej
Rudersdal	Ja	Ja

	Ernærings-forløb i kommunen*	Diætbehandling ved klinisk diætist
Rødovre	Ja	Ja
Tårnby	Ja	Ja
Vallensbæk	Ja	Ja
Sjælland	94 %	69 %
Faxe	Delvist	Nej
Greve	Ja	Ja
Guldborgsund	Delvist	Nej
Holbæk	Delvist	Ja
Kalundborg	Ja	Ja
Køge	Delvist	Ja
Lejre	Nej	
Lolland	Ja	Nej
Næstved	Ja	Nej
Odsherred	Ja	Ja
Ringsted	Ja	Nej
Roskilde	Delvist	Ja
Slagelse	Ja	Ja
Solrød	Delvist	Ja
Sorø	Ja	Ja
Stevns	Delvist	Ja
Vordingborg	Ja	Ja
Syddanmark	100 %	95 %
Assens	Ja	Ja
Billund	Ja	Ja
Esbjerg	Ja	Ja
Fanø	Ja	
Fredericia	Ja	Ja
Fåborg-Midtfyn	Ja	Ja
Haderslev	Ja	Ja
Kerteminde	Ja	Ja
Kolding	Ja	Ja
Langeland	Ja	Nej
Middelfart	Ja	Ja
Nordfyn	Ja	Ja
Nyborg	Ja	Ja

	Ernærings-forløb i kommunen*	Diætbehandling ved klinisk diætist
Odense	Ja	Ja
Svendborg	Ja	Ja
Sønderborg	Ja	Ja
Tønder	Ja	Ja
Varde	Ja	Ja
Vejen	Ja	Ja
Vejle	Ja	Ja
Ærø	Ja	Ja
Aabenraa	Ja	Ja
Midtjylland	100 %	94 %
Favrskov	Ja	Ja
Hedensted	Ja	Ja
Herning	Ja	Ja
Holstebro	Ja	Ja
Horsens	Ja	Ja
Ikast-Brande	Ja	Ja
Lemvig	Ja	
Norddjurs	Ja	Ja
Odder	Ja	Ja
Randers	Ja	Ja
Ringkøbing-Skjern	Ja	Ja
Samsø	Delvist	Nej
Silkeborg	Delvist	Ja
Skanderborg	Ja	Ja
Skive	Ja	Ja
Struer	Ja	Ja
Syddjurs	Ja	Ja
Viborg	Ja	Ja
Aarhus	Ja	Ja
Nordjylland	100 %	100 %
Brønderslev	Ja	Ja
Frederikshavn	Ja	Ja
Hjørring	Ja	Ja
Jammerbugt		
Læsø	Ja	Ja

	Ernærings-forløb i kommunen*	Diætbehandling ved klinisk diætist
Mariagerfjord	Ja	Ja
Morsø	Delvist	Ja
Rebild	Ja	Ja
Thisted	Ja	Ja
Vesthimmerland	Ja	Ja
Aalborg	Ja	Ja

* Andel af hospitaler, der varetager forløbet helt eller delvist

Indikator 5b. Andel af hospitaler, der tilbyder kost- og ernæringsindsats som en del af deres hjerterehabiliteringsforløb

	Ernærings-forløb på hospitalet*	Diætbehandling ved klinisk diætist
Danmark	79 %	95 %
Hovedstaden	100 %	100 %
Sjælland	100 %	100 %
Syddanmark	100 %	88 %
Midtjylland	43 %	100 %
Nordjylland	25 %	. %
Hovedstaden	100 %	100 %
Amager Hospital	Ja	Ja
Bispebjerg/Frederiksberg Hospital	Delvist	Ja
Bornholms Hospital	Ja	Ja
Frederikssund Hospital	Ja	Ja
Gentofte Hospital	Ja	Ja
Glostrup Hospital	Delvist	Ja
Herlev Hospital	Delvist	Ja
Hillerød Hospital	Ja	
Hvidovre Hospital	Ja	Ja
Sjælland	100 %	100 %
Holbæk Sygehus	Ja	Ja
Nykøbing Falster Sygehus	Delvist	
Næstved Sygehus	Ja	Ja
Roskilde Sygehus	Ja	Ja
Slagelse Sygehus	Ja	Ja
Syddanmark	100 %	88 %
Esbjerg Sygehus	Delvist	Ja
Grindsted Sygehus	Delvist	Ja
Kolding Sygehus	Delvist	Ja
Odense Universitetshospital	Ja	Ja
Svendborg Sygehus	Delvist	Nej
Sønderborg Sygehus	Ja	Ja
Vejle Sygehus	Delvist	Ja
Aabenraa Sygehus	Ja	Ja
Midtjylland	43 %	100 %

	Ernærings-forløb på hospitalet*	Diætbehandling ved klinisk diætist
Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Silkeborg	Delvist	
Hospitalsenhed Vest, Herning	Nej	
Hospitalsenhed Vest, Holstebro	Nej	
Regionshospital Horsens	Nej	
Regionshospital Randers	Ja	Ja
Hospitalsenhed Midt, Regionshospital Viborg	Nej	
Århus Universitetshospital	Delvist	
Nordjylland	25 %	0 %
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	Nej	
Aalborg UH, Hobro	Nej	
Aalborg UH, Thisted	Nej	
Aalborg UH, Aalborg	Ja	

* Andel af hospitaler, der varetager forløbet helt eller delvist

Referencer

1. Strukturrapport 2018: National kortlægning af hjerterehabilitering på tværs af sektorer. REHPA, 2018. Tilgængelig på: https://www.sundhed.dk/content/cms/93/59693_strukturrapport-2018.pdf

2. National kliniske retningslinje for hjerterehabilitering. Sundhedsstyrelsen, 2015. Tilgængelig på: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~/media/401919781C684EE9AAE544EB5E76847B.ashx

Regionale og kommunale kommentarer

Region Hovedstaden

Halsnæs Kommune
Administrationen hæfter sig ved, at rapporten er baseret på en spørgeskemaundersøgelse besvaret af relevante nøglepersoner med ansvar for hjerterehabilitering i kommuner og på hospitaler.

Administrationen kan oplyse, at:

Det på daværende tidspunkt ikke var muligt at svare på spørgsmål om undervisningsdelen på hjerterehabiliteringsforløbet, da Halsnæs kommune netop var påbegyndt planlægningen af den fremtidige patientuddannelse.

Halsnæs kommune nu systematisk tilbyder borgere med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt, hjerteklapsygdom eller persisterende artrieflimmer et helt eller delvist individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb. Herunder patientuddannelsen som omhandler følgende emner: Betydning af livsstil (KRAM), motivation og livsstilsændringer, undervisning i hjertesygdomme, håndtering af hjertesygdom, undervisning i seksualitet og hjertesygdomme, psykiske reaktioner, medicinsk behandling og råd og vejledning om sociale forhold herunder arbejdsfastholdelse. Derudover spørges der under de individuelt tilrettelagte opstartssamtaler ind til borgerens ryge og alkoholvaner hvor der efter behov tilbydes alkohol eller rygestopintervention.

Halsnæs kommune nu tilbyder en individuel opstarts- og afslutningssamtale med mulighed for viderevisitering af borgeren.

Gladsaxe Kommune
Indsats for arbejdsfastholdelse: Vi er meget opmærksomme på denne problematik i forhold til borgere med hjertesygdom og har mulighed for at trække på tværfaglige kompetencer når det er svært for borgeren at fastholde arbejdet.

Region Nordjylland

Vesthimmerlands Kommune
Ændring i forhold til screening af HADS på side 28 – Vesthimmerland bruger HADS til screening.

På side 21 i forhold til at der er undervisning i alle relevante emner – der undervises i alle emner undtaget seksualitet og hjertesygdomme'. Dette er et emne i kommunens sundhedssamtale, hvor emnet bliver berørt, hvis der er behov herfor.

Der står nej på side 21 pga. emnet seksualitet og hjertesygdomme, men kommunen dækker dette ved at have det individuelle perspektiv på dette emne.

Morsø Kommune
Vi underviser ikke i alle 8 relevante emner, når der menes følgende emner:
1) Betydning af livsstil (KRAM),
2) motivation og livsstilsændringer,
3) undervisning i hjertesygdomme,
4) håndtering af hjertesygdom,
5) undervisning i seksualitet og hjertesygdomme,
6) psykiske reaktioner,
7) medicinsk behandling og
8) råd og vejledning om sociale forhold.

Der er ikke noteret, om Morsø Kommune har indsats for arbejdsfastholdelse. Ud over træning og at vi henviser til jobcenteret, har vi ikke noget under rehabilitering, men jeg tænker, at jobcenteret nok løfter den opgave.

Vi har i forbindelse med rehabiliteringen ikke diætbehandling via klinisk diætist til borger med hjertesygdom.

Region Syddanmark

Faaborg-Midtfyn Kommune
Indikator 2a: Test før og efter træning. I rapporten er angivet et Nej. Det korrekte er Ja.
Indikator 4a: Screening med HADS. I rapporten er angivet et blankt felt. Det korrekte er Ja.

Odense Kommune
Det er forkert, at der i vores svar er anført "NEJ " på indikator 3a, idet vi i Patientuddannelsen underviser i alle de anførte emner.

I forhold til afsnit 4 Psykosocial støtte, screening for angst og depression og arbejdsmarked har vi anført DELVIST, fordi der er plads til forbedring samlet set. Men når man ser de andre fynske kommuners svar, tænker jeg, at vi har været meget beskedne, så svaret kan evt. ændres.

Region Sjælland

Næstved Kommune
Næstved Kommune har hjemtaget hjerteområdet fra regionen fra den 1/1-21, og har i den forbindelse følgende kommentarer:

Den første ændring er ved individuel afslutning og viderevisitering. Dette varetager kommunen, ikke kun delvist.

Patientuddannelse: Der bliver undervist i alle relevante emner. Dog kan der være en defineringsproblematik ift. ordet undervisning. For nogle af emner inddrager sundhedskonsulenten i den individuelle samtale med borgerne, men ikke som undervisning for flere borgere på en gang.

Indikator 4a – 'Psykosocial støtte': Kommunen varetager alle 4 områder under denne indikator.

Region Syddanmark

Afdeling: Praksis
Journal nr.: 20/9551
Dato: 10-09-2021

Udarbejdet af: Anita Lerche
E-mail: ale@rsyd.dk
Telefon: 2157 3116

Overleveringsnotat til praksisplanudvalg 2022

I dette overleveringsnotat giver praksisplanudvalget 2018-2021 status på arbejdet med Praksisplan for almen praksis 2020- 2023. Udvalget giver endvidere anbefalinger til politiske fokusområder i den videre implementering af praksisplanen.

Praksisplanen består af en ”samarbejds- og udviklingsdel” og en ”kapacitetsdel”.
Herunder gives status på de to dele.

Samarbejds- og udviklingsdelen af Praksisplan for almen praksis 2020 – 2023

Praksisplanen er en udmøntning af sundhedsaftalen ift. almen praksis. Praksisplanen for almen praksis 2020-2023 tager derfor udgangspunkt i visionerne for Sundhedsaftalen for 2019-2022.
I praksisplanen er visionen for sundhedsaftalen omsat til tværgående temaer og konkrete indsatsområder.
De tværgående temaer skal generelt være i fokus ved implementeringen/udmøntningen af praksisplanen og skal holdes for øje, uanset hvilken målgruppe eller indsats, der i øvrigt er i fokus.
Indsatsområderne fastsætter som supplement hertil konkrete emner, der skal arbejdes med i perioden.

Status for implementering af Praksisplan 2018 - 2023
Implementeringen af praksisplanen har været påvirket af, at sekretariatet i vid udstrækning har været nødt til at prioritere Covid-19 relaterede arbejdsopgaver frem for opgaver forbundet med implementering af praksisplanen.

Samtidig har corona-restriktionerne begrænset mulighederne for at trække på fagpersoner til at indgå i arbejdet, da såvel sygehuslæger som praktiserende læger har været ”reserveret” til klinisk arbejde.

Det er primært indsatserne under ”tilgængelighed”, ”mennesker med psykisk sygdom”, ”telemedicin” og delvist ”børn og unge i mental mistrivsel”, der er igangsat.

Herunder gives kortfattet status for disse indsatsområder:

Mennesker med psykisk sygdom
Indsatserne under ”Mennesker med psykisk sygdom” er langt hen ad vejen iværksat eller undervejs. Regionen har udbredt muligheden for hurtig udredning ved praktiserende psykiater (§66 ordningen) til hele regionen og der er etableret specialistrådgivning i psykiatrien. Brugen af ”Lokalaftale om samtaleterapi og krisesamtale” følges løbende, samtidig med at der er sat fokus på det tilknyttede supervisionstilbud. Praksis og Sydkip har f.eks. afholdt en temadag for supervisorerne for at styrke deres faglighed og kendskab til rammerne for supervisionstilbuddet.

Somatisk helbredsundersøgelse for mennesker med en sindslidelse er en del af forhandlingsaftalen om ny overenskomst om almen praksis og forventes implementeret derigennem.

Det efterlader ”Inddragelse af patient og pårørende i tilrettelæggelsen af behandlingen” som et fortsat fokusområde.

UDKAST november 2021

Tilgængelighed
Der er i 2019 gennemført en telefontilgængelighedsundersøgelse i almen praksis. Undersøgelsen viste blandt andet længere svartider end tidligere og omstilling til anden praksis om eftermiddagen. Dette gav anledning til politiske drøftelser i regionen om, hvorvidt tilgængeligheden i praksis er tilstrækkelig. Det blev også drøftet, hvor stor en indflydelse udbruddet af COVID-19 har haft for undersøgelsens endelige resultater. På baggrund af drøftelsen besluttede udvalget for det nære sundhedsvæsen, at undersøgelsen skal gentages, når situationen er mere normal og stabiliseret. Der vil derfor i 2021/22 bliver foretaget en ny telefontilgængelighedsundersøgelse.

I forhold til fastholdelse af ældre læger har rekrutteringsteamet ringet til de ældre læger i regionen, for at afklare deres forventninger til fremtiden. Rekrutteringsteamet har samtidig tilbudt hjælp og sparring til f.eks. rekruttering til praksis ved ønske om salg. Derudover har teamet afholdt arrangementer for unge læger, der er på vej til at nedsætte sig i almen praksis og for ældre læger der har ønske om at stoppe i praksis. SydPOL har endvidere etableret et tilbud om hjælp til organisationsændringer i praksis, f.eks. øget brug af klinikpersonale. Tilbuddet er målrettet ældre læger, der ønsker at forberede et generationsskifte i praksis.

Telemedicin
Indsatserne skal understøtte at kommuner, almen praksis og sygehuse anvender videokonferencer i det daglige samarbejde om patienterne. Formålet er at styrke koordineringen og samarbejdet mellem de tre aktører til gavn for patienten. Et af ønskerne er at øge brugen af udskrivningskonferencer for de relevante patienter. Det er derfor ved at blive undersøgt, hvordan sygehusene nemmest kan invitere almen praksis til at deltage i videokonferencer. Der har tidligere været inviteret til en workshop for sygehue og almen praksis på Fyn om samme emne, men dagen blev aflyst på grund af for lille tilslutning.

Børn og unge i mental mistrivsel
Indsatserne herunder hænger tæt sammen med implementeringen af ”Samarbejdsaftale om børn og unge” under Sundhedsaftalen. Der arbejdes her på at etablere bedre grundlag for elektronisk kommunikation mellem lægerne og sundhedsplejen, samt generelt et bedre og tættere samarbejde med kommunernes børne- og ungetilbud. Der ønskes også mere synlighed af kommunernes tilbud til målgruppen.

Et af de væsentligste fokuspunkter for sekretariatet er at almen praksis opleveler, at der mangler regionale eller kommunale tilbud til målgruppen.

Lokalaftaler for almen praksis
Brugen af relevante lokalaftaler er et væsentligt element i implementeringen af praksisplanen. Sekretariatet er derfor ved at udarbejde vejledninger til almen praksis om ydelserne i lokalaftalerne. Vejledningerne skal bruges både i hverdagen i den enkelte praksis og i kvalitetsarbejdet i klyngerne. Vejledningerne skal understøtte at aftalerne anvendes til de relevante målgrupper og i de relevante situationer.

Øvrige indsatsområder
For de øvrige indsatsområder er flere af initiativerne indeholdt i forhandlingsaftalen om overenskomst 2022, f.eks. sundhedstjek på de sociale botilbud, kommunikation med sundhedsplejen og styrket samarbejde mellem almen praksis og den kommunale akutsygepleje. Der skal derfor i det videre implementeringsarbejde sikres sammenhæng mellem implementering af praksisplan og overenskomst.

UDKAST november 2021

Region Syddanmark

Kapacitetsdel af Praksisplan for almen praksis 2018-2023

Praksisplan for almen praksis skal bidrage til at sikre lægedækningen i regionen i valgperioden. Praksisplanen beskriver hvor der kan og skal være lægepraksis og om der forudses behov for at tilføre eller lukke kapacitet i planlægningsområderne.

Derudover er der i praksisplanen opstillet konkrete målsætninger for lægedækningen i regionen. Målene tager udgangspunkt i regeringsudspillet "En læge tæt på dig" fra 2018 og er møntet på praksistype og tilgængelighed til praksis:

- 70% af lægerne skal have åbent for tilgang i 2030
    - 60% i 2025
    - 50% i 2020
- 90% af lægerne skal virke i en flermandspraksis i 2030
    - 80% i 2025
    - 70% i 2020

Status for målsætningerne om lægedækning

Praksis med åbent for tilgang
Ved opgørelse i august 2021 er målsætningen opfyldt. Der er 61% af praksis, der har åbent for tilgang, men med stor spredning mellem kommunerne. Der er derfor fortsat fokus på dette i forbindelse med sikring af lægedækningen.

Læger i flermandspraksis
Pr. 1. august 2021 var 72 % af praksis flermandspraksis[1], hvilket betyder at målsætningen for 2020 er opfyldt, men at der også er behov for fokus på området frem mod 2025.

Der var i alt 352 praksis i Region Syddanmark pr. 1. august 2021. Heraf var der 120 solopraksis, hvoraf 22 var samarbejdspraksis, 230 kompagniskabspraksis og 2 udbudsklinikker – se også tabel 1 sidst i notatet.

Anbefalinger

Praksisplanudvalget for almen praksis 2018-2021 anbefaler at der i den videre implementering sættes fokus på

- At de indsatser, der igangsættes generelt understøtter praksisplanens fokus på mest hjælp til dem, der har størst behov
- At der sikres et tæt samarbejde med følgegrupper og sekretariat for Sundhedsaftalen om implementering af de indsatser, der overlapper med Sundhedsaftalen
- At der fokuseres på implementering af de indsatsområder og indsatser, der er unikke for praksisplanen, og ikke indgår i enten sundhedsaftalen eller overenskomst om almen praksis 2022:
    - Anvendelse af sygemeldinger (arbejdsmarked og uddannelse)
    - Inddragelse af patient og pårørende i behandlingen (mennesker med psykisk sygdom)
    - Telemedicin, særligt videokonferencer mellem almen praksis, sygehuse og kommuner

[1] Flermandspraksis er opgjort som kompagniskabspraksis (en praksis med flere læger) og solopraksis i samarbejdspraksis (praksis med én læge, der samarbejder om drift af praksis med anden/andre læger). Solopraksis med deletilladdelse er ikke medregnet som "flermandspraksis".

UDKAST november 2021

    - Fastholdelse og rekruttering af læger
-
- At aksen ”kommune- almen praksis” får fokus og understøttes, da den er vigtig for at sikre gode patientforløb. Det kan f.eks. ske gennem fælles oplæg til brug for drøftelser i de kommunalt lægelige udvalg (KLU)

Praksisplanudvalget for almen praksis 2018-2021 anbefaler endvidere, at der i forhold til arbejdet i det nye udvalg er opmærksomhed på:

- At det er vigtigt med en god dialog om indsatsen i det nære sundhedsvæsen. Eventuelt i form af temadrøftelser om konkrete emner vedrørende samarbejdet mellem almen praksis, kommuner og region

- At det er nødvendigt med en vis grad af pragmatisme for at samarbejdet kommer til at fungere

- At der kan være behov for at administrativt at understøtte politikernes deltagelse i udvalget, da det kan være svært at repræsentere et bagland, der består af mange parter, og hvor de emner, der drøftes med relation til praksisplanen ikke nødvendigvis er højt prioriterede.

UDKAST november 2021

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Udkast til samarbejdsaftale for borgere med PTSD i Region Syddanmark, 2022

1. Aftalens baggrund og forankring

Følgegruppen for Uddannelse og Arbejde har i efteråret 2020 nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, der har udarbejdet nærværende samarbejdsaftale for borgere med PTSD i det syddanske. Arbejdsgruppens medlemmer fremgår af bilag 1.

Afsættet for denne reviderede samarbejdsaftale er en samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner med PTSD, for Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner fra 2011. Der er sket meget på området, siden den første samarbejdsaftale, herunder nye regionale funktioner på PTSD-området, jf. Sundhedsstyrelsens specialeplan, Veterancentret, der udmønter Folketingets Veteranpolitik nationalt, tilbud i Forsvaret og pakkeforløb for PTSD i psykiatrien.

Samarbejdsaftalen er opdateret i henhold til den nuværende praksis, således at rammen er fastlagt for et fortsat stærkt tværsektorielt samarbejde. Arbejdsgruppen har som afsæt for udarbejdelsen af samarbejdsaftalen foretaget en kortlægning af samarbejdet og aktiviteter for borgere med PTSD, en kortlægning der er sket i samarbejde med de aktører, der er i kontakt med målgruppen. Derudover har arbejdsgruppen formuleret en række anbefalinger, som kan medvirke til at sætte retning for det videre samarbejde på området. Kortlægningen fremgår af et særskilt dokument, men er også indarbejdet i kapitel 4 og har dannet baggrund for formulering af arbejdsgruppens anbefalinger. Anbefalingerne fremgår af et særskilt dokument.

1.1. Målgruppeafgrænsning

Målgruppen i samarbejdsaftalen er afgrænset til at omfatte henholdsvis flygtninge med PTSD, veteraner med PTSD og øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD. Denne samarbejdsaftale vedrører borgere over 18 år.

De tre traumepopulationer har en række fælles træk, der adskiller dem fra øvrige traumegrupper. For alle tre PTSD grupper gælder at de ofte har været eksponeret for gentagne traumatiske hændelser over længere perioder, hvorfor deres sygdomsbillede ofte er kompliceret. I de tre grupper er der ofte en overhyppighed af forsinkede traumer, hvor det fulde sygdomsbillede udløses længe efter de traumatiserende begivenheder, og ofte i forbindelse med ikke traumatiserende stressorer. Dette kan vanskeliggøre en hurtig opsporing og identificering af sygdommen og har betydning for behandlingens effektivitet. For alle tre populationsgrupper

UDKAST

gælder, at de ofte er særligt sårbare for tab af arbejdsmarkedstilknytning, der er central for såvel forsørgelsesgrundlaget som identitet. Denne parallelle stressfaktor kan ofte have betydning for borgerens forløb i de sociale og sundhedsfaglige enheder.

Afgrænsningen er valgt af hensynet til at kunne lave en sammenhængende samarbejdsaftale som tager udgangspunkt i, men dækker bredere, end den tidligere samarbejdsaftale på området.

Arbejdsgruppen har ikke kunne inkludere alle traumepopulationsgrupper som fx borgere med barndomstraumer. Der opfordres i denne forbindelse til at det tværsektorielle samarbejde for de øvrige borgergrupper med PTSD behandles i et fremtidigt arbejde. Det anbefales yderligere at der arbejdes på en lignende samarbejdsaftale for borgere under 18 år som i øvrigt opfylder målgruppekriterierne.

2. Hvad er PTSD?

Posttraumatisk belastningsreaktion, eller i daglig tale PTSD, er en gennemgribende forstyrrelse, der findes blandt overlevere fra svære katastrofesituationer (krig, overfald, mishandling, voldsomme begivenheder, naturkatastrofer, eller vidne til død eller lemlæstelse etc.), hvor de selv eller nærtstående har været i livsfare. Efter at den umiddelbare fare er overstået, vender de fleste overlevere tilbage til en normaltilstand i en tryg hverdag, men minderne om, hvad der skete, forbliver i hukommelsen som smertefulde - og for nogle angstprovokerende erindringer. Minderne er således ikke længere neutrale men smertefulde traumer.

Der kan være forskellige følelser som vrede, frygt, angst, skam og sorg knyttet til minderne. Minderne og de tilknyttede ubehagelige følelser kan optræde i mareridt men også let aktiveres eller ”*trigges*” i situationer, der ligner det gamle traume. Påmindelserne om traumet er ufrivillige, ukontrollable og til tider meget tydelige, som om vedkommende er tilbage i den traumatiske fortid igen. Dette kaldes en genoplevelse eller ”*flashbacks”.* Genoplevelser og påtrængende erindringer føles ubehagelige for den traumatiserede, som over tid kan ændre adfærd og isolere sig fra omverden eller familien. Den traumatiserede forsøger ikke at komme i situationer, hvor de konfronteres med påmindelser om traumet, dette kaldes undgåelse. Undgåelse kan give en falsk følelse af kontrol over egne følelser og kan også hindre muligheden for at få rettidig hjælp fra familie, venner eller det professionelle netværk. Idet omverdenen (familie, venner, praktiserende læger, myndighedspersoner, etc.) ikke altid får det nødvendige indblik i overleverens traume. Dette kan medføre fremmedgjorthed og en følelse af ikke at blive forstået og kan resultere i yderligere isolation.

Over tid udvikler ubehandlet PTSD sig uhensigtsmæssigt. Mange oplever, at den normale sammenhængende nattesøvn ødelægges af hyppige mareridt om traumet og vanskeligheder ved at falde i søvn på grund af tankekaos om fortidens traumer og nutidens bekymringer, der kan være svære at skille ad. Den manglende søvn påvirker koncentrationsevnen og dermed også hukommelsen negativt i dagligdagen. Dette hæmmer evnen til at indlære nye færdigheder, overholde aftaler, holde overblik over arbejde, familie og økonomi mm. Hverdagen opleves mere stressende, hvilket medfører øget irritabilitet og utidige vredesudbrud over ”små ting”. Når først stress er blevet en del af normaltilstanden, opleves de gamle traumatiske minder og tilhørende følelser mere ukontrollable, og for mange kommer der en snigende følelse af at være ”fanget i fortiden”.

Traumatiserede med PTSD opleves ofte som afvisende, garderede, eksplosive og til tider overdrevet afhængige af omsorg fra enkelte tillidspersoner. Ofte vil der være højere hyppighed og kontakter til sundhedsvæsnet med uforståelige fysiske klager, hvoraf nogle er direkte foranlediget af den fysiske angstrespons (muskelspændinger, hovedpine, ondt i ryggen, voldsom hjertebanken, svedtendens, kvælningsfornemmelse, urolig mave, etc.).

UDKAST

Problemer med koncentration og indlæringsvanskeligheder af nye færdigheder er udtalte og for mange noget, man skammer sig over eller prøver at skjule. En undgående og isoleret hverdag kan resultere i en omvendt døgnrytme og flere livsstilsproblemer som overvægt, ledsmerter, diabetes, hjerte-karproblemer, etc. Over tid kan ses en social deroute, der rammer familiens sammenhængskraft, tilknytning til arbejdsmarkedet og den traumatiseredes følelse af at være med i et større fællesskab.

2.1. Opsporing af PTSD

Det kan være svært for både kommunale og regionale frontmedarbejdere at identificere, når en borgers vanskeligheder ved fx fastholdelse af arbejde/uddannelse eller problematiske familieforhold skyldes en skjult og ubehandlet PTSD.

Traumatiserede flygtninge, der over længere perioder har været velfungerende kan pludselig ændre adfærd som følge af indtrufne begivenheder (fx skilsmisse, fyring, tab af nære pårørende m.m.) i deres liv. Herudover udgør sygdomsforståelse, kendskab til det danske sundhedsvæsen, men især sprogbarrieren store problemer i adgangen til behandlingstilbud. For krigsveteraner er der den særlige udfordring, at mange ikke er i kontakt med det kommunale system. Forsvaret sikrer langt hen ad vejen selv beskæftigelse og forsørgelse af hjemvendte soldater. Ligeledes kan ansatte i flere brancher fx politi, beredskab, sundhedsvæsnet mv. opleve traumatiserende begivenheder i forbindelse med deres arbejde. I denne gruppe bliver PTSD ofte overset i den indledende sygdomsfase, hvor den forveksles med generelle stressreaktioner og udbrændthed. Endvidere er denne gruppe særlig sårbar for tab af arbejdsmarkedstilknytning, da der ofte vil være behov for skift af branche grundet risiko for retraumatisering i deres nuværende profession.

Tidlig opsporing og viden om, hvor man kan få hjælp er således en vigtig indsats både blandt frontpersonale og offentlige kommunale myndigheder såvel som blandt praktiserende læger og organisationer, der har direkte berøring med de traumatiserede. Det vil være en fordel for behandlingsperspektivet at opspore flygtninge, krigsveteraner og professionelle med mulig PTSD så tidligt som muligt, da en tidlig behandlingsindsats kan mindske de langsigtede følger af sygdommen. En tidlig opsporing og dermed tidlig behandlingsindsats er til gavn for borgenen selv og dennes pårørende og evt. børn af forældre med PTSD.

3. Organisering af behandlingstilbud til de tre målgrupper

Følgende kapitel giver en oversigt over nogle af de centrale behandlingstilbud og indsatser målrettet henholdsvis flygtninge med PTSD, veteraner med PTSD og øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD.

3.1 Pakkeforløbet for PTSD

Psykiatrien i Region Syddanmark tilbyder psykiatrisk udredning og behandling til patienter med psykisk sygdom. Psykiatrisygehuset tilbyder voksne patienter med mistanke om eller bekræftet diagnose indenfor PTSD, som udviser kliniske symptomer, et PTSD pakkeforløb. Pakkeforløbet dækker over såvel undersøgelser, farmakologisk behandling og sikring af sammenhæng på tværs. Pakkeforløbene holdes løbende opdateret med den nyeste evidens og findes tilgængelige hos Danske Regioner.

Pakkeforløbet er primært for behandling på hovedfunktionsniveau med mulighed for at henvise til en af Psykiatrien i Region Syddanmarks regionsfunktioner. Psykiatrien i Region Syddanmark har fokus på øget tilgængelig ambulant behandling og brug af telepsykiatriske konsultationer, for at imødekomme patienternes behov undervejs i behandlingsforløb.

3.2 Organisering af behandlingstilbud for flygtninge med PTSD

UDKAST

Målgruppen traumatiserede flygtninge er en målgruppe, hvor samarbejdet mellem sektorerne er særdeles vigtigt. Den psykiatriske udredning og behandling sker i Psykiatrien i Region Syddanmark, hvor der er et specialiseret behandlingstilbud til flygtninge med PTSD. Den regionale behandling sker i Afdeling for Traume- og Torturoverlevere (ATT) med ambulatorier i Odense og Vejle. Afdelingen varetager behandling på både regionsfunktion og højtspecialiseret funktion. Afdeling for Traume- og Torturoverlevere, Odense varetager den højtspecialiserede funktion for traumatiserede flygtninge med svær samtidig psykisk og/eller somatisk komorbiditet.

Region Syddanmark har derudover en driftsoverenskomst med den selvejende institution RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede, der har hjemme i Haderslev og med satellitter i Hviding og Sønderborg. RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede varetager behandling på regionsfunktionsniveau, hvoraf mange patienter lider af PTSD med flere komorbide psykiske og somatiske tilstande.

Regionsfunktionerne og den højtspecialiserede funktion varetages i henhold til den gældende nationale specialeplan

Afdeling for Traume- og Torturoverlevere og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede dækker tilsammen hele regionens udredning og behandling for flygtninge med PTSD. En henvisning tilgår den afdeling man geografisk tilhører, men der er frit sygehusvalg, hvilket betyder, at en borger frit kan vælge hvilket af de offentlige sygehuse eller udvalgte specialsygehuse i Danmark de ønsker at blive henvist til.

I forhold til regionens somatiske sygehuse kan der være flygtninge med PTSD, som har somatiske sygdomme og derfor behandles inden for et somatisk speciale, hvor det somatiske sygehus henviser videre til enten Afdeling for Traume- og Torturoverlevere eller RCT - RehabiliteringsCenter for Traumatiserede for udredning af PTSD. Ligesom der kan være behov for koordinering mellem somatisk sygehus, psykiatrien, kommune og almen praksis. I det følgende er der for de somatiske sygehuse dog særligt fokus på Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital. Indvandrermedicinsk Klinik modtager patienter med indvandrer eller flygtninge baggrund, som på grund af multisygdom ofte kombineret med sociale og familiære problemer har behov for en tværfaglig tilgang til problemerne. Indvandrermedicinsk Klinik afdækker tegn på PTSD og uafklarede helbredsproblemer, samt opsporing af børns trivselsproblemer og opsporing af psykisk sygdom.

3.2.1 Kommunale flygtningekoordinatorer

Nogle kommuner har succes med at ansætte en flygtningekoordinator, som kan give de berørte borgere, deres familier og øvrige samarbejdspartnere omkring behandlingen af traumatiserede flygtninge én samlet indgang til kommunen og en kontaktperson, der ligeledes kan sikre involveringen af relevante fagpersoner i forløbet.

Otte kommuner har i forbindelse med den tværsektorielle kortlægning af PTSD-området beskrevet, at de har ansat en 'flygtningekoordinator'. Koordinatorfunktionen kan være organiseret på forskellig vis og have forskellige funktioner. Nedenfor gives to eksempler fra hhv. Kolding Kommune og Vejen Kommune.

Eksempler på flygtningekoordinatorer

I Kolding Kommune er flygtningekoordinatoren indgangen for traumatiserede flygtninge, de pårørende samt samarbejdspartnere såvel internt i kommunen som eksternt. Når en flygtning tager kontakt til kommunen, er det koordinatoren denne kommer i kontakt med og det er koordinatorens opgave at videreformidle borgerens ønsker og anmodninger, således at den rette medarbejder eller afdeling kommer i kontakt med borgeren.

I de forskellige afdelinger i kommunen er der en ressourceperson, som i større eller mindre grad, har viden om hvad det vil sige at leve med traumer i hverdagen, hvilke reaktioner og til tider frustrationer der hurtigt kan opstå. Flygtningekoordinatoren har også ansvaret for, at disse ressourcepersoner er klædt på til opgaven.

Dette gøres ved, at der tre gange om året afholdes et møde, hvor der er oplæg omkring traumer, behandling m.m. Det er flygtningekoordinatorens ansvar at organisere dette. Ligeledes indgår en case fra en afdeling, som fremlægges af den ansvarlige rådgiver, hvor gruppen giver sparring herpå.

I Vejen Kommune har flygtningekoordinatoren til opgave, at sikre, at den enkelte sag i flygtningeafdelingen bliver belyst bedst muligt, inden der handles på opgaven. Blandt andet inddrages borgeren i størst muligt omfang. Der arbejdes altid efter forståelsen 'Hjælp til selvhjælp'. Borgerrejser anvendes kontinuerligt i evalueringsprocesserne. Andre enheder/afdelinger inddrages, når det er relevant og borgeren giver samtykke hertil.

Flygtningekoordinatoren har en central plads, som bagvagt i afdelingens "Åbne rådgivning". Det sikrer en ensartethed i den vejledning, som den enkelte borger modtager. Flygtningekoordinatoren har det faglige ansvar i forhold til det pædagogiske personale samt modtager bestillinger på opgaver og tildeler medarbejderressourcerne ud fra deres kompetencer. Samtidig sikrer flygtningekoordinatoren også den fællesfaglige udvikling, som understøtter det tværgående samarbejde. Flygtningekoordinatoren har ikke personale- eller budgetansvar, men har et tæt og kontinuerligt samarbejde med afdelingsledelsen.

3.3 Organisering af behandlingstilbud for veteraner med PTSD

3.3.1 Regionale behandlingstilbud for veteraner med PTSD

Region Syddanmark har en regionsfunktion for patienter med tjenesterelateret PTSD herunder militærtjeneste. Derudover har Region Syddanmark en højtspecialiseret funktion for psykiatriske lidelser i relation til militærtjeneste, særligt udsending. Specialfunktionerne varetages i henhold til den gældende nationale specialeplan.

3.3.2 Veterancentret – under Forsvarsministeriet

Veterancentret fungerer som én indgang for støtte til soldater, veteraner og pårørende. Centret arbejder for øget anerkendelse af de danske mænd og kvinder, der har gjort en særlig indsats for Danmark. De forsker og formidler viden til gavn for soldater, veteraner og deres pårørende. Veterancentret ligger under Forsvarsministeriet og er en del af Forsvarets tilbud til medarbejdere og tidligere medarbejdere.

En veteran er en person, der på baggrund af en beslutning truffet af Folketinget, Regeringen eller en minister har været udsendt i mindst én international mission.

Veterancentrets indsatser er landsdækkende og har til huse på otte forskellige centre rundt om på forsvarets kaserner. I Region Syddanmark har veterancentret til huse i Fredericia på Ryes Kaserne. Veterancentret har hovedsæde i Ringsted.

Veterancentret har en række forskellige typer af tilbud til veteraner og deres pårørende og er klar til døgnet rundt at støtte kriseramte veteraner og deres pårørende. Veterancentret yder støtte til soldater og deres familier før, under og efter udsendelse, for at ruste dem til udfordringerne ude og hjemme. Centret opsøger og behandler sårbare veteraner. Derudover støttes veteranerne i et opbygge sociale netværk og de hjælpes videre i deres arbejdsliv efter Forsvaret.

Veterancentret fungerer ligeledes som sparringspartner for aktører med tilknytning til veteraner.

Fra hjemmeside: https://veterancentret.dk/da/om-os/

UDKAST

3.3.3 Kommunale veterankoordinatorer

Flere af de syddanske har valgt at have én koordinerende funktion hos kommunen i form af en veterankoordinator. Udover at rollen er koordinerende for kommunens indsatser til veteraner, er det forskelligt fra kommune til kommune, hvordan stillingen konkret indrettes. Nedenfor gives to eksempler på funktionen fra henholdsvis Kolding Kommune og Vejen Kommune.

Eksempler på veterankoordinatorer

Veterankoordinatoren i Kolding Kommune er udpeget til at have det overordnede ansvar for at opsamle viden på veteranområdet og inddrage relevante aktører i indsatsen for veteraner samt deres pårørende. Herunder at sikre sammenhæng i forløbene på tværs af kommunen og sundhedsvæsnet. Veterankoordinatoren skal fungere som én indgang til kommunens veteranindsats og én kontaktperson for at skabe overblik og let tilgængelighed.

Arbejdsopgaverne er bredt fordelt fra den koordinerende rolle til samtaler med veteraner og pårørende samt aktiviteter for veteraner og deres pårørende, herunder veterancafé.

Den nære relation til og arbejde med veteranerne er udgangspunktet for at kunne agere både samarbejdspartner i netværksmøder med eksempelvis Veterancenteret, Afdeling for Traume- og Torturoverlevere, soldaterforeninger, soldaterlegatet og mentor for selve veteranen. Det er også veterankoordinatorens opgave at synliggøre alle relevante tilbud i Kolding Kommune for veteraner samt deres pårørende. Der er endvidere oprettet et praksisfællesskabsmøde, hvor veterantovholdere i kommunens forvaltninger er deltagende sammen med veterankoordinatoren. Dette afholdes én gang i kvartalet og har oplæg fra samarbejdspartnere i hele landet. Veterankoordinatoren tager også del i afholdelse af Flagdagen den 5. september.

Veterankoordinatoren i Vejen kommune skal både kunne vejlede og skabe tillidsfulde relationer til den enkelte veteran samt koordinere med samarbejdspartnerne på området. Dermed har veterankoordinatoren både en mentorlignende funktion samtidig med en mere koordinerende planlægningsfunktion.

Konkret er det veterankoordinatorens opgave at hjælpe veteranen med at få overblik over relevante tilbud. Videre bistår koordinatoren i planlægningen af den årlige flagdag og andre sociale aktiviteter i samarbejde med andre aktører. Herunder indsamler veterankoordinatoren også relevante legater til målgruppen.

Veterankoordinatoren kan også fungere som brobygger til uddannelse og job, gennem blandt andet sparring med jobcenteret angående fastholdelse af veteraner i job. Slutteligt håndterer veterankoordinatoren kommunens kommunikation angående tilbud til veteraner. Dette kan være via oplæg eller digitalt via kommunens egen hjemmeside eller Facebook.

3.4 Organisering af behandlingstilbud for øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD

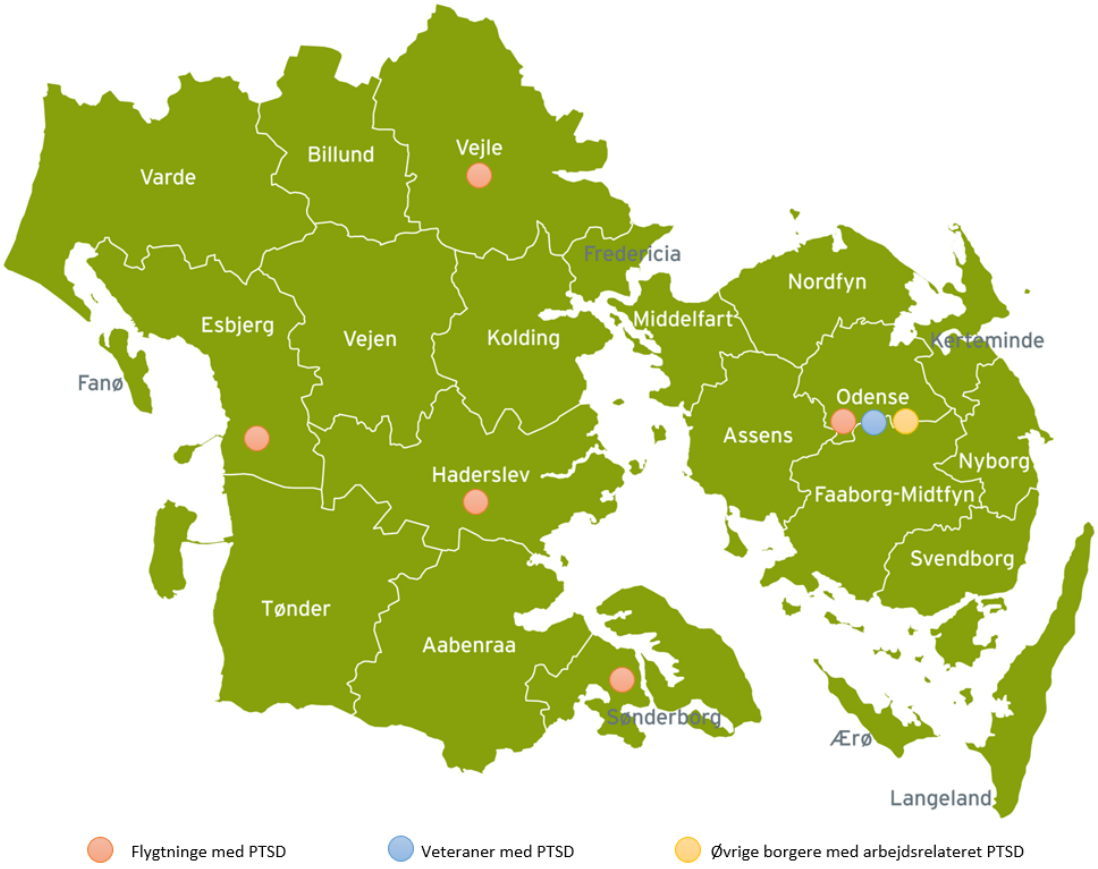
I Region Syddanmark varetages behandlingen af øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD end veteraner primært i primærsektoren hos privatpraktiserende psykologer, speciallæger i psykiatri samt ved behandlingstilbud gennem virksomheder. Behandlingen er oftest koordineret via egen læge, men der er ikke sikkerhed for, at der modtages behandling fra klinikere med særlig viden eller erfaring på området. Herudover findes behandlingstilbud på hovedfunktion i lokalpsykiatrierne ud fra det tidligere beskrevet PTSD-pakkeforløb. En målrettet behandling af borgere med arbejdsrelateret PTSD, eksempelvis politi, beredskab og social og sundhedspersonale, varetages i regionsfunktionen for tjenesterelaterede belastninger i henhold til gældende nationale specialeplan.

I forhold regionens somatiske sygehuse screenes bl.a. for PTSD på de arbejdsmedicinske klinikker i forbindelse med arbejdsmedicinsk udredning. Det foregår på henholdsvis Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik på Odense

UDKAST

Universitetshospital samt Arbejdsmedicinsk Afdeling på Sydvestjysk Sygehus Grindsted. På Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, OUH, Odense foretages desuden specialiseret udredning og diagnosticering af arbejdsrelateret PTSD, ligesom der rådgives om aktuel eller fremtidig arbejdstilknytning med fokus på forebyggelse af sygdomsforværring og retraumatisering. Arbejds- og Miljømedicinsk klinik OUH, Odense forsker og underviser inden for området Arbejdsrelateret psykotraumatisering. For begge de arbejdsmedicinske klinikker gælder, at der ikke gennemføres behandling af PTSD. Klinikkerne kan henvise til psykiatrien ved PTSD diagnose, eller rådgive almen praktiserende læge om henvisningsmuligheder og anbefalede behandlingsstrategier.

3.5. Landkort over psykiatriske tilbud for de tre målgrupper samt tilbud ved RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede



3.6 Akut hjælp i Region Syddanmark

I Region Syddanmark findes akut hjælp for voksne borgere med PTSD flere steder.

På de psykiatriske akutmodtagelser i hhv. Odense, Vejle, Esbjerg og Aabenraa er der uvisiteret adgang, så borgere i akut psykiatrisk krise kan modtage akut hjælp og behandling hele døgnet.

Kommunernes akutfunktioner er organiseret forskelligt i kommunerne, der er 15 af de 22 syddanske kommuner som har etableret akuttilbud til borgere med psykiske lidelser. Der er typisk faste åbningstider for telefonhenvendelser. En del kommunale akuttilbud til borgere med psykiatriske lidelser har mulighed for overnatning.

Veteraner kan også finde hjælp og støtte på veteranhjemmene, som er placeret i bl.a. Odense og Fredericia. Veteranhjemmene er et fristed for alle veteraner og deres pårørende. Veteranhjemmene tilbyder ikke behandling, men hvis man som veteran ønsker hjælp og støtte fra et veteranhjem, vil veteranhjemmets daglige leder understøtte dette.

4. Aktører, aktiviteter/indsatser og snitflader i patientløb med PTSD

Da området har udviklet sig betydeligt, siden den seneste samarbejdsaftale blev udarbejdet i 2010, er der i forbindelse med revidering af denne samarbejdsaftale gennemført en kortlægning af aktører og aktiviteter på området for voksne med PTSD i det syddanske. Kortlægningen bygger på en spørgeskemaundersøgelse udsendt til samtlige aktører inden for Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner i perioden januar 2021 – februar 2021. Med afsæt i kortlægningen er der udarbejdet en oversigt over mulige aktører og indsatser/aktiviteter fordelt på opsporing, udredning, behandling og efter endt behandling. Kortlægningen er udarbejdet særskilt for de tre målgrupper flygtninge med PTSD, veteraner med PTSD og øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD. Kortlægningen præsenteret i en skematisk oversigt efterfulgt af en uddybende beskrivelse af oversigten.

4.1 Flygtninge med PTSD

Nedenstående præsenteres en skematisk oversigt over de mulige aktører og indsatser/aktiviteter i relation til forløb for flygtninge med PTSD. Oversigten beskrives efterfølgende nærmere.

Nedenstående kortlægning er afgrænset til voksne personer over 18 år[1] med flygtninge- og indvandrerbaggrund med lovligt ophold i Danmark, som er blevet traumatiseret i et andet land end Danmark som følge af flugt- og krigsoplevelser, systematisk politisk forfølgelse samt systematiske, organiserede overgreb som vold, tortur og lignende.

Der kan være variation i den kommunale flygtningeindsatsats, grundet lokal organisering og ressourcemæssige muligheder. Nedenstående beskrivelse af kommunale aktiviteter i relation til opsporing, udredning og behandling/tilbud er dermed blot et overordnet billede af, hvilken rolle kommunerne varetager ift. flygtninge med PTSD.

[1] Målgruppen for Afdeling for Traume- og Torturoverlevere i psykiatrisygehuset er fra 20 år. Dog kan 18-19 årige henvises, når det vurderes, at der er behov for et specialiseret traumefokuseret behandlingstilbud, og der forud for henvisning til Afdeling for Traume- og Torturoverlevere er foretaget en vurdering ved børn- og ungepsykiatrisk afdeling med henblik på bred børnepsykiatrisk vurdering og evt. diagnostisk udredning.

UDKAST

Mulige aktører og indsatser i et patientforløb for flygtninge med PTSD

	Almen praksis	Kommune	Somatik	Psykiatri
Opsporing	• Opsporing ifm. almindelige patientkonsultationer	• Opsporing ifm. almindelig sagsbehandling og visitationssamtaler • Oplæg om PTSD	• Indvandrermedicinsk Klinik opsporing	• Opsporing gennem lokalpsykiatri
Udredning	• Praktiserende læge er tovholder og har det samlede ansvar for trådene i udredningen • Diagnosticering og differentiel diagnosticering	• Henviser til egen læge/almen praksis • Socialfaglig udredning	• Indvandrermedicinsk Klinik foretager problemafklaring herunder også PTSD	• ATT og RCT foretager psykiatrisk udredning, social udredning og lægefaglig udredning
Behandling og tilbud	• Udarbejdelse af sygemeldingsattester mv. • Behandling af følgetilstande	• Socialfaglig støtte-ydelser • Beskæftigelsesrettet indsats • Aktiviteter i samarbejde med frivillige organisationer	• Indvandrermedicinsk Klinik rehabilitering og fokus på økonomisk rehabilitering	• Behandling i RCT eller regionsfunktion jf. PTSD forløbspakke • Behandling i Højt specialiseret funktion • 9 md. opfølgning på RCT • Aktiviteter i samarbejde med frivillige organisationer
Efter endt behandling	• Medicinsk behandling efter diagnosticering og endt behandling i psykiatrien	• Evt. videre til almen praksis, som kan foretage eventuel videre henvisning	• Kan henvise til almen praksis, øvrige sygehusenheder, ATT eller RCT	• Genoptræningsplaner

4.1.1 Opsporing af flygtninge med PTSD

Aktører med aktiviteter inden for opsporing: 1) almen praksis, 2) kommuner, 3) somatiske sygehuse og 4) psykiatrien og RCT – RehabilieringsCenter for Traumatiserede.

Almen praksis

For flygtninge sker opsporing af PTSD i almen praksis som en del af den almindelige sundhedsfaglige opsporing, ligesom det gøres for øvrige patientgrupper. I mødet med patienter er praktiserende læger med til at screene for PTSD gennem samtaler og afklaring med patienten.

Almen praksis kan i forbindelse med opsporing og screening samarbejde med patientens kommune, Indvandrermedicinsk Klinik OUH, Afdeling for Traume- og Torturoverlevere, RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede og diverse kliniske afdelinger primært på de omkringliggende sygehuse.

Kommuner

UDKAST

Ved kommunerne sker opsporingen via den løbende kontakt med borgeren og igennem den almindelig sagsbehandling. Her samarbejder kommunerne bl.a. med borgers egen læge for at belyse den givne sag med alle relevante lægelige oplysninger, som beskriver de udfordringer og hensyn, der skal tilrettelægges efter i fx en beskæftigelsesrettet indsats.

Der er stor variation i kommunernes opsporingsindsatser. Der er kommuner der arbejder med aktiviteter, der har til formål at klæde medarbejdere på til at arbejdere med målgruppen af flygtninge med PTSD. Aktiviteter der både kan styrke medarbejdernes kompetencer til at opspore symptomer på PTSD men også medvirke til at støtte borgerne til at mestre et liv med deres sygdom. Der er fx en kommune, som iværksætter oplæg om sygdomsmestring og sygdomsopfattelse på sprogskolen og kommunens private aktører inden for beskæftigelsestilbud. Der er også en kommune, der afholder faste samarbejdsmøder med foreningen LINK, som er en del af Dansk flygtningehjælp. Jobrådgivere er ligeledes opmærksomme på tegn på traume hos målgruppen. En kommune har ansat en sygeplejerske til at nedbringe fravær. Hun tager trivselssamtaler med borgere med højt fravær. Ved mistanke om PTSD går hun med borgerens samtykke i dialog med borgerens egen læge. Andre kommuner har særligt fokus på at holde tværfaglige møder med de aktører, der er involveret i borgerens forløb som fx sprogcenter, praktiksted, læger og behandlingssteder som RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede, Afdeling for Traume- og torturoverlevere og misbrugscentre. Der er en række kommuner, der ikke har målrettede opsporingsindsatser. Screening og opsporing sker typisk via de første samtaler med sagsbehandler på Jobcentret, som en del af visitationsperioden.

Kommunerne samarbejder med praktiserende læger, Afdeling for Traume- og Torturoverlevere og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede.

Somatisk sygehus, Indvandrermedicinsk Klinik – OUH
Der sker opsporing af PTSD af patienter hos Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) på Odense Universitetshospital, der bl.a. afdækker tegn på PTSD og uafklarede helbredsproblemer. En overvejende del af patienterne der ses i IMK, viser sig at have ikke tidligere diagnosticeret PTSD. For patienter der ses i lokalpsykiatrien, vil der være opsporing af PTSD i lokalpsykiatrien.

Psykiatrien og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede
For patienter der ses i lokalpsykiatrien, vil der være opsporing af PTSD i lokalpsykiatrien.

RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede har heller ingen forudgående screening, RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede underviser dog i tidlig opsporing og yder til tider supervision af det professionelle netværk, der er i kontakt med flygtninge og deres familier. RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede kan således rekvireres til at undervise samarbejdspartnere ved kommunale afdelinger, hospitalsafdelinger, praktiserende læger, sprogskoler, mfl. for at styrke den tidlige opsporing af PTSD. Dette er ikke formaliseret.

4.1.2 Udredning af flygtninge med PTSD

Aktører med aktiviteter inden for udredning: 1) almen praksis, 2) kommunen, 3) somatiske sygehus/indvandremedicinsk klinik og 4) psykiatrien og RCT – RehabilieringsCenter for Traumatiserede.

Almen praksis
Den praktiserende læge har det samlede ansvar for trådene i udredning samt desuden diagnostik og differentialdiagnostik inden henvisning til psykiatrien eller somatiske undersøgelser. Henvisning til psykiatrien ved Afdeling for Traume- og Torturoverlevere skal altid ske elektronisk og det er vigtigt, at fastlagte krav til form og indhold er opfyldt, se nærmere på Henvisning til Afdeling for Traume- og Torturoverlevere (https://www.psykiatrienisyddanmark.dk/wm513132)

UDKAST

For information om krav til henvisninger til RCT – RehabilieringsCenter for Traumatiserede se nærmere på: Henvisning til RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede (https://rct.life/henvisning/).

Kommuner

Kommunerne har ikke udredningsaktiviteter i forhold til selve den diagnostiske udredning af flygtninge med PTSD, som sker i psykiatrien ved Afdeling for Traume- og Torturoverlevere eller i institionen RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede. Kommunerne har forskellige indsatser i forhold til at afklare borgernes arbejdsevner set i forhold til deres PTSD. Kommunerne holder rundbordssamtaler med bl.a. deltagelse af borgeren og dennes egen læge, for at få afdækket evt. skånebehov i forbindelse med forskellige indsatser i forhold til at afklare borgernes arbejdsevner set i forhold til deres PTSD. Dette kan fx være i form af karriereværksteder, CV og jobsøgning eller afklarende virksomhedspraktiker, samt andre individuelle tiltag i den enkelte kommune.

Somatisk sygehus, Indvandrermedicinsk Klinik – OUH

Indvandrermedicinsk Klinik på OUH har som kerneopgave at udrede. De første samtaler er koncentreret om en fuldstændig problemafklaring, men ikke kun om PTSD. Indvandrermedicinsk Klinik samarbejder med almen praksis, kommuner, Arbejdsmedicinsk Klinik samt relevante somatiske sygehusspecialer, RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede, Afdeling for Traume- og Torturoverlevere og det øvrige psykiatrisygehus.

Psykiatrien og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede

RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede og Psykiatrien i Region Syddanmark ved Afdeling for Traume- og Torturoverlevere foretager udredning for PTSD hos flygtningemålgruppen.

Psykiatriens Afdeling for Traume- og Torturoverlevere foretager psykiatrisk udredning af flygtninge med PTSD med fokus på, om patienten opfylder diagnosekriterierne for PTSD. I den forbindelse tages stilling til, om der skal tilbydes relevante behandlings- og støttetilbud

I den selvejende institution RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede foregår udredningen ved tre ambulante samtaler. Udredning forestås af henholdsvis af psykologer, fysioterapeuter og socialrådgivere. Der er et standardiseret tværfagligt anamneseinterview, herunder traumeanamnese. Fokus på PTSD, men også komorbide tilstande som angst og depression. Tværsektoriel dialog med det professionelle netværk om patienten. Økonomiske-, opholds-, familie-, samt job- og uddannelsesmæssige forhold. Somatiske problemer i relation til fysiske skader efter fysisk vold og flugt, samt psykosomatiske reaktioner. Psykiatriske konsulenter benyttes efter behov in house med henblik på medicinsanering eller medicinopstart. Ortopædkirurgisk konsulent benyttes ved udredning af somatiske komplikationer direkte relateret til fysiske senfølger af overfald og flugt. Centret har en sundhedsfaglig koordinator (sygeplejerske), der favner alle aktuelle patienter.

Henvisning til RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede og Afdeling for Traume- og Torturoverlevere kan ske via praktiserende læge, privat praktiserende psykiater, kommuallæge, en anden sygehusafdeling - enten somatisk eller psykiatrisk. Afdeling for Traume- og Torturoverlevere tilbyder speciallægerådgivning til henvisende læge. Se nærmere på Henrvisning til psykiatrien (https://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/Files/Dokument34767.htm) og Henvisning til RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede (https://rct.life/henvisning/).

4.1.3 Behandling af og tilbud til flygtninge med PTSD

Aktører med aktiviteter inden for behandling og tilbud: 1) almen praksis, 2) kommunen, 3) somatiske sygehus/indvandremedicinsk klinik og 4) psykiatrien og RCT – RehabilieringsCenter for Traumatiserede.

Almen praksis

Praktiserende læger har det samlede ansvar og modtager behandlingsplaner bl.a. efter udredning på Afdeling for Traume- og Torturoverlevere i psykiatrien eller RCT – rehabiliteringsCenter for Traumatiserede. Derudover er praktiserende læge ansvarlig for sygemelding og attester til kommunen.

Kommuner
En række kommuner har særlige aktiviteter inden for uddannelse og job for integrationsborgere, hvor der er samarbejde med de aktører, der er involveret i borgerens forløb, som Afdeling for Traume-og Torturoverlevere og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede.

Somatisk sygehus, Indvandrermedicinsk Klinik – OUH
Indvandrermedicinsk Klinik arbejder med rehabilitering, smertehåndtering og økonomisk rehabilitering og afholder netværksmøder. I den forbindelse samarbejdes der med kommunale sagsbehandlere og patientens egen læge.

Psykiatrien og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede
Afdeling for Traume- og Torturoverlevere i Psykiatrien i Region Syddanmark behandler flygtninge med PTSD. Det er en forudsætning for igangsættelse af behandling, at der forinden er sket en udredning/visitation, der klarlægger, at behandling i regionspsykiatrien er den mest hensigtsmæssige. Det kan løbende i patientens behandlingsforløb være nødvendigt, at supplere med yderligere udredning.

Behandlingen følger Danske Regioners pakkeforløb for voksne traumatiserede flygtninge. Behandlingen består af farmakologisk og non-farmakologisk behandling. Den non-farmakologiske behandling består af traumeterapi, psykoedukation, behandling af komplicerende forhold og pårørendesamtaler. Psykoedukation kan fx vedrøre sygdomsforståelse eller livsstilsfaktorer. Behandling af komplicerende forhold omhandler fx psykiatrisk fysioterapeutisk kropsterapi og specialiseret socialfaglig rådgivning. Et behandlingsforløb i Afdeling for Traume- og Torturoverlevere foregår ofte i gruppe med andre patienter, men kan også foregå som individuelle samtaler mellem patient og behandler. Den medicinsk behandling består også af opfølgning og justeringer af den medicinske behandling. Patienter i behandling på Afdeling for Traume- og Torturoverlevere introduceres også til peers og muligheden for inddragelse af denne i grupper og ad hoc.

Behandlingen på RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede består af ambulant tilbud med ugentligt fremmøde, ofte tolkede samtaler. I den tværfaglige behandling (psykolog, socialrådgiver, fysioterapeut) er der fokus på symptomreduktion og lindring, med en kombination af farmakologiske – og non-farmakologiske metoder. Der er tre overordnede pakker: Traumefokuseret, Ressourceopbyggende behandling samt Støttende og netværksopbyggende behandling. Pakkernes indhold sammensættes på baggrund af den enkeltes ressourcer til at indgå i behandlingen. Der ydes også psykoedukation, rådgivning og vejledning med henblik på rehabilitering, borgerkompetencer, symptomhåndtering, genoptræningsplaner, ”brandslukning”, støtte til sikring af opholdsgrundlag, netværksmøder, status- og funktionsbeskrivelser. Behandlingen omfatter også pårørendesamtaler (ægtefæller, partnere, børn og unge, mfl.).

4.1.4 Efter endt behandling

Almen praksis
Der kan være lægelige vurderingsopgaver for almen praksis efter endt behandling i RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede eller Afdeling for Traume- og Torturoverlevere.

Kommuner

Der er enkelte kommuner, der i samarbejde med frivillige foreninger har støtte- og rehabiliteringstilbud til traumatiserede flygtninge.

Somatisk sygehus, Indvandrermedicinsk Klinik - OUH
Indvandrermedicinsk Klinik har etableret peer-mentor forskningsprogram til patientstøtte efter afslutning.

Psykiatrien og RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede
Afdeling for Traume- og Torturoverlevere i psykiatrien udarbejder erklæringer til diverse instanser. Afdeling for Traume- og Torturoverlevere har et samarbejde med Red Barnet, hvor patienter bliver introduceret til Red Barnets tilbud, som fx en sommerlejr via deres behandler og kan så benytte sig af det. Afdelingen har derudover haft "åbne" invitationer ud til kommunerne til at komme ind på afdelingen til en uforpligtende "kop kaffe" med det formål, at lære hinanden at kende og gensidigt orientere hinanden om måder de arbejder på.

Som i psykiatrien afsluttes alle patientforløb i RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede med en kortfattet epikrise til almen praktiserende læge, der opsummerer udredning, behandlingsindsats, effekt af behandling samt anbefalinger ved opfølgning eller yderligere udredning i andet regi. Patienter der i forbindelse med udredning eller behandling giver udtryk for aktive suicidale impulser eller handlinger, fremstår psykotiske, med skizofrene forestillinger eller med svært reduceret realitetstestning, afsluttes præmaturt og viderehenvises.

Patienter, der mister deres lovlige ophold i Danmark afsluttes ved udvisning af landet. Kommunale sagsbehandlere anmoder ofte om status- og funktionsbeskrivelser til brug i den videre sagsbehandling i kommunalt regi.

RCT - RehabiliteringsCenter for Traumatiserede udfærdiger efter behov fysiske genoptræningsplaner i koordinering med kommunale fysioterapeuter og sundhedscentre. I samarbejde med frivillige fra Red Barnet indgår RCT - RehabiliteringsCenter for Traumatiserede i projektet "Ud af krigens skygge", der månedligt afvikler oplevelsesture og en årlig sommerlejr for traumatiserede børn og deres forældre, hvor fokus er på de gode oplevelser, børnene får sammen med deres forældre. RCT - RehabiliteringsCenter for Traumatiserede foretager også kontakt til lokale frivilligrådgivning efter behov.

4.1.5 Opsummering

For flygtninge sker der opsporing og screening af PTSD i almen praksis som en del af den sundhedsfaglige opsporing i almen praksis ligesom det gøres for øvrige patientgrupper. Almen praksis kan i forbindelse med opsporing og screening samarbejde med patientens kommune, Indvandrermedicinsk Klinik OUH, Afdeling for Traume- og Torturoverlevere, RCT RehabiliteringsCenter for Traumatiserede og diverse kliniske afdelinger primært på de omkringliggende sygehuse. Der sker også opsporing af PTSD hos flygtninge i kommuner, lokalpsykiatrien og IMK. Psykiatrisk udredning og behandling sker i Afdeling for Traume- og Torturoverlevere, RCT RehabiliteringsCenter for Traumatiserede, mens der parallelt også kan være behov for indsatser i forhold til kommunens job og uddannelsesområde for integrationsborgere. Der er således behov for parallelle indsatser og fælles viden om de lovgivningsmæssige rammer, der er for flygtninges forsørgelsesmuligheder.

4.2 Veteraner med PTSD

Nedenstående præsenteres en skematisk oversigt over de muglige aktørers og indsatser/aktiviteter i relation til forløb for veteraner med PTSD. Kortlægningen bygger på en spørgeskemaundersøgelse udsendt til samtlige aktører med kontakt til veteraner med PTSD inden for almen praksis, forsvaret, kommunerne og psykiatrien. Input fra disse respondenter er herefter kvalificeret i arbejdsgruppen.

UDKAST

Der kan være variation i den kommunale veteranindsatsats, grundet lokal organisering og ressourcemæssige muligheder. Nedenstående beskrivelse af kommunale aktiviteter i relation til opsporing, udredning og behandling/tilbud er dermed blot et overordnet billede af, hvilken rolle kommunerne varetager ift. veteraner med PTSD. Efter oversigten uddybes den med en beskrivelse af aktørernes opgaver og indsatser.

UDKAST

Mulige aktører og indsatser i et patientforløb for veteraner med PTSD

	Almen praksis	Kommune	Psykiatri	Veterancentret	Private organisationer
Opsporing	• Opsporing ifm. almindelige patientkonsul-tationer	• Opsporing i mødet med veteraner i kommunale forvaltninger såsom jobcenter • Oplæg fra veteran-koordinator • Kommunikation af kontaktoplysninger på hjemmeside/Facebook • Afholdelse af veteran-arrangementer såsom flagdag • Dedikerede mailadresser/telefonnr.		• Døgnvagt/telefon betjent af psykologer og • Hjemkomstsamtaler • Oplæg på veterancaféer, veterancentret mv. • Afholdelse af veteran-arrangementer såsom flagdag	• Private organisationer bistår til afholdelse af veteran-arrangementer såsom flagdag eller aktivitetsdage
Udredning	• Praktiserende læge er tovholder og har det samlede ansvar for trådene i udredningen • Henviser til udredning i psykiatrien	• Henviser til egen læge som kan udarbejde henvisninger • Afdækning af behov/tilbud efter serviceloven	• ATT foretager psykologisk udredning, fysioterapeutisk vurdering og vurdering ved socialrådgiver • ATT foretager speciallægeundersøgelse r, vurdering af behandlingsbehov og somatisk udredning	• Tværfaglig udredning af sociale- og beskæftigelsesmæssig e forhold mv. Inddragelse af Videnscenter, Netværkspsykologer, Kommune og Psykiatri efter konkret sags behov • Visitations-samtaler (DASS, PLC-C, ITI) • Netværkspsykologer foretager udredningsopgaver	
Behandling og tilbud	• Udarbejdelse af sygemeldingsattest er mv. • Behandling af følgetilstande	• Tilbyder coachingkurser, mentorordning, mestringsforløb, stress-/angst- og depressions-håndtering • Beskæftigelsesrettet indsats • Forvalter stofbehandlings-tilbud • Foredrag for veteraner og pårørende • Medvirken til afholdelse af sociale arrangementer for veteraner	• Samtaler med speciallæge, pårørendesamtaler, familieinddragelse, behandling med medicin og terapi • Udarbejdelse af lægeerklæringer • Foredrag for veteraner og pårørende • Psykologisk- og fysioterapeutisk behandling	• Psykologisk behandling på individ- og gruppeniveau • Børnerådgivning via Familieenheden • Visitations-samtaler (DASS, PLC-C, ITI) • Tværfaglig indsats • Økonomisk rådgivning og PREP-kurser • Fyraftensmøder, netværksmøder og lign. • Administration af pulje til arrangementer	• Klubber og organisationer afholder arrangementer for veteraner • Praktiserende psykologer forestår behandling efter henvisning fra almen praksis
Efter endt behandling	• Kan henvise til specialiseret behandling i psykiatrien • Medicinsk behandling efter diagnosticering og endt behandling i psykiatrien	• Henviser til almen praksis, som kan foretager videre henvisning • Læger ansat på behandlingshjem kan henvise direkte til psykiatri eller Veterancentret	• Kan henviser til Veterancenteret	• Kan henvise til den specialiserede psykiatri	

4.2.1 Opsporing af veteraner med PTSD

Aktører med aktiviteter inden for opsporing: 1) almen praksis, 2) Veterancentret og 3) kommunen.

UDKAST

Almen praksis
Almen praksis opsporer veteraner med PTSD gennem deres almindelige patientkonsultationer, hvor de afdækker patientens behov ud fra deres tilstand og henviser dem til relevante aktører. Almen praksis samarbejder med Afdeling for Traume- og Torturoverlevere, Kommunen, rusmiddelcentre og Veterancentret i relation til veteraner med PTSD.

Veterancentret
Inden for opsporing tilbyder Veterancentret en døgnvagttelefon betjent af psykologer og socialrådgivere, rutinemæssige hjemkomstsamtaler, samtaler ved repatrieringer, fyraftensmøder, konferencer (Viden om veteraner mv.) samt deltagelse i projekter under Danmarks Idrætsforbund.

Derudover har Rådgivnings- og rehabiliteringsafdelingen (RRA) løbende projekter, f.eks. Fælles om veteraner #39, og holder oplæg på veterancaféer og veteranhjem. Videre knytter indsatsen samarbejdsbånd til kommunale afdelinger såsom jobcenteret. I forhold til opsporing af veteraner med PTSD arbejder Veterancentret og dets underafdelinger således sammen med både psykiatrien, frivillige organisationer samt kommunale afdelinger.

Kommuner
I forhold til opsporing arbejder kommunerne rent kommunikativt med følgende fire indsatser: 1) oplæg fra veterankoordinatoren, 2) samarbejde om kontakt til målgruppen gennem veterankoordinatoren, Veterancentret og Veteranhjemmet, 3) dedikerede mailadresser og telefonnumre til veteraner, som ønsker kontakt til kommunen, og 4) administration af facebooksider dedikeret til kommunikation om kommunens- og andre aktørers tilbud til veteraner.

Kommunen arbejder i øvrigt med det opsøgende arbejde under §99 og i samarbejde med rusmiddelcentre via §142. I forbindelse med det kommunale opsporingsarbejde er der fokus på, at holde medarbejderoplæg internt, så medarbejderne i de forskellige forvaltninger er bekendte med kendetegnene på PTSD.

Videre medvirker kommunen også til afholdelse af specifikke arrangementer såsom flagdag eller aktivitetsaftener i sportsforeninger. Til trods for at disse arrangementer ikke handler om at opspore, gør den kommunale tilstedeværelse det muligt for veteraner med PTSD at rette henvendelse efter behov.

I forbindelse med ovenstående indgår kommunen i en række samarbejder med andre organisationer, såsom 4kløveren, veterancentret, KFUM soldatermission, Danmarks Idrætsforbunds Soldaterprojekt, Camp Pol osv. Yderligere holdes en løbende kontakt til Afdeling for Traume- og Torturoverlevere og Veterancentret, for at sikre gensidig opmærksomhed på borgere i de to systemer.

4.2.2 Udredning af veteraner med PTSD

Aktører med aktiviteter inden for udredning: 1) Veterancentret, 2) kommunerne og 3) psykiatrien.

Veterancentret
Til udredning af veteraner med PTSD benytter Veterancentret sig af visitationssamtaler og diverse screeningsredskaber (såsom DASS, PCL-C og ITI). Veterancentret foretager yderligere tværfaglig udredning. Her samarbejdes med veteranens egen læge, psykiatrien, kommunerne, Veterancentrets netværkspsykologer og videnscentret i Veterancentret. Der inddrages forskellige samarbejdspartnere afhængig af relevansen i den konkrete sag.

Kommuner

UDKAST

Kommunen arbejder ikke selv med udredning. Her henvises, gennem almen praksis, til samarbejdspartnere såsom Psykiatrisk Afdeling Odense og Afdeling for Traume- og Torturoverlevere. Kommunen kan også opfordre borgeren til at kontakte Veterancentret og derigennem blive henvist til deres netværkspsykologer. Kommunen igangsætter eksempelvis dette arbejde i jobcentersammenhæng i forbindelse med eventuelle ansættelser af veteraner i private eller offentlige virksomheder. Hvis kommunen, i forbindelse med kontakt via socialafdelingen, veterankoordinatoren eller jobcenteret, møder en borger, hvor der er mistanke om psykisk sygdom, undersøges det, om personen har været udsendt og en eventuel udredning iværksættes andetsteds herefter.

På Stofmisbrugscenteret anvender de blandt andet redskaber som ASI score, VEKTO og Map plan til at afdække borgeren ift. serviceloven og andre tilbud i kommunen. Denne udredning er dog ikke sidestillet med en psykolog-/lægefaglig udredning foretaget hos eksempelvis Afdeling for Traume- og Torturoverlevere eller Forsvarets netværkspsykologer.

Som benævnt ovenfor henviser kommunen til en række samarbejdspartnere, når der skal foretages en udredning. Den primære samarbejdspartnere for kommunen i forbindelse med udredningen er Afdeling for Traume- og Torturoverlevere i Vejle og Odense.

Psykiatrien
Speciallægeundersøgelser af henviste veteraner foregår på Psykiatrisk Afdeling i Odense med psykopatologisk udredning (PSE), vurdering af medicinsk behandlingsbehov samt somatisk vurdering. Videre laves psykologisk udredning, fysioterapeutisk vurdering og socialfaglig vurdering ved socialrådgiver på Afdeling for Traume- og Torturoverlevere i Odense og Vejle. Efterfølgende drøftes diagnose og behandlingsmuligheder på tværfaglig konference, hvor den videre behandling også planlægges.

Henvisning for traumatiserede veteraner til Afdeling for Traume- og Torturoverlevere skal ske via læge. Dette kan være egen læge, privatpraktiserende psykiater, kommunelæge samt læge fra andre psykiatriske afdelinger eller somatiske afdelinger. Såfremt praktiserende læger får mistanke om PTSD hos en patient, der har været udsendt for det danske forsvar, kan der henvises til de psykiatriske afdelinger i regionen. Patienten kan kun henvises til det højt specialiserede tilbud via Militærpsykologisk Afdeling eller en psykiatrisk afdeling. Henvisning til psykiatriske afdelinger for voksne skal ske ved Praktiserende læger, vagtlæger, praktiserende speciallæger samt kommunale misbrugscentre. Se nærmere om henvisning til psykiatrisygehuset: https://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/Files/Dokument34767.htm

4.2.3 Behandling af og tilbud til veteraner med PTSD

Aktører med aktiviteter inden for behandling og tilbud: 1) Veterancentret, 2) kommunerne og 3) psykiatrien.

Veterancentret
Veterancentret tilbyder individuelt tilpasset psykologisk behandling på individ og gruppeniveau, familerådgivning via FamillieEnheden og tværfaglig indsats med inddragelse af socialrådgivere, beskæftigelsesrådgivere, opsøgende rådgivere og brobygger. Veterancentret råder over Psykolognetværket, som varetager behandlingsopgaver på deres vegne. Dette giver veteraner og pårørende adgang til behandling i nærområdet.

Herudover tilbyder Veterancentret økonomisk vejledning, PREP-kurser, fyraftensmøder, netværksmøder og børnegrupper. Veterancentret har videre en pulje, som frivillige foreninger kan søge til at afholde arrangementer for veteraner. I de ovenstående tilbud arbejder Veterancentret og dets underafdelinger sammen med kommunale afdelinger, psykiatri, veteranens egen læge, veteranhjemmene, private aktører, frivillige aktører samt fagforeninger.

UDKAST

Kommuner
Hvis kommunen har en veterankoordinator, er det ofte denne som assisterer veteranerne i kontakten med kommunen. Endvidere kan veterankoordinatoren også have en funktion i forhold til veteranens familie. Veterankoordinatoren kan spille en stor rolle i forhold til kommunens engagement i aktiviteter og behandlingstilbud til målgruppen. De kommunale tilbud kan eksempelvis indbefatte foredrag for veteraner og deres pårørende, som bliver afviklet i samarbejde med Familienetværket, lokalpsykiatrien og lokale foreninger eller videnspersoner. Ud over foredrag er kommunen ofte også aktiv ift. at arrangere sociale aktiviteter såsom udflugter.

Kommunen står også for stofbehandlingstilbuddet, som kan være relevant for en gruppe af veteranerne. Slutteligt tilbydes coachingkurser, mentorordning, mestringsforløb, stress-/angst- og depressions håndteringsforløb med mere i samarbejde med netværkspsykologer (eksempelvis når veteranen ikke allerede er forløb i Afdeling for Traume- og Torturoverlevere) og veterancenter.

Psykiatrien
Psykiatrisk Afdeling Odense tilbyder veteranerne behandling i samarbejde med Afdeling for Traume-Torturoverlevere. Dette indbefatter samtaler med speciallæge i psykiatri, pårørende samtaler, familieinddragelse og vurdering af behandlingseffekt med medicin og terapi (psykoedukation). Der udarbejdes, på baggrund af behandlingen, lægeerklæringer til kommuner, forsikringsselskaber, Helbredsnævnet og Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES). Via Afdeling for Traume- og Torturoverlevere foretages psykologbehandling og fysioterapeutisk behandling med støtte fra socialrådgiver og eventuel peer-medarbejder.

4.2.4 Efter endt behandling af veteraner med PTSD
Almen praksis og Veterancentret kan henvise veteraner til den regionale- og specialiserede funktion i Psykiatrisk Afdeling Odense. Her vil de blive udredt og eventuelt modtage behandling på Afdeling for Traume- og Torturoverleveres enheder i enten Vejle eller Odense. Kommunen kan ikke selv henvise til psykiatrien og henviser derfor borgeren til egen læge/almen praksis, som kan hjælpe dem videre i systemet.

4.2.5 Opsummering
For målgruppen af veteraner med PTSD sker der ud over opsporing af PTSD i almen praksis også opsporing af PTSD via Forsvarets Veterancenter, der har en række forskellige opsporingsindsatser. Derudover er der også kommunale og private samt frivillige organisationer der laver aktiviteter der bidrager til at opspore PTSD hos veteraner. Udredning og behandling kan ske hos Veterancentret eller i psykiatriens regions- eller højt specialiseret funktion. Undervejs i behandlingsforløbet er der også behov for at samarbejde med de kommunale aktører, veteranens egen læge, veteranhjemmene, private, frivillige og arbejdsmarkedets aktører. En del kommuner har ansat en veterankoordinator, der kan assistere veteranen i forløbet og gøre en positiv forskel.

4.3 Øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD

Følgende kortlægning beskriver forskellige aktører med aktiviteter, tilbud og/eller indsatser til målgruppen af øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD, samt hvordan disse aktører samarbejder omkring målgruppen. Kortlægningen bygger på en spørgeskemaundersøgelse udsendt til samtlige aktører med kontakt til veteraner med PTSD inden for almen praksis, forsvaret, kommunerne og psykiatrien. Input fra disse respondenter er herefter kvalificeret i arbejdsgruppen.

UDKAST

Nedenstående præsenteres en skematisk oversigt over de mulige aktører og indsatser/aktiviteter i relation til forløb for øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD. Oversigten beskrives efterfølgende nærmere.

Mulige aktører og indsatser i et patientforløb for øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD

	Almen praksis	Kommune	Somatik	Psykiatri
Opsporing	• Opsporing ifm. almindelige patientkonsultationer	• Opsporing ifm. almindelig sagsbehandling og visitationssamtaler • Selvhenvendelse	• Screening ifm. arbejdsmedicinsk udredning	
Udredning	• Tovholder og det samlede ansvar for trådene i udredningen • Diagnosticering og differentiel diagnosticering	• Socialfaglig udredning	• Arbejdsmedicinsk udredning	• På hovedfunktionsniveau laves psykiatrisk udredning, social udredning og lægefaglig udredning • Specialiseret udredning, differentiel diagnosticering samt rådgivning på Arbejdsmedicinsk klinik Odense.
Behandling og tilbud	• Udarbejdelse af sygemeldingsattester mv. • Behandling af følgetilstande • Medicinsk behandling efter diagnosticering	• Administration af støtteydelser • Beskæftigelsesrettet indsats • Praktik, afprøvning via jobcentret • Kurser • Socialfaglig indsats		• Lokalpsykiatrien kan henvise til videre behandling i regionsfunktion • Behandling jf. PTSD forløbspakke i lokalpsykiatrien • Regionsfunktion for tjenesterelateret PTSD
Efter endt behandling	• Videre henvisning til psykiatrien, somatisk sygehus og/eller praktiserende psykolog efter konkret sags behov	• Videre henvisning til praktiserende læge eller i nogle tilfælde psykiatrien	• Videre henvisning til praktiserende læge med anbefaling om videre henvisning til psykiatrien	

UDKAST

4.3.1 Opsporing af øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD

Opsporing af borgere med arbejdsrelateret PTSD pågår flere steder både indenfor og uden for sundhedsvæsnet. Opsporingen af personer med arbejdsrelateret PTSD kan være besværlig for såvel det kommunale som regionale frontpersonale, og det sætter krav til samarbejdet mellem aktører samt pårørende om at fange tegn på PTSD.

Aktører med aktiviteter inden for opsporing: 1) kommuner, 2) almen praksis, 3) somatiske sygehuse og 4) evt. arbejdsplads.

Kommuner
Ved kommunerne sker opsporingen via den løbende kontakt med borgeren og igennem den almindelig sagsbehandling. Derudover sker opsporingen i kommunerne ved borgeres selvhenvendelse eller via visitationssamtaler, hvor blandt andet mulige tegn på PTSD afdækkes.

Ved kommunerne sker opsporingen via den løbende kontakt med borgeren og igennem den almindelig sagsbehandling

Almen praksis
I mødet med patienter er praktiserende læger med til at screene for PTSD gennem samtaler og afklaring med patienten. Endvidere kan forsikringsselskaber og fagforeninger tage kontakt til praktiserende læge, hvis en af deres medlemmer viser tegn på arbejdsrelateret PTSD. Ved mistanke om arbejdsrelateret PTSD kan praktiserende læge henvise til lokalpsykiatrien eller til Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik med henblik på udredning.

Somatik
På somatiske sygehuse screenes indimellem for PTSD i forbindelse med arbejdsmedicinsk udredning af patienter. I den forbindelse anbefales også relevant behandling, hvis der findes tegn på PTSD. Arbejdsmedicinsk klinik orienterer patientens egen læge om vurderinger ved fremsendelse af behandlingsplanen. Derudover anbefales patienterne også at række ud til deres faglige organisation/fagforening, når dette er relevant.

Arbejdsgiver
Ofte er det menneskerne tæt på den enkelte borger med PTSD, som opdager de første tegn på ændringer i adfærden eller forværring af eksisterende symptomer. Det kan eksempelvis være familie, venner eller kollegaer som er med til at opspore tegn på PTSD.

Nogle arbejdspladser har indsatser der bidrager til at opspore tegn på PTSD hos de ansatte. Her kan eksempelvis nævnes Rigspolitiets, Falcks, og hospitalernes personale psykologer. Ligeledes har flere arbejdspladser aftaler med psykologer gennem forsikringsordninger, hvor ansatte kan henvises ved mentale helbredsproblemer og mistrivsel. Her kan der forventes at forekomme screening for mulig PTSD, når der har været voldsomme hændelser eller når problematikken er velkendt for det enkelte arbejdsområde.

I Region Syddanmark har alle arbejdspladser og fagforeninger desuden henvisningsret til de Arbejdsmedicinske Klinikker, hvis der er mistanke om mentale helbredsproblemer opstået i relation til arbejdet.

4.3.2 Udredning af øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD
Udredningen af borgere med arbejdsrelateret PTSD foregår i samarbejde mellem flere aktører, som inddrages på forskellige tidspunkter.

Aktører med aktiviteter inden for udredning: 1) kommuner, 2) almen praksis, 3) somatiske sygehuse og 4) psykiatrien.

Kommuner
Når en borger med PTSD søger om støtte af socialfaglig karakter laves en social faglig udredning (voksenudredningsmetoden). Kommunerne har ikke nødvendigvis særlige udredningstilbud, der henvender sig

UDKAST

til netop denne målgruppe. Er det ikke tilfældet vil de samarbejde med praktiserende læge, psykiatrien eller en psykolog i forhold til at få udredt borgeren.

Almen praksis

Den praktiserende læge har det samlede ansvar for at sikre den nødvendige og tilstrækkelige udredning diagnostik inden evt. henvisning til psykiatrien eller specialiseret somatisk udredning og behandling.

Somatik

I det somatiske sygehusvæsen kan der henvises til udredning på Arbejds- og miljømedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital eller Arbejdsmedicinsk Afdeling på Sydvestjysk Sygehus, når der er mistanke om arbejdsrelateret psykisk lidelse. De arbejdsmedicinske kliniker har udredning som speciale.

Udredning på de Arbejdsmedicinske klinikker har fokus på diagnosticering, ætiologiske årsagsfaktorer og prognostiske risikofaktorer. I den arbejdsmedicinske udredning samarbejdes med patientens egen læge, øvrige afdelinger på hospitalet, eventuel fagforening, arbejdsplads og kommune, hvor det er relevant og efter patientens ønske. På Arbejds- og Miljømedicinsk klinik OUH, eksisterer der en kombineret klinisk og forskningsenhed der har specialiseret udredning og rådgivning for arbejdsrelateret PTSD.

De arbejdsmedicinske kliniker rådgiver primærbehandlere, eksempelvis praktiserende læge, om behandlingsstrategi og prognose. Ligeledes rådgiver de Arbejdsmedicinske kliniker omkring tiltag i forhold til arbejdsmarkedet. Her kan de Arbejdsmedicinske kliniker deltage i møder med virksomhed eller rundbordssamtaler med kommune fagforening og virksomhed samt øvrige relevante behandlere. Dog er det nødvendigt, at møderne har et afklarende sigte i relation til arbejdsmarkedet.

Er det ikke muligt at afklare det fulde diagnostiske billede (f.eks. ved mistanke om personlighedsforstyrrelser), anbefales praktiserende læge at henvise til psykiatrien eller privat praktiserende psykolog med henblik på udredning og diagnosticering som led i et reelt behandlingsforløb.

Psykiatrien

Psykiatrisygehuset udreder patienter der er henvist fra praktiserende læger og psykiatriske akutmodtagelser, med fokus på om patienten opfylder diagnosekriterierne for PTSD. I den forbindelse tages stilling til, om der skal tilbydes relevante behandlings- og støttetilbud. På hovedfunktionsniveau laves psykologisk udredning, social udredning og lægefaglig udredning, hvor der samarbejdes med relevante parter såsom patientens egen læge og kommune.

4.3.3 Behandling af og tilbud til øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD

I følgende afsnit beskrives et lille udsnit af indsatser og behandlingstilbud til øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD. Udfordringen for målgruppen er generelt at der ikke findes mange indsatser direkte målrettet denne målgruppe.

Den primære behandling sker i dag i primærsektoren og er oftest koordineret ved almenpraktiserende læge. Behandlingen foretages ved privatpraktiserende psykologer og speciallæger i psykiatri, samt ved psykolog-tilbud gennem arbejdsgivere. Der er dog ikke tale om at borgere, med arbejdsrelateret PTSD, i disse tilfælde er sikret forløb ved behandlere som er specialiseret indenfor psykotraumatologien. Yderligere vil ansatte der udvikler arbejdsrelateret PTSD ofte have problemer med at opnå tilskud til psykologhjælp via sygesikringen, da de traumatiserende hændelser kan forekomme mere end 6-12 måneder forud for sygdommens fulde manifestation og en endelige diagnostisk afklaring.

UDKAST

Aktører med aktiviteter inden for behandling og tilbud: 1) kommuner, 2) almen praksis og 3) psykiatrien.

Kommuner
Der findes sjældent et særligt tilbud målrettet øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD. I stedet planlægges individuelle forløb, hvorfor der kan være stor variation på tværs af kommunerne. Her samarbejder kommunerne blandt andet med borgers egen læge for at belyse den givne sag med alle relevante lægelige oplysninger, som beskriver de udfordringer og hensyn der eksempelvis skal tilrettelægges efter i en beskæftigelsesrettet indsats.

Ved kommunen kan borgeren tilbydes støtte efter servicelovens paragraffer §12, 85, 99 og ved behov for botilbud §§ 107 og 108. Mange kommuner tilbyder desuden kurser af forskellig art eksempelvis: Recovery-kurser, mestringskurser, mentorordninger, coaching, mindfulness kurser m.fl.

Flere kommuner tilbyder samme indsatser til øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD som til veteraner, hvilket også er aktive tilbud i form af fysisk træning, livsstilsforløb mv. Enkelte kommuner anvender også praktikafprøvning som en indsats i tæt samarbejder med virksomheder.

Almen praksis
Praktiserende læger har det samlede ansvar og modtager behandlingsplaner bl.a. efter udredning på arbejdsmedicinsk klinik. Typisk er praktiserende læge ansvarlig for den medicinske behandling efter primær diagnostik. Derudover er praktiserende læge ansvarlig for sygemelding, attester til kommunen og behandling af følgetilstande som eksempelvis depression. Lange ventetider kan være en udfordring for praktiserende læger, når de henviser til de konkrete behandlingstilbud som findes til målgruppen.

Psykiatrien
Psykiatrisygehuset tilbyder, i første omgang, behandling ud fra PTSD forløbspakken. Der tilbydes både behandling i gruppe- og individuelle forløb. Behandlingen består dels af medicinsk behandling, psykoedukation omkring PTSD, individuel traumefokuseret psykoterapi, fysioterapi og socialrådgiver støtte. Det vurderes i den enkeltes tilfælde, hvilke elementer af PTSD-pakken der er behov for samt eventuelle behov udover PTSD-pakken. På hovedfunktionsniveau har personalet særlige kompetencer indenfor PTSD og behandlingen heraf, men personalet har ikke særlige kompetencer til at håndtere lige netop arbejdsrelateret PTSD. I forbindelse med behandlingen i psykiatrien samarbejdes der med praktiserende læge, kommunal sagsbehandler, mentor og eventuelt socialpsykiatrisk tilbud.

4.3.4 Efter endt behandling af øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD

Kommuner
Kommunen kan opfordre borgere til at henvende sig til den praktiserende læge med tegn på PTSD. Dette med henblik på eventuel viderehenvisning til psykiatrien. Enten til særlige behandlingstilbud i lokalpsykiatrien eller til internetpsykiatrien for angst eller depression.

Almen praksis
Praktiserende læge henviser ofte til psykolog, privatpraktiserende psykiater samt arbejdsmedicinsk klinik og lokalpsykiatrien i særlige tilfælde. En udfordring er imidlertid, at der ikke findes mange målrettede behandlingstilbud for øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD.

UDKAST

Somatik
Efter arbejdsmedicinsk udredning sendes anbefalinger til behandling og videre henvisning til patientens egen læge, som er den primære tovholder for patientsagen. Derfor foregår mange videre henvisninger gennem borgers praktiserende læge med henblik på at sikre overblik hos den primære sundhedsperson. De arbejdsmedicinske kliniker har dog mulighed for også at henvise internt til andre somatiske afdelinger, til indvandrer medicinsk klinik eller til afdelinger i psykiatrien.

Psykiatrien
Efter behandling i lokalpsykiatrien kan patienten henvises til regionsfunktion for tjenesterelateret PTSD i psykiatrien, Odense Universitetshospital, hvis behandlingen på hovedfunktion ikke har været tilstrækkelig.

4.3.5 Opsummering

Opsporing af borgere med arbejdsrelateret PTSD pågår både indenfor og uden for sundhedsvæsnet.
I mødet med patienter er praktiserende læger med til at screene for PTSD gennem samtaler og afklaring med patienten. Endvidere kan forsikringsselskaber og fagforeninger tage kontakt til praktiserende læge, hvis en af deres medlemmer viser tegn på arbejdsrelateret PTSD. Når der er mistanke om arbejdsrelateret psykisk lidelse kan der ske udredning på regionens to arbejds- og miljømedicinske kliniker. Den primære behandling sker i dag i primærsektoren og er oftest koordineret ved almenpraktiserende læge. Behandlingen foretages ved privatpraktiserende psykologer og speciallæger i psykiatri, samt ved psykolog-tilbud gennem arbejdsgivere. Der er dog ikke tale om at borgere, med arbejdsrelateret PTSD, i disse tilfælde er sikret forløb ved behandlere som er specialiseret indenfor psykotraumatologien. Herudover findes behandlingstilbud på hovedfunktion i lokalpsykiatrierne ud fra PTSD-pakkeforløb. En målrettet behandling af borgere med arbejdsrelateret PTSD, eksempelvis politi, beredskab og social og sundhedspersonale, varetages i regionsfunktionen for tjenesterelaterede belastninger

4.4 Potentialer

På tværs af de tre målgrupper har kortlægningen og arbejdsgruppen peget på potentialer i det tværsektorielle samarbejde på en række områder som omhandler:

- Kommunen kan tilbyde borgere med PTSD hjælp til at komme videre til de rette tilbud på tværs af sektorer – én indgang, fx i form af koordinatorer
- Sikre tydelighed i hvor de tre målgrupper kan få hjælp henne
- Øget samarbejde og forståelse for hinandens rammer (aktører/samarbejdspartnere)
- Mere vidensdeling på tværs
- Mere systematisk kommunikation for at sikre rettidig videregivelse af rette oplysninger
- Øget samarbejde om at understøtte tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet
- Øget pårørendeinddragelse og støtte til pårørende

De ovenstående områder er en del af samarbejdsaftalens forpligtelser på tværs af sektorer og beskrives nærmere i kapitel fem og seks. Derudover har arbejdsgruppen formuleret en række øvrige anbefalinger, som

UDKAST

kan medvirke til at sætte retning for det videre samarbejde på området, men som ikke er en del af denne samarbejdsaftale. Anbefalingerne fremgår af et særskilt dokument og der arbejdes videre med udmøntning af anbefalingerne i regi af Følgegruppen for uddannelse og arbejde.

5. Samarbejde og koordinering

Sideløbende med behandlingen for PTSD i psykiatrien kan borgeren have behov for andre indsatser, hvor flere aktører er involveret. Det er derfor af afgørende betydning, at det er tydeligt for borger og sagsbehandlere, hvilke aktører der kan indgå i borgerens forløb, og ikke mindst hvordan disse aktører bringes i spil. Det kan fx være egen læge, psykiatri, jobcenter m.fl.

I forhold til veteraner med PTSD er der særskilt forpligtelse i Sundhedsstyrelsens Specialeplan til at samarbejde med Veterancentrets Militærpsykologiske afdeling.

Én samlet indgang i kommunen
På tværs af de tre målgrupper med PTSD har kortlægningen peget på, at det er betydningsfuldt, at kommunen kan tilbyde borgere med PTSD hjælp til at komme videre til de rette tilbud på tværs af sektorer.
Med samarbejdsaftalen forpligter kommunerne sig på at sikre én samlet indgang i kommunen vedrørende borgere med PTSD. Det skal forstås på den måde, at det for borgere med PTSD, deres pårørende og samarbejdsparter er tydeligt, hvor de skal henvende sig i kommunen, når der er behov for kontakt med kommunen i forhold til en borger med PTSD. En samlet indgang kan organiseres forskelligt fra kommune til kommune fx i form af koordinatorfunktioner for flygtninge, veteraner og øvrige borgere med arbejdsrelateret PTSD. Uafhængig af organiseringen skal det være nemt for den enkelte borger, pårørende eller samarbejdspartnere at få kontakt til rette vedkommende i kommunen.

Systematisk kommunikation
Forløbene for borgere med PTSD er ofte præget af kompleksitet og borgeren kan have brug for flere sideløbende indsatser, hvor flere aktører er involveret. I brede samarbejder er det afgørende, at det er tydeligt, hvilke aktører, som indgår i borgerens forløb og hvordan de forskellige aktører bringes i spil.

Der skal arbejdes for at sikre en mere systematisk udveksling af relevante oplysninger mellem de involverede aktører omkring borgeren med PTSD for at opnå en hurtig og effektiv udredning og behandling af den traumatiserede borgere og sikre effektiv beskæftigelsesindsats. Indhentning af oplysninger på tværs af de involverede aktører forudsætter et skriftligt samtykke fra borgeren.

For de komplekse forløb bør der afholdes netværksmøder/et fælles koordinerende møde mellem de relevante aktører sammen med borgen. Det kan enten være som fysiske eller virtuelle netværksmøder. Afholdelse og deltagelse på disse møder bør opprioriteres og gerne holdes flere gange undervejs i hele borgerens forløb. Særligt første møde er vigtigt at prioritere med henblik på at opnå kendskab til de øvrige aktører i borgerens forløb og udarbejde en koordinerende plan. Overlevering er også særdeles vigtigt ved afslutning af et patientforløb i forhold til de efterfølgende indsatser ved øvrige aktører. Møderne bør selvfølgelig ske med aktiv inddragelse af borgeren, men hvor en af de professionelle aktører er tovholderen for overleveringen.

For en effektiv afvikling af møderne skal der sikres en tydelig dagsorden, der deles med deltagerne forud for møderne og rettidige referater der opsummerer mødets konklusioner. Det er også vigtigt, at der overvejes hvilke professionelle mødedeltagere, der skal deltage ved de fælles koordineringsmøder i forhold til at sikre at der er repræsentanter med beslutningskompetence, så der kan træffes aftaler på møderne. Aktørerne beslutter, hvem der har ansvar for at indkalde til møder og udarbejde referat.

UDKAST

Fælles undervisning
En fælles forståelse af hinandens rammer, vilkår og sprogbrug kan være med til at skabe mere sammenhængende forløb og gode parallelindsatser for borgeren med PTSD.

De lokale psykiatriske samordningsfora kan derfor med fordel aftale, om der ønskes afholdt fælles undervisning, vidensdeling på tværs af fagområder eller eventuelle fælles fyraftensmøder. Med det formål at styrke kendskabet til hinandens rammevilkår, tilbud og indsatser samt øge forståelsen for hinandens fagligheder og kompetencer i arbejdet med borgere med PTSD. Det kan eksempelvis være vidensdeling om sygedagpengeregler, sygdomsforståelse for PTSD, sundheds- og beskæftigelsesfaglige termer. Ligesom der kan være fokus på, at anvende samme sprogbrug, så der ikke opstår misforståelser og uklarheder når der kommunikeres på tværs af forvaltninger og sektorer

Formaliseret samarbejde om at understøtte tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet
Der er en tæt gensidig sammenhæng mellem borgeres sundhed og deres uddannelses- eller arbejdsmarkedstilknytning. Borgere med sundhedsmæssige udfordringer vil ofte have et højere sygefravær og kan opleve, at det er svært at få eller fastholde et arbejde på ordinære vilkår. Samtidig kan ledighed og længden af borgerens ledighedsperiode udgøre en risiko i forhold til udvikling eller forværring af psykiske og fysiske lidelser. Det er forbundet med store personlige og økonomiske omkostninger, når mennesker, på grund af psykisk eller somatisk sygdom, mister tilknytningen til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet.

En fælles udfordring for mange borgere med PTSD der er eller tidligere har været tilknyttet arbejdsmarkedet er, at uklarhed om deres forsørgelsesgrundlag fylder meget for dem og kan udgøre en barriere for behandling af PTSD.

Med samarbejdsaftalen forpligter parterne sig på, at indgå i udvikling af et formaliseret samarbejde for at understøtte en hurtig arbejdsafklaring og understøtte at borgere med PTSD kan fastholde eller opnå tilknytning til arbejdsmarkedet eller gennemføre en uddannelse. Jobcentrene er centrale for dette arbejde, da de er myndighed i forhold til forsørgelsesgrundlaget, men de er også afhængige af et stærkt samarbejde med de øvrige aktører omkring borgeren med PTSD. Aktørerne fra de forskellige fagområder og sektorer understøtter, at indsatser i fx jobcentre, sygehuse og almen praksis kan foregå parallelt uden unødvendige stop eller ventetider.

For alle tre målgrupper anbefaler arbejdsgruppen, at der er fokus på afklaring af patienten/borgerens forsørgelsesgrundlag og kortsigtede arbejdstilknytning hurtigst muligt. Disse er væsentlige sygdomsforværrende stressorer, der kan have betydning for behandlingseffekt. Når muligt vil det være bedst at forsørgelsesgrundlag og kortsigtede arbejdstilknytning afklares i kommunal regi umiddelbart efter udredning og diagnosticering frem for at vente til påbegyndt behandling. Her kan der med fordel afholdes fælles møde mellem patient, udredende behandlingsenhed og kommune. Dette for at misforståelser minimeres og der skabes mest mulig klarhed og ro for patienten med henblik på, at patientens ressourcer kan fokuseres på de behandlingsrettede tiltag og egenomsorg.

Det anbefales, at der hurtigt efter endt behandling, eller når det i behandlingen er afklaret om, i hvilken grad funktionsniveauet kan forventes at blive genoprettet, søger at afklare mere langsigtet forsørgelsesgrundlag og arbejdstilknytning. I denne fase kan der også med fordel afholdes et fælles møde mellem patienten, den behandlende eller specialiserede enhed, samt kommunen. Dette for at undgå misforståelser og sikre det bedst mulige beslutningsgrundlag for patienten.

UDKAST

Det formaliserede samarbejde om at understøtte den traumatiserede borgeres tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet kan med fordel ske ved at anvende IPS-metoden, (Individuelt Planlagt job med Støtte). IPS er en veldokumenteret beskæftigelsesrettet metode målrettet mennesker med svære psykisk lidelser. Målet med IPS-metoden er, at flere borgere med en psykisk lidelse starter på en uddannelse eller kommer i ordinær beskæftigelse via en integration af den beskæftigelsesrettede indsats i den psykiatriske behandling. Flere internationale studier har undersøgt effekten af IPS-metoden i forhold til at hjælpe mennesker med en svær psykisk lidelse i arbejde. I alle nationale og internationale studier har IPS vist en større effekt i forhold til andre metoder. Uddannelsen i IPS-metoden, består af 2 dages undervisning. IPS-konsulenterne fra jobcentrene deltager begge dage, mens deltagerne fra Psykiatrien, som skal samarbejde direkte med IPS-konsulenterne (nøglemedarbejderne), deltager den første dag.

Psykiatrien og flere syddanske kommuner har gode erfaringer med at anvende IPS-metoden. Borgere, som visiteres til forløbet, får tilknyttet en IPS-konsulent fra jobcentret. IPS-Konsulenten hjælper med jobsøgningen og er samtidig i tæt kontakt med patientens behandler i psykiatrien. Med IPS-metoden prioriteres et meget tæt samarbejde mellem de psykiatriske behandlere i psykiatrien og IPS-konsulenterne, som løbende skal koordinere indsatsen med udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og behov. IPS-konsulenterne mødes løbende med behandlerne i psykiatrien. Det sker både for at sikre behandlernes støtte og opbakning til deltagernes jobsøgning, og for at IPS-konsulenten kan få kendskab til de kliniske faktorer, der kan være relevante i forhold til job og arbejdstid mv. IPS-forløbet tager udgangspunkt i borgerens egne ønsker og behov. IPS-konsulenten er der til at hjælpe borgeren hele vejen, også når de er kommet i job eller uddannelse.

6. Pårørende

Pårørende er helt centrale støttepersoner for patienter med PTSD. De pårørende besidder en stor mængde viden om borgeren, som kan være en hjælp igennem hele forløbet. Derfor er det vigtigt, at medarbejderne formår at inddrage de pårørende i et ligeværdigt og tillidsfuldt samarbejde, i de tilfælde hvor borgeren ønsker det.

Forskning viser, at pårørende til kronisk eller længerevarende syge mennesker ofte selv lider af nogle af de følgevirkninger, som patienten oplever, såsom stress, angst/depression og oplevelse af meningsløshed. Som pårørende gennemgår man ligesom patienten et udfordrende recoveryforløb. Derfor er det vigtigt at støtte de pårørende, i den læringsproces det er at mestre rollen som pårørende, og derved hjælpe dem til at opleve livskvalitet til trods for sygdommens påvirkning i relationen til den syge og andre i familien/netværket.

Traumatiserede flygtninge indgår ofte i parforhold med andre landsmænd, der i mange tilfælde selv er traumatiserede og dermed selv patienter med PTSD. Pårørende-patienter er ofte vigtige at få i behandling, idet familiens samspil og daglige rutiner ofte er bygget op omkring en kollektiv undgåelsesadfærd, som er med til at fastholde den enkelte patient i sin sygdomsbane. Herudover har børn og unge i flygtningefamilier ofte oplevet nogle af de samme krigs- og flugttraumer som forældrene.

I Region Syddanmark oprettes der 2021 et Center for Pårørendeinddragelse under Psykiatrisygehuset og under ledelsen i Psykiatrisk Informationscenter (PsykInfo). Centeret bliver et kompetence- og videnscenter, der skal understøtte arbejdet med pårørendeinddragelse, både på sygehuset og i hjemmet. Desuden skal centeret samle og genere viden om best practice i forhold til pårørendeinddragelse. Centeret skal have særlig opmærksomhed på gruppen af børn, der har forældre eller søskende med en psykisk lidelse. Endvidere har de enkelte psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark lokale tilbud til pårørende.

Der er også kommuner, der har forskellige støttetilbud til børn af forældre med psykisk sygdom.

Veterancentret har en række tilbud til pårørende til veteraner med PTSD, se nærmere på følgende link: https://veterancentret.dk/da/arbejdsomraader/parorende/parorende-til-veteraner/

I forhold til børn og unge af forældre med PTSD henvises der også til den tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark. Med børne- og ungeaftalen forpligter parterne sig på at iværksætte en særlig indsats over for børn af forældre med blandt andet diagnosticeret psykisk sygdom. Se nærmere her: Tværsektoriel aftale på børne -og ungeområdet

Afdeling for Traume- og Torturoverlevere har, i samarbejde med Center for Social Rehabilitering i Socialpsykiatrien i Vejle Kommune, gennemført satspuljeprojektet "Systematisk Inddragelse af Pårørende" blandt flygtninge og indvandrere med diagnosen PTSD. Projekterfaringerne viser, at det er spredning af viden om sygdommen, der særligt styrker behandlingen af PTSD – både hos pårørende og hos en bred vifte af professionelle samarbejdspartnere.

For at nå længere ud med budskaberne har Afdeling for Traume- og Torturoverlevere og Center for Social Rehabilitering produceret ni informationsvideoer, med undertekster på dansk, engelsk, arabisk og farsi målrettet borgere, patienter, pårørende og fagpersoner.

Tre af videoerne formidler nuværende og tidligere patienter og pårørendes oplevelser med PTSD og pårørendeinddragelse. Én video formidler PTSD i børnehøjde. To af videoerne formidler budskaber om behandling af PTSD og gode råd til arbejdet med målgruppen af fagprofessionelle fra Afdeling for Traume- og Torturoverlevere. De sidste tre videoer formidler enkle, gode råd til patienter og pårørende. Informationsvideoerne kan findes her: https://www.psykiatrienisyddanmark.dk/wm507658

7. Aftalens ikrafttræden

Aftalen er godkendt politisk i Sundhedskoordinationsudvalget xxx 2022 og træder i og træder i kraft xxx 2022.

UDK

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Bilag 1: Arbejdsgruppens sammensætning

Formandskabet:
Liselotte Santarelli, leder af Social og Handicap Myndighed, Varde Kommune
Louise Schwartz, afdelingschef for Afdeling for Traume og Torturoverlevere, Psykiatrien i Region S

Arbejdsgruppemedlemmer:
Jesper Mailand, Peer-medarbejder i Afdeling for Traume og Torturoverlevere, Psykiatrien i Region Syddanmark
Jesper Pihl-Thingvad, Psykolog, Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, OUH, Region Syddanmark
Leif Christensen, centerleder for RCT – RehabiliteringsCenter for Traumatiserede
Kurt B. Stage, overlæge Psykiatrisk Afdeling Odense, Psykiatrien i Region Syddanmark
Lene Hansen, leder - Introduktion og Udviklingscenteret, Vejen Kommune
Susanne Guldbæk Holmblad, jobrådgiver - koordinerende sagsbehandler, Jobafklaring, Odense Kommune
Charlotte Jeppesen, jobrådgiver, Job- og Udvikling, Odense Kommune
Mirjam Refby, specialkonsulent, Militærpsykologisk Afdeling, Forsvarets Veterancenter
Michael Kragh, Brobygger, Afdelingen for rådgivning og rehabilitering, Forsvarets Veterancenter
Troels Madsen, praktiserende læge og praksiskonsulent ved Afdeling for Traume og Torturoverlevere
Ask Elklit, professor, Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet

Sekretariatet:
Belinda Hansen, jobrådgiver, koordinator for traumatiserede flygtninge, Kolding Kommune
Louise Havn Langsig, planlægningskonsulent, Økonomi og Planlægning, Administrationen, Psykiatrien i Region Syddanmark
Hasse Gener Nielsen, konsulent, Tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark
Jette Dalsgaard Andersen, specialkonsulent, Tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark

UDKAST

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Oversigt over høringssvar til tværsektoriel samarbejdsaftale for voksne med PTSD, december 2021

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
1	Fyns Politi	Generelt	Fyns Politi oplyser, at de ikke har nogle bemærkninger til samarbejdsaftalen.		Ikke relevant	
2	Psykiatriens FMU	Generelt	Psykiatrisygehuset er positiv overfor den revidere samarbejdsaftale		Ikke relevant	
3	Psykiatriens FMU	Målgruppen	Ønsker, at det bliver tydeliggjort, at samarbejdsaftalen handler om borgere over 18 år		Ja	Er ændret i afsnit 1.1.
4	Bestyrelsen for RCT-RehabiliteringsCenter for Traumatiserede	Generelt	Bestyrelsen har ingen bemærkninger til udkastet		Ikke relevant	
5	Forsvarets Veterancenter	Generelt	Veterancentret støtter op om arbejdsgruppens arbejde og har ingen tilføjelser til den forelagte samarbejdsaftale.		Ikke relevant	
6	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	Tidlig opsporing	Anerkender det gennemgående fokus på tidlig opsporing		Ikke relevant	
7	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	Inddragelse af pårørende	Godt af der i samarbejdsaftalen lægges vægt på inddragelse af pårørende som en vigtig part i forløbet og at der er		Ikke relevant	

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
			fokus på støtte til de pårørende			
8	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	Oversigt over ansvars- og opgavefordeling ml. aktører	Gerne et overblik over ansvars- og opgavefordelingen ml. involverede aktører i de forskellige faser: opsporing, udredning, behandling og efter endt behandling	Kapitel 4	Ja	Der er udarbejdet en mere tilgængelig oversigt over aktører og opgaver for de tre målgrupper fordelt på de fire faser
9	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat		Gerne en opsummering af korlægningen af forløbene og hvad tages der med fra kortlægningen til nye anbefalinger i samarbejdsaftalen	Kapitel 4	ja	Der er udarbejdet en opsummering og en beskrivelse af, hvad der fra kortlægningen tages med i anbefalinger i aftalen
10	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat		Forslag om, at kortlægningen præsenteres i resumeform i aftalen og de elementer, der lægges vægt på i samarbejdsaftalen fremhæves	Kapitel 4	Nej	Kortlægningen er stadig med i aftalen for at øge kendskabet til hinandens opgaver og aktiviteter men nu med en opsummering,
11	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat		Generel opmærksomhedspunkt om, at der er landsækkende eksterne samarbejdspartnere som kommuner i syd kan samarbejde og spare med fx Veterancentret i Ringsted		Ja	Er tilføjet i afsnit 3.3.1.
12	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat		Flere behandlingstilbud er placeret centralt i regionen (Vejle og Odense) for de borgere i målgruppen, der bor i udkantsområder kan det kræve en del		Delvist	Har sammenhæng med Psykiatriplanen om øget tilgængelighed fx ved satellitter og alle afdelinger har fokus på at øge anvendelsen af

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
			ressourcer at rejse til behandlingstilbuddene. Der opfordres til, at der tages hensyn til det i planlægningen og evt. overveje etablering af satellittilbud			telepsykiatriske konsultationer, tilføjes i afsnit 3.1
13	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat		Opmærksomhedspunkt at store og små kommuner har forskellige ressourcer og antal sager og dette lokalt kan have betydning for opgaveløsningen		Nej	En opmærksomhed der er forsøgt at tage holde for i samarbejdsaftalen, således at den konkrete opgavetilrettelæggelse og ressourceforbruget fastlægges i den enkelte kommune
14	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	Samarbejde og koordinering	Der kunne med fordel være en præsentation af typiske aktører og ansvarsfordelingen herimellem i samarbejdsaftalen	Kapitel 4	Ja	Tydeliggørelse af mulige aktører og indsatser i de nye skemaer med mulige aktører og indsatser for de tre målgrupper med PTSD
15	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	Én samlet indgang	Kommunerne er enige i, at det skal være tydeligt for borgerne, hvor de skal henvende sig. Kommunens tilgang til mødet med borgeren er ikke koblet op på diagnoser, men tager udgangspunkt i den udfordring/det ønske borgeren har ved henvendelsen..	Kapitel 5	Nej	Der er ikke intentionen, at det skal være diagnoseafhængigt
16	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	Èn samlet indgang	Kommunerne er positive over for koordinering, og den konkrete organisering vil være afhængig af tilgængelige ressourcer i de enkelte kommuner. Kommunerne arbejder	Kapitel 5	Ikke relevant	

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
			målrettet med at sikre én samlet, koordineret indsats for alle borgere, herunder også dem med PTSD			
17	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	Èn samlet indgang	Kommunerne arbejder målrettet med at sikre én samlet, koordineret indsats for alle borgere, herunder også dem med PTSD		Ikke relevant	
18	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	Systematisk kommunikation	Det kan med fordel præciseres, hvem der har ansvaret for afholdelsen og referater, der opsummerer mødets konklusioner	Kapitel 5	Ja	Alle aktører kan indkalde til møder. Det aftales aktørerne imellem, hvem der har ansvaret for at indkalde og udarbejde referat. Det er tilføjet i kapitel 5
19	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	Systematisk kommunikation	Det bør præciseres hvilke kriterier der skal være opfyldt for at der er beslutningskompetence til stede på et netværksmøde	Kapitel 5,	Delvist	Det vil være kontekstafhængigt og det er tilføjet i samarbejdsaftalen
20	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	Fælles undervisning	Kommunerne bakker op om fælles videndeling, og ser fordele i at anvende samme sprogbrug, så der ikke opstår misforståelser og uklarheder når der kommunikeres på tværs af forvaltninger og sektorer.	Kapitel 5	Ja	Er uddybet med fælles sprogbrug
21	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	IPS-metoden	Modellen kan med fordel introduceres, eller præsenteres i et bilag. Endvidere hvad det kræves af kompetenceudvikling blandt personalet at kunne anvende metoden	Kapitel 5	Ja	Er tilføjet i samarbejdsaftalen, side 28

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
22	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	IPS-metoden	Det bemærkes, at der fortsat må være metodefrihed til at understøtte den traumatiserede borgers tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet.	Kapitel 5	Nej	Enig i bemærkningen og det er også intentionen, at samarbejdsaftale ligger op til metodefrihed. IPS anbefales som metode, men andre samarbejdsmodeller kan også være relevante
23	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	Landkort over psykiatriske tilbud	Til "3.5. Landkort over psykiatriske tilbud for de tre målgrupper samt tilbud ved RCT – Rehabiliterings Center for Traumatiserede" skal det bemærkes, at der er mulighed for behandling for veteraner i både Odense og hos ATT i Vejle. Denne mulighed er ikke medtaget på kortet 3.5 eller i teksten under 3.3	3.3 og 3.5	Ja	Er præcisereti forhold til specialeplanen
24	Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat	Pårørende	Det kan med fordel uddybes i aftalen hvorledes børn, som er pårørende til en voksen med PTSD, kan modtage støtte. Ifølge aftalen placeres opgaven i Center for pårørendeinddragelse under Region Syddanmark, men opsporing og tidlig indsats til gavn for børnene bør fremgå i samarbejdsaftalen	Afsnit 2.1 og Kapitel 6	Ja	I kapitel 6 er det tilføjet, at kommuner også har forskellige støttetilbud til børn af forældre med psykisk sygdom. Vedrørende opsporing og tidlig indsats til gavn for børnene er det tilføjet i afsnit 2.1. og i kapitel 6 henvises der til den syddanske børne- og ungeaftale. Derudover præciseres det i anbefalingerne som Følgegruppen for uddannelse og arbejde skal arbejde videre med, at det anbefales at afdække hvordan, der systematisk

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
						kan arbejdes med tidlig opsporing.
25	Borger & Arbejdsmarked Esbjerg Kommune	Èn samlet indgang og tidlig opsporing	Esbjerg Kommunes tilgang til mødet med borgeren tager ikke udgangspunkt i borgerens diagnose, men det borgerens henvendelse drejer sig om.	Kapitel 5	Nej	Se bemærkning under ID 15.
26	Borger & Arbejdsmarked Esbjerg Kommune	Èn samlet indgang og tidlig opsporing	Esbjerg Kommune understreger, at en indgang ikke kan håndtere den største udfordring – nemlig tidlig opsporing. Det kan kun ske i de enkelte forvaltninger ved at der er fokus på symptomer og særlige kendetegn for PTSD og andre psykiatriske udfordringer, for dermed at hjælpe borgeren videre mhp. udredning og eventuel behandling		Nej	Opmærksomhed der understøtter behovet for fælles undervisning også på tværs af forvaltningsområder internt i kommunerne
27	Borger & Arbejdsmarked Esbjerg Kommune	Formaliseret samarbejde om at understøtte tilknytning til arbejdsmarkedet	I høringsudkastet er der lagt op til at forsørgelsesgrundlag og kortsigtet arbejdstilknytning afklares hurtigst muligt. Ofte trækker afklaringen ud i komplekse sager pga. af de lovgivningsmæssige krav her. Det vil sige, at det ofte er nødvendigt at afvente effekten af behandling førend, der kan tages stilling til et varigt forsørgelsesgrundlag.	Kapitel 5	Nej	Det er ud fra borgerens behov for at få afklaring af forsørgelsesgrundlag så hurtigt som muligt. For dermed bedre at kunne indgå aktivt i en behandling, men det skal sker under hensyn til lovgivningens rammer

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
28	Borger & Arbejdsmarked Esbjerg Kommune	Formaliseret samarbejde om at understøtte tilknytning til arbejdsmarkedet	Alt efter forsørgelsesgrundlaget på henvendelsestidspunktet vil det være muligt at iværksætte tiltag, der tager hensyn til sygdomsforværrende stressfaktorer, ligesom det kan være muligt at afvente med aktiverende/afklarende tiltag, hvis dette er helbredsmæssigt begrundet.		Nej	Se bemærkning under ID 27
29	Borger & Arbejdsmarked Esbjerg Kommune	Den røde tråd i forløbene	Der kunne i samarbejdsaftalen være mere tydeligt fokus på, hvordan borgere herunder veteraner med PTSD får den eventuelt nødvendige akutte psykiatriske hjælp.		Ja	Der er tilføjet et afsnit om akut psykiatrisk skadestue i afsnit 3.6
30	Borger & Arbejdsmarked Esbjerg Kommune	Den røde tråd i forløbene	Veterankoordinator ved Esbjerg Kommune oplever i dag, at flere veteraner meddeler, at en henvendelse om akut psykiatrisk hjælp ved Psykiatrisk akutmodtagelse ofte ikke bliver mødt med et beredskab der er målrettet til veteranernes behov. Ofte oplever veteranerne, at de udskrives dagen efter henvendelsen, uden en egentlig afklaring af deres udfordring og en plan for opfølgning eller af tale om tiltag.		Nej	Det er en del af psykiatriplanen, systematisk opfølgning, evt. noget af overgange/-udskrivelser. Høringssvar videregives til psykiatrien.

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
31	Borger & Arbejdsmarked Esbjerg Kommune	Den røde tråd i forløbene	Esbjerg Kommune opfordrer til, at der tænkes i mere målrettede akutte tilbud til veteranerne og hvordan disse kan kobles på de mere langstrakte behandlingsforløb og hermed sikrer at en akut henvendelse følges op med hensigtsmæssig indsats og behandling om nødvendigt.		Ja	Der er tilføjet en beskrivelse af de akutte tilbud i afsnit 3.6
32	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	RCT	Der henvises til, at ATT afdelingen for Traume og Torturoverlevere varetager behandlingen for borgere af anden etnisk baggrund med traumer og svær psykisk og fysisk somatisk komorbiditet ud fra nyeste evidens. Borgere fra Sønderborg Kommune henvises primært til RCT, muligvis fordi RCT også forestår behandling i Sønderborg. Vi synes det er vigtigt, at borgerne får mulighed for behandling ud fra nyeste evidens på området og den specialiserede behandling, der bekrives fra ATT.	Side 4	Delvist	Der er tilføjet i afsnit 3.2 side 4, at der er der er frit sygehusvalg, hvilket betyder, at en borger frit kan vælge, hvilket af de offentlige sygehuse eller udvalgte specialsygehuse i Danmark de ønsker at blive henvist til.
33	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	Èn samlet indgang	Der er få flygtningekoordinatorer i kommunerne, og der er en forpligtigelse til i samarbejdsaftalen, at der kun er én indgang til kommunerne. Der bliver	Kapitel 5	Nej	En anbefaling om én indgang men samarbejdsaftalen kan ikke beskrive, hvordan det ønskes tilrettelagt i den enkelte kommune.

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
			ikke i aftalen beskrevet, hvordan I forventer kommunerne løfter denne opgave. I Sønderborg Kommune foreslår vi, at det er den koordinerende sagsbehandler, som kontaktes i borgerens sag. Det giver én indgang via en funktion, men selvfølgelig kontakt til forskellige sagsbehandlere			
34	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	Parallel beskæftigelsesindsats	Sønderborg kommune vil gerne pege på, at der ved siden af behandlingsindsatsen parallelt kører en beskæftigelsesindsats. Der er evidens for, at netop det vil rykke borgeren tættere på selvforsørgelse.	Kaptitel 5	Ja	Er tilføjet i kapitel 5
35	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	Arbejdsgruppens sammensætning	Sønderborg Kommune undrer sig over arbejdsgruppens sammensætning og at der ikke er flere praktikkere med i gruppen, specielt fra beskæftigelsesområdet. Der er mange ledelsesrepræsentanter med i arbejdsgruppen.	Bilag 1	Nej	Fulgt den almindelige procedure med udpegning gennem Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariat
36	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	Veteraner	Der mangler en definition på hvad en veteran er, denne er meget afgørende for hjælpen fra f.eks. veterancenteret. ”En veteran er en person, der på baggrund af en beslutning truffet af		Ja	Er tilføjet i afsnit 3.3.2

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
			Folketinget, Regeringen eller en minister har været udsendt i mindst én international mission. Veteranpolitikken gælder for veteraner, der har været udsendt i regi af Forsvarsministeriet." En veteran kan også modtage hjælp fra veterancenteret, hvis han ikke er soldat (beredskabsstyrelsen, Politiet)			
37	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	Veteraner	En kommende samarbejdspartner, som de fleste af kommunerne, via veterankoordinator netværket, har tilkendegivet, at ville arbejde sammen med er Veteranindsatsen version 2. Denne indsats skal efter sigende starte op i foråret 2022. Sønderborg Kommune har tilkendegivet, at vi ønsker at deltage.	Side 14	Nej	Der er usikkerhed om, hvad det omhandler og hvordan det kan indgå i samarbejdsaftalen.
38	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	Veteraner	Veterankoordinatoren har også en væsentlig opgave i forhold til familien. Familien er ofte lige så udfordret som veteranen selv. Det er en stor opgave, at holde sammen på baglandet omkring veteranen.	4.2.3	Ja	Er tilføjet i afsnit 4.2.3
39	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	Veteraner	En væsentlig del af opsporingen er veterankoordinatorens	4.2.5	Nej	Er en af del af anbefalingerne og op til kommunerne at udarbejde

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
			netværk, da der også er veteraner, som ikke er en del af det offentlige system og har udfordringer.			en funktionsbeskrivelse for veterankoordinatorer, hvor der kan være variationer i veterankoordinatorfunktionen
40	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	Formaliseret forpligtende samarbejde	For at jobcentret kan forpligte sig på det formaliserede samarbejde er der brug for en uddybning af hvad der menes med ”afklaring af patientens/borgerens forsørgelsesgrundlag og kortsigtede arbejdsmarkedstilknytning”. Ligger det op til, at der for perioden af behandlingen skal garanteres et bestemt forsørgelsesgrundlag? Der vil være borgerforløb, hvor det ikke kan garanteres pga. af lovgivning, borgers adfærd etc. I forhold til kortsigtede arbejdsmarkedstilknytning er det usikkert om der menes, i forhold til tilknytning til ordinært arbejde eller om begrebet inkludere beskæftigelsesfremmende tilbud som virksomhedspraktik, løntilskud mv.	Side 24, afsnit 5	Nej	Der lægges op til udvikling af et formaliseret samarbejde – hvilke jobtilbud er ikke en del af aftalen
41	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	Formaliseret forpligtende samarbejde	Jobcenter har i flere tilfælde oplevet, at borger beskrives uden funktionsniveau fra RCT, hvorefter borgeren efter en individuelt tilrettelagt		Ja	Se bemærkninger til ID 32 og 44

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
			beskæftigelsesindsats opnår stabil tilknytning til arbejdsmarkedet. Jobcentret er derfor meget interesseret i at behandlingsstederne i højere grad på at tænke beskæftigelsestilbud sideløbende med behandling, da det kan være afgørende for borgernes fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet. Jobcentret er meget interesseret i, at indgå dialog og samarbejde om, hvordan vi i samarbejde kan udvikle borgernes arbejdsevnen			
42	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	Formaliseret samarbejde	Borgerens arbejdsevne ses fra vores synspunkt ikke som en uforanderlig størrelse, men som en variabel størrelse, der påvirkes af mange faktorer i borgerens liv såsom helbredstilstand, sociale omstændigheder, familiesammensætning, netværk mv. Jobcentret kan derfor ikke forpligte sig på en afklaring af mere langsigtet forsørgelsesgrundlag efter endt behandling, da der kan være andre faktorer end helbredstilstanden, der spiller ind på arbejdsevnen	Side 24, afsnit 6	Nej	Se bemærkning under ID 27

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
43	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	Formaliseret samarbejde	Det anbefales, at IPS-metoden anvendes i arbejdet med traumatiserede borgere. Det kan vi heller ikke forpligte os på i alle tilfælde.	Side 24, afsnit 7	Nej	Det er i samarbejdsaftalen beskrevet som en anbefaling
44	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	RCT	Der beskrives i samarbejdsaftalen, at der har været en stor vilje til samarbejde fra blandt andet RCT og det glæder os, da vi i praksis har oplevet, ar det svært at få jobcentrets synspunkter med i samarbejdet. Der har været tendens til en meget ensidig informationsstrøm fra RCT i blandt andet rundbordsmøder, som ikke efterlader tid til jobcentrets input.		Nej	Hvis der er lokale udfordringer, er der behov for lokale løsninger/dialog
45	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	RCT	Der nævnes ligeledes i samarbejdsaftalen, at RCT udarbejder diverse erklæringer. Dette ønskes uddybet, da RCT ikke udarbejder LÆ125, LÆ145 mv. men har udarbejdet deres egne erklæringer med deres egne priser og regler for, hvornår disse kan indhentes.		Nej	Psykiatrien følger op i forhold til RCT
46	Arbejdsmarkedsafdelingen i Sønderborg Kommune	Repræsentation i arbejdsgruppen	Idet jobcentrene spiller en central rolle for mange borgere der lider af PTSD, kunne vi ønske mere repræsentation i arbejdsgruppen, da		Nej	Der er fulgt almindelig udpegningsprocedure gennem Fælleskommunalt Sundheds- og Socialsekretariatog der har

ID	Høringspart	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/side	Ændring i aftalen ja / nej	Anbefaling / ændringsforslag
			høringsudkastet i nogen grad afspejler, at der ikke tages højde for de rammer og regler, som borgere med PTSD er underlagt i jobcenter regi.			været kommunale jobcenterrepræsentanter i arbejdsgruppen ligesom der er i Følgegruppen for uddannelse og arbejde, der også har indgået i arbejdet med samarbejdsaftalen

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark

Fælleskommunalt Socialsekretariat Syddanmark

2. december 2021

Fælleskommunalt høringssvar til samarbejdsaftale for borgere med PTSD i Region Syddanmark

De syddanske kommuner takker for det fremsendte høringsudkast til ny samarbejdsaftale for borgere med PTSD i Region Syddanmark. Kommunerne bakker op om samarbejdsaftalen og dets intentioner.

Kommunerne anerkender særligt det gennemgående fokus på tidlig opsporing af PTSD, for potentielt at kunne mindske de mere langsigtede følger af sygdommen og fokus på et sammenhængende og koordineret forløb. Det er godt at der i samarbejdsaftalen lægges vægt på, at de pårørende inddrages som en vigtig part i forløbet, og der samtidig er fokus på at støtte de pårørende.

Kommunerne ser frem til at samarbejde omkring borgere med PTSD i Syddanmark og de muligheder det giver for et styrket tværsektorielt samarbejde.

Generelle kommentarer

De syddanske kommuner har følgende kommentarer af generel karakter til samarbejdsaftalen:

- Der kan med fordel være et overblik over ansvars- og opgavefordelingen mellem involverede aktører i de forskellige faser: opsporing, udredning, behandling og efter endt behandling i samarbejdsaftalen.
- Der kan med fordel være en opsummering af kortlægningen af forløbene, og hvilke elementer der tages med fra kortlægningen til nye anbefalinger i samarbejdsaftalen.
- Der stilles spørgsmål ved, om kortlægningen af den nuværende praksis skal indgå så fyldestgørende i selve samarbejdsaftalen. Der stilles forslag om, at kortlægningen præsenteres i resumeform i samarbejdsaftalen, og de elementer der lægges vægt på i selve samarbejdsaftalen fremhæves.
- Det bemærkes som et generelt opmærksomhedspunkt, at der er samarbejdspartnere eksternt som er landsdækkende og som kommuner i syd kan samarbejde og sparre med. F.eks. Veterancentret i Ringsted.
- Hensyntagen til infrastrukturen i Syddanmark: Flere behandlingstilbud er placeret centralt i regionen (Vejle og Odense). For de borgere i målgruppen, der bor i udkantsområder, kan det kræve en del ressourcer at rejse til behandlingstilbuddene. Der opfordres derfor til, at der tages hensyn til det i planlægningen af tilbud og at det evt. overvejes, at etablere satellit-tilbud rundt i regionen.
- Det er vigtigt at have opmærksomhed på at store og mindre kommuner både har forskellige ressourcer og forskellige antal sager, og at dette lokalt kan have betydning for opgaveløsningen.

Specifikke kommentarer

De syddanske kommuner har følgende specifikke bemærkninger til samarbejdsaftale:

Samarbejde og koordinering

- Det fremhæves som værende af afgørende betydning, at det er tydeligt for borger og sagsbehandlere hvilke aktører der kan indgå i borgerens forløb. Der kunne med fordel være en præsentation af typiske aktører og ansvarsfordelingen herimellem i samarbejdsaftalen.

Én samlet indgang i kommunen:

- Kommunerne er enige i, at det skal være tydeligt for borgerne, hvor de skal henvende sig. Kommunens tilgang til mødet med borgeren er ikke koblet op på diagnoser, men tager udgangspunkt i den udfordring/det ønske borgeren har ved henvendelsen. Kommunerne er positive over for koordinering, og den konkrete organisering vil være afhængig af tilgængelige ressourcer i de enkelte kommuner.
  Kommunerne arbejder målrettet med at sikre én samlet, koordineret indsats for alle borgere, herunder også dem med PTSD.

Systematisk kommunikation

- Kommunerne bakker op om afholdelse af netværksmøder/et koordinerende møde mellem relevante aktører sammen med borgeren, også at disse kan afholdes virtuelt. Det kan med fordel præciseres, hvem der har ansvaret for afholdelsen og referater, der opsummerer mødets konklusioner.
- Det bør præciseres hvilke kriterier der skal være opfyldt for at der er *beslutningskompetence* til stede på et netværksmøde.

Fælles undervisning

- Kommunerne bakker op om fælles videndeling, og ser fordele i at anvende samme sprogbrug, så der ikke opstår misforståelser og uklarheder når der kommunikeres på tværs af forvaltninger og sektorer.

IPS-metoden

- Modellen kan med fordel introduceres, eller præsenteres i et bilag. Endvidere hvad det kræves af kompetenceudvikling blandt personalet at kunne anvende metoden.
- Det bemærkes, at der fortsat må være metodefrihed til at understøtte den traumatiserede borgers tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet.

Landkort over psykiatriske tilbud

- Til ”3.5. Landkort over psykiatriske tilbud for de tre målgrupper samt tilbud ved RCT – Rehabiliterings Center for Traumatiserede” skal det bemærkes, at der er mulighed for behandling for veteraner i både Odense og hos ATT i Vejle. Denne mulighed er ikke medtaget på kortet 3.5 eller i teksten under 3.3

Pårørende

- Det kan med fordel uddybes i aftalen hvorledes børn, som er pårørende til en voksen med PTSD, kan modtage støtte. Ifølge aftalen placeres opgaven i Center for pårørendeinddragelse under Region Syddanmark, men opsporing og tidlig indsats til gavn for børnene bør fremgå i samarbejdsaftalen.

På vegne af de 22 syddanske kommuner.

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Evaluering af Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser

Status for pilotafprøvningens aktiviteter, samt fagpersoner og patienters erfaringer og fremadrettede perspektiver

Martin Sandberg Buch, Christina Holm-Petersen, Mette Brehm Johansen og Morten Sall Jensen

Evaluering af Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser – Status for pilotafprøvningens aktiviteter, samt fagpersoner og patienters erfaringer og fremadrettede perspektiver

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-965-9

Forsidefoto: Cathrine Kjærø Ulf Ertmann/VIVE

Projekt: 301642

Finansiering: Region Syddanmark

VIVE – Viden til Velfærd
Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K
www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Region Syddanmark har finansieret denne evaluering, der undersøger pilotafprøvningen af det 'Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser', som regionen har udarbejdet. Pakkeforløbets formål er at understøtte et velfungerende og dialogbaseret samarbejde om akutindlæggelser i Region Syddanmark og herunder specifikt at styrke indsatsen for patienter med mange gentagne indlæggelser.

Pakkeforløbet har i pilotfasen været afprøvet på ti hospitalsafsnit, og formålet har været at indsamle erfaringer, som kan anvendes i den næste fase, hvor der skal træffes beslutning om, hvilke hospitalsafdelinger pakkeforløbet i sin endelige form skal udrulles på i Region Syddanmark.

VIVE har evaluereret pilotafprøvningen på opdrag af Region Syddanmark. Vi vil sende en stor tak til de fagpersoner, ledere, pårørende og patienter, der har deltaget i evalueringen, samt evalueringens regionale tovholdere, der har hjulpet med at kvalificere og planlægge indsamlingen af evalueringens datagrundlag.

Evalueringens resultater er i første omgang målrettet de fagpersoner og ledere i Region Syddanmark, der skal arbejde videre med pakkeforløbets udrulning. Men som evalueringen viser, har pakkeforløbets indhold og fokus et potentiale for at understøtte de generelle aftaler, der er indgået for tværsektoriel kommunikation og samarbejde ved indlæggelse og udskrivelse. Relevante ledere og fagpersoner fra de fire øvrige regioner vil derfor også kunne finde inspiration i rapporten.

Evalueringen er designet og gennemført af projektchef Martin Sandberg Buch, chefanalytiker Christina Holm-Petersen samt senioranalytikerne Mette Brehm Johansen og Morten Sall Jensen. Rapporten er kvalitetssikret via. eksternt review af henholdsvis en forsker (anonym) og en praktiker (overlæge Peter Gjersøe, Tværsektorielt Team, Nordsjællands Hospital) med særlig viden om snitfladen mellem sygehuse og kommuner.

Mickael Bech
Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2021

Indhold

Sammenfatning 6

1 Baggrund, formål og datagrundlag 10
- 1.1 Introduktion til pakkeforløbet 10
- 1.2 Evaluering af pilotafprøvningen 13
- 1.3 Læsevejledning 15

2 Målgruppe- og aktivitetsanalyse 16

3 Patient- og pårørendeerfaringer med deltagelse i MDT-konferencer og den trygge udskrivelse 20
- 3.1 De interviewede patienter og pårørende 20
- 3.2 MDT-konferencen 20
- 3.3 Den trygge udskrivelse 24
- 3.4 Opsamling 26

4 Pilotafprøvning på akutmodtagelserne 27
- 4.1 Organisering og oplevet relevans 27
- 4.2 Dialogbaseret indlæggelse 28
- 4.3 Indsats i front 30
- 4.4 Den trygge udskrivelse 31
- 4.5 Tværgående MDT-konferencer med fokus på erfarings- og kompetenceudvikling 32
- 4.6 Opsamling 33

5 Pilotafprøvning på de stationære sengeafsnit 34
- 5.2 Praktiske er erfaringer med listegennemgang 35
- 5.3 Opsamling 39

6 Pilotafprøvning i psykiatrien 40
- 6.1 Introduktion til pilotafprøvning i psykiatrien 40
- 6.2 Erfaringer og perspektiver fra Voksenpsykiatrien 41
- 6.3 Erfaringer og perspektiver fra Børne- og Ungdomspsykiatrien Odense 44
- 6.4 Opsamling 47

7 Konklusioner og anbefalinger til det videre arbejde med implementering 48
- 7.1 Konklusioner og perspektiver for videre implementering på Akutmodtagelserne 48
- 7.2 Konklusioner og perspektiver for videre implementering på sengeafdelinger 49
- 7.3 Konklusioner og perspektiver for udvikling af et pakkeforløb for patienter med mange akutte kontakter i psykiatrien 50
- 7.4 Afrunding 51

Litteratur 53

Bilag 1 Evalueringens design og gennemførelse 54

Bilag 2 Guide: Pilotevaluering af pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser ledere og medarbejdere 59

Bilag 3 Spørgeguide til patienter – evaluering af pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser 63

Bilag 4 Psykiatriafdelingernes listepatienter 64

Sammenfatning

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser (herefter 'pakkeforløb') blev vedtaget i forbindelse med Region Syddanmarks budgetforlig 2019. Pakkeforløbet er formuleret som en proaktiv indsats henvendt til patienter med mindst tre akutte sygehuskontakter inden for et halvt år med henblik på, at der tages særligt hånd om de behov, der findes i målgruppen.

Pakkeforløbet er motiveret af et ønske af et ønske om at identificere patienter, der indlægges gentagne gange, og hvor en systematisk og koordineret indsats på sygehusene kan være med til at mindske behovet for gentagne indlæggelser, jf. nedenstående formål:

- Blive i stand til systematisk at identificere de patienter med gentagne akutte kontakter, der har særlige behov – og samlet at løfte kvaliteten i disse patientforløb
- Understøtte, at det er de nødvendige indlæggelser, der finder sted – og således reducere antallet af gentagne akutte indlæggelser.

Pakkeforløbet indeholder tre indsatser, der er formuleret i samarbejde med udvalgte somatiske afdelinger og følger kronologien i de enkelte indlæggelsesforløb:

- **Dialogbaseret indlæggelse** omhandler dialogen mellem sygehus, almen praksis og kommune om de patienter, der henvises til indlæggelse, herunder om der findes alternativer til indlæggelse i form af sub-akut ambulant udredning, tilknytning til kommunale akuttilbud mv.
- **Styrket Indsats i front** fokuserer på at opspore patienter med gentagne akutte indlæggelser via en algoritme, der dagligt udsender en liste over disse patienter til de enkelte afsnit. 'Listepatienterne' vurderes af speciallæge, og for patienter med særlige behov iværksættes MDT-konference (tværfaglig/tværsektoriel konference), patient- og pårørendeinvolvering og tydelige aftaler for patientens videre forløb.
- **Den trygge udskrivelse** understøttet af bl.a. udskrivningskoordinatorer, forventningsafstemning med patient og pårørende samt udvidet koordinering af udskrivelsen med hjemkommune og egen læge.

Pakkeforløbet skal på sigt udrulles på relevante somatiske og psykiatriske sygehusafdelinger i hele Region Syddanmark. For at kvalificere pakkeforløbets indhold og valget af relevante afdelinger er der i 2020-2021 gennemført en pilotafprøvning på henholdsvis regionens fire akutmodtagelser, fire medicinske sengeafsnit og to afdelinger i psykiatrien.

VIVE har gennemført denne evaluering, der samler op på erfaringer og læring fra pilotafprøvningerne på opdrag af Region Syddanmark. Fokus er på pakkeforløbets organisering, relevans og anvendelighed i den kliniske praksis. Formålet er at kvalificere den planlagte fulde udrulning af pakkeforløb for gentagne indlæggelser.

Konklusioner og perspektiver for videre implementering på akutmodtagelserne

Pakkeforløbet fremstår som helhed meget relevant og overvejende anvendeligt på de fire akutmodtagelser, og der er her en forventning om fortsat konsolidering af de beskrevne arbejdsgange og funktioner. Dette positive afsæt begrundes dels med, at akutmodtagelserne er godt konsolideret i deres organisering og interne samarbejdsrelationer på sygehusene, hvorfor de aktuelt arbejder på at åbne op for deres relationer til kommunerne og fokuseret søger at forebygge indlæggelser. Pakkeforløbet og dets indsatser fremstår derfor som et initiativ, der understøtter den

igangværende udvikling på akutafdelingerne. Oplevelsen er samtidig, at den aktuelle udvikling i kommunerne med oprettelse af akutteams, midlertidige pladser og fremskudt visitation positivt understøtter arbejdet med pakkeforløbets elementer.

I udgangspunktet skulle akutafdelingerne kun arbejde med indsatsen 'dialogbaseret indlæggelse', men de har også valgt at få erfaringer med 'indsats i front' og 'den trygge udskrivelse'. Erfaringerne med indsats i front og den trygge udskrivelse er, at akutafdelingernes korte indlæggelsestider udfordrer arbejdet med henholdsvis 'listegennemgang' og MDT. Til gengæld nævnes også eksempler på, at det er lykkedes at holde MDT-konferencer, og at dette har haft stor værdi for de involverede patienter.

De vigtigste tværgående opmærksomhedspunkter, der fremstår for akutmodtagelsernes videre arbejde med pakkeforløbet, handler om at:

- få ansat og konsolideret de sidste tværsektorielle koordinatorer og udskrivelseskoordinatorer
- opnå mere rutine med MDT-formatet – og meget gerne i en virtuel form, hvor praksislæger og kommuner har bedre mulighed for at deltage
- videreudvikle arbejdet med listegennemgang i forhold til GDRP og funktionalitet, så indsatsen bliver mere præcis og lettere at arbejde med. Hvis listegennemgangen ikke er mulig at få til at fungere, kan det overvejes, om der som en del af arbejdsgangen ved akutindlæggelser kan findes en anden metode til at sætte fokus på patienter med gentage indlæggelser og særlige behov for opfølgning.

Konklusioner og perspektiver for den videre implementering på sengeafdelinger

Pakkeforløbets fokus på at forebygge gentagne indlæggelser, såvel som forløbets grundelementer i form af udskrivningskoordinatorer, MDT-konferencer og særligt fokus på at koordinere udskrivelsen for patienter med komplekse forløb, fremstår relevante på tværs af de fire pilotafdelinger. Erfaringerne med de nye elementer i form af listegennemgang og afholdelse af MDT-konferencer adskiller sig til gengæld på tværs af henholdsvis de to geriatriske afdelinger og de to medicinske specialafdelinger, der har deltaget i pilotafprøvningen.

Det fremgår også, at MDT-konferencen er et tiltag forbeholdt en lille andel af de patienter, der dagligt optræder på afdelingernes lister. Enkelte – og det gælder især deltagerne fra de to medicinske afsnit – stiller i den forbindelse spørgsmålstegn til, hvorvidt udbyttet af listegennemgang matcher de anvendte ressourcer, og hvorvidt det er muligt at opnå større præcision i udvælgelsen af listepatienter.

Det oplevede udbytte af MDT-konferencer relateret til planlægning af konkrete patientforløb vurderes stort af både de involverede fagpersoner og de interviewede patienter. Det fremstår samtidig som vigtige opmærksomhedspunkter, at:

- patienter/pårørende bliver hørt og reelt involveret i konferencens fokus og beslutninger
- der er et tydeligt formål med konferencen og en klar rollefordeling mellem de deltagende fagpersoner
- der primært deltager en ansvarlig speciallæge med indsigt i patientens forløb og sygdomsbillede.

De vigtigste tværgående opmærksomhedspunkter for det videre arbejde handler med afsæt i sengeafsnittenes erfaringer om, at:

- Erfaringerne fra de to medicinske afsnit illustrerer, at der kan være væsentlige patientrelaterede forskelle de medicinske specialer imellem, som har betydning for arbejdet med listegennemgang og MDT-konferencer. Det fremstår derfor relevant at afveje, på hvilke afsnit og ud fra hvilke kriterier listegennemgang og MDT udgør relevante og anvendelige redskaber på de enkelte afdelinger.
- De understøttende funktioner i form af tværsektorielle koordinatorer og udskrivelseskoordinator bør være til stede på de afdelinger, der skal arbejde med listegennemgang, MDT og opfølgning på forløbet for de relevante patienter, der identificeres.
- De involverede fagpersoner skal tydeligt informeres om pakkeforløbets formål og indhold, samt at der etableres en projektgruppe med ansvar for implementeringen. Erfaringerne fra de fire pilotafsnit indikerer, at personkredsen godt kan være snæver, så længe den er forankret blandt de relevante nøglepersoner i form af listeansvarlige læger og koordinerende funktioner.
- Ved afholdelse af MDT målrettet individuelle patientforløb er det vigtigt, at en ansvarlig læge, der er godt inde forløbet, kan deltage sammen med udskrivningskoordinator e.l., som kan sikre opfølgning og effektuering af de tiltag, der besluttes. En tydelig dagsorden og dialog i øjenhøjde bør også prioriteres, da dette fremstår essentielt for det patientoplevede udbytte.

Konklusioner og perspektiver for udvikling af et pakkeforløb for patienter med gentagne akutte kontakter i psykiatrien

Pakkeforløbet er udviklet med afsæt i det somatiske sygehusområde, og det var i udgangspunktet ikke tænkt, at forløbet skulle afprøves i psykiatrien. Imidlertid har psykiatrien haft et ønske om at opnå erfaringer med dele af pakkeforløbets indsatser. Derfor er der udvalgt to pilotafdelinger fra henholdsvis voksenpsykiatrien samt børne- og ungepsykiatrien, der indgår med en afgrænset rolle, hvor de har afprøvet den listegennemgang, der er indeholdt i 'indsats i front'. Formålet er at kvalificere et forestående arbejde med at styrke psykiatriens indsats for patienter med gentagne akutte hospitalskontakter.

En læring fra opstarten i voksenpsykiatrien er, at det har været nødvendigt at justere den algoritme, der udvælger patienter til 'listegennemgang'. Tidsperioden for de tre forudgående akutte kontakter er nedsat fra seks til tre måneder, da der ellers ville optræde for mange patienter på de daglige lister. Endvidere tæller kontakter og indlæggelser vedrørende retspsykiatriske patienter, vedligeholdelses-elektrochokbehandling og patientstyrede indlæggelser ikke med, da disse repræsenterer et ønsket kontaktmønster.

Den oplevede relevans og anvendelighed blandt deltagerne fra voksenpsykiatrien er lav, og der er ikke fundet eksempler på, at listegennemgangen har fungeret som afsæt for opfølgning og optimering af konkrete patientforløb i løbet af pilotafprøvningen. Det fremgår videre, at de involverede slås med en række udfordringer relateret til kommunikation, koordination og adgang til relevante tilbud, de vurderer, at patienterne har behov for. Listegennemgangen opleves ikke som et element, der bidrager til løsningen af disse udfordringer. I det videre arbejde med pakkeforløbstanken i psykiatrien efterspørges derfor en mere involverende proces, hvor de løsninger, der arbejdes med, i højere grad er formuleret af psykiatriens fagpersoner og målrettet psykiatriens vilkår og udfordringer. Dog peges på de udgående ambulante teams som aktører, der potentielt kunne have nytte af et værktøj som listegennemgangen, fordi de ofte ikke bliver informeret om indlæggelser blandt de patienter, de er tilknyttet.

Den oplevede relevans og anvendelighed er relativt høj i blandt de involverede i børne- og ungepsykiatrien, og der er her et ønske om at beholde og konsolidere listegennemgangen fremadrettet, dels i forhold til at opnå rutine med de forskellige elementer i opfølgningen på relevante patienter, dels for at gøre arbejdsgangene mindre personafhængige. Afdelingen har samtidig valgt at inkludere patienter, der har haft to gentagne akutte kontakter inden for tre måneder i den daglige listegennemgang for at understøtte tidlig opsporing af patienter med særlige behov.

De vigtigste tværgående opmærksomhedspunkter, der fremstår for det videre arbejde med at udvikle et pakkeforløb i psykiatrien, handler om, at:

- pakkeforløbet i sin nuværende form ikke vurderes velegnet at implementere i voksenpsykiatrien
- igangsætte/gennemføre den planlagte beskrivelse af et pakkeforløb målrettet psykiatriens opgaver og vilkår med afsæt i en involverende proces, som ligner den, der blev gennemført på det somatiske område
- nøje at overveje, hvor og hvordan listegennemgang og MDT-konferencer kan fungere som relevante og anvendelige redskaber i psykiatrien. Børne- og ungepsykiatrien fremstår umiddelbart relevant på baggrund af pilotafprøvningen, og tilsvarende bliver der i voksenpsykiatrien peget på de udgående ambulante teams som en mulighed, der kan undersøges nærmere i fremadrettet.

Generelle opmærksomhedspunkter for pakkeforløbets videre udrulning

Evalueringens datagrundlag giver ikke anledning til at anbefale grundlæggende ændringer og justeringer af pakkeforløbets opbygning og indhold ud over de justeringer, der er gennemgået i forhold til grupperne af pilotafsnit ovenfor. Det skyldes, at pakkeforløbet overordnet fremstår relevant, samt at der er opbakning til de grundlæggende målsætninger og indholdselementer på de involverede somatiske pilotafsnit.

Der bør dog være opmærksomhed på, at dette ikke nødvendigvis kan antages at være tilfældet på alle typer af sengeafdelinger. Lungemedicinske, endokrinologiske og geriatriske afdelinger vurderes at udgøre relevante specialer, mens kirurgiske og kardiologiske afdelinger nævnes som specialer, der i mindre grad fremstår relevante for de interviewede fagpersoner.

Det vil derfor være vigtigt at afdække parathed og relevans på de nye afsnit og specialer, der tænkes involveret fremadrettet. Det fremstår for det første vigtigt at lave en reel vurdering af, hvorvidt der er behov for at justere i indhold og enkeltelementer i forhold til de individuelle afsnit. For det andet kan det kræve flere ressourcer og mere ledelsesmæssig opmærksomhed at udrulle forløbet på afdelinger, der fx ikke har ansat tværsektorielle koordinatorer, udskrivningskoordinatorer o.l., som kan fungere som nøglepersoner implementering.

Evalueringens datagrundlag

Evalueringen er baseret på interviews med i alt 48 fagpersoner og ledere fra de ti pilotafdelinger, der har arbejdet med pakkeforløbet, samt interviews med syv patienter og pårørende, der har deltaget i en MDT-konference. Endvidere der gennemført en aktivitets- og målgruppeopgørelse med afsæt i data leveret fra Region Syddanmark.

1 Baggrund, formål og datagrundlag

1.1 Introduktion til pakkeforløbet

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser (herefter 'pakkeforløb') blev vedtaget i forbindelse med Region Syddanmarks budgetforlig i 2019. Pakkeforløb er formuleret som en proaktiv indsats henvendt til patienter med mindst tre akutte sygehuskontakter inden for et halvt år med henblik på, at der tages særligt hånd om de behov, der findes i målgruppen (1).

Pakkeforløbet er motiveret af et ønske om at identificere patienter, der indlægges gentagne gange, og hvor en systematisk og koordineret indsats på sygehusene kan være med til at forebygge behovet for gentagne indlæggelser, jf. nedenstående formål:

- Blive i stand til systematisk at identificere de patienter med gentagne akutte kontakter, der har særlige behov – og samlet løfte kvaliteten i disse patientforløb
- Understøtte, at det er de nødvendige indlæggelser, der finder sted – og således reducere antallet af indlæggelser.

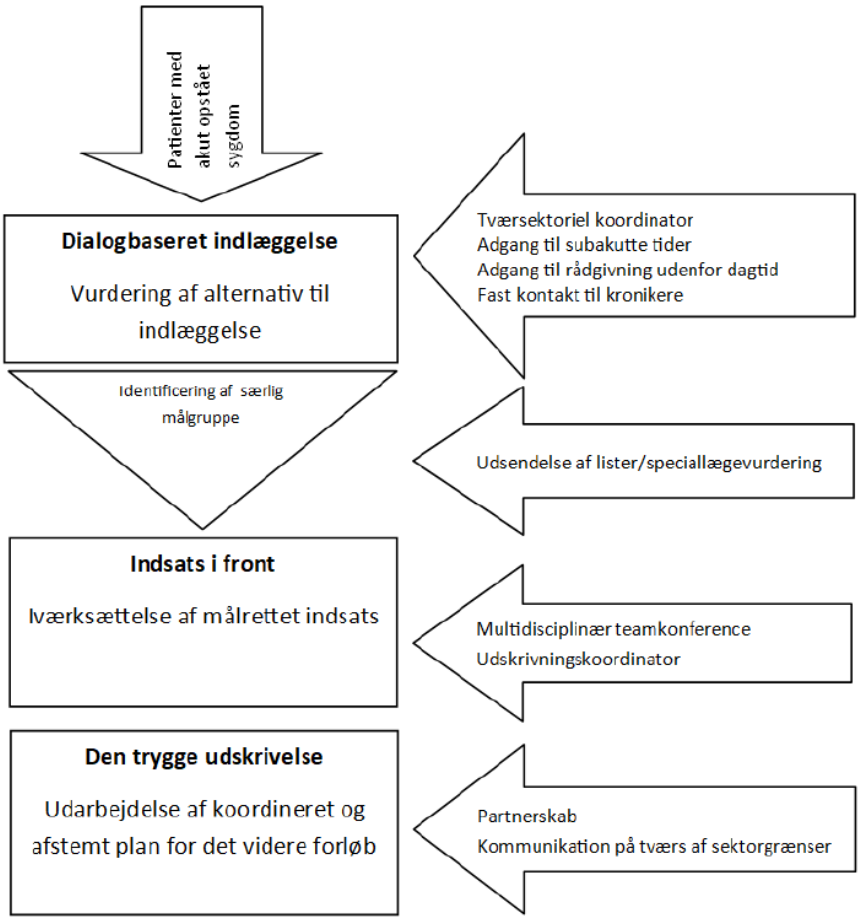
1.1.1 Pakkeforløbets tilblivelse og indhold

En væsentlig del af pakkeforløbets indsatser og delelementer findes allerede i varierende omfang på hospitalernes akutmodtagelser og sengeafdelinger, hvilket afspejler tilblivelsen af pakkeforløbet. For det første læner pakkeforløbet sig op ad eksisterende aftaler for kommunikation og arbejdsgange ved indlæggelse og udskrivelse. For det andet er pakkeforløbet udformet med afsæt i en involverende proces, hvor en række af regionens akutmodtagelser og somatiske sengeafdelinger har beskrevet de tiltag, som de hver især arbejder med for at understøtte velfungerende patientforløb og mindske antallet af gentagne indlæggelser.

Det er således sygehusafdelingernes egne bud på *'best practice',* der er beskrevet i samlet form i pakkeforløbet med henblik på at sikre et systematisk og ensartet tilbud på tværs af sygehusene.

Pakkeforløbet er formuleret under tre overordnede indsatser med tilhørende tiltag, der samtidig afspejler kronologien i et indlæggelsesforløb. Disse er illustreret i Figur 1.1 og uddybes i teksten efter figuren:

Figur 1.1 Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser



Kilde: Region Syddanmark, 2020.

1.1.2 Den dialogbaserede indlæggelse

'Den dialogbaserede indlæggelse' starter, når patienten henvises fra primær sektor til sygehusenes akutmodtagelser med henblik på indlæggelse. Her er det forudsat, at der i forbindelse med visitationen af patienten skal være en skal være en dialog om, hvorvidt der er andre og bedre alternativer til en indlæggelse. Som angivet i pilen ud for 'dialogbaseret indlæggelse' udgør fundamentet for denne dialog fire tiltag:

- Den tværsektorielle koordinator er en delvist ny funktion på akutmodtagelserne, der bl.a. har ansvar for, at sygehuset har et opdateret overblik over de enkelte kommuners tilbud i form af fx akutteams, akutpladser o.l., der kan fungere som alternativ til indlæggelse, mens der fx laves aftaler om en sub-akut ambulant tid til patienten.
- Adgang til sub-akutte tider, rådgivning hos speciallæge uden for dagtid og fast kontakt til kronikere udgør tre hospitalstiltag, som tilsammen skal give handlemuligheder i dialogen mellem henvisende læge fra primær sektor og den visiterende funktion i FAM for at finde alternativer til den akutte indlæggelse, når dette er relevant og muligt.

1.1.3 Styrket indsats i front

'Indsats i front' omhandler de patienter, der indlægges akut, og repræsenterer et ønske om at sætte målrettet ind initialt i indlæggelsesforløbet via opsporing af patienter med gentagne akutte kontakter og iværksættelse af tiltag, som kan mindske behovet for gentagne indlæggelser fremadrettet.

Pakkeforløbet introducerer i den forbindelse en ny screeningspraksis målrettet de patienter, som inden for de forudgående seks måneder har haft mindst tre akutte kontakter (ambulante og stationære) på den sammen sygehusenhed. Disse patienter identificeres via en algoritme, og målet er, at de relevante kliniske afdelinger dagligt modtager en liste over de patienter, der er fundet via algoritmen. Da der er tale om en bred og kompleks gruppe af patienter, skal de enkelte afdelinger foretage en speciallægevurdering af årsagerne til de gentagne akutte kontakter, samt i hvilket omfang det er relevant at optimere patientens behandling og samarbejdet om dennes forløb.

I de tilfælde, hvor det vurderes, at patienten er i målgruppe for pakkeforløbet, er det i pakkeforløbet angivet, at der skal afholdes en multidisciplinær teamkonference (herefter MDT), hvor relevante fagpersoner og – når det er muligt – patient og pårørende deltager med henblik på at gennemgå patientens sygdomsbillede og forløb for at optimere indsatsen. MDT kan både holdes internt på sygehuset, når der fx er behov for at koordinere udredning og behandling på tværs af specialer og i samarbejde med almen praksis og kommune i de forløb, hvor det er essentielt at optimere overlevering og indsats i primærsektoren. Det forventes derfor også, at udskrivelseskoordinatoren vil deltage i MDT samt have et særligt ansvar for at følge op på de aftaler, der indgås, fx ved at afholde mål- og plansamtaler med patient og pårørende samt via udvidet koordination og dialog med patientens hjemkommune i forbindelse med udskrivelsen.

På et mere generelt niveau lægger pakkeforløbet op til, at sygehusene med faste intervaller – fx hver 14. dag – afholder interne MDT-møder med deltagelse af en bredere kreds af fagpersoner for at drøfte udvalgte patientcases. Formålet med disse konferencer er at fremme generel læring og sparring om patienter med komplekst sygdomsbillede, udredning og behandling. Denne type af MDT er således typisk de-koblet fra selve indlæggelsesforløbet, men forudsættes stadig anvendt som afsæt for at optimere de drøftede patienters behandling, når dette er relevant.

1.1.4 Den trygge udskrivelse

'Den trygge udskrivelse' er et generelt fokus for sygehusafdelingerne, men gennem pakkeforløbet sættes yderligere fokus på anvendelse af de i forvejen tilgængelige redskaber i form af fx mål- og planmøder med patient og pårørende, udvidet koordination og kommunikation over sektorgrænsen ved udskrivelse. Udskrivelseskoordinatoren er i denne sammenhæng en central – og på nogle afdelinger – nyoprettet funktion, som skal medvirke til, at patienter med gentagne indlæggelser sendes hjem med en koordineret og afstemt plan for det videre forløb.

1.1.5 Pilotafprøvning på ti sygehusafsnit

Pakkeforløbet skal på sigt udrulles på alle relevante somatiske og psykiatriske sygehusafsnit. Som forberedelse til dette blev der i 2020 aftalt en pilotafprøvning på ti udvalgte sygehusafsnit, hvorefter det tilrettede pakkeforløb fra starten af 2021 skulle udrulles på alle medicinske afdelinger (1, s. 17). De ti pilotafdelinger er fordelt på:

- Fire somatiske akutmodtagelser, der afprøver indsatserne vedrørende 'dialogbaseret indlæggelse'. Herudover har akutmodtagelserne også selv valgt at afprøve 'indsats i front' og 'den trygge udskrivelse' for at opnå erfaringer med disse indsatser.
- Fire medicinske sengeafsnit, der afprøver 'indsats i front' og 'den trygge udskrivelse'.
- To psykiatriske afdelinger, der arbejder med den daglige listegennemgang, som er beskrevet i forbindelse med pakkeforløbets 'indsats i front'.

De somatiske akutmodtagelser og medicinske sengeafsnit er udvalgt strategisk ud fra en vurdering af, hvor der findes flest relevante patienter i pakkeforløbets målgruppe. Samtidig er der et vist sammenfald mellem de arbejdsgrupper, der har været med til at give input til pakkeforløbets udformning, og de afsnitsledelser/lokale ressourcepersoner, der har haft ansvar for arbejdet med pilotafprøvningen.

Heroverfor er de to psykiatriske afdelinger udvalgt til pilotfasen, fordi der i psykiatrien var et ønske om at opnå indledende erfaringer med, hvordan udvalgte elementer fra pakkeforløbet kan fungere i psykiatrien. Formålet er her at kvalificere det forestående arbejde med at udvikle et pakkeforløb, som er udformet med afsæt i psykiatriens vilkår og patientgrupper (1, s. 3). De to psykiatriske afdelinger i pilotafprøvningen har med det afsæt kun arbejdet med at afprøve konceptet for daglig listegennemgang samt at optimere behandling og samarbejde omkring de 'listepatienter', som dette vurderes relevant for.

1.2 Evaluering af pilotafprøvningen

I forbindelse med pilotafprøvningen blev afsat ressourcer til VIVEs evaluering, der samler op på erfaringer og læring fra pilotafprøvningerne. Fokus er på pakkeforløbets relevans og anvendelighed i den kliniske praksis samt oplevede resultater og fremadrettede opmærksomhedspunkter. Formålet er at kvalificere den planlagte fulde udrulning af pakkeforløb for gentagne indlæggelser via nedenstående tre hovedopgaver:

- En interviewundersøgelse, som skaber viden om, hvordan pakkeforløbet er modtaget og omsat til praksis på de forskellige typer af hospitalsafdelinger, der deltager i afprøvningsfasen, samt hvilke resultater og fremadrettede perspektiver der forbindes med indsatsen.
- En interviewundersøgelse, der afdækker patienter og pårørendes perspektiver på de tilbud, de har modtaget i regi af pakkeforløbet i form af opfølgning, når personalet på en pilotafdeling har vurderet, at der er behov for en særlig indsats for at styrke samarbejdet om patientens videre forløb.
- En aktivitets- og målgruppeopgørelse, der beskriver målgruppen af patienter, antallet og typer af forløb samt antal og typer af specifikke aktiviteter, der tilbydes/gennemføres i regi af pakkeforløbet.

1.2.1 Forsinkelser og udfordringer som følge af covid-19-pandemien

Covid-19-situationen fra starten af 2020 og frem har udfordret pilotafprøvningen såvel som evalueringen af denne i væsentlig grad. For at tage højde for dette blev pilotafprøvningen på de involverede afsnit udskudt, så de først gik i gang fra november 2020, mens VIVEs dataindsamling tilsvarende blev udskudt til foråret 2021.

1.2.2 Evalueringens datagrundlag og anvendte metoder[1]

VIVEs evaluering består af tre hovedopgaver:

Interviewundersøgelse blandt fagpersoner og ledere på de ti pilotafdelinger

Erfaringer fra pakkeforløbets pilotafdelinger er afdækket via 13 gruppeinterview med 48 ledere og medarbejdere. Interviewdeltagerne er udvalgt af pilotafprøvningens lokale tovholdere i dialog med de enkelte pilotafdelinger, og fokus har været at inkludere ledere og fagpersoner, der er direkte involveret i afprøvningen.

Interviewene afdækker, hvordan de enkelte pilotafdelinger har arbejdet med pakkeforløbet, hvilke faktorer der har fremmet eller hæmmet arbejdet, samt oplevede resultater og perspektiver på det videre arbejde med den planlagte udrulning. Interviewene har haft særligt fokus på at afdække den oplevede relevans og anvendelighed samt de faglige og patientrelaterede gevinster, som fagpersonerne oplever som følge af de nye initiativer.

Interviewene er gennemført som forudsat i evalueringens design, og det er VIVEs vurdering, at de giver et fyldestgørende og validt billede af de erfaringer, der tilsammen er skabt ved pilotafprøvningerne.

Interviewundersøgelse blandt patienter og pårørende

Evalueringens patient- og pårørendeinterviews omhandler målgruppens erfaringer med tiltag relateret til pakkeforløbet, herunder deres vurdering af det oplevede udbytte og de fremadrettede perspektiver. Datamaterialet består af kvalitative semistrukturerede interview med henholdsvis fem patienter og to pårørende[2]. Interviewdeltagerne er udvalgt ud fra et kriterie om, at de enten har deltaget i en MDT-samtale (fem interviews) eller har haft et forløb med særligt fokus på indsatsområdet 'den trygge udskrivelse' (to interviews). Det gælder også her, at datagrundlaget er væsentligt mindre end forudsat, fordi pilotafdelingerne kun har været i stand til at aftale syv af de 15 interview, der var lagt op til i evalueringen. Samtidig er det ikke lykkedes for de psykiatriske pilotafdelinger at finde patienter/pårørende til interview.

Målgruppe- og aktivitetsanalyse i relation til screening og MDT-samtaler

Målgruppe- og aktivitetsanalyse er gennemført for at opnå viden om målgruppen af patienter, der modtager pakkeforløbet og et billede af aktiviteten i relation til screening og MDT-samtaler. Formålet var endvidere at beskrive og sammenligne de 'listepatienter', der modtager ydelser i pakkeforløbet, med de listepatienter, der ikke tilbydes ydelser for at se, om der var forskelle, samt hvorvidt disse forskelle kunne anvendes som afsæt for at justere den algoritme, som finder patienterne. Datagrundlaget for de kvantitative analyser har imidlertid været udfordret af lav aktivitet i relation til pakkeforløbet, samt af det kun er to pilotafdelinger, der har registreret afholdelsen af MDT-samtaler korrekt. Datagrundlaget for denne del af evalueringen er derfor ufuldstændigt, og analysen kan med fordel gentages, hvis det på et senere tidspunkt vurderes muligt at etablere et validt datagrundlag.

---

1 En detaljeret beskrivelse af datagrundlaget og anvendte metoder fremgår af Bilag 1.

2 Interviewdeltagernes karakteristika kan ses i Bilag 1. Det var planlagt, at der skulle gennemføres 15 patient- og pårørendeinterviews, men selvom rekrutteringen til interview er foregået over tre måneder i foråret 2021, har det kun været muligt for personalet på pilotafdelingerne at rekruttere syv deltagere.

1.3 Læsevejledning

Rapporten er består af nedenstående kapitler:

Kapitel 2 sammenfatter resultatet af målgruppe- og aktivitetsanalysen.

Kapitel 3 præsenterer resultaterne af VIVEs interviewundersøgelse med borgere og pårørende om deres perspektiver på de MDT-konferencer, der indgår i pakkeforløbet.

Kapitel 4 belyser – med afsæt i de gennemførte interviews – erfaringerne fra de fire fælles akut-modtagelser, der har afprøvet pakkeforløbets elementer om 'den dialogbaserede indlæggelse' og endvidere de frivilligt valgte elementer i 'indsats i front' og 'den trygge udskrivelse'.

Kapitel 5 omhandler erfaringerne fra medicinske sengeafsnit, der har arbejdet med elementerne 'listegennemgang', MDT-konferencer og 'den trygge udskrivelse'.

Kapitel 6 sammenfatter erfaringer og fremadrettede perspektiver fra de to afdelinger i henholds-vis voksenpsykiatrien samt børne- og ungepsykiatrien, der har afprøvet 'listegennemgang'.

Kapitel 7 opstiller evalueringens konklusioner og fremadrettede anbefalinger.

2 Målgruppe- og aktivitetsanalyse

Målgruppe- og aktivitetsanalysen er gennemført for at få viden om målgruppen af patienter, der modtager pakkeforløbet, og niveauet af aktivitet i projektperioden på de somatiske pilotafdelinger[3]. Formålet er desuden at sammenligne de 'listepatienter', der modtager ydelser i pakkeforløbet, med de listepatienter, der ikke tilbydes ydelser for at se, om der er forskelle, samt hvorvidt disse forskelle kunne anvendes som afsæt for at justere den algoritme, der finder patienterne.

Som indikator for, at patienten har fået særlig opfølgning i regi af pakkeforløbet, er valgt, hvorvidt patienten har modtaget MDT eller ej. Regionens tovholdere på evalueringen har med det afsæt instrueret pilotafdelingerne i, hvordan afholdelse af MDT skulle registreres, så de involverede patienter kan identificeres og sammenlignes med gruppen af listepatienter, der ikke har modtaget MDT.

Det var endvidere planlagt at sammenligne de to patientgruppers forbrug af regionale sundhedsydelser henholdsvis seks måneder før og seks måneder efter afholdelsen af MDT for at få en indikation på, hvorvidt indsatsen er med til at forebygge akutte sygehuskontakter. Denne del af analysen har imidlertid ikke været mulig at gennemføre. Det skyldes for det første, at pilotafprøvningerne er stærkt forsinkede af covid-19-pandemien, hvorfor afsnittene først er kommet i gang med MDT fra slutningen af 2020 og frem, hvormed der kun er begrænset mulighed for at følge på patienternes forbrug af sundhedsydelser i perioden efter MDT. For det andet er der p.t. afholdt så få MDT, at datagrundlaget for at lave en analyse og vurdering af betydningen for patienternes forløb ikke er tilstrækkeligt. Et tredje forhold, der yderligere begrænser datagrundlaget, er, kun to pilotafdelingerne har registreret afholdelsen af MDT korrekt.

Datagrundlaget for VIVEs målgruppe- og aktivitetsanalyse er derved ufuldstændigt, og de indsamlede data kan kun anvendes til at lave en tentativ beskrivelse og sammenligning af patientkarakteristika for de to patientgrupper. Disse beskrives og sammenlignes i forhold til køn, alder, antal akutte kontakter indlæggelser og antal sengedage i perioden november 2020 til maj 2021.

2.1.1 Resultater

De to pilotafsnit, der har registreret afholdelsen af MDT korrekt, er Afdeling for medicinske sygdomme på Sygehus Sønderjylland og Geriatrisk Afdeling på Odense Universitetshospital.

I perioden fra 1. november 2020 til 31. maj 2021 har de to afdelinger tilsammen haft 593 patienter, der har haft tre akutte sygehuskontakter inden for 182 dage, som er kommet på listen. I alt er 38 (6 %) af 'listepatienterne' blevet gennemgået i en MDT-konference, hvor deres videre forløb er blevet planlagt.

Geriatrisk Afdeling OUH har inkluderet 29 patienter, hvilket svarer til 17 % af afdelingens 169 listepatienter, og den første MDT-konference blev gennemført på afdelingen i november 2020. På Sygehus Sønderjyllands afdeling for Medicinske sygdomme har underafsnittet Medicinsk modtagelse gennemgået 9 (7 %) af afdelingens listepatienter i inklusionsperioden – med første

[3] Psykiatrisygehuset har ikke arbejdet med MDT i pilotafprøvningen. Derfor har pilotafsnittene i psykiatrien lavet audit på et udsnit af deres 'listepatienter' for at vurdere, hvorvidt listerne fanger de relevante patienter og muliggør relevant handling. Resultaterne gennemgås i kapitel 6, der omhandler erfaringerne fra psykiatrien. Endvidere fremgår en oversigt over psykiatriens 'listepatienter i perioden 1. november- 31. maj i Bilag 4.

MDT-konference gennemført i marts 2021. Fordelingen af patienter på afdelingerne og underafsnittene ses i Tabel 2.1 nedenfor:

Tabel 2.1 Antal patienter på de 2 projektafdelinger

	Patienter på lister (N = 593)	Patienter, hvor der ikke er afholdt MDT-konference (N = 545)	Patienter, hvor der er afholdt MDT-konference (N = 38)
Odense Universitetshospital			
Geriatrisk afdeling	169	140 (83 %)	29 (17 %)
Sygehus Sønderjylland (Medicinske sygdomme) (N = 424)			
Lungesygdomme (underafsnit)	191	191	0
Kræftsygdomme (underafsnit)	20	20	0
Diabetes, hormon- og nyresygdomme (underafsnit)	83	83	0
Medicinsk modtagelse (underafsnit)	130	121 (93 %)	9 (7 %)

Note: Forkortelser: Antal patienter (N), Multidisciplinære Team-konferencer, MDT-konferencer, procent af række total (%)
Kilde: Cosmic PAS, Region Syddanmark.

For de 593 patienter, der blev rundsendt på listerne, er gennemsnitsalderen 75 år, og fordelingen af kvinder (49,6 %) og mænd (50,4 %) er stort set ens som angivet i Tabel 2.2. Tabellen viser også, at patienterne i gennemsnit havde 2,1 akutte sygehuskontakter og 16,9 sengedage i peroden fra 1. november 2020 til 31.maj 2021.

Tabel 2.2 Karakteristika for patienter, der er rundsendt på lister over mulige kandidater til MDT-konference, i perioden fra 1. november 2020 til 31. maj 2021

	Patienter på lister
N (populationens størrelse)	**593**
Køn	
Kvinder (antal)	294
Mænd (antal)	299
I alt	**593**
Kvinder (%)	49,6 %
Mænd (%)	50,4 %
Alder	
Gennemsnitlig alder i år ved optagelse på liste	75
Gennemsnitligt antal akutte sygehuskontakter pr. patient 1. november 2020-31. maj 2021	2,1
Gennemsnitligt antal sengedage pr. patient 1. november 2020-31. maj 2021	16,9

Note: Forkortelser: Antal patienter (N), Multidisciplinære Team-konferencer, MDT-konferencer, procent af række total (%)
Spredning er defineret som en standard afvigelse fra gennemsnittet.
Kilde: Cosmic PAS Region Syddanmark.

I Tabel 2.3 ses forskelle i karakteristika mellem de 38 patienter, der blev gennemgået i MDT-konference, og de for de resterende 555 patienter, der ikke blev gennemgået i en MDT-konference. Fordelingen mellem køn er lige mellem de to grupper. For de patienter, der modtager MDT-konference, er gennemsnitsalderen på 77 år, hvilket umiddelbart er højere end gennemsnitsalderen for de patienter, hvor der ikke afholdes MDT-konference, og som er på 75 år. Når der zoomes ind på de henholdsvis 169 og 130 patienter fra Geriatrisk Afdeling OUH og Medi-

cinsk modtagelse SHS, ser gennemsnitsalderen anderledes ud. På Geriatrisk Afdeling er gennemsnittet på 82 år for begge grupper, mens gennemsnitsalderen er 62 år for de patienter på Medicinsk Modtagelse SHS, der får afholdt MDT-konference på afdelingen, hvilket er lavere.

Tabel 2.3 Forskelle i karakteristika mellem patienter, der blev gennemgået i MDT-konference, og de, der ikke blev gennemgået i en MDT-konference

	Patienter, hvor der ikke er afholdt MDT-konference	Patienter, hvor der er afholdt MDT-konference
N (populationens størrelse)	**555**	**38**
Køn		
Kvinder (antal)	276	18
Mænd (antal)	279	20
I alt	**555**	**38**
Kvinder (%)	49,7 %	47,4 %
Mænd (%)	50,3 %	52,6 %
Alder		
Gennemsnitlig alder i år ved optagelse på liste (alle)	75	77
Gennemsnitlig alder i år ved optagelse på liste (Geriatrisk Afdeling OUH (N = 169) (Median)	82 (84)	82 (81)
Gennemsnitlig alder i år ved optagelse på liste (Medicinsk Modtagelse SHS (N = 130) (Median)	72 (78)	62 (67)
Gennemsnitligt antal akutte sygehuskontakter pr. patient	2,0	3,7
Gennemsnitligt antal sengedage pr. patient	16,6	21,8

Note: Forkortelser: Antal patienter (N), Multidisciplinære Team-konferencer, MDT-konferencer, procent af række total (%). Spredning er defineret som en standard afvigelse fra gennemsnittet, Odense Universitets Hospital (OUH), Sygehus Sønderjylland (SHS).

Kilde: Cosmic PAS Region Syddanmark.

De 38 patienter, der fik deres videre forløb planlagt på en MDT-konference, havde i gennemsnit 3,7 akutte sygehuskontakter og 21,8 sengedage i perioden 1. november 2020 til 31.maj 2021. Tilsvarende havde de patienter, der ikke blev gennemgået på en MDT-konference, 2,0 akutte sygehuskontakter og 16,6 sengedage i perioden. Som vi vender tilbage til i kapitel 5, skal forskellene ses som udtryk for, at det netop er de mest komplekse patienter (typisk multisygdom kombineret med et stort fysisk og/eller kognitivt funktionstab), der tilbydes MDT-konference.

2.1.2 Opsamling

Aktivtestsanalysen viser, at Geriatrisk Afdeling OUH, og Medicinske sygdomme, afsnit Medicinsk Modtagelse SHS, har arbejdet med MDT-konferencer og har gennemgået henholdsvis 17 % og 7 % af deres patienter, som blev sendt ud på listerne. Dog indikerer datoerne for MDT-konferencerne i registrene, at Medicinsk Modtagelse SHS kom senere i gang med implementeringen af pakkeforløbene end Geriatrisk Afdeling OUH. De resterende seks pilotafdelinger har ikke registreret brugen af MDT-konferencer. Den manglende registrering af MDT-konferencerne og den korte periode, som pilotafdelingerne har arbejdet med tiltaget, betyder tilsammen, at der ikke er grundlag for at generalisere analysens resultater eller anvende disse som afsæt for at justere screeningsværktøjet.

Der ses forskelle i antallet af akutte kontakter og sengedage mellem de patienter, der tilbydes en MDT-konference, sammenlignet med de patienter, der ikke tilbydes konference. De patien-

ter, der har modtaget MDT-konference, har således været indlagt mere og længere i opfølgningsperioden sammenlignet med de patienter, der ikke er tilbudt MDT. Dette er forventeligt og i overensstemmelse med formålet for MDT-konferencerne, der netop er målrettet de særligt komplekse patienter med udvidet behov for koordinering op opfølgning på deres udredning og behandling.

Som tidligere beskrevet har det ikke været muligt at gennemføre den planlagte (difference-in-difference-analyse), der skulle sammenligne udviklingen i antal af akutte indlæggelser og sengedage mellem den gruppe af patienter, der fik afholdt MDT-konference, med den gruppe, som ikke fik afholdt MDT-konference. Analysen er dog stadig meget aktuel, da den kan indikere, om tiltagene har en virkning, som man senere kan afprøve i et randomiseret forsøg. Den planlagte analyse vil kunne gennemføres, hvis pakkeforløbet udrulles som planlagt i løbet af 2021-2022, samt hvis det sikres, at de relevante afdelinger registrerer afholdelsen af MDT-konferencer korrekt.

3 Patient- og pårørendeerfaringer med deltagelse i MDT-konferencer og den trygge udskrivelse

3.1 De interviewede patienter og pårørende

Dette kapitel fokuserer på patienter og pårørendes erfaringer med at deltage i MDT-konferencer i forbindelse med indlæggelse samt deres perspektiver på den trygge udskrivelse fra hospitalet. Analysen er udarbejdet med afsæt i alt syv kvalitative interviews; fem med patienter og to med pårørende, der er udvalgt af personalet på pakkeforløbets pilotafdelinger. Fem patientforløb er valgt, fordi der har været afholdt MDT-samtale, og to med angivelse af, at der har været fokus på indsatsområdet 'den trygge udskrivelse'[4].

3.2 MDT-konferencen

3.2.1 Formatet har betydning – erfaringer med virtuelle og fysiske samtaler

Fælles for de patienter, der har deltaget i MDT-konferencer, er en positiv oplevelse, samt at både virtuelle samtaler og samtaler med fysisk fremmøde vurderes positivt.

To af patienterne har deltaget i en virtuel MDT-konference, og for to andre patienter er konferencen foregået i et fælles fysisk rum: for den ene i en enestue på hospitalet under indlæggelse, og for den anden i patientens hjem efter udskrivelsen. En pårørende har haft mulighed for at deltage virtuelt, hvor læge, sygeplejerske, udskrivelseskoordinator og patient sad sammen i et kontor på hospitalet, og en visitator fra kommunen var med på en telefonforbindelse.

Erfaringen med det virtuelle format er i det ene tilfælde, at det har givet mulighed for at have pårørende med i baggrunden derhjemme, hvilket bliver beskrevet som bidragende til at skabe en tryg ramme. Det virtuelle format har i det andet tilfælde givet mulighed for at have pårørende med til samtalen på trods af fysisk afstand. Dette fremstår meget positivt for den pårørende interviewdeltager, som har kunnet være tæt på forløbet og beslutningerne, selvom hun bor flere hundrede kilometer fra hospitalet. Hun siger, at det har gjort hende vidende om, hvad der sker i hendes mors forløb, hvilket også gør hende i stand til at hjælpe med at skabe overblik, hvis hendes mor bliver i tvivl om, hvad der skal ske.

En ulempe ved det virtuelle mødeformat, der er blevet peget på i interviewene, er, at det kan være svært for en ældre, multisyg patient at følge med, når samtalen foregår med flere deltagere på virtuelle forbindelser (video/telefon) – især hvis der også er udfordringer i form af en dårlig forbindelse. En pårørende fortæller:

> *Det var lidt svært, at visitatoren var med på telefon og vi andre på video. Mor kunne ikke høre så godt, så hun havde svært ved at følge med. (Pårørende)*

[4] Interviewdeltagernes karakteristika kan ses i Bilag 1. Det var planlagt, at der skulle gennemføres 15 patient- og pårørendeinterviews, men selvom rekrutteringen til interview har pågået over tre måneder i foråret 2021, har det kun været muligt for personalet på pilotafdelingerne at rekruttere syv deltagere.

For den patient, der har deltaget i MDT i fælles fysiske rum på hospitalet, har det haft stor betydning, at rammerne har været trygge. Patienten fortæller, at placeringen i det fysiske rum havde stor betydning for hans oplevelse af samtalen:

> *Det var her på eneværelset, jeg sad på sengekanten, de sad i en halvmåne rundt om, vi var i øjenhøjde, det gjorde mig tryg […]. Der var plads til, at jeg kunne sige, hvad jeg føler og mener. I stedet for at der står en 'politimand' for enden af sengen, så lukker jeg i, jeg er jo autoritetstro […]. Det var afslappet, det er en god måde, man føler sig tryg – det var nærmest hyggeligt. (Patient)*

Den pårørende, der har erfaring med at sidde i samme fysiske rum under samtalen (i dette tilfælde hendes eget hjem), peger på, at det, at det foregik derhjemme, gjorde, at hendes mand kunne være med og høre, hvad de talte om, selvom han ikke deltog aktivt:

> *De ringede og spurgte om de måtte komme og besøge os herhjemme og snakke om det hele – det synes, jeg var en god idé. Så kunne han også følge med, hvis han ville. […] Jeg tror, han hørte, hvad vi talte om, men han lukkede af. (Pårørende)*

Hun fortæller desuden, at hun selv havde behov for at få talt med sin mand om døden, og hvad der skulle ske, men at han ikke var glad for at tale om det. Man kan sige, at samtalen derhjemme bl.a. blev en anledning for hende til at få talt med sundhedspersonalet om de svære emner – og indirekte også med ham.

3.2.2 Formålet med konferencen og egen rolle i samtalen

På tværs af interviewene beskriver de interviewede MDT-deltagere, at det grundlæggende er en god idé, at man som patient/pårørende kan deltage i en sådan samtale. Fire ud af fem interviewdeltagere, der har deltaget i en MDT-konference, fortæller desuden, at de har følt sig velinformeret om formålet med mødet enten af en hjemmesygeplejerske eller af personalet på afdelingen, at de har følt sig lyttet til under samtalen, og at de har haft mulighed for at indgå på så aktiv en måde, som de havde lyst til. Der er dog variation i, hvordan de oplever deres egen rolle i samtalen og på den måde, de har deltaget på.

En pårørende fortæller, at hun primært indtog en lyttende rolle under samtalen, og at hendes mand ikke deltog aktivt:

> *Jeg lyttede mest, jeg spurgte ikke så meget, for jeg anede ikke rigtig, hvad jeg skulle spørge om. (Pårørende)*

Samtidig understreger den pårørende senere i interviewet, at hun følte sig set, hørt og inddraget i samtalen:

> *Det var en god snak, vi havde herhjemme sammen med dem. Det er flot, de kan tage sig tid til det. Jeg synes, det var så godt, for så følte man sig set og hørt. For de har ellers så travlt, det er skrækkeligt. (Pårørende)*

Her peger den pårørende på, at det, at de tager sig til tid at kommet hjem til dem, og at samtalen ikke var præget af travlhed, bidrog til, at hun følte sig set og hørt.

En anden pårørende fortæller, at der var en sygeplejerske med ved MDT-konference, som fungerede som en slags 'spilfordeler', der sikrede, at alle blev hørt:

[Navn på sygeplejerske] var god til at styre, så jeg kunne spørge både læge og visitator om det, jeg gerne ville have svar på. Hun var også god til at få min mor til at tilkendegive, hvordan hun havde det under samtalen. Og hvis der ikke blev svaret præcist, så spurgte hun igen, for eksempel så det blev klart, hvad visitator sagde. (Pårørende)

Som illustreret i citatet var det vigtigt for den pårørende at få klare svar på sine spørgsmål såvel som præcisering af de trufne beslutninger, samtidig med at hendes mor fik mulighed for at give sin mening til kende om det, der blev talt om og besluttet. Der er ikke andre interviewede, der eksplicit har fortalt, at der var en, der på den måde tog en styrende rolle i samtalen. Men flere har fortalt, at der var styr på samtalen, og at det, de selv bragte på banen, blev taget op, snakket om og handlet på.

En af patienterne har dog en anden oplevelse af MDT-konferencen og dens formål. Hun fortæller, at samtalen mest blev en dialog mellem hende selv og den deltagende læge, hvor de resterende deltagere ikke spillede så meget ind. Hun beskriver, at hun oplevede det som en samtale, der havde til formål at få en bestemt beslutning presset igennem:

Mødet var lidt spild, det kunne lige så godt være [navn på læge] og mig alene. Jeg ville bare så gerne, at der havde været en lungespecialist med. Så ville jeg have haft større tillid til det, der blev sagt. [Navn på læge] styrede rummet og samtalen, jeg føler ikke, de andre havde forberedt sig. Det var, som om det gik ud på, at nu skal vi bare have [navn på patient] videre i systemet. (Patient)

Som illustreret i citatet mindskede fraværet af den primære speciallæge patientens oplevede udbytte af samtalen, fordi den deltagende læge ikke havde særlig ekspertise inden for KOL, som udgør baggrunden for hendes indlæggelser. Det var samtidig patientens oplevelse, at den deltagende læge havde en agenda om, at hun skulle visiteres til et rehabiliteringsophold, og at dette blev presset igennem, til trods for at hun ikke er enig i, at det er et relevant fokus, der kan hjælpe hendes forløb videre.

3.2.3 MDT-konferencens deltagere, indhold og det oplevede udbytte

De fem interviewede, der har deltaget i MDT-konference, deler en oplevelse af, at der var mange aktører til stede ved samtalen. De fortæller alle, at der var mindst en læge og en sygeplejerske med fra hospitalet (for en enkelt patient var der ikke en hospitalslæge til stede på grund af ferie). Desuden deltog en eller flere andre relevante fagpersoner: fysioterapeut, ergoterapeut, hjemmesygeplejerske, visitator fra kommunen, praktiserende læge. Det fremgår i den forbindelse, at særligt tilstedeværelsen af den primært ansvarlige speciallæge opleves vigtigt, samt at det i de to tilfælde, hvor vedkommende ikke har deltaget, har mindsket det oplevede udbytte som illustreret i nedenstående citat:

Det var en udmærket samtale, det var det da […], men jeg havde håbet, at den havde givet lidt mere. Jeg var skuffet over, at neurologen ikke var der. Jeg fortalte det, jeg kunne, mens de andre mest lyttede, og så kørte de mest på med, at de synes, jeg skulle herover [rehabiliteringsophold]. (Patient)

Det er således vigtigt at holde sig for øje, at deltagelse af en speciallæge fra det primære speciale kan have stor betydning for patienternes oplevede udbytte af MDT-konferencen.

Det, at der er mange relevante fagpersoner samlet til MDT-konferencen, fremstår i øvrigt meget positivt for interviewdeltagerne, der sætter pris på, at relevante fagpersoner har taget sig tid til

at deltage i en fælles samtale om deres forløb. Flere peger også på, at de har følt sig set, hørt og taget alvorligt på en anden måde, end de tidligere har oplevet, som illustreret i nedenstående citat:

> *Jeg er aldrig blevet hørt på den måde før, jeg har bare fået at vide: 'du fejler det og det, og når du kommer hjem, så skal du snakke med din læge om, hvad du skal have af medicin, – og kan du komme godt hjem' […]. Hele samtalen, det er simpelthen noget af det bedste, jeg har oplevet inden for sygehussystemet, at man også selv bliver hørt, det er noget af det allervigtigste. Det, at man bliver hørt, og man skal ikke være utryg ved at sige, hvad man mener. (Patient)*

Når man kigger på tværs af interviewene, er det forskellige emner, der får central plads ved MDT-konferencerne, da det afhænger af den specifikke patients situation. Men det er gennemgående, at der både er plads til de vigtige praktiske aspekter – fx at få styr på hjemmeplejesituationen (hvilket fx er faciliteret gennem deltagelse af en visitator fra kommunen i samtalen), de direkte sygdomsrelaterede spørgsmål såsom detaljer omkring medicin eller at få samlet en patients forløb på ét hospital, og endelig er MDT-konferencerne rum for store spørgsmål som overvejelser og ønsker omkring døden.

En patient fortæller i den forbindelse, at han var meget glad for det rum, der blev skabt i forbindelse med MDT-konferencen i forhold til de svære beslutninger om den sidste tid, som illustreret i citatet nedenfor:

> *Det, der var fantastisk, det var, at vi fik talt om døden. At de turde spørge mig om, hvad der skulle ske og fik sagt, at jeg kunne dø af det her. Det har givet ro [at vi fik talt om det]. Det var en sygeplejerske, der sagde: 'Ja, han bliver jo ikke 80'. Det åbnede op for, at min kone sagde: 'Ja, jeg er så bange for at han dør fra mig'. […] Det, at der også var plads til det, min kone synes var vigtigt. Hun har jo også mange tanker omkring det her. (Patient)*

Patienten fortæller videre, at MDT-konferencen gav anledning til, at de svære samtaler blev fulgt op derhjemme:

> *Lige efter jeg kom hjem fra sygehuset, tog vi [patienten og hans kone] også snakken derhjemme i sofaen med en kop kaffe, og jeg er kommet meget mere i ro med, at jeg skal dø. […] MAN taler ikke om døden, men det gør VI nu! (Patient)*

Han peger således på, at MDT-konferencen kan facilitere nogle samtaler, der ikke nødvendigvis stopper med MDT-konferencen. De kan sætte gang i processer, der får afgørende betydning for patientens hverdagsliv efter selve samtalen og uden for hospitalskonteksten.

Et andet centralt element i møderne handler om at få lagt en plan for patientens videre forløb. En af de pårørende beskriver med det afsæt, at det var en stor lettelse, at der blev lavet konkrete aftaler om den videre plan for hendes mor. Særligt peger hun på, at den fælles tilstedeværelse på tværs af hospital og kommune ved MDT-konferencen gjorde det muligt at få mere hjælp fra hjemmeplejen, hvilket hun ikke havde haft held med, når hun selv havde henvendt sig til dem. En anden pårørende fortæller, at de via MDT-konferencen fik samlet hendes mands konkurrerende behandlingsforløb på ét hospital. Det gjorde, at de kunne samle flere aftaler på samme dag, og at han kun skulle have taget blodprøver én gang. Den pårørende beskriver, at det gav dem mere ro og tryghed.

Flere patienter peger på, at har oplevet hurtig handling og opfølgning på det, der blev talt om – både under indlæggelsen og efterfølgende:

> *Der bliver gjort noget, det er ikke bare snak. De tog både imod ris og ros og fandt en løsning på det problem, jeg kom med [at skulle vente for længe, når han ringede efter hjælp, så han måtte tisse i sengen]. (Patient)*

> *De spurgte også om, hvordan de kunne lette hverdagen for mig, hvis jeg skulle vælge – det er der ellers ikke nogen, der har spurgt mig om. Jeg sagde, at jeg gerne ville have mere hjemmehjælp og komme oftere i bad, og da jeg kom hjem, havde de fået besked om det i hjemmeplejen, det var fantastisk. (Patient)*

En enkelt patient har dog den modsatte oplevelse af, at der ikke er blevet fulgt ordentligt op på den aftale, der blev lavet under MDT-konferencen:

> *Men jeg ved ikke, hvad der så skal ske [efter det, der er blevet aftalt på MDT-samtalen, er blevet gennemført]. Jeg mangler en afslutning og en opfølgning på det. Nu føler jeg mig dum og ikke hørt. Hvor er afslutningen på det, de har kastet op i luften? Jeg kan godt se ideen med sådan et møde [MDT-mødet], og at det kan være rigtig godt; de skal bare huske at følge op. Det behøver jo ikke være et nyt stort møde, bare der er nogen, der følger op. (Patient)*

Patienten her peger således på, at de beslutninger og aftaler, der er lavet under MDT-konferencen, også skal følges op på. Ellers kan det have den effekt, at patienten ikke længere oplever sig taget alvorligt og hørt, hvilket er stik imod hensigten med indsatsen.

3.3 Den trygge udskrivelse

3.3.1 ”Det er en hånd, der bliver holdt under” – praktiske og følelsesmæssige aspekter i den trygge udskrivelse

Et andet indsatsområde, der er repræsenteret i interviewene, er den trygge udskrivelse. To af de interviewede patienter har været i forløb, hvor der har været særligt fokus på den trygge udskrivelse. For dem begge har deres boligsituation været et element af det, der blev taget op i forbindelse med deres udskrivelse, men det fremgår samtidig, at de to patienter har meget forskellige oplevelser af, hvorvidt det lykkedes at skabe en tryg og velkoordineret udskrivelse.

Den ene patient beskriver således et udskrivelsesforløb, der ikke levede op hans forventninger som illustreret i nedenstående citater:

> *Sygehuset ville bare af med mig. Der var fem forskellige læger, der kom og sagde, at jeg skulle udskrives på fem forskellige dage. Det gjorde mig utryg, for jeg kunne ikke finde ud af, hvem der havde styr på det. Til sidst blev der taget hånd om det af den sidste læge, jeg havde med at gøre. Så fik jeg klar besked. (Patient)*

> *Jeg fik at vide, at jeg skulle ud til [navn på midlertidigt botilbud], og jeg fik at vide af sygeplejersken, at det skulle være et godt sted, men jeg er blevet meget skuffet. […] De kunne godt have beholdt mig til mere genoptræning i stedet for at udskrive mig. I bakspejlet kan jeg se, at der ikke er tjek på genoptræningen her, der har ikke været nogen sammenhæng i det, der var bedre tjek på træningen på sygehuset. (Patient)*

Som det fremgår af ovenstående citater, har denne patient oplevet forvirring, utryghed og uklare beskeder omkring sin udskrivelse, samtidig med at har ikke fik indfriet sine forventninger til udbyttet af sit genoptræningsforløb.

Den anden interviewede patient har en helt anden og positiv oplevelse af udskrivelsen og måden, denne blev tilrettelagt på, som uddybet i nedenstående citat:

> *Vi snakkede om muligheden for at få en ny bolig, hvor de sagde, de kunne hjælpe. […] Ved samtalen havde udskrivelseskoordinatoren papirer omkring bolig med, som vi fik udfyldt og sendt afsted til kommunen. […] De spurgte også til min kæreste, og hvor meget hun var ind over, og vi snakkede om, at det var hende, der tog det store slæb. De sagde: 'Det skal I have hjælp til, det skal vi have løst'. Så vi snakkede om, hvordan jeg havde det med at skulle have hjemmepleje og om hjælpemidler. De brugte den tid, der skulle bruges, der var ingen hast […]. Det var en meget betryggende samtale. (Patient)*

Som illustreret i citatet ovenfor forbinder patienten sin udskrivelsessamtale med, at der blev igangsat en række processer, som udgjorde et godt og trygt fundament for den forestående udskrivelse. Patienten fortæller videre, at det er meget mere trygt at komme hjem, når disse processer er sat i gang:

> *Det var rart at få sat ord på og få en handlingsplan, der var til at forstå, og som blev overholdt og efterlevet. Ikke bare noget med 'det skal vi nok få gjort', og så sker der ikke mere. Her var der handling bag det, de snakkede om. Det var rart, for det er mere betryggende at komme at komme hjem på den måde – når man ved, det er sat i gang og ventede på mig, når jeg kom hjem. I stedet for som jeg har prøvet før, hvor man bare er blevet overladt til sig selv, hvor man ikke vidste, hvad man havde krav på eller kunne forvente. Da kom man hjem, og så sad man der og tænkte: 'hvad så'? Her var der handling bag, og det var allerede startet op, inden jeg kom hjem. (Patient)*

Som det fremgår af citatet, oplevede patienten en overensstemmelse mellem det, der er aftalt, og det der faktisk sker. Han beskriver, at der nærmest er skabt en platform, som han kan træde ud på, og at der er skabt en overgang til et hverdagsliv, hvor der er taget højde for, at han har brug for hjælp. Han beskriver også, at denne erfaring står i kontrast til tidligere erfaringer med at blive udskrevet fra hospitalet, hvor han i højere grad har følt sig overladt til sig selv.

Der er således stor forskel på de to patienters oplevelser af at blive udskrevet fra hospitalet. Hvor den ene beskriver at have indflydelse på samtalens indhold, at blive taget alvorligt og få hjælp til at løse konkrete problemer på egne præmisser, så beskriver den anden patient et forløb præget af utryghed, forvirring og ikke at have indflydelse på beslutningerne. Da kun to af de interviewede har været i et forløb med særligt fokus på den trygge udskrivelse, er det svært at sige noget om, hvor typiske disse oplevelser er. Men det er tydeligt, at nogle af de elementer, som patienten, der har oplevet en god og tryg udskrivelse, peger på som positive og vigtige, er de samme elementer, som efterspørges af den patient, som oplevede en utryg udskrivelse.

Opsummerende kan man sige, at de følelsesmæssige og praktiske aspekter af den trygge udskrivelse understøtter hinanden. At føle sig inddraget og hørt omkring beslutninger, der vedrører udskrivelsen, bidrager til tryghed. Det samme gør det, at der er skabt vished om, hvad der skal

ske, og at det er tydeligt, hvem der skal gøre hvad. Det praktiske aspekt omkring transport, hjemmepleje, medicin og boligsituation er med til at skabe en infrastruktur og en platform under patienten og de pårørende, som også bidrager til den tryghed, som de fleste peger på som helt afgørende for at få en god udskrivelse fra hospitalet.

3.4 Opsamling

På tværs af interviewene beskriver de interviewede MDT-deltagere, at det grundlæggende er en god idé, at man som patient/pårørende har mulighed for at deltage i en sådan samtale. Overvejende oplever patienterne og de pårørende sig inddraget, og at de har haft mulighed for at indtage en så aktiv rolle i samtalen, som de har ønsket. Enkelte har dog oplevet MDT-konferencen som et rum med en særlig agenda fra de fagprofessionelles side. Manglende deltagelse af en primært ansvarlig speciallæge har for enkelte også mindsket deres tillid til de beslutninger, der blev truffet. Overvejende peger patienterne og de pårørende dog på MDT-konferencen som en tryg ramme, hvor deres ønsker og problemer – fx omkring hjemmehjælp, medicin og svære samtaler om døden – blev imødekommet og handlet på. Erfaringerne viser desuden, at MDT-konferencen i et fælles fysisk rum og møder med deltagere på virtuelle forbindelser har forskellige fordele, der kan udnyttes, så de bedst muligt understøtter den specifikke patient og samtale.

For indsatsområdet 'den trygge udskrivelse' er det gennemgående i interviewene, at de følelsesmæssige og praktiske aspekter af den trygge udskrivelse understøtter hinanden. At føle sig inddraget i beslutninger, at der er skabt vished om, hvad der skal ske, og at det er tydeligt, hvem der skal gøre hvad, bidrager ifølge patienter og pårørende til en tryg udskrivelse. Det er desuden essentielt for de interviewede patienter og pårørende, at der er styr på de mere praktiske forhold såsom hjemmepleje og hjælpemidler, fordi det er afgørende for oplevelsen af en tryg udskrivelse fra hospitalet. De afdækkede perspektiver og erfaringer viser derved en høj grad af overensstemmelse med de målsætninger og tiltag, der arbejdes med i pakkeforløbet.

4 Pilotafprøvning på akutmodtagelserne

Dette kapitel er udarbejdet med afsæt i de fem gruppeinterviews, som er gennemført for at få indblik erfaringerne fra de fire fælles akutmodtagelsers arbejde med 'dialogbaseret indlæggelse', de frivilligt valgte elementer 'indsats i front' i form af daglig listegennemgang afholdelse samt 'den trygge udskrivelse'. Fokus er bl.a. at belyse oplevet relevans og anvendelighed af de forskellige indsatser og de fremadrettede perspektiver på, hvordan pakkeforløbet kan anvendes til at understøtte den igangværende udvikling af akutmodtagelsernes samarbejde med praksislæger og kommuner.

4.1 Organisering og oplevet relevans

4.1.1 Opstart og organisering

Akutmodtagelserne i Odense, Kolding og Esbjerg har arbejdet med alle elementer i pakkeforløbet, og afprøvningerne er forankret i samarbejde mellem repræsentanter fra afdelingsledelserne og nøglepersoner på afdelingerne i form af flowmasters, speciallæger, tværsektorielle koordinatorer, visitationssygeplejersker og udskrivelseskoordinatorer. Det fremgår, at ansvaret for planlægning, information mv. om afprøvningen er er samlet på en mindre gruppe af nøglepersoner bestående af ledelsesrepræsentanter, specialansvarlig overlæge og tværsektorielle koordinatorer/udskrivelseskoordinatorer. Heroverfor involverer aktiviteterne omkring pakkeforløbets indsatser i akutmodtagelsen en bredere gruppe på op imod 30-40 fagpersoner på tværs af de ovennævnte funktioner.

Oplevelsen på tværs af interviewdeltagere fra de tre akutmodtagelser er, at dette set-up har været velfungerende, hvilket bl.a. hænger sammen med en høj grad af oplevet relevans og et overlap mellem pakkeforløbets indsatser og de eksisterende fokusområder for akutmodtagelserne som uddybet nedenfor.

Akutmodtagelsen i Aabenraa har arbejdet med dialogbaseret indlæggelse og listegennemgang, og det fremgår, at afdelingen endnu ikke har tværsektorielle koordinatorer og udskrivelseskoordinatorer ansat. Pilotafprøvningen i Aabenraa har derfor involveret færre personer end de øvrige afprøvninger, fordi der ikke i samme grad har været en eksisterende kreds af nøglepersoner, som arbejdet kunne forankres hos. Perspektiverne på pakkeforløbets relevans samt de fremadrettede ønsker til udvikling matcher til gengæld perspektiverne fra de øvrige akutmodtagelser.

4.1.2 Oplevet relevans og anvendelighed

Pakkeforløbets formål og indhold opleves relevant og i overensstemmelse med målsætningerne for akutmodtagelsen på alle de fire pilotafdelinger, som illustreret i nedenstående citater:

> *Man kan godt opleve, at alle bare passer deres arbejde hver for sig, og at det går fint, men det er vigtigt at løfte blikket og se på borgerens forløb som helhed, og det understøtter pakkeforløbet. (Læge)*

> *Vi har fået et fint set-up omkring elementerne i pakkeforløbet, og meget var ting, vi gjorde i forvejen. Meget af inspirationen til pakkeforløbet er hentet hos os. Men vi har så brugt det som anledning til at finpudse og sætte endnu mere fokus på patienternes forløb. (Læge)*

Man kan sige, at de ting, der er beskrevet i pakkeforløbet, repræsenterer fokusområder, vi havde i forvejen. Det er jo det, der ligger i grund-DNA'et i organiseringen af en FAM. Det er inden for de seneste 2,5 halvt år, vi er kommet godt i gang med ikke kun at finde alternativerne – men også finde de gode samarbejdsrelationer i forhold til kommunerne, der kan bære det. (Leder)

Som illustreret i citaterne er der en udbredt oplevelse af, at pakkeforløbet afspejler de målsætninger og initiativer, der i forvejen arbejdes med på akutafdelingerne, hvilket samtidig understøtter en positiv vurdering af forløbets relevans. Det fremgår videre, at timingen er god, fordi afdelingerne efter de seneste års udviklingsarbejde fremstår velkonsoliderede i forhold til deres samarbejdsrelationer internt på sygehusene.

De initiativer fra pakkeforløbet, som allerede i udgangspunktet er på plads på akutmodtagelserne, indbefatter mulighederne for, at praktiserende læger kan booke sub-akutte tider, samt adgang til speciallægerådgivning uden for dagtid. Tre af de fire akutmodtagelser har også ansat koordinatorer med særligt ansvar for tværsektorielt samarbejde og udskrivelse, som understøtter afdelingernes viden om kommunernes tilbud og arbejdet med at tilrettelægge patienternes udskrivelser. En række af grundelementerne i pakkeforløbet er således på plads, og afdelingerne ser et stort potentiale i at videreudvikle deres samarbejde med kommuner og stamafdelinger om patienternes forløb.

4.2 Dialogbaseret indlæggelse

Den dialogbaserede indlæggelse beskrives som et område, der er i en positiv udvikling. Tilstedeværelsen af nøglefunktioner – og brobyggere, der kan prioritere forløbsarbejdet med de patienter, der henvises, såvel som det relationelle samarbejde med primærsektor og stamafdelinger, beskrives som afgørende for den aktuelle positive udvikling, såvel som arbejdet med dialogbaseret indlæggelse. Dette er illustreret i nedenstående citater:

Man skal have nogle nøglepersoner på plads – nogle funktioner og klare rammer for opgaven. Man skal også have forbindelser på plads ud til kommunerne – 'boundary spanners' – der kan være opsøgende og introducere sig selv. Relationerne, der opstår, er en kæmpe gevinst – også så man kan tale om hinandens fejl på en god måde for at forebygge gentagelse. (Leder)

Vi har haft en tværsektoriel koordinator siden 2017, så den del har været nem, men vi har gentænkt det lidt, fordi at vi også har fået udskrivelseskoordinatorer. Så vi har haft en etableret organisering, der skulle finpudses. Næste skridt handler om socialsygeplejersker og samspillet med psykiatrien. Opgaven for tværsektoriel koordinator handler om at orientere sig både i kommunerne og internt på sygehuset i forhold til, hvilke udgående funktioner vi kan sætte ind med. Samlet set har vi efterhånden mange byggesten i broen mellem sygehus og kommuner. (Leder)

Interviewpersonerne ser samtidig en positiv udvikling i kommunerne, som understøtter målsætningerne for FAM og samarbejdet om at forebygge indlæggelser. Det gælder først og fremmest de kommunale akutteams, midlertidige pladser og visitatorer, der bevæger sig ind på sygehuset. Disse kommunale funktioner beskrives alle som vigtige brikker i forhold til den dialogbaserede indlæggelse såvel som planlægningen af den trygge udskrivelse, jf. nedenstående citater:

Jeg er placeret i koordineringen – der hvor patienterne kommer ind – jeg visiterer patienterne, når egen læge ringer ind; vi arbejder med at tænke i alternativer til indlæggelse og at bringe det i spil over for praksislæger. Det er helt systematisk, at vi tænker – og søger at sortere i henvendelserne. Derfor har vi også meget fokus på at danne relationer til akutteamene, og vi ringer til dem hver morgen og vender, om der er patienter meldt ind, som de kan tage – tage ud, og vurderer borgeren. Så kører de ud og vurderer borgeren – hvis de vurderer det er en akutindlæggelse, ringer hun herind, og så kommer de ind – uden at belaste lægen yderligere. Men når akutteamet vurderer, der er noget at hente, går vi i dialog med lægen om alternativer. (Tværsektoriel koordinator)

Flowmaster er meget opmærksom på, hvilke patienter der kommer, og om der er andre tilbud til de patienter, der bliver ringet ind. Det er en del af funktionen, og der er koordinatorer til stede hele døgnet. Det gælder også de patienter, der lander i triagen – skal socialsygeplejersken på – kan akutteamet varetage behandlingen i eget hjem etc. Nogle gange er patienterne nødt til at komme ind på FAM, før vi kan vurdere mulighederne, men ofte kan vi finde alternativer allerede i den indledende dialog. (Flowmaster)

Interviewdeltagerne fra akutmodtagelserne nævner en del eksempler på, at kommunernes tilbud på akutområdet og de tilknyttede faglige kompetencer varierer, hvilket giver udfordringer for samarbejdet. Der er således et generelt ønske om, at niveau og samarbejdsflader fremadrettet bliver mere ens, men også en opmærksomhed på, at kommunernes vilkår er meget forskellige, hvilket understreger behovet for dedikerede koordinatorer i snitfladen mellem akutmodtagelse og kommuner.

Det fremhæves også som vigtigt, at der er etableret lette og fungerende kommunikationsveje med kommunernes visitatorer og sygeplejersker, der ikke er begrænset af faste telefontider, for at understøtte behovet for hurtig koordination af patienternes forløb. Det giver et behov for delvist forskellige tilgange til samarbejdet mellem typisk de store kommuner med fuldt udbyggede akutteams mv., hvor der nævnes mange eksempler på tværgående samarbejder, der er med til at udviske sektorgrænserne (fx Odense, Kolding og Esbjerg), og de mindre omegnskommuner. Dette understreger vigtigheden af den tværsektorielle koordinator og løbende opdatering af afdelingernes viden om kommunernes tilbud såvel som løbende udvikling af de konkrete samarbejdsrelationer.

Endelig nævner flere de kommunale plejehjem som et område, hvor det fremadrettet er vigtigt at styrke det faglige set-up omkring beboerne i ydertimerne, hvor det sker, at der er personale og vikarer, som ikke er opdateret på beboernes situation, samt de muligheder, der er udviklet i samarbejdet med sygehusene. Et særskilt fremadrettet fokus for interviewpersonerne handler i den forbindelse for det første om at blive bedre til at afklare og dokumentere patienternes ønsker til behandlingsniveauet i forhold til livets afslutning for at undgå unødige akutte indlæggelser. For det andet at styrke det faglige set-up omkring især plejehjemmene og de kommunale akutteams fremhæves som en vigtig part i den forbindelse.

4.3 Indsats i front

4.3.1 Listegennemgang og udfordringer relateret til timing og GDPR

Den daglige listegennemgang var i udgangspunktet ikke tiltænkt FAM, da patientforløbene her er så korte, at flertallet vil være udskrevet fra afdelingen, inden den daglige liste når at blive genereret. Der er dog tre afdelinger (OUH, Sønderborg og Kolding), der alligevel har valgt at teste listegennemgangen, fordi tiltaget passer godt ind i afdelingernes fokus på at forebygge genindlæggelser.

De praktiske erfaringer med listegennemgang er blandede, fordi der er udfordringer med timingen såvel som funktionalitet og GDPR, jf. nedenstående citater:

> *Det kører ikke – de lister, vi får, er forældede – patienterne er ude af FAM, når vi får dem. Så det fungerer ikke. Men hvis vi kunne få dem rettidigt, kunne det være fint. Ved ikke, om der har været dialog om rettidigheden med lister. Men vi er til gengæld opmærksomme på, når der kommer patienter ind, som har været her mange gange. Skal vi have akutteamet sat på – eller hvad er der af andre ting, som er på spil. (Leder)*

> *Det har været en stor opgave at kvalificere listerne, for når man får dem i FAM, er de ikke sorteret på samme måde, som når specialafdelingerne får dem. Vi har derfor fået dem på syv forskellige e-mails, vi har skullet sidde og samle. Vi vil gerne, at det er en computer, der står for det, så vi får en liste med et sæt cpr-numre, vi kan slå op i. Vi har brugt lang tid på at arbejde med listerne, men ikke ryddet op i fejlkilderne. Det er vigtigt at blive bedre til fremadrettet. Noget med måden ESKS-koderne er lagt ind på, som gør, at forkerte patienter kommer med på listen. Og så skulle vi løse GDPR. Det har vi gjort ved at have et dataark ligger i et sharepoint, så alle data ligger et sikkert sted. Men det kræver så også en medarbejder, der hver dag sidder og kobler data; indhenter udvidet informeret samtykke fra alle patienter. Det har vi en frase for, og vi har arbejdet et halvt år med det, men oplever stadig, at det ikke går hurtigt nok. (Leder)*

Som eksempler på de fejlkilder, der undervejs har optrådt på listerne (og som i dag er rettet), nævnes patienter, der er med på listen, selvom deres akutte kontakter har været på forskellige sygehusmatrikler, eller patienter, som kommer med, fordi en indlæggelse, hvor de overføres mellem afsnit eller matrikler, tæller for to kontakter. Enkelte ser også et behov for at ændre pakkeforløbets kriterier fra tre til fem akutte hospitalskontakter inden for de seneste seks måneder for at mindske antallet af patienter, der optræder på de daglige lister.

Interviewdeltagerne vurderer med afsæt i ovenstående udfordringer, at arbejdet med listegennemgang indtil videre ikke har givet resultater i en grad, som matcher de ressourcer, der lægges i indsatsen. Hvis listegennemgangen skal fortsætte på FAM fremadrettet, vil det ifølge interviewpersonerne kræve:

- at listerne generes så tidligt som muligt, så de ligger klar, når morgenvagten møder ind, og enkelte nævner behovet for at dette også sker i weekenderne
- at kvaliteten af listerne forbedres, så der ikke er så mange patienter på, der ikke lever op til pakkeforløbets kriterier
- at funktionaliteten forbedres, så der kommer en samlet liste, hvor cpr-numrene er sorteret efter det primære speciale, patienterne hører under.

Selvom der har været udfordringer med listegennemgangen, er der flere interviewpersoner, som gerne ser listerne videreført, hvis de kan forbedres som anført ovenfor. For det første fordi der ses store fremadrettede perspektiver i at arbejde 'datainformeret' med opsporing og forebyggelse af indlæggelser; for det andet fordi der i pilotfasen har været eksempler på, at listerne har fungeret som øjenåbner for patientforløb med alt for mange akutte kontakter – eller parallelle forløb på flere afdelinger og sygehuse som illustreret nedenfor:

> *Vi kigger på tværs, og der er listerne jo fantastiske – et eksempel med en der havde 94 kontakter i psykiatrien. I det daglige ringer vi til vagthavende i psykiatrien. Og vi har møder hver tredje måned med psykiatriledelsen – og drøfter, om der er patienter, der skal gøres noget særligt for. Det er ikke nyt – noget vi nok altid har gjort – men listerne gør det nemmere at spotte dem. Det gør det meget tydeligt, når de har mange kontakter i psykiatrien. Vi har jo fx borderline, der rigtigt gerne vil herind og have omsorg – men det er ikke nødvendigvis det rigtige – og der kan vi lave aftaler med psykiatrien. (Leder)*

> *Den måde, vi har startet på, har fanget en del gentagne indlæggelser, vi har gjort noget ved. En borger kom her tre gange om ugen, og der tog vi ud til borgeren og lavede et set-up i hjemmet – og så gik der et halvt år, inden de var her igen. Han fik sit liv tilbage. En anden borger havde forløb på fire hospitaler, så de kunne ikke lave andet! Der lavede vi en handleplan, hvor de kunne få klaret det hele hos os. Så blev det pakket, at han blev set af alle specialer på samme dag. Også et sæt blodprøver. Der fik vi også en: 'Tak for at jeg har fået mit liv tilbage'. (Læge)*

4.4 Den trygge udskrivelse

Det er de færreste patienter på de daglige lister, hvor det kan lade sig gøre at afholde MDT-konference som forudsat i pakkeforløbet inden for den korte tid, patienterne er indlagt i akutmodtagelsen. Den typiske opfølgning består derfor af, at udskrivelseskoordinatoren tilknyttes patienten og gennemfører mål og plansamtale samt udvidet koordinering med hjemkommunen i forhold til udskrivelsen eller overleveringen til den stamafdeling, der overtager patienten.

Det fremgår, at den trygge udskrivelse er et generelt indsatsområde målrettet alle patienter med komplekse behov. Tilgangen til opfølgning er derfor ikke anderledes for de patienter, der tilknyttes udskrivelseskoordinator på baggrund af listegennemgang, sammenlignet med akutmodtagelsernes øvrige patienter. Funktionen som udskrivelseskoordinator fremstår i den forbindelse som essentiel, og i takt med at koordinatorerne har fundet deres plads på afdelingerne, fremgår det, at erfaringerne er gode som illustreret nedenfor:

> *Vi startede i oktober sidste år og har haft meget fokus på opsøgende arbejde. Tilbyde os som en hjælp i forhold til at sikre udskrivelsen og komme hele vejen rundt, fordi vi har tiden til det. Og så give input til de lidt mere kreative løsninger. Men det var i starten, der var lidt udfordringer, fordi det godt kan være svært at afgive opgaver til en kollega, der ikke er en del af plejen. Sådan er det slet ikke mere. Nu er vi en selvfølgelighed for vores patienter. (Udskrivelseskoordinator)*

Der gives også eksempler på, at det med afsæt i listegennemgangen er lykkedes at afholde virtuelle MDT-konferencer med hjemkommunen og et enkelt med psykiatrien som uddybet nedenfor:

I forhold til psykiatrien har vi en herre, der kommer her rigtig meget. Der afholdt vi en MDT med psykiatrien og misbrugsafdelingen fra hans hjemkommune, hvor vi sammen prøvede at komme omkring, hvad vi her især kan gøre. Det var et rigtig komplekst forløb, hvor det var godt at mødes og snakke om, hvad det vi hver især ser – og få patientens perspektiver også. Vi har aftalt et nyt møde i denne her uge, hvor vi følger op på, hvordan det er gået, og læring om hvordan vi får det bedste ud af det. (Udskrivelseskoordinator)

Fremadrettet nævner flere det også som et fokusområde, at digitale udskrivelsesmøder med kommunerne – og ideelt set også praksislæger – bliver en velkonsolideret rutine som illustreret i nedenstående citater:

Vi har haft fire virtuelle MDT i år. Så det er nyt, men helt klart noget, vi gerne vil have mere af fremadrettet. De spæde erfaringer er positive, og vi er snart klar til at drifte det! (Leder)

Vi havde en patient, der var behov for at gøre noget ekstra for. Vi fik indhentet samtykke og afholdt en virtuel konference med gerontopsykiater, egen læge, pårørende og kommune. Det tog en times tid og var virkelig givtigt for forløbet. Der blev blandt andet lagt en plan for neurologisk udredning, og det gav god kvalitet i forløbet. (Tværsektoriel koordinator)

Skærmmøder er langt hurtigere og nemmere at planlægge end fysiske møder, og covid-19 har givet et stort skub i forhold til accepten af digitale løsninger. Dette format ses desuden som en fremadrettet mulighed for at opnå forbindelse til praksislægerne, hvor hospitalet ofte oplever frustrerede læger, der mangler backup og gode løsninger fra hospitalets side.

4.5 Tværgående MDT-konferencer med fokus på erfarings- og kompetenceudvikling

Tre af akutmodtagelserne har arbejdet med tværgående MDT-konferencer, hvor udvalgte patientcases er drøftet med henblik på faglige input og læring. Disse konferencer holdes 1-2 gange om måneden og involverer en større kreds af fagpersoner på tværs af afdelinger og i nogle tilfælde repræsentanter fra kommuner og psykiatri, når det er relevant.

Også i denne sammenhæng har der været udfordringer relateret til GDPR, fordi der skal indhentes udvidet samtykke fra patienten til at drøfte forløbet på konferencen. Dette har nogen steder sat konferencerne i stå, men aktuelt er der etableret arbejdsgange i forbindelse med listegennemgangen, der inkluderer indhentning af samtykke. I en del tilfælde, hvor det ikke er lykkedes, er der også taget direkte kontakt til patienten, og erfaringen er, at langt de fleste siger ja til at få drøftet deres forløb.

På møderne er der typisk tre-fire patienter med komplekst sygdomsbillede, som alle har fået tilsendt forud for mødet og sat sig ind i. Fokus for drøftelserne er, om der er noget klinisk, som er overset – og oplevelsen er, at det er der oftest, og de deltagende læger oplever et stort fagligt udbytte af konferencerne.

Enkelte konferencer har også inkluderet repræsentanter fra psykiatrien og kommuner, når der har været tale om komplekse patienter med fx psykiatriske diagnoser og misbrug. Disse kon-

ferencer er tungere at organisere, og der findes ikke lette løsninger på patienternes problemstillinger. Det fremgår til gengæld også, at det oplevede udbytte er stort i relation til forståelsen for det tværgående samarbejde samt de forskellige muligheder og vilkår, der er for at hjælpe disse patienter.

4.6 Opsamling

Interviewdeltagerne har en gennemgående oplevelse af, at akutmodtagelserne i dag er velkonsoliderede i deres organisering og interne samarbejdsrelationer på sygehusene, hvorfor der de seneste år har været mulighed og fokus på at udvikle det tværgående samarbejde med kommunerne. Tværsektorielle koordinatorer, udskrivningskoordinatorer, adgang til sub-akutte tider, speciallægerådgivning uden for almindelig dagtid beskrives også som kerneelementer fra pakkeforløbet, som i det store hele er på plads på akutmodtagelserne.

Afprøvningen af pakkeforløbet falder således ind i en hverdag, hvor afdelingerne arbejder på at åbne op for deres relationer til kommunerne og fokuseret arbejder med at forebygge indlæggelser. Formålet med pakkeforløbet såvel som de tre indsatsområder og konkrete tiltag opleves i den forbindelse som relevante og langt hen ad vejen genkendelige tiltag, der understøtter den igangværende udvikling på akutafdelingerne. Det fremgår videre, at den aktuelle udvikling i kommunerne med oprettelse af akutteams, midlertidige pladser og fremskudt visitation positivt spiller sammen med elementerne i pakkeforløbet.

Indsatsområderne ’dialogbaseret indlæggelse’ og til dels ’den trygge udskrivelse’ fremstår relevante, samtidig med at der er en forventning om fortsat konsolidering af de beskrevne arbejdsgange og funktioner. Heroverfor udgør ’indsats i front’ og afholdelsen af MDT-konferencer i højere grad som et område, der udfordres i mødet med akutmodtagelsernes dagligdag. Det vil derfor kræve fortsat justering at få disse elementer til at fungere på akutmodtagelserne, hvis de på samme måde som de øvrige elementer skal fremstå relevante og anvendelige i den daglige praksis.

5 Pilotafprøvning på de stationære sengeafsnit

Dette kapitel er udarbejdet med afsæt i fem gruppeinterviews, der afdækker erfaringerne fra de fire medicinske sengeafsnits arbejde med 'indsats i front' i form af daglig listegennemgang samt afholdelse af MDT-konferencer – og i forlængelse heraf 'den trygge udskrivelse' med fokus på at optimere behandlings- og udskrivelsesforløbet for relevante patienter. Fokus er bl.a. at belyse de forskelle i oplevet relevans og anvendelighed, der er imellem de to geriatriske afsnit sammenholdt med henholdsvis det kardiologiske og medicinske afsnit.

5.1.1 Opstart og organisering

Ansvaret for pilotafprøvningen har på afsnittene været delt imellem repræsentanter fra afsnitsledelsen, 'listeansvarlige' overlæger og udvalgte (udskrivelses)sygeplejersker i forhold til opfølgning og planlægning af patientens udskrivelse.

Interviewdeltagerne vurderer generelt, at forankringen blandt en mindre gruppe har fungeret godt, samt det er vigtigere, at de rette nøglepersoner er involveret, end at 'listegennemgang' er bredt forankret i afdelingerne. En succesfuld implementering kædes således i høj grad sammen med, at det lykkes at forankre den daglige listegennemgang som en fast rutine for de erfarne speciallæger, samt at der er dedikeret personale – fx i form af udskrivelseskoordinatorer – der kan tage ansvar for opfølgningen i forhold til relevante patienter.

Det gælder for alle afsnit, at opstarten har været udfordret af covid-19 både i forhold til tidspunktet for opstart og i forhold til, hvor mange kræfter det har været muligt at dedikere til arbejdet. Det fremgår også, at afprøvningerne er kommet hurtigere fra start og nået længere på de to geriatriske afsnit sammenlignet med de to medicinske afsnit.

Som årsager til dette fremstår for det første, at de ansvarlige tovholdere for pakkeforløbet på de geriatriske afsnit har deltaget i arbejdsgrupper, der forberedte pakkeforløbet. For det andet fremgår det, at indlæggelsesforløbene i geriatrien typisk er længere og mere komplekse, hvorfor der er flere patienter med behov for opfølgning samt bedre tid til at effektuere denne i forbindelse med indlæggelsen.

Heroverfor fremgår det, at arbejdet med listegennemgang har været vanskeligere at starte op på de medicinske afsnit, dels i forhold til at skabe kendskab og opbakning i lægegruppen, dels i forhold til at få de praktiske arbejdsgange vedrørende listegennemgang og MDT til at matche afdelingernes typer af patienter og hurtige patientflow.

5.1.2 Oplevet relevans og anvendelighed

Alle interviewdeltagere bakker op om pakkeforløbets målsætninger såvel som fokus på systematisk opsporing, opfølgning på indsatsen og god overlevering til kommunen for patienter med et uhensigtsmæssigt indlæggelsesmønster. Dette er illustreret nedenfor:

> *Listegennemgang og MDT fremstår som relevante initiativer i forhold til at skærpe fokus på god overlevering til kommunen og aftaler om det videre forløb med henblik på at undgå unødvendige indlæggelser. Det har også været en god lejlighed til at hanke op i arbejdet med mål- og plansamtaler – der godt kan skride lidt, når hverdagen er travl. (Leder, geriatrisk afsnit)*

Det fremgår til gengæld også, at konceptet for listegennemgang ikke fremstod relevant for personalet på de medicinske afsnit, hvor især lægegrupperne stillede spørgsmålstegn ved fremgangsmåden og formålet samt efterlyste bedre information om indsatsen. Dette er illustreret i nedenstående citat og fremhæves samtidig som et fremadrettet opmærksomhedspunkt af flere interviewdeltagere i forhold til pakkeforløbets videre udrulning:

> *Det var en udfordring, at formålet og redskaberne ikke stod klart i udgangspunktet. Derved manglede en vigtig del af afsættet for at få et projekt, der involverer lægerne, til at leve. I en lægehjerne skal man kunne se, hvad formålet er. Læger kan ikke lide at lave opgaver, de ikke kan se fornuften i. (Læge, medicinsk afsnit)*

Det fremgår videre, at det ene medicinske afsnit har valgt en tilgang, hvor de patienter, der er på listen, i udgangspunktet skal have opfølgning, medmindre der er gode grunde til ikke at gøre det. Dette er valgt for at understøtte aktiviteten i afprøvningen, og den listeansvarlige læge skal så argumentere for og dokumentere, hvorfor opfølgning ikke er nødvendigt, hvilket positivt har betydet, at arbejdet med MDT-konferencer er kommet i gang hen over foråret 2021.

5.2 Praktiske er erfaringer med listegennemgang

5.2.1 Udfordringer relateret til timing og GDPR

Under opstarten af arbejdet med listegennemgang var der – især på de medicinske afsnit – udfordringer med, at de daglige patientlister kom for sent på dagen. Det betød, dels at listegennemgangen var vanskeligere at passe ind den ansvarlige læges arbejdsrutiner, dels at der for en væsentlig andel af patienterne allerede var planlagt udskrivelse, hvorfor de pågældende patienter ikke fremstod som relevante kandidater til MDT.

Det er derfor vigtigt for interviewpersonerne, at listerne foreligger fra morgenstunden af, så de er noget af det første, de ansvarlige læger kan se på, når de møder ind. Derfor fremhæves det også positivt, at der er fundet en løsning, som sikrer dette – og det fremstår for interviewdeltagerne som en grundbetingelse for, at listegennemgangen skal være meningsfuld.

En anden udfordring, der har fyldt forskelligt på afsnittene, handler om GDPR, og hvorvidt personalet har lov til at slå op i journaler og holde MDT for patienter, der ikke længere er indlagt på afsnittet, uden at der er indhentet informeret samtykke fra patienten. Igen er der tale om en udfordring, der har været størst på de medicinske afsnit, hvor forløbene generelt er kortere end på de geriatriske afsnit.

Udfordringen gør sig især gældende på de afsnit, der arbejder med ugentlige MDT-konferencer, hvor udvalgte patientcases drøftes med henblik på læring og vidensudveksling som illustreret i nedenstående citat:

> *GDPR er et juridisk benspænd. De kan godt komme op til mig om aftenen, og dagen efter sendes til Odense. Og når de er kommet afsted, må jeg ikke kigge i journalen. Vi ville egentlig gerne holde MDT, men det er altid torsdag, og der skal patienten egentlig være gået hjem. Så skal vi indhente samtykke. Hul i GDPR-projekt, men det her er ikke projekt, så vi må ikke. (Læge, medicinsk afsnit)*

Som illustreret i citatet består GDPR udfordringen i, at afsnittet ikke har hjemmel til at gå i patienternes journaler, når det – som det er tilfældet med tværgående læringsmøder – ikke sker som direkte opfølgning på patientens behandling. De afsnit, der arbejder med de tværgående MDT-

konferencer, fortæller derfor, at de prioriterer at indhente samtykke fra relevante patienter i forbindelse med listegennemgangen som en del af den arbejdsgang, der er udarbejdet for dette.

5.2.2 Fra brutto- til nettoliste af relevante patienter

Alle fire stationære afsnit havde på interviewtidspunktet udarbejdet instrukser og etableret en velfungerende arbejdsgang omkring den daglige listegennemgang. Det prioriteres, at en erfaren speciallæge dagligt vurderer 'listepatienternes' indlæggelseshistorik, og hvorvidt kontaktmønsteret er udtryk for et uhensigtsmæssigt mønster, hvor det er relevant at sætte ind med en særlig indsats. Den typiske arbejdsgang er sammenfattet i nedenstående citat:

> *Vi kigger først efter, om det er relevante indlæggelser, eller om det fx er gentagne småinfektioner, de kommer ind med. Kan der optimeres noget i den kommunale pleje – eller er de ved at være ved livets ende – og hvis de er det – om der har været de rette samtaler og dokumentation omkring ønsker til behandling. Det er særligt i forhold til de terminale, at indsatsen giver rigtigt værdi. (Læge, geriatrisk afsnit)*

De ansvarlige læger fortæller, at listegennemgangen er ressourcekrævende, samt at størstedelen af 'listepatienterne' ikke fremstår relevante for MDT, som det er beskrevet i pakkeforløbet. Enkelte efterlyser derfor en større præcision i den algoritme, der finder patienterne – fx hvis almindelige skadestuebesøg med småskader kunne sorteres fra. Deltagerne fra de medicinske afsnit angiver også, at listegennemgang ikke nødvendigvis er et redskab, der egner sig til at blive anvendt på alle specialafdelinger. På den anden side er der også enighed om, at de opstillede kriterier med tre akutte kontakter på samme hospitalsenhed fremstår relevante, og ingen nævner konkrete forslag til justering af disse. Dette skal bl.a. ses i lyset af interviewdeltagernes vurdering, at listegennemgang under alle omstændigheder kræver en erfaren speciallæges vurdering, da der er mange forskellige typer af patienter med sammensatte problemstillinger på listerne.

Det fremgår af interview, at de to geriatriske afsnit dagligt har 4-5 patienter til listegennemgang, samt de ugentligt udvælger 2-3 af disse til opfølgning som forudsat i pakkeforløbet – som illustreret i nedenstående citat:

> *Vi får 4-5 patienter på listen hver morgen, og af dem er det ca. 2-3 om ugen, der går videre til mål- og plansamtale. Dem under 65 år sorteres ret hurtigt fra. Dem uden pårørende sorteres oftest også fra, fordi de er så skrøbelige, at det er svært at indgå i en samtale. De er rigtigt svære, og dem bruger vi også rigtigt meget tid på at drøfte og koordinere med kommunen. (Læge, geriatrisk afsnit)*

MDT'en for den mindre del af patienterne, der får tilbuddet, har karakter af en udvidet form for mål- og plansamtale, mens opfølgningen for flertallet af de skrøbelige patienter handler om tilknytning af udskrivelseskoordinator og ekstra fokus på veltilrettelagt udskrivelse (uddybes i næste afsnit).

Det almen medicinske sengeafsnit på Sygehus Sønderjylland har 2-4 'listepatienter' dagligt, og i løbet af pilotafprøvningen er der 9 af disse patienter, der har fået opfølgning via MDT – der på afsnittet har karakter af en udvidet stuegang og ekstra fokus på at planlægge det videre forløb i samarbejde med patient og eventuelt pårørende. Denne udmøntning af MDT skal først og fremmest ses som udtryk for, at MDT, som den er beskrevet i pakkeforløbet, ikke fremstår så anvendelig i hverdagen på det medicinske afsnit:

MDT, som det er beskrevet i pakkeforløbet, giver kun mening i ganske få tilfælde. At samle specialister på tværs af afdelinger eller sektorer og forberede mødet tager minimum et par dage – og vi kan ikke bare forlænge indlæggelsen ud fra et hensyn til at lave MDT. (Læge, medicinsk sengeafsnit)

Det, vi gør for de relevante patienter, minder meget om det, vi gjorde i forvejen. Så som sådan ikke noget nyt i, hvordan vi søger at koordinere og planlægge behandling og udskrivelse. Det nye er listerne, som skærper vores opmærksomhed på at screene patienterne og huske vores indsatser i en travl hverdag. (Leder, medicinsk sengeafsnit)

Som illustreret i citatet fremstår listegennemgangen relevant på det almen medicinske afsnit, fordi den understøtter et fokus på at følge op på patienter med mange gentagne indlæggelser med henblik på at styrke indsatsen for disse.

Erfaringerne fra den kardiologiske sengeafdeling er til gengæld, at der ikke identificeres særligt mange patienter, hvor det vurderes at indlæggelsesmønsteret i uhensigtsmæssigt – som illustreret nedenfor:

Det, vi kan se, er, at det er vores svært hjertesyge patienter, der står på listerne. De er så syge, at vi skal se dem tit. Der er derfor ikke så mange relevante patienter på listerne. Måske 5-6 på en måned. Synes ikke rigtig vi fanger nogen. Det er 12 dage siden her i april, vi sidst havde en på listen, der var relevant. (Leder, medicinsk sengeafsnit)

Interviewdeltagerne vurderer derfor, at kardiologisk afdeling ikke er et specielt velegnet sted til at finde kandidater til MDT, og at det illustrerer vigtigheden af at være opmærksom på forskelle mellem specialer. Som eksempler på specialer, hvor der vurderes at være flere relevante kandidater, fremhæves endokrinologi, geriatri og lungemedicin.

5.2.3 Opfølgningen til patienter med gentagne indlæggelser

For flertallet af de relevante patienter sker opfølgningen via tilknytning af udskrivningskoordinator og særligt fokus på at optimere behandling og aftaler for det videre forløb ved udskrivelse som illustreret i nedenstående citat:

Cirka halvdelen af de patienter, vi har på den daglige liste, går videre til særlig opfølgning. Vi ser på, om vi forventer, de kan udskrives til normal hjælp m.m. Vi varsler allerede første dag med forløbsplan til kommunen. Hvad vi har af forventninger. Om vi skønner, der er behov for aflastningsplads. Det bestemmer kommunen jo. Der bruger vi tiltagende meget tid på pårørende samtaler. Fordi det tit drejer sig om en forventningsafstemning. At deres gamle far ikke kan klare huset derhjemme, og uanset, hvor længe vi beholder ham, kan vi ikke afhjælpe hans udfordringer med at trække vejret. (Leder, medicinsk afsnit)

Opfølgningen inkluderer i disse tilfælde samtaler og forventningsafstemning for de patienter, der er i stand til at deltage i dette. På nogle afdelinger – fx geriatriske afsnit i Kolding – er der udformet et fast koncept for disse samtaler i form af 'mål- og plansamtalen' som beskrevet nedenfor:

Mål- og plansamtalen på geriatrisk afsnit i Kolding

Det er samtale, vi har med patient, pårørende og kommune og fra afdelingens side en geriater og en udskrivelsesansvarlig sygeplejerske. Vi prøver at køre det meget skematisk. Vi starter med at gennemgå årsag til indlæggelse og behandling. Så beder vi patient og pårørende om at fortælle, hvad der er vigtigt for dem – ikke mindst i forhold til udskrivelse. Så taler vi også med dem om behandlingsniveau og ønsker til den sidste tid. Er de kandidater til intensiv? Skal de genoplives? Og giver det mening at blive ved med at indlægge?

Det er kun en mindre andel af de identificerede patienter, hvor opfølgningen inkluderer en tværfaglig MDT-konference som beskrevet i pakkeforløbet. Som illustreret nedenfor er afsættet også her ofte patienter, hvor de gentagne indlæggelser bunder helt eller delvist i, at der mangler klare aftaler om behandlingsniveauet:

> *Næsten alle de patienter, der fanges og har behov for en særlig indsats, er demente eller terminale patienter, der indlægges igen og igen. Dehydrering og infektioner er det typisk, der ligger bag. […] For de terminale handler det typisk om at indgå og dokumentere de rette aftaler omkring end-of-life-care. Det er det, der ligger bag de hyppige indlæggelser – og når først det er dokumenteret og formidlet ordentligt, gør det en stor og vigtig forskel i de pågældende patienters forløb. (Læge, geriatrisk afsnit)*

> *Meget af vores klientel er dem, der ikke burde være kommet på sygehus, men var der i livet, hvor de måske bare skulle have lov til at lukke deres øjne ude på plejehjemmet. Det er plus 90-årige plejehjemsbeboere. Hvor vi ønsker, de i primærsektoren havde haft den dialog med dem – og det er så det, listegennemgangen kan være med til at understøtte. (Udskrivningskoordinator, medicinsk sengeafdeling)*

I forhold til de ovennævnte patienter fremstår listegennemgang og MDT som et relevant tiltag, der styrker opmærksomheden på, hvor meget behandling patienterne skal have, når de er meget gamle og meget syge. Afklaring af ønsker til behandlingsniveauet og dokumentation for aftaler for livets afslutning er således et centralt element i opfølgningen for mange af de patienter, der identificeres via listerne.

De MDT-konferencer, der er afholdt på de geriatriske afsnit, beskrives som udvidet version af udskrivelsessamtalen. Fra afdelingernes side deltager minimum speciallæge og udskrivelseskoordinator/primært ansvarlig sygeplejerske, og herudover søges kommune, pårørende og almen praksis involveret. Mødets fokus er dialog om patientens ønsker og forventninger, aftaler for udskrivelse og videre behandling – og herunder også faglig dialog på tværs af deltagerne. Udbyttet af MDT opleves stort, når det lykkes at samle de relevante aktører som illustreret nedenfor:

> *Når det lykkes, giver det et rigtig godt afsæt for patientens videre forløb. Kommunen synes, vores frister for indkaldelse er korte, men de prioriterer at deltage. Praksislægerne lykkes vi stort set aldrig at få med. Det kunne være godt, hvis de var mere med, men det er svært at få til at gå op med deres dagsprogram. (Udskrivningskoordinator, medicinsk sengeafdeling)*

MDT fremstår således som et relevant redskab at have til rådighed, samtidig med at der er tale om et redskab, der er forbeholdt de særligt komplekse forløb. Logistikken omkring MDT-konferencer på tværs af sektorer beskrives som en udfordring – især i relation til praktiserende læger. Derfor nævnes også eksempler på MDT, der har været afholdt helt eller delvist på skærm, fordi det ellers ikke kunne lade sig gøre at holde mødet.

5.3 Opsamling

Pakkeforløbets fokus på at forebygge genindlæggelser såvel som forløbets grundelementer i form af udskrivningskoordinatorer, mål- og plansamtaler og særligt fokus på at koordinere udskrivelsen for patienter med komplekse forløb fremstår relevante på tværs af de fire pilotafdelinger.

Erfaringerne med de nye elementer i form af listegennemgang og afholdelse af MDT-konferencer adskiller sig til gengæld på tværs af de to geriatriske sengeafsnit sammenlignet med henholdsvis det kardiologiske og medicinske sengeafsnit.

Det kommer både til udtryk ved, at de geriatriske afsnit er kommet hurtigere i gang med afprøvningen og derved har opnået flere erfaringer, og ved at den oplevede relevans og anvendelighed er højere i geriatrien. Årsagerne til disse forskelle er for det første, at de geriatriske indlæggelsesforløb generelt set er længere og med mere behov for opfølgning end forløbene på de medicinske specialafsnit, der har deltaget i pilotafprøvningen. For det andet har de geriatriske afsnit fra starten haft de relevante tovholdere og tiltag relateret til opfølgning på plads som en del af det daglige set-up, hvilket ikke i samme omfang var tilfældet på de to medicinske afsnit.

6 Pilotafprøvning i psykiatrien

Dette kapitel formidler erfaringerne fra de afsnit i henholdsvis Børne- og Ungdomspsykiatrien samt Voksenpsykiatrisk Afdeling i Odense, der har pilottestet pakkeforløbets initiativ om listegennemgang for patienter med gentagne akutte konktakter. Kapitlet er udarbejdet med afsæt i tre gruppeinterviews samt resultater fra to audits, som de involverede afsnit har gennemført for at vurdere anvendeligheden af de daglige patientlister, psykiatrien har modtaget i perioden med pilotafprøvning.

6.1 Introduktion til pilotafprøvning i psykiatrien

Pilotafdelingerne i psykiatrien adskiller sig fra de somatiske pilotafdelinger ved, at psykiatrisygehuset ikke har indgået i det kortlægningsarbejde, der ligger til grund for udarbejdelsen af pakkeforløbet. Psykiatrihospitalets afdelinger har derfor indgået i pilotafprøvningen med et afgrænset fokus på at indsamle erfaringer til det videre arbejde med at styrke psykiatriens fokus og muligheder for at styrke indsatsen for patienter med gentagne akutte kontakter.

De to pilotafdelinger har for det første haft til opgave at teste, hvorvidt listegennemgang med afsæt i kriteriet om mindst tre akutte hospitalskontakter udgør et relevant og anvendeligt redskab i psykiatrien. For det andet har opgaven været at indsamle erfaringer med, hvilke typer af opfølgning der kan tilbydes i psykiatrien for at styrke indsatsen for de patienter, der har mange akutte kontakter og et uhensigtsmæssigt kontaktmønster i psykiatrien.

Ansvaret for pilotafprøvningen har på afdelingerne været delt imellem repræsentanter fra afdelingsledelsen, 'listeansvarlige' overlæger og udvalgte nøglepersoner i forhold til opfølgning og planlægning af patientens udskrivelse. Som forberedelse til afprøvningen har de involverede afsnitsledelser i perioden april 2020 til september 2020 modtaget daglige lister. Formålet har dels været at få et billede af, hvor mange patienter der optræder på listerne, hvad der karakteriserer patienternes forløb og kontakter, samt om der er særlige forhold, man skal være opmærksom på, når tiltaget om listegennemgang overføres fra det somatiske til det psykiatriske område. Dette har ledt til en forståelse af, at patienterne i psykiatrien generelt set har bestået af væsentligt flere akutte hospitalskontakter end patienterne på det somatiske område.

I voksenpsykiatrien blev det derfor besluttet at justere den algoritme, der udvælger patienter, så tidsperioden for de tre forudgående akutte kontakter er nedsat fra seks til tre måneder, da der ellers ville optræde for mange patienter i de daglige lister. Det blev endvidere aftalt, at kontakter og indlæggelser vedrørende retspsykiatriske patienter, vedligeholdelses-elektrochokbehandling og patientstyrede indlæggelser tæller ikke med. For det første fordi disse patienter har mange kontakter i psykiatrien, og for det andet fordi disse kontakter er en vigtig målsætning for behandlingen.

Afgrænsningen til tre måneder er også aftalt i Børne- og Ungdomspsykiatrien, men af hensyn til det forebyggende perspektiv er det samtidig besluttet, at patienterne kun skal have to akutte kontakter i løbet af de foregående tre måneder for at optræde på listen.

6.2 Erfaringer og perspektiver fra Voksenpsykiatrien

6.2.1 Opstart og organisering

Den forberedende fase blev i voksenpsykiatrien anvendt til at aftale nedenstående lokale arbejdsgang for, hvem der modtager de daglige lister, og hvem der vurderer de patienter, der optræder på listen som angivet i boksen nedenfor:

Boks 1: Arbejdsgang for listegennemgang, Psykiatrisk Afdeling Odense

1. Listen sendes fra regionshusets afdeling for sundhedsdokumentation til receptionen, som via journalen ser, om patienten er tilknyttet et ambulant team.
2. Hvis patienten er tilknyttet ambulant team, sendes cpr videre til teamet med en standard-mail om, at de skal forholde sig til patientens henvendelsesmønster og relevante muligheder for opfølgning.
3. Hvis patienten ikke er tilknyttet et ambulant team, sendes cpr og et standardbrev til sengeafsnittet, der ligeledes skal forholde sig til patientens henvendelsesmønster og muligheder for opfølgning.
4. I både ambulant team og på sengeafsnit skal det sikres, at en speciallæge tager stilling til patientens forløb og mulighederne for opfølgning.

I vurderingen af muligheder for opfølgning bør indtænkes: Mulige behandlingstilbud på afdelingen, dialog med tværsektorielle samarbejdspartnere, brug af udskrivelsesaftale eller koordinationsplan og eventuel forløbskoordinator og koordinerende indsatsplaner ved patienter, der har et misbrug.

Kilde: Voksenpsykiatriens beskrivelse af arbejdsgang.

I voksenpsykiatrien er listegennemgang afprøvet på henholdsvis afsnit for affektive lidelser og i det opsøgende psykoseteam, der begge forankret i Odense. Ifølge interviewpersonerne fungerer den aftalte arbejdsgang rent praktisk efter en indkøringsperiode, hvor der bl.a. var udfordringer med, at listen kom for sent på dagen, samt at der ved opstarten var usikkerhed blandt de involverede om, hvem der skulle gøre hvad.

6.2.2 Oplevet relevans og anvendelighed

Den oplevede relevans og anvendelighed af listegennemgangen var i udgangspunktet lav blandt de involverede i pilotafprøvningen. De faktiske erfaringer og den audit, der er gennemført i forbindelse med evalueringen, har bekræftet dette initiale indtryk blandt de listeansvarlige fagpersoner – jf. opsamlingen i sammenfatningen i boksen nedenfor:

Boks 2: Resultater fra voksenpsykiatriens journalaudit

Vurdering af listernes anvendelighed udarbejdet af voksenpsykiatrien med afsæt i journalaudit på 25 cpr-numre, der har været på listen over patienter med gentagne indlæggelser.

I analysen af voksenpsykiatrien er der den 27. maj 2021 foretaget en journalaudit på 25 tilfældige cpr-numre (23 unikke patienter) fra listen over gentagne indlæggelser fra Psykiatrisk Afdeling Odense. Opgørelsen er udarbejdet af de listeansvarlige fagpersoner i pilotafprøvningen og kvalificeret i dialog afsnittenes ledelse.

De 23 patienters forløb er undersøgt med henblik på at finde informationer om køn, alder, diagnose, samt hvorvidt det ved patientens listegennemgang er vurderet, at der var behov for særlig opfølgning på patientens behandlingsforløb med henblik på at forebygge indlæggelser og akutte hospitalskontakter.

Kønsfordelingen er 11 mænd og 12 kvinder i alderen 22 år til 71 år (median 33 år). Perioden for kontakterne løber fra den 1. september 2020 til den 27. april 2021.

Det er vurderet, at 9 ud af de 25 forløb falder uden for pakkeforløbets målgruppe, fordi der enten er tale om vedligeholdelses-ECT (4 patienter) eller patienter, der er indlagt i henhold til behandlingsdom/overført til retspsykiatrisk regi inden for det første døgn (5 patienter).

Ud af de resterende 16 patientforløb har den 'listeansvarlige' speciallæge i 2 tilfælde vurderet, at der er behov for en opfølgning ud over det normale for at forebygge gentagne indlæggelser.

Det er angivet, at de tiltag, der er relevante i de pågældende forløb – såvel som på generelt niveau for patienter med mange ikke planlagte hospitalskontakter, handler om at indtænke andre mulige behandlingstilbud på afdelingen, styrket dialog med tværsektorielle samarbejdspartnere, brug af udskrivelsesaftale eller koordinationsplan og eventuelt forløbskoordinator og koordinerende indsatsplaner ved patienter, der har et misbrug.

Kilde: Voksenpsykiatriens journalaudit.

De praktiske erfaringer er videre, at listegennemgangen på de involverede pilotafsnit ikke har identificeret mange eksempler på patienter med særlige behov- og muligheder for opfølgning, der rækker ud over de tiltag, der i forvejen arbejdes med på afsnittene.

De involverede har store forbehold over for, at et delelement af et samlet pakkeforløb udviklet i samarbejde med somatiske sygehusafsnit introduceres i psykiatrien. Oplevelsen blandt fagpersoner, der har fået ansvar for den daglige listegennemgang, er, at et er sket uden forudgående dialog omkring formål, indhold og anvendelighed. Der efterspørges i forlængelse heraf en dialog, der kunne have kvalificeret afprøvningens formål, samt hvilke afsnit der skulle indgå. Dette gælder i særlig grad i det opsøgende psykoseteam, hvor formålet om at forebygge hospitalskontakter udgør en grundlæggende modsætning til arbejdet med de tilknyttede patienter som illustreret i nedenstående citat:

> *De patienter, vi har tilknyttet, er dem, der mange gange ikke ønsker behandling og falder mellem flere stole. De lider af psykoser og svær skizofreni. Et af de vigtigste parametre, vi arbejder med, handler om at få dem til at tage imod behandling og søge kontakt, når de har det skidt. Det er bedre end at gå ud i havet eller havnen, så vi roser dem, når de kommer. Så vi vil meget gerne have, at de henvender sig, for så er der kontakt. (Interviewdeltager, voksenpsykiatrien).*

Repræsentanterne fra psykoseteamet oplever videre, at resultaterne af deres listegennemgang har fungeret som envejskommunikation uden tilbagemeldinger på deres vurderinger. Derved er de også usikre på, om deres vurderinger lever op til formålet – og anvendes til opfølgning på de pågældende patienters forløb som illustreret i nedenstående citat:

> *Hver gang jeg skriver en speciallægeerklæring [om patienterne på den daglige liste], er der ingen, der ser den. Den er derfor nyttesløs. Vi sidder i en egen boble og laver en vurdering – typisk på en patient, jeg syntes er for tidligt udskrevet eller udskrevet uden den nødvendige koordination fra afdelingens side, men det er ikke et problem, der kan løses via de notater, jeg laver. Problemet er, at afdelingerne er meget pressede, og de gør det, så godt de kan. Der er nogle huller i det, og der er meget, der mangler i samarbejdet. (Interviewdeltager, voksenpsykiatrien).*

Som illustreret i citatet fremstår listegennemgangen og de tilhørende notater, der er arbejdet i regi af det opsøgende psykoseteam, umiddelbart ikke som en løsning på de udfordringer, som de involverede oplever i forbindelse med patienternes indlæggelses- og udskrivelsesforløb.

De involverede fra afsnit for affektive lidelser har ikke en oplevelse af, at pakkeforløbets formål om færre akutte kontakter er i modstrid med målsætningerne for afdelingens patienter. Tværtimod ser de et behov for at styrke indsatsen og samarbejdet imellem afdelingen, socialpsykiatrien og de ambulante udgående teams i den regionale psykiatri. De praktiske erfaringer fra pilotafprøvningen indikerer til gengæld for de involverede, at listegennemgangen ikke fanger ret mange relevante patienter på afsnittet, fordi:

- relativt mange af afdelingens patienter i udgangspunktet ikke er kendte i psykiatrien
- de fleste listepatienter sorteres fra, fordi den ansvarlige speciallæge ikke vurderer, at deres kontakter med psykiatrien er udtryk for et uhensigtsmæssigt kontaktmønster, jf. journalgennemgangen i boks 2 ovenfor
- de indsatser, der er nødvendige for at hjælpe patienterne på sigt, i høj ligger i kommunalt regi og fx handler om patientens boligsituation, beskæftigelse, økonomi og evne til at klare sig i hverdagen.

Ovenstående forhold betyder, at deltagerne har svært ved at se, hvilke løsninger listegennemgangen skal lede til for de patienter, der har udfordringer. Interviewdeltagerne har derfor ingen praktiske erfaringer med opfølgende indsatser, der er sat i værk til patienter med gentagne indlæggelser som følge af listegennemgangen.

6.2.3 Fremadrettede perspektiver på indsatsen for at forebygge genindlæggelser i psykiatrien

Interviewdeltagerne fra voksenpsykiatrien ser et behov for at styrke samarbejde og koordination i relation til patienternes tværgående forløb. Ansættelse af udskrivelseskoordinatorer på relevante sengeafsnit fremstår i den forbindelse som en konkret prioritet. Det gælder dels i forhold til at optimere indsatsen for patienter med komplekse forløb, dels i forhold til at udvikle samarbejdet på tværs af aktører i de forløb, hvor patienterne har mange akutte sygehuskontakter. Netop det tværgående samarbejde mellem den regionale psykiatri og kommuner såvel som samarbejdet på tværs af den regionale psykiatri og somatik fremstår som vigtige fremadrettede indsatsområder, der kan/bør arbejdes med at adressere.

Den psykiatriske skadestue og de udgående ambulante teams, der arbejder i patienternes nærmiljø, nævnes som eksempler på enheder, der potentielt kunne have gavn af listegennemgang fremover. I forhold til skadestuen ved, at man kan identificere de patienter, der kommer mange gange, for at fremskynde tilknytning til ambulante regionale tilbud, og i forhold til hurtigere at etablere kontakt til relevante kommunale samarbejdsparter tidligt i især de yngre patienters forløb.

I forhold til de ambulante teams ses et behov for, at de får besked, når deres patienter har været i kontakt med skadestue eller indlagt akut, hurtigere og mere systematisk, end det foregår i dag, for at de ad den vej kan følge op med patienten samt gå i dialog med relevante kommunale samarbejdsparter.

6.3 Erfaringer og perspektiver fra Børne- og Ungdomspsykiatrien Odense

6.3.1 Opstart og organisering

Den forberedende fase blev i Børne- og Ungdomspsykiatrien anvendt til at aftale nedenstående lokale arbejdsgang for, hvem der modtager de daglige lister, og hvem der vurderer de patienter, der optræder på listen, som angivet i boks 3:

Boks 3: Arbejdsgang for listegennemgang, Børne- og Ungdomspsykiatri Odense

1. Lister sendes fra regionshusets afdeling for sundhedsdokumentation til Børne- og Ungdomspsykiatri Odense. Listerne vurderes ved vagtoverlevering den efterfølgende dag.
2. Hvis patienten ikke er indlagt og har haft to gentagne akutte kontakter inden for 3 måneder, vurderes patienten i den subakutte tid næstkommende dag kl. 8:30. Der meddeles til vagthavende, at den subakutte tid herefter er booket.

3a. Ikke-indlagte patienter: I den subakutte tid vurderer speciallæge, hvilken indsats der skal iværksættes – fx kontakt fra speciallæge til kommune, (video)konference med kommune/bosted, indsats ved mobilteam mv. Mobilteam eller socialrådgiver følger op på speciallægevurderingen.

3b. Indlagte patienter: Patient tilses, og relevante samarbejdsinitiativer iværksættes, bl.a. jf. 3a samt udskrivelses- eller koordinationsplan og forløbskoordinator/koordinerende indsatsplan.

Generelt involveres afdelingens mobilteam. Mobilteamet får datalisten og deltager i subakut vurdering for at understøtte det videre forløb. Mobilteamet deltager herudover i koordinering af det videre forløb efter udskrivelse for de patienter, der er indlagt.

Kilde: Børne- og Ungepsykiatriens beskrivelse af arbejdsgang

6.3.2 Oplevet relevans og anvendelighed

Interviewpersonerne fra Børne- og Ungepsykiatrien Odense lægger vægt på, at deres patienter har det bedst derhjemme. Derfor har de som mål, at patienterne så vidt muligt ikke skal indlægges, samt at de indlæggelser, der sker, skal være så korte som muligt. Listegennemgangen og formålet med denne fremstår derfor som et relevant og positivt tiltag og understøtter deres mulighed for at identificere og handle systematisk på de forløb, hvor patienterne bliver hyppigt indlagt – som illustreret i citatet nedenfor:

> *Listen er et godt redskab i en presset hverdag med ansvar for 18 sengepladser. Jeg synes, det er hjælpsomt; der er en struktur, der hjælper mig, da jeg ellers godt kan*

miste overblikket i forhold til, om vi har patienter, der kommer her for ofte. (Interviewdeltager fra Børne- og ungepsykiatrien)

Den etablerede arbejdsgang omkring listegennemgangen fungerer godt i hverdagen, og rutinen med at involvere mobilteam, informere samarbejdsparter og indkalde til netværksmøder positivt understøtter samarbejdet om patienternes forløb. Dette er sammenfattet i nedenstående vurdering, der er udarbejdet af Børne- og ungepsykiatrien med afsæt i en audit på afdelingens 'listepatienter':

Boks 4: Vurdering af listernes anvendelighed i Børne- og ungepsykiatrien

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Odense har taget udgangspunkt i de informationsmails, som koordinatoren for Mobilteam udsender til personalet vedrørende patienter, der har optrådt på listen med gentagne indlæggelser. Gennemgangen af de udvalgte patienter er udarbejdet af de listeansvarlige medarbejdere i pilotafprøvningen og kvalificeret i dialog med deres afdelingsledelse.

Der har været udsendt informationsmails siden oktober 2020, men der har været en tilpasningsperiode, hvor indholdet og formen på informationsmailen er justeret undervejs. På denne baggrund er det vurderet, at data fra marts og april 2021 giver det mest retvisende billede af brugen af informationsmails i sin endelige form. Det er således marts og april 2021, der er medtaget i analysen.

Der er etableret en praksis, hvor koordinatoren ved Mobilteam modtager listen over gentagne indlæggelser. Herefter gennemgår koordinatoren patienterne på listen og sorterer patientstyrede indlæggelser fra. Koordinatoren udarbejder herefter en mail med relevant information om patientens forløb og sender til afdelingen med forslag om indsatser til relevante nøglepersoner med kontakt til patienten. Dette er først og fremmest overlæge og socialrådgiver i døgnafsnit (hvor patienten indlægges). Hvis der er tilknytning til Mobilteam, ambulatorie, eller hvis patienten indgår i andre indsatser, inkluderes nøglepersoner fra disse.

Data viser, at koordinatoren i marts-april 2021 modtog 30 patienter på listen og i 12 tilfælde udarbejdede informationsmails med forslag til opfølgende indsatser.

Kilde: Børne- og Ungepsykiatriens journalaudit.

Et opmærksomhedspunkt fremadrettet er dog, at indsatsen p.t. er personbåret i forhold til Mobilteamets koordinator. Hvis listegennemgangen skal fortsætte og udbredes til andre afdelinger, anbefaler de involverede derfor, at indsatsen forankres i en bredere personkreds, så der er mulighed for at dække ind for hinanden ved sygdom, ferie o.l.

6.3.3 Praktiske erfaringer med listegennemgang

Afdelingen identificerer ugentligt 1-2 patienter til opfølgning via listegennemgangen, hvor afdelingen og Mobilteamets koordinator informerer samarbejdsparter om patientens gentagne indlæggelser og kommer med forslag til samarbejdet om det videre forløb[5]. I disse forløb involveres typisk også afdelingens socialrådgiver med henblik på at koordinere udskrivelsen samt vurdere, om der skal indkaldes til netværksmøde (med patienten og pårørende) eller samarbejdsmøder (hvor patient og pårørende ikke er med).

På interviewtidspunktet havde der været afholdt ca. 10 netværks- og samarbejdsmøder på baggrund af den daglige listegennemgang, og værdien af disse opleves stor – som illustreret i nedenstående citat:

[5] På sigt er det også planlagt, at afdelingens nyansatte udskrivelseskoordinator skal indgå som nøgleperson i opfølgningen på listepatienterne.

Dem, vi er med til at fange, er de unge, der pludselig stikker af i forhold til, hvordan de har det. Det er fx de unge, der overgår fra grundskole til voksenregi. Bliver mødt af nye større krav og mangler støtte. Deres indsatser er lukket ned, typisk fordi de ikke samarbejder, og så afsluttes de i kommunen. Tit og ofte eskalerer det over tid, og de får hjælp til at bo andre steder end hjemme. Og de får måske SKP eller bosted og begynder at blive indlagt. […] og der hjælper det at kunne sige, at de har været indlagt så og så mange gange. Så er det, som om kommunen lytter lidt mere og fx sætter ind med bo-støtte. Det er også sundt for os at kigge på vores indsats. Nu har denne patient været indlagt 4 gange, og kunne der være noget, vi har overset eller kunne de have udviklet en ny lidelse. (Interviewdeltager, Børne- og ungepsykiatrien)

Som illustreret i citatet opleves listegennemgangen både som en hjælp i forhold til afdelingens fokus på at forebygge genindlæggelser og som en løftestang for dialogen med hjemkommunen om patienternes kommunale støtteforanstaltninger.

6.3.4 Udfordringer relateret til timing og GDPR

Undervejs i afprøvningen har der været udfordringer relateret til GDPR og timing. Det skyldes, dels at indlæggelserne på afdelingen typisk er korte, dels at de involverede nøglepersoner (socialrådgiver og koordinator i mobilteamet) arbejder almindelig dagtid. Det betyder, at en stor andel af listepatienterne allerede er udskrevet, når de optræder på listen – eller når mobilteamets koordinator modtager besked om, at der er behov for opfølgning. Hvis der i disse tilfælde ikke er indhentet samtykke til den opfølgende indsats under selve indlæggelsen, har de involverede ikke mulighed for at gå videre med denne. Det betyder, at en del opfølgningsforløb er aflyst. Indhentning af samtykke til, at de må arbejde med opfølgning på forløbet – også efter patienten er udskrevet – er derfor et vigtigt opmærksomhedspunkt for deltagerne i pilotafprøvningen som illustreret i nedenstående citat:

Vi har fået mulighed for at indhente en samtykkeerklæring, der gælder et år, og ønskescenariet er, at den bliver underskrevet ved første kontakt – og at behandleren også husker at få mobilteamet med på samtykket. Det er ikke fortrykt, så der er blanke kolonner, man skal huske at udfylde. (Interviewdeltager, Børne- og ungepsykiatrien)

Interviewdeltagerne arbejder derfor med at sikre indhentning af samtykke af hensyn til pilotafprøvningen såvel som i forhold til afdelingens indlæggelser generelt og oplevelsen. Pilotafprøvningen fungerer derved som løftestang for et i forvejen prioriteret indsatsområde, der udvikler sig positivt, men uden at være helt i mål.

6.3.5 Opfølgningen til patienter med gentagne indlæggelser

Opfølgningen på de patienter, der identificeres via listegennemgangen, handler for det første om at holde et ekstra fokus på planlægning af udskrivelsen og god overlevering til pårørende og relevante aktører i kommunen. Afdelingens nyansatte udskrivelseskoordinator og de tilknyttede socialrådgivere spiller en væsentlig rolle i den sammenhæng.

Som noget nyt i forbindelse med listegennemgangen er der et fokus på patientens ambulante opfølgning og udredning, herunder om indlæggelseshistorikken giver anledning til at justere i de eksisterende aftaler, hvis der fx vurderes at være for lang tid til næste besøg. Afdelingen kan ikke selv ændre på disse aftaler, men er foranlediget af listegennemgangen begyndt at skrive til de relevante behandlere. Erfaringen er indtil videre, at der bliver taget konstruktivt imod dette som illustreret nedenfor:

Det er rigtigt positivt, at folk ikke bliver fornærmede, når nu et mobilteam tramper ind over og blander sig. Det er jo en lille smule konfronterende at blive kontaktet på mail, hvor der gives anbefalinger til patientens opfølgning. Men vi er lykkes med, at de ser det som en hjælp. (Interviewdeltager, Børne- og ungepsykiatrien)

Fokus er herudover på at planlægge netværks- og samarbejdsmøder med involverede aktører, patient og pårørende, når det er relevant. Det fremgår i den forbindelse, at listegennemgangen kan understøtte relevansen af disse og være med til at sætte dagsordenen for de problemstillinger der er vigtige at adressere i det videre forløb.

6.4 Opsamling

Den oplevede relevans og anvendelighed blandt deltagerne fra Voksenpsykiatrien er lav, og der er ikke fundet eksempler på, at listegennemgangen har fungeret som afsæt for opfølgning og optimering af konkrete patientforløb i løbet af pilotafprøvningen. Det fremgår videre, at de involverede slås med en række udfordringer relateret til kommunikation, koordination og adgang til de – især kommunale tilbud – som de vurderer, at patienterne har behov for. Listegennemgangen opleves ikke som et element, der bidrager til løsning af disse udfordringer. I det videre arbejde med pakkeforløbstanken i psykiatrien efterspørges derfor en mere involverende proces, hvor de løsninger, der arbejdes med, i højere grad er formuleret af psykiatriens fagpersoner og målrettet psykiatriens vilkår og udfordringer. Dog peges der på de udgående ambulante teams som aktører, der potentielt kunne have nytte af et værktøj som listegennemgangen, fordi de ofte ikke informeres om indlæggelser blandt de patienter, de er tilknyttet.

Den oplevede relevans og anvendelighed er relativt høj i blandt de involverede i Børne- og ungdomspsykiatrien. Det skyldes, dels at formålet med at forebygge akutte kontakter er i overensstemmelse med afdelingens målsætninger for patienterne, dels at der har været relevante nøglepersoner, som har taget ansvar for og grebet opgaven med henholdsvis listegennemgang og opfølgning på relevante forløb. De involverede støtter derfor op om, at listegennemgangen videreføres og konsolideres på deres afsnit, dels i forhold til at opnå rutine med de forskellige elementer i opfølgningen på relevante patienter, dels i forhold til at gøre arbejdsgangene mindre personafhængige fremadrettet.

7 Konklusioner og anbefalinger til det videre arbejde med implementering

Dette kapitel præsenterer først VIVEs konklusioner i forhold til pilotafprøvningens tre typer af afdelinger. Herefter følger en afrunding om de fremadrettede vidensbehov og VIVEs overordnede anbefalinger til det videre arbejde med pakkeforløbet.

7.1 Konklusioner og perspektiver for videre implementering på Akutmodtagelserne

Evalueringen viser, at pakkeforløbet som helhed fremstår meget relevant og overvejende anvendeligt på de fire akutmodtagelser, samt at der her er en forventning om fortsat konsolidering af de beskrevne arbejdsgange og funktioner fremadrettet. Dette positive afsæt bunder i en gennemgående oplevelse af, at akutmodtagelserne i dag er godt konsolideret i deres organisering og interne samarbejdsrelationer på sygehusene, hvorfor der de seneste år har været mulighed og fokus på at udvikle det tværgående samarbejde med kommunerne. Evalueringens interviews indikerer således, at akutmodtagelserne er kommet relativt langt i deres konsolidering, samt at en række af de 'børnesygdomme', der tidligere er afdækket i forbindelse med oprettelsen af modtagelserne, er ved at være løst (se fx 2-5).

Afprøvningen af pakkeforløbet falder altså ind i en hverdag, hvor afdelingerne arbejder på at åbne op for deres relationer til kommunerne og fokuseret søger at forebygge indlæggelser. Formålet med pakkeforløbet såvel som de tre indsatsområder og konkrete tiltag opleves i den forbindelse som relevante og langt hen ad vejen genkendelige tiltag, der understøtter den igangværende udvikling på akutafdelingerne. Oplevelsen er samtidig, at den aktuelle udvikling i kommunerne med oprettelse af akutteams, midlertidige pladser og fremskudt visitation positivt understøtter arbejdet med pakkeforløbets elementer.

Akutafdelingerne har valgt at afprøve 'indsats i front' og 'den trygge udskrivelse', selvom disse elementer i pakkeforløbet i udgangspunktet er tiltænkt de stationære sengeafsnit. Erfaringerne er også, at der er udfordringer med at matche arbejdsgangene i de indeholdte tiltag med akutmodtagelsernes daglige patientflow. I forhold til 'indsats i front' udfordrer akutafdelingernes korte indlæggelsestider anvendeligheden af daglige listegennemgang, da flertallet patienter allerede har forladt afdelingen, når listerne udsendes. Den oplevede relevans af listegennemgang er til gengæld stor, og hvis funktionalitet og timing fremadrettet kan forbedres, er der et generelt ønske om at fortsætte med tiltaget.

Den daglige listegennemgang er i pakkeforløbet tæt forbundet med afholdelse af tværfaglige og ideelt set også tværsektorielle MDT-konferencer for patienter med særligt behov for opfølgning. Også dette element er naturligt udfordret af akutmodtagelsernes korte patientforløb, hvor langt de fleste patienter forlader afdelingen, inden der er gået et døgn. Opfølgningen til de patienter, der identificeres, knytter sig derfor i højere grad til, at de tilknyttes en udskrivelsessygeplejerske end til afholdelse af MDT. Men også i denne sammenhæng gives eksempler på, at det i enkelte tilfælde er lykkedes at gennemføre MDT, samt udbyttet af dette i de pågældende forløb har været stort.

De vigtigste tværgående opmærksomhedspunkter der fremstår for det videre arbejde handler om:

- at få ansat og konsolideret de sidste tværsektorielle koordinatorer og udskrivelseskoordinatorer, da disse konsistent fremhæves som afgørende elementer i det fremadrettede tværgående samarbejde
- opnå mere rutine med MDT-formatet – og meget gerne i en virtuel form, hvor praksislæger og kommuner har bedre mulighed for at deltage, da det ellers er meget svært at få konceptet til at fungere i akutmodtagelsernes dagligdag med hurtige patientflow
- videreudvikle arbejdet med listegennemgang i forhold til GDRP og funktionalitet, så indsatsen bliver mere præcis og lettere at arbejde med. Hvis listegennemgangen ikke er mulig at få til at fungere, kan det overvejes, om der – som en del af arbejdsgangen ved akutindlæggelser – kan findes en anden metode til at sætte fokus på patienter med gentagne indlæggelser og særlige behov for opfølgning.

7.2 Konklusioner og perspektiver for videre implementering på sengeafdelinger

Pakkeforløbets fokus på at styrke indsatsen for patienter med mange akutte hospitalskontakter såvel som forløbets grundelementer i form af udskrivningskoordinatorer, mål- og plansamtaler og særligt fokus på at koordinere udskrivelsen for patienter med komplekse forløb, fremstår relevante på tværs af de fire pilotafdelinger. Erfaringerne med de nye elementer i form af listegennemgang og afholdelse af MDT-konferencer adskiller sig til gengæld på tværs af de to geriatriske sengeafdelinger sammenlignet med henholdsvis den kardiologiske og almen medicinske sengeafdeling.

Det kommer både til udtryk ved, at de geriatriske afdelinger er kommet hurtigere i gang med afprøvningen og derved har opnået flere erfaringer, og ved at den oplevede relevans og anvendelighed er højere i geriatrien. Årsagerne til disse forskelle er for det første, at de geriatriske indlæggelsesforløb generelt set er længere og med mere behov for opfølgning end forløbene på de medicinske specialafdelinger, der har deltaget i pilotafprøvningen. For det andet har de geriatriske afdelinger fra starten haft de relevante tovholdere og tiltag relateret til opfølgning på plads som en del af det daglige set-up, hvilket ikke i samme grad er tilfældet på de to medicinske afsnit.

Som afspejlet i målgruppeanalysen (kapitel 2) er MDT-konferencen et tiltag, der er forbeholdt en lille andel af de patienter, som dagligt optræder på afdelingernes lister. Enkelte – og det gælder især deltagerne fra de to medicinske afdelinger – stiller i den forbindelse spørgsmålstegn ved, hvorvidt udbyttet af listegennemgang matcher de anvendte ressourcer, og hvorvidt det er muligt at opnå større præcision i udvælgelsen af listepatienter. Interview og målgruppeanalyse har dog ikke afdækket konkrete eksempler på, hvordan dette kan gøres. Den generelle vurdering er endvidere, at kriteriet om tre akutte kontakter på samme hospitalsmatrikel er velvalgt, samt det, uanset hvilke kriterier, der vælges, kræver en speciallægevurdering at vurdere, hvilke patienter der har særligt behov for opfølgning.

Det fremgår videre, at det oplevede udbytte af både MDT og konferencer relateret til planlægning af konkrete patientforløb vurderes stort af involverede fagpersoner såvel som de patienter, der modtager tilbuddet. På baggrund af patientinterviewene fremstår det også som vigtige opmærksomhedspunkter, at:

- patienter/pårørende bliver hørt og reelt involveret i konferencens fokus og beslutninger

- der er et tydeligt formål med konferencen og en klar rollefordeling mellem de deltagende fagpersoner
- der deltager en primært ansvarlig speciallæge med indsigt i patientens forløb og sygdomsbillede.

Det oplevede udbytte af læringsorienterede MDT-konferencer blandt en bredere kreds af fagpersoner om udvalgte patientforløb er også stort – og det gælder ikke mindst i de tilfælde, hvor det lykkes at involvere eksterne aktører i form af kommune, almen praksis og psykiatri.

De vigtigste tværgående opmærksomhedspunkter for det videre arbejde handler med afsæt i sengeafdelingernes erfaringer om, at:

- Erfaringerne fra de to medicinske afsnit illustrerer, at der kan være væsentlige patientrelaterede forskelle de medicinske specialer imellem, som har betydning for arbejdet med listegennemgang og MDT-konferencer. Det fremstår derfor relevant at afveje, på hvilke afsnit og ud fra hvilke kriterier listegennemgang og MDT udgør relevante og anvendelige redskaber på de enkelte afdelinger.
- De understøttende funktioner i form af tværsektorielle koordinatorer og udskrivelseskoordinatorer bør være til stede på de afdelinger, der skal arbejde med listegennemgang, MDT og opfølgning på forløbet for de relevante patienter, der identificeres.
- De involverede tydeligt informeres om pakkeforløbets formål og indhold, samt at der etableres en projektgruppe med ansvar for implementeringen. Erfaringerne fra de fire pilotafsnit indikerer, at personkredsen godt kan være snæver, så længe den er forankret blandt de relevante nøglepersoner i form af listeansvarlig læge og koordinerende funktioner.
- Ved afholdelse af MDT målrettet individuelle patientforløb er det vigtigt, at en primært ansvarlig læge, der er godt inde forløbet, kan deltage sammen med udskrivningskoordinator e.l., som kan sikre opfølgning og effektuering af de tiltag, der besluttes. En tydelig dagsorden, dialog i øjenhøjde og klar rollefordeling mellem de deltagende fagpersoner bør også prioriteres, da dette fremstår essentielt for det patientoplevede udbytte.

7.3 Konklusioner og perspektiver for udvikling af et pakkeforløb for patienter med mange akutte kontakter i psykiatrien

Den oplevede relevans og anvendelighed blandt deltagerne fra Voksenpsykiatrien er lav, og der er ikke fundet eksempler på, at listegennemgangen har fungeret som afsæt for opfølgning og optimering af konkrete patientforløb i løbet af pilotafprøvningen. Det fremgår videre, at de involverede slås med en række udfordringer relateret til kommunikation, koordination og adgang til relevante tilbud, som patienterne vurderes at have behov for. Listegennemgangen opleves ikke som et element, der bidrager til løsningen af disse udfordringer. I det videre arbejde med pakkeforløbstanken i voksenpsykiatrien efterspørges derfor en mere involverende proces, hvor de løsninger, der arbejdes med, i højere grad er formuleret af psykiatriens fagpersoner og målrettet psykiatriens vilkår og udfordringer. Dog peges på, de udgående ambulante teams og psykiatrisk skadestue som aktører potentielt kunne have nytte af et værktøj som listegennemgangen for at skærpe opmærksomheden på de patienter, der har mange gentagne akutte kontakter.

Den oplevede relevans og anvendelighed er relativt høj blandt de involverede i Børne- og ungdomspsykiatrien. Det skyldes, dels at formålet med at forebygge akutte kontakter er i overensstemmelse med afdelingens målsætninger for patienterne, dels at der har været relevante nøglepersoner, som har taget ansvar for og grebet opgaven med henholdsvis listegennemgang og opfølgning på relevante forløb. De involverede støtter derfor op om, at listegennemgangen videreføres og konsolideres på deres afsnit, dels i forhold til at opnå rutine med de forskellige elementer i opfølgningen på relevante patienter, dels i forhold til at gøre arbejdsgangene mindre personafhængige.

De vigtigste tværgående opmærksomhedspunkter, der fremstår for det videre arbejde med at udvikle et pakkeforløb i psykiatrien, handler om:

- at pakkeforløbet i sin nuværende form ikke vurderes velegnet at implementere i voksenpsykiatrien
- at igangsætte/gennemføre den planlagte beskrivelse af et pakkeforløb målrettet psykiatriens opgaver og vilkår med afsæt i en involverende proces, der ligner den, der blev gennemført på det somatiske område
- nøje at overveje, hvor og hvordan listegennemgang og MDT-konferencer kan fungere som relevante og anvendelige redskaber i psykiatrien. Børne- og ungdomspsykiatrien fremstår umiddelbart relevant på baggrund af pilotafprøvningen, og tilsvarende bliver der i voksenpsykiatrien peget på de udgående ambulante teams og psykiatrisk skadestue som muligheder, der kan undersøges nærmere i fremtiden.

7.4 Afrunding

7.4.1 Begrænsninger i evalueringens datagrundlag

Situationen med covid-19-pandemien betyder, at arbejdet med pilotafprøvningerne – herunder særligt listegennemgang og afholdelse af tværsektorielle MDT-konferencer – ikke er nået så langt som forventet, da evalueringen blev designet og aftalt.

Det betyder, at datagrundlaget for evalueringens målgruppe- og aktivitetsanalyse ikke er muligt at anvende som afsæt for justering af den algoritme, der udvælger patienter til den daglige listegennemgang. Det har heller ikke har været muligt at vurdere, hvorvidt afholdelse af MDT-konferencer har betydning for inkluderede patienters videre forløb og indlæggelser. Evalueringens konklusioner og anbefalinger hviler således primært på de kvalitative interviews, der er gennemført på de ti pilotafdelinger. Derfor kan det overvejes at gentage de kvantitative analyser, der var lagt op til i evalueringen, på et senere tidspunkt, hvor pakkeforløbet er bedre konsolideret i den daglige praksis. En sådan analyse vil for det første kunne anvendes til at kvalificere de kriterier, der anvendes til at udvælge patienter til daglig listegennemgang – og herunder også, om der er behov for at anvende forskellige kriterier i forhold til, hvilke afdelinger og specialer der er tale om. Analysen vil for det andet kunne anvendes til at opnå viden om effekterne af listegennemgang og MDT-konferencer og derved kvalificere, hvorvidt anvendte ressourcer matcher de opnåede resultater.

7.4.2 Justeringer i pakkeforløbet forud for den videre udrulning

Evalueringens datagrundlag giver ikke anledning til at anbefale grundlæggende ændringer og justeringer af pakkeforløbets opbygning og indhold ud over de justeringer, der er gennemgået

i forhold til grupperne af somatiske pilotafdelinger ovenfor. Det skyldes, at pakkeforløbet overordnet fremstår relevant, samt at der er opbakning til de grundlæggende målsætninger og indholdselementer på de involverede somatiske pilotafdelinger.

Der bør dog være opmærksomhed på, at dette ikke nødvendigvis vil være tilfældet på alle de sengeafdelinger, hvor pakkeforløbet fremadrettet kan udrulles. Det vil derfor være vigtigt at afdække parathed og relevans på de nye afdelinger og specialer, der tænkes involveret fremover. Det fremstår for det første vigtigt at lave en reel vurdering af, hvorvidt der er behov at justere i indhold og enkeltelementer i forhold til de individuelle afsnit. For det andet kan det kræve flere ressourcer og mere ledelsesmæssig opmærksomhed at udrulle forløbet på afdelinger, der fx ikke har ansat tværsektorielle koordinatorer, udskrivningskoordinatorer o.l., som kan fungere som nøglepersoner i implementeringen.

7.4.3 Pakkeforløbet som understøttelse af det tværsektorielle samarbejde om indlæggelse og udskrivning

Den oplevede relevans hænger bl.a. sammen med, at de fleste af pakkeforløbets enkelte elementer i udgangspunktet er kendte, samt at de afspejler de funktioner og arbejdsgange mv., der i forvejen er aftalt i forhold til tværsektoriel kommunikation og samarbejde ved indlæggelse og udskrivelse (jf. 6). De indgåede aftaler er imidlertid ofte svære at overholde fuldt ud i hospitaler og kommuners travle hverdag, ligesom det langt fra er alle hospitalsafdelinger, der har tværsektorielle koordinatorer, udskrivningskoordinatorer mv. på plads til at understøtte overgangene i patientforløbet (jf. fx 7-9).

Pakkeforløbet i Region Syddanmark er i første omgang forankret i hospitalsregi og formuleret med et fokus på at identificere og styrke indsatsen over for patienter med gentagne akutte kontakter. I et bredere perspektiv samler pakkeforløbet imidlertid en række af de ovennævnte tiltag i en samlet ramme, som – hvis den realiseres fuldt ud – har et potentiale for at understøtte det tværsektorielle samarbejde om sektorovergange. Det er VIVEs vurdering, at pakkeforløbet på sigt kan være med til at styrke efterlevelsen af de eksisterende aftaler for kommunikation og indlæggelse mere generelt.

Fremadrettet kan det også være relevant at undersøge mulighederne for at formulere et lignende pakkeforløb med et tværsektorielt fokus på indsatsen for patienter med gentagne akutte hospitalskontakter, samt hvilke tiltag og funktioner, der på tværs af de samlede patientforløb, kan styrke indsatsen for disse.

Litteratur

1) Region Syddanmark (2020): *Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser.* Vejle: Tværsektorielt Samarbejde, Region Syddanmark.

2) Region Syddanmark (2021): *Samarbejdsaftale om patientforløb.* https://regionsyddanmark.dk/ wm258038 (Siden er sidst opdateret 26-05-2021/tilgået 04.10.2021).

3) Madsen, M.H. & Williams Strandby, M. (2018): *Akutmodtagelserne i Danmark - Forudsætninger, udfordringer og fremtidige pejlemærker.* København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

4) Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen & Sundheds- og Ældreministeriet (2016): *De danske akutmodtagelser - status 2016*, København.

5) Brøcker, A., Christensen, I.E., Ladegaard Bro, L., Glent-Madsen, M. & Lund Tovgaard, S. (2013): *Kvalitet og mål i akutmodtagelser*. København, KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

6) Brøcker, A. & Ladegaard Bro, L. (2013): *Ledelse af akutte patientforløb. Et projekt under Videnscenter for Velfærdsledelse*. København, KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

7) Sandberg Buch, M., Boll Hansen, E. & Myhre Jørgensen, M. (2014): *Evaluering af Region Hovedstadens kommunikationsaftale for indlæggelse og udskrivning*. København, KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

8) Holm-Petersen, C. & Sandberg Buch, M. (2012): *Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland. Status på den foreløbige implementering*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

9) Sandberg Buch, M., Jakobsen, M., Kolodziejczyk, C. & Ladekjær, E. (2016): *Evaluering af indsats for forløbskoordination - Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner*. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Bilag 1 Evalueringens design og gennemførelse

De tre hovedopgavers gennemførelse og datagrundlag uddybes i de følgende tre afsnit.

Interviewundersøgelse af ledere og medarbejderes perspektiver

Interviewundersøgelsen afdækker, hvordan de enkelte pilotafsnit har arbejdet med pakkeforløbet, hvilke faktorer der har fremmet eller hæmmet arbejdet, samt de oplevede resultater og perspektiver på det videre arbejde med udrulningen. Interviewene har desuden haft fokus på at afdække den oplevede relevans og anvendelighed samt de eventuelle faglige og patientrelaterede gevinster, som fagpersonerne oplever som følge af de nye initiativer.

Pilotafdelingernes erfaringer er afdækket via 13 gruppeinterviews med 48 ledere og medarbejdere. Interviewdeltagerne er udvalgt af pilotafprøvningens lokale tovholdere, og fokus har været at inkludere ledere og fagpersoner, der er direkte involveret i afprøvningen.

Fordelingen af interviews på afdelinger samt antal og type af interviewpersoner fremgår af Bilagstabel 1.1 og Bilagstabel 1.2.

Bilagstabel 1.1 Evalueringens interview fordelt på afdelinger[6]

	Direkte involverede fagpersoner	Implementeringsansvarlige ledere
FAM	Fire gruppeinterview	Et gruppeinterview
Medicinske afsnit	Fire gruppeinterview	Et gruppeinterview
Psykiatrien	To gruppeinterview	Et gruppeinterview

Bilagstabel 1.2 Evalueringens interviewdeltagere fordelt på afdelinger og type

	Fælles akutmodtagelse	Medicinsk afsnit	Psykiatrien
Odense Universitetshospital	2 ledere 1 medarbejder	Geriatrisk sengeafsnit 4 ledere 2 medarbejdere	Børne og unge psykiatrien 1 leder og 3 medarbejdere Voksenpsykiatrien 1 leder og 2 medarbejdere
Kolding	2 ledere 3 medarbejdere	Geriatrisk sengeafsnit 3 ledere 3 medarbejdere	
Esbjerg	3 ledere 3 medarbejdere	Kardiologisk afdeling 4 ledere 2 medarbejdere	
Sønderborg	1 leder 3 medarbejdere	Medicinsk afdeling 3 ledere 2 medarbejdere	
I alt	**8 ledere** **10 medarbejdere**	**14 ledere** **9 medarbejdere**	**2 ledere** **5 medarbejdere**

[6] I udgangspunktet var der også planlagt en række interviews med praktiserende læger og kommunale fagpersoner, som skulle afdække disse gruppers erfaringer og perspektiver på patienter, der har fået ydelser i pakkeforløbet. Vurderingen blandt de hospitalsansatte interviewdeltagere har imidlertid været, at pakkeforløbet bl.a. på grund af covid-19-pandemien primært har et internt fokus på pilotafdelingerne. Vurderingen på tværs af interviews har derfor været, at pakkeforløbets indsatser ikke er synlige for kommuner og almen praksis, hvorfor det er for tidligt at interviewe de eksterne samarbejdsparter. De planlagte interviews er derfor udgået af evalueringen.

Forud for de enkelte interview er der udsendt et informationsbrev til deltagerne, som beskriver formålet med evalueringen samt de temaer, interviewet fokuserer på. Interviewene har varet mellem 60 og 90 minutter, og der er anvendt en generisk semistruktureret interviewguide (fremgår af Bilag 2), som forud for de enkelte interviews er tilpasset deltagerne og den specifikke kontekst. Alle interviews er optaget digitalt, og der udarbejdet et udførligt referat af samtalerne, som efterfølgende er kondenseret i henhold til evalueringens fokusområder og anvendt som afsæt for citat og analyse.

Afsættet for analysen er de tre forskellige typer af afdelinger (psykiatri, akutmodtagelser og medicinske sengeafdelinger), der har indgået i pilotafprøvningen, og resultaterne er derfor formidlet i tre selvstændige kapitler. Af hensyn til informanternes anonymitet angiver vi typen af informant – fx læge, leder, udskrivningskoordinator – men uden at give mere detaljerede oplysninger om afdelingstilhørsforhold. I kapitlet om psykiatrien angiver vi ikke typen af informant, men de anvendte citater er bredt fordelt på tværs af interviewdeltagerne.

Målgruppebeskrivelse og opgørelse af aktiviteter

Metode og datagrundlag

Analysen bygger på registerdata fra to forskellige somatiske hospitalsafsnit i Region Syddanmark, der er med i projektet. De deltagende afdelinger er Geriatrisk Afdeling på Odense Universitetshospital og Medicinske sygdomme på Sygehus Sønderjylland, mens de seks øvrige afdelinger ikke registeret MDT og derfor ikke indgår i analysen. Inklusionsperioden er mellem 1. november 2020 og 31. maj 2021. Region Syddanmark har trukket data fra det patientadministrative system COSMIC, der bruges på de forskellige hospitaler i regionen. I samråd med VIVE har Region Syddanmark trukket følgende oplysninger til brug i analysen:

Patient-inklusionskriterier:

- Cpr-nr. på patienter, som optræder på lister udleveret til afdelingerne (dvs. patienter, som opfylder inklusionskriteriet om minimum 3 akutte sygehuskontakter inden for 182 dage (somatik).

Hvert cpr-nr. kobles til oplysninger om:

- Dato for patientens optagelse på listen
- Sygehus og afdeling (som listen er udleveret til)
- Patientens køn
- Patientens alder ved optagelse på listen
- Somatik: MDT-konference (ja/nej) med angivelse af dato, hvis MDT-konference er gennemført
- Antal akutte sygehuskontakter i inklusionsperioden
- Antal sengedage i inklusionsperioden.

De specifikke koder, der er trukket, er i Region Syddanmarks journalsystem 'ZZ0190' (Tværfaglig konference) og 'ZZ0176' (Udarbejdelse af handlingsplan). Koderne er søgt i fire datasæt, som hedder Cosm_DM_genindl_6mdr_Geri, Cosm_EG_kont_skade og Cosm_EG_kont_indlagte.

Alle data er videregivet fra Region Syddanmark til VIVE efter gældende regler om overførsel af personhenførbare data mellem offentlige institutioner. VIVE har indberettet analysen under VIVEs paraplyordning ved Datatilsynet.

Analysen bygger på deskriptiv statistik, hvor gennemsnit, spredning (standard deviation) og procent (%) bruges til at beskrive patientkarakteristika.

Patienter og pårørendes perspektiver

Patient- og pårørendeerfaringer i relation til pakkeforløbet er undersøgt via 7 kvalitative interviews med patienter og pårørende, der i forbindelse med afprøvningen af pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser enten har deltaget i en MDT-samtale omkring deres/deres pårørendes forløb eller har haft et forløb med særligt fokus på den trygge udskrivelse.

I interview med patienter, der har haft MDT-deltagelse som fokusindsats, har vi desuden spurgt om, hvad de oplever som en god og tryg udskrivelse. De har således ikke svaret på disse spørgsmål på baggrund af erfaringer fra en specifik indlæggelse, men på baggrund af generelle erfaringer med og overvejelser om, hvad en tryg udskrivelse vil sige. Hovedtemaerne for interviewene har været følgende (interviewguiden fremgår af Bilag 3):

- Din indlæggelse; baggrund for indlæggelsen, hvordan blev du indlagt, hvor længe var du indlagt.
- MDT-samtalen (hvis relevant); forberedelse, formål, deltagere, hvor fandt samtalen sted; din oplevelse af samtalen, hvad skete der; din rolle i samtalen, hvad blev der talt om; var der noget, der var svært; var der noget, der kunne have været bedre; hvad fik du ud af at deltage.
- Din udskrivelse; hvordan foregik udskrivelsen; samtale forud for udskrivelse – hvordan foregik det, hvad talte I om, hvem var med; plan for udskrivelse og forløbet herefter; manglede du noget i forbindelse med din udskrivelse; hvad er en god og tryg udskrivelse for dig.

Men da det er patienter, der er i pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser, har de alle en del erfaring med udskrivelser og har haft relevant input til emnet. De pårørende, der har deltaget i interview, har primært talt ud fra deres erfaringer som pårørende.

Rekruttering af interviewdeltagere

Interviewdeltagerne er rekrutteret via personale på hospitalsafdelingerne, der har udleveret informationsmateriale om undersøgelsen til relevante patienter og med patienternes samtykke viderebragt kontaktinformation til VIVE, hvis de har vist interesse for at deltage i interview. Interviewdeltagerne er efterfølgende kontaktet telefonisk af en VIVE-medarbejder for nærmere aftale om interview. På trods af en udvidet rekrutteringsperiode (medio marts til ultimo maj) har patientrekrutteringen været vanskelig af forskellige årsager. Dels fortæller personalet, at det i selve afprøvningen af pakkeforløbet til tider har været vanskeligt at identificere relevante patienter til at indgå i indsatsen, hvilket har gjort, at der ikke har været så mange patienter at rekruttere ud fra. Dels er flere af de specifikke indsatser i pakkeforløbet relativt implicitte for patienterne, hvilket gør det svært at spørge til deres erfaringer med de mere implicitte indsatser. En anden problematik, der har vanskeliggjort patientrekrutteringen, har været, at en stor del af de relevante patienter har været meget syge og derfor har haft svært ved at deltage i et

interview. Den vanskelige interviewrekruttering har således ikke været forårsaget af manglende interesse for at deltage fra patienternes side – det har mere været et spørgsmål om vanskeligheder med at finde egnede patienter at spørge.

I den udvidede interviewperiode er det lykkedes at finde 5 patienter (og ikke som forventet 15 patienter) og 2 pårørende til interview fordelt på fire forskellige hospitalsafdelinger. Det er således et smalt datamateriale, der ikke kan tegnes tydelige mønstre eller drages generelle konklusioner på baggrund af. Det er dog et materiale, der kan bruges til at optegne nogle nuancer i patienter og pårørendes erfaringer med de specifikke indsatser.

Interviewenes gennemførelse og bearbejdning

Interviewene er foretaget ud fra en semistruktureret spørgeguide med en række specifikke spørgsmål under temaerne 'din indlæggelse', 'MDT-samtalen' og 'den trygge udskrivelse'. Under interviewene har der været opmærksomhed på også at forfølge emner, som informanten eventuelt selv har bragt på banen som vigtige i forløbet.

Interviewene er foretaget på telefon og er af cirka 30 minutters varighed (inden for spændvidden på 18-53 minutter). Den store variation i interviewlængde skyldes dels stor variation i, hvor meget interviewpersonerne havde at fortælle om emnet, dels at et par af patienterne af helbredsmæssige årsager ikke kunne holde til at tale i længere tid. Det ene pårørendeinterview med fokus på MDT-samtale er foretaget, mens patienten stadig var indlagt. De resterende seks interviews er foretaget efter udskrivelsen – dog var en patient blevet indlagt igen; en anden var kommet på rehabiliteringsophold og en tredje kommet i et midlertidigt kommunalt botilbud på interviewtidspunktet. Patienterne er blevet oplyst om anvendelse af interviewene og om anonymitet.

Interviewene er optaget på diktafon, og der er skrevet et fyldigt referat. Interviewene er analyseret for mønstre og variationer i forhold til centrale emner, der er identificeret ved gennemlæsning og tematisk kodning af referaterne.

En oversigt over de interviewede patienter og pårørende findes i nedenstående skema.

Køn	Alder	Patientkategori	Format og tidspunkt for MDT-samtale	Andet indsatområde
Mand	Ønskede ikke at oplyse sin alder	Sociale forhold medvirkende til indlæggelse	-	Den trygge udskrivelse
Kvinde	78 år	Dobbeltdiagnose	Deltog virtuelt i hjemmet sammen med hjemmesygeplejerske; samtalen fandt sted mellem indlæggelser	
Kvinde	56 år	-	Deltog virtuelt i hjemmet sammen med pårørende; samtalen foregik mellem indlæggelser	
Mand	54 år	Dobbeltdiagnose	Samtale foregik på en enestue under indlæggelse	
Mand	45 år	-	-	Den trygge udskrivelse
Kvinde	52 år	Pårørende til ældre og multisyg patient	Deltog virtuelt som pårørende, mens samtalen foregik på hospitalet, en visitator fra kommunen deltog via telefon	

Køn	Alder	Patientkategori	Format og tidspunkt for MDT-samtale	Andet indsatområde
			Under patientens ind- læggelse	
Kvinde	76 år	Pårørende til ældre og multisyg patient	Samtale foregik fysisk I hjemmet mellem indlæg- gelser	

Bilag 2 Guide: Pilotevaluering af pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser ledere og medarbejdere

Kort om evalueringen

VIVE gennemfører en evaluering af pilotafprøvningen, der skal kvalificere den planlagte fulde udrulning af pakkeforløb for gentagne indlæggelser via tre hovedopgaver:

- En interviewundersøgelse med fagpersoner og ledere, der skaber viden om, hvordan pakkeforløbet som helhed – såvel som de specifikke indsatser – er modtaget, implementeret og forankret på de hospitalsafdelinger, der deltager i afprøvningsfasen, samt hvilke resultater og fremadrettede perspektiver der forbindes med indsatsen.
- En analyse, der via relevante data beskriver målgruppen af patienter, antallet og typer af forløb samt antal og typer af specifikke aktiviteter, der tilbydes/gennemføres i regi af pakkeforløbet.
- En interviewundersøgelse, der afdækker patienter og pårørendes perspektiver på de multidisciplinære teamkonferencer og øvrige indsatser, de modtager inden for rammerne af pakkeforløbet.

Interviewundersøgelse med fagpersoner og ledere på hospitalsafdelinger

Interviewundersøgelsen med fagpersoner og ledere består af gruppeinterview med involverede fagpersoner og ledere fra de afdelinger og afsnit, der indgår i pilotafprøvningen. Vi gennemfører i alt ca. 13 gruppeinterviews med medarbejdere og ledere fra hospitalsregi.

Interviewene skal belyse jeres arbejde og erfaringer med de tre overordnede indsatser:

- Dialogbaseret indlæggelse
- Indsats i front
- Den trygge udskrivelse.

Indledning

Hvilke elementer i pakkeforløbet har I arbejdet med på jeres afsnit?

I hvilket omfang var elementerne i pakkeforløbet nyt for jer/var der noget, I kendte og gjorde i forvejen?

Hvordan har I overordnet grebet afprøvningen an? Hvilke overordnede udfordringer/fremmere har der været for afprøvningen?

I hvilket omfang er I repræsentative for den brede kreds af medarbejdere, der på sigt skal arbejde med elementerne i pakkeforløbet/hvor bred en kreds af medarbejdere har indtil videre været involveret i afprøvningen?

Dialogbaseret indlæggelse (primært FAM)

Tværsektoriel koordinator…

Ny eller eksisterende funktion?

Hvordan er den forankret/praktiseret hos jer?

- Hvilke forhold har fremmet eller hæmmet det daglige arbejde med tværsektoriel koordinator?
- Oplevede resultater, relevans og fremadrettede potentialer?

Overblik over tilbud i kommune og almen praksis/alternativer til indlæggelse…

Hvad er nyt i forhold til eksisterende praksis? Hvordan er viden om tilbud samlet ind/hvordan gøres den tilgængelig ved?

- Anmodning om indlæggelse (alternative tilbud eller subakutte tider)?
- I forbindelse med udredning på FAM?
- Hvilke forhold har fremmet eller hæmmet det daglige arbejde med delelementet?
- Oplevede resultater, relevans og fremadrettede potentialer?
    - Relevans og praktisk anvendelighed.

Adgang til sub-akutte tider…

I hvor høj grad er det et nyt fokus for jeres afsnit?

Hvordan er opgaven grebet an – hvem, hvad, hvordan?

- Hvilke forhold har fremmet eller hæmmet det daglige arbejde med delelementet?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
    - Relevans og praktisk anvendelighed.

Adgang til speciallægerådgivning uden for almindelig dagtid

- I hvilket omfang er det nyt/kendt?
- Hvordan er det organiseret og afprøvet?
- Hvordan er det meldt ud til akutteams og vagtlæger?
- Hvilke (hvor mange konkrete) erfaringer har I gjort jer i forhold til anvendelse og udbytte?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
    - Relevans og praktisk anvendelighed.

Fast kontakt til kronikere

- I hvilket omfang er det nyt/kendt?
- Hvordan er det organiseret og afprøvet?
- Hvilke (hvor mange konkrete) erfaringer har I gjort jer i forhold til anvendelse og udbytte?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
    - Relevans og praktisk anvendelighed.

Indsats i front

Daglig gennemgang af lister for patienter med gentagne indlæggelser/akutte kontakter

- Hvordan er opgaven grebet an?
- Hvem har ansvaret for gennemgangen?
- Hvor mange – og hvor konkrete – erfaringer har I med listegennemgang?
- Hvor anvendelige/præcise er listerne i forhold til at fange de rette patienter?
- Hvilke muligheder har I for at handle i forhold til de patienter, der fanges via listerne (rettidighed og mulighed for at handle aktivt på de problemer, der leder til gentagne akutte kontakter)?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
    - Relevans og praktisk anvendelighed.

Afholdelse af multidisciplinær teamkonference (MDT)

- Er det tænkt som en handlemulighed i forhold til de patienter, der identificeres via listegennemgang – relevans og praktisk anvendelighed?
- Hvordan er opgaven grebet an?
- Hvem har ansvaret for at indkalde til MDT-konference?
- Hvor mange – og hvor konkrete – erfaringer har I med MDT-konference?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
    - Relevans og praktisk anvendelighed.

Den trygge udskrivelse (stationære afdelinger)

Tilknytning af udskrivelseskoordinator

- Hvordan er opgaven grebet an – i hvilket omfang er der tale om et nyt fokus/element?
- Hvordan placeres ansvaret/hos hvem?
- Hvor mange – og hvor konkrete – erfaringer har I med tilknytning af koordinator?
- Hvad gør/hvordan arbejder koordinator?
    - Med borger og pårørende?
    - Med kommunen – kommunale visitatorer?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
    - Relevans og praktisk anvendelighed – herunder også samspil med SAMBO etc.

Afholdelse af mål- og plansamtaler med patienter og pårørende

- Hvordan er opgaven grebet an – i hvilket omfang er der tale om et nyt fokus/element?
- Hvordan placeres ansvaret/hos hvem – er det fx lig med udskrivelseskoordinator?
- Hvor mange – og hvor konkrete – erfaringer har I med afholdelse af mål- og plansamtaler?
- Hvad foregår der på en mål- og plansamtale?
    - Med borger og pårørende?
    - Med kommunen – kommunale visitatorer?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
    - Relevans og praktisk anvendelighed – herunder også samspil med SAMBO etc.

Pakkeforløbet samlet set og samspillet med SAMBO/øvrige rutiner og aftaler…

Forholdet mellem enkeltelementerne, vi har talt om ovenfor, og pakkeforløbet som helhed…

- Er det jeres oplevelse, at pakkeforløbet overordnet set bidrager/vil kunne bidrage til de ønskede resultater (tryggere indlæggelser og udskrivelser, færre akutte kontakter etc.)?
- Formidling – beskrivelsen af de samlede pakkeforløb, ledelsesmæssig forankring, kommunikation, hjælp og vejledning i forhold til afprøvning af delelementerne?
- Forskelle imellem typer af afdelinger, der er værd at være opmærksom på? – fx FAM vs. stationære sengeafdelinger?
- Er der enkeltelementer, der er mere relevante og anvendelige end andre?
- Opmærksomhedspunkter i forhold til udrulning fremadrettet?
- Jeres vigtigste læring og anbefalinger til det videre arbejde?

Vidensbehov i forhold til almen praksis og kommuner

- Har I nogle vidensbehov i forhold til almen praksis/kommuner i relation til pilotafprøvningen af pakkeforløbet?
    - Noget impact, I forventer – eller noget feedback på de elementer, der arbejdes med?
    - Samarbejde eller noget, I har behov for, for bedre at kunne indfri intentionerne bag pakkeforløbet?

Afrunding

Synes I, der er noget, vi mangler at spørge om/pointer der skal uddybes?

Har I spørgsmål til os?

Bilag 3 Spørgeguide til patienter – evaluering af pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser

Introduktion	○ Tak fordi du vil deltage ○ Introduktion af projekt ○ Formål og anvendelse af data – optræde anonymt i rapport ○ Optage? Opbevaring af data på sikker server
Baggrund	○ Hvor gammel er du? ○ Hvilket sygehus/afdeling var du indlagt på?
Din indlæggelse **[OBS – måske har patienterne ikke deltaget i MDT, i så fald spørg ind til følgende i stedet:** • Hvordan blev du informeret om den samtale, der havde været om din behandling og dit videre forløb? • Hvordan oplevede du, det var at få besked om din behandling og det videre forløb? • Følte du, at du blev inddraget/taget med i beslutningerne så meget, som du gerne ville?	○ Kan du fortælle om, hvad der gik forud for din indlæggelse? ○ Hvordan blev du indlagt? ○ Hvor længe var du indlagt? ○ Var du med til samtaler om dit forløb, mens du var indlagt? [MDT] ○ Hvem var med ved samtalen? ○ Hvordan oplevede du samtalen? ○ Vidste du, hvad formålet med samtalen var? ○ Var du tryg ved at deltage? ○ Vidste du, hvad du skulle/hvad din rolle var til samtalen? ○ Sagde du noget? Hvis ja, hvad sagde du, og hvordan blev det modtaget? Hvis nej, hvorfor ikke? ○ Var der noget, der var svært ved at være med til samtalen? ○ Hvad fik du ud af at være med til samtalen? ○ Er der noget, du synes kunne være bedre i den måde, samtalen foregår på? ○ Er der noget, du synes kunne være bedre i den måde, du blev informeret om din behandling og de beslutninger, der blev truffet om behandlingen?
Din udskrivelse	○ Hvordan oplevede du din udskrivelse fra hospitalet? Hvordan foregik det? Hvem var der? [OBS – deltog udskrivelseskoordinatoren, der var med til MDT?] ○ Havde du pårørende med? ○ Havde du en samtale med personalet på hospitalet i forbindelse med din udskrivelse? Hvordan foregik det? Hvad talte I om? Hvordan var det at være med? Klædte samtalen dig på til at komme hjem? ○ Var der en plan for, hvad der skulle ske, når du kom hjem? Var det en god plan i dine øjne? ○ Ved du, hvem du skal kontakte, hvis du bliver i tvivl om noget omkring din plan? ○ Er der noget, du manglede i forbindelse med din udskrivelse? ○ Hvad er den gode og trygge udskrivelse for dig? ○ Afrunding: Er der noget, vi mangler at snakke om – noget du gerne vil tilføje?

Bilag 4 Psykiatriafdelingernes listepatienter

Bilagstabel 4.1 Karakteristika for psykiatriafdelingernes listepatienter opgjort for perioden 1. november 2020 til 31. maj 2021

	Patienter, som opfylder inklusionskriterier (dvs. patienter, som optræder på lister) Voksne	Patienter, som opfylder inklusionskriterier (dvs. patienter, som optræder på lister) Børn og unge
Køn		
Kvinder (antal)	109	23
Mænd (antal)	94	
I alt	**203**	**23**
Kvinder (%)	53,7 %	100,0 %
Mænd (%)	46,3 %	0,0 %
Gennemsnitlig alder ved optagelse på liste	44 år	16 år
Gennemsnitligt antal akutte kontakter	1,56	1,51
Gennemsnitligt antal sengedage	11,9	12,37

Kilde: Region Syddanmark.

VIDEN VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

NOTAT

04-01-2022
EMN-2017-01329
1482258
Emilie Sophie Frank

Rammer for næste version af det nationale ledelsesprogram – forståelsespapir

Det nationale kvalitetsprogram blev søsat af regeringen, Danske Regioner og KL i 2015. Programmet markerede et skift væk fra kontrol og registrering og over mod kontinuerligt dataunderstøttet forbedringsarbejde. Det nationale ledelsesprogram i sundhedsvæsenet (NLPS) er et af delelementerne i kvalitetsprogrammet og skal klæde ledere i sundhedsvæsenet på til at stå for og lede dette kulturskifte.

I perioden 2017 til marts 2021 har i alt fire hold været igennem første version af det nationale ledelsesprogram. Selve programmet har været eksekveret af et konsortium bestående af Implement Consulting Group & LEAD – enter next level. Kontrakten med konsortiet udløb med hold 4. En tværsektoriel arbejdsgruppe og styregruppe har fulgt programmet. Arbejdsgruppen har fået til opgave af styregruppen at udarbejde et forslag til rammerne for næste version af ledelsesprogrammet. Til dette vil arbejdsgruppen bl.a. bruge indsigterne fra Læringsopsamlingen (udført af VIVE sommeren 2020) og generelt videreføre de bedste dele fra det foregående program. Herudover har styregruppen formuleret syv benspænd for arbejdsgruppen: 1) At antallet af deltagere bør sættes til ca. 200 om året – ca. 100 fra regionerne og 50-75 personer fra kommunerne, 2) at almen praksis skal med, 3) at programmet skal gennemføres inden for den samme økonomiske ramme, 4) at programmet skal kobles til de tværsektorielle sundhedssamarbejder/samordningsfora (herefter kaldet sundhedssamarbejder), 5) at deltagerne fortsat skal arbejde med et forbedringsprojekt, 6) at dette skal være dataunderstøttet og 7) at et af kvalitetsprogrammets andre ben "Lærings- og Kvalitetsteams" kobles tættere på ledelsesprogrammet. Herudover har styregruppen været enig om, at ledelsesprogrammet skal være endnu mere tværsektorielt funderet.

Nedenfor gennemgås arbejdsgruppens forslag til rammerne for næste version af ledelsesprogrammet:

<u>Formål</u>: Formålet med det nationale ledelsesprogram er at give ledere i sundhedsvæsenet kompetencer til at omsætte visionerne i det nationale kvalitets-

program til det daglige arbejde i praksis. Programmet vil derfor arbejde med ledelse af kultur, struktur og organisation. Ligesom der vil blive lagt vægt på at udbrede et fælles sprog og en fælles tilgang på tværs af sektorer om, hvordan man arbejder med kvalitet i sundhedsvæsenet – og herunder skabe forbindelse mellem det lokale, regionale og nationale ledelsesarbejde af kvalitet.

Ledelsesprogrammet skal klæde lederne på til at udbrede det lokale arbejde med dataunderstøttede kvalitetsforbedringer og at arbejde med kvalitet på tværs af afdelinger og sektorer. Det gælder både udbredelse af dataunderstøttede forbedringsmetoder, metoder til systematisk inddragelse af patienter og pårørende og metoder til at skabe sammenhængende patientforløb. Det nationale ledelsesprogram adskiller sig fra lokale ledelsesprogrammer ved at have fokus på tværgående og tværsektorielt kvalitetsarbejde – hvilket vil fylde endnu mere i næste version af programmet. Det skyldes ikke mindst de store udfordringer som Danmark står over for med flere ældre og multisyge, hvis behandlingsforløb ofte går på tværs af afdelinger og sektorer. Vidensdeling, netværk og indblik i hinandens dagligdag gennem fx *site visits* vil indgå i programmet.

Indhold: For at opnå det beskrevne formål vil deltagerne skulle arbejde med værktøjer og metoder omkring:

- Forbedringsteori: Fx Model for Improvement, LEAN eller Six-Sigma. En central fællesnævner for disse metoder er anvendelse af PDSA-cirklen.
- Anvendelse og indsamling af tidstro data fx i seriediagrammer
- Inddragelse af patienter og pårørende
- Metoder til at gøre forbedringstilgangen til en del af kulturen i egen organisation
- Øget organisationsforståelse og værktøjer til organisationsanalyse med henblik på at skabe strukturer, der styrker de tværgående sammenhænge på et operationelt niveau

Ledelsesprogrammet vil have en anvendelsesorienteret tilgang. Det betyder bl.a., at værktøjerne knyttes op på deltagernes hverdag og på ledelsesarbejdet i deltagernes forbedringsprojekter. Arbejdet med forbedringsmetoder i hverdagen vil bl.a. sige metoder til at arbejde med spørgsmålene: Hvad ønsker vi at opnå, hvad skal vi gøre for at nå vores mål, hvem skal vi involvere, og hvordan måler vi på vores indsats? Hvordan bliver forbedringsarbejdet generelt en løftestang for vores kvalitetskultur i afdelingen/organisationen?

Der lægges op til, at deltagerne inden programmet har lært de grundlæggende teorier. Alle regionale deltagere bør have gennemført det nationale e-læringsprogram eller for de kommunale deltagere det virtuelle læringsforløb- For de deltagere der ikke tidligere har arbejdet med forbedringsmetoden, kan der overvejes supplerende virtuelle forløb. De forberedende virtuelle forløb skal sikre, at selve programmet handler om, hvordan værktøjerne bruges i deltagernes organisationer og daglige arbejde fra et ledelsesperspektiv. Et vigtigt ele-

ment vil være implementering – herunder at klæde deltagerne på til at tage læringen med tilbage i deres hjemorganisationer.

I løbet af programmet vil deltagerne arbejde med et konkret forbedringsprojekt, som de selv er med til at udforme. Forbedringsprojekterne kan have et fagligt fokus såvel som et organisatorisk fokus. Desuden vil deltagerne også arbejde med egen ledelse af forbedringer. Deltagerne vil i udgangspunktet arbejde sammen i mindre hold – udvælgelse og udformning af projekterne vil blive beskrevet nærmere under afsnittet "Målgruppe".

Herudover vil der blive lagt vægt på national erfaringsudveksling og lokal netværksdannelse – der skal arbejdes med, hvordan begge dele fastholdes efter endt program.

Undervisningsform: Programmet vil både have virtuelle og fysiske elementer. Der vil indgå "internater" med overnatning, da det giver mulighed for fordybelse, og der vil også arbejdes med workshops, hvor deltagerne arbejder i mindre grupper – fysisk og/eller virtuelt. De virtuelle elementer gør, at man kan foretage hyppigere "indtjekninger" ift., hvordan det går med at bruge værktøjerne i praksis, ligesom det vil være muligt med virtuelle plenum sessioner med fx internationale *key note speakers*. Både den virtuelle dimension og muligheden for at deltage i delelementer af programmet, giver ligeledes bedre mulighed for at inddrage almen praksis i ledelsesprogrammet. Det kunne fx være de delelementer, der handler om implementering af kvalitetsinitiativer, som er meget relevant i forhold til at omsætte kvalitetsarbejdet KiAP-klyngerne til den kliniske hverdag i almen praksis

Programmet vil blive udformet og eksekveret af regionernes og kommunernes medarbejdere (fx HR- og kvalitetsmedarbejdere). PLO og KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) vil indtræde i arbejdsgruppen for at bidrage med at få almen praksis perspektivet med ind i arbejdet, hvor særligt ledelses- og organiseringsopgaven med opfølgning på klyngearbejdet vil være i fokus. Materiale fra første version af ledelsesprogrammet ejes af partnerne bag programmet og kan bruges i denne version af ledelsesprogrammet. Herudover har nogle regioner også egne erfaringer med lokale programmer omkring forbedringsledelse, som der kan trækkes på. Udover egne konsulenter kan der trækkes på tidligere deltagere, ligesom der kan tilkøbes *key note speakers*.

Centrale elementer i undervisningsformen vil bl.a. være:

- Undervisning ude lokalt
- Mulighed for differentieret læring ift. de organisationer deltagerne kommer fra, deltagernes forudsætninger eller deltagernes organisatoriske placering
- *All teach – alle learn* hvor deltagerne fortæller om egne erfaringer med forbedringsledelse
- *Site visits* med besøg på tværs af sektorer

- Netværksdannelse og vidensdeling på tværs af sektorer
- Geografiske sparringsgrupper med tilknyttet coach

Målgruppe: Målgruppen for det nationale ledelsesprogram er ledere af ledere i sundhedsvæsenet, ledere af medarbejdere kan også deltage, ligesom almen praksis kan deltage. Danske Regioner og PLO er i dialog om, hvordan almen praksis kan indgå i programmet. Drøftelserne går på en model, hvor ledelsesprogrammet kan medvirke til at understøtte den efterfølgende implementering i almen praksis klinikkerne af konkrete kvalitetstiltag, som det er aftalt at arbejde med i kvalitetsklyngerne (KiAP-klyngerne). I den sammenhæng bør også de regionale kvalitets- samt ledelses- og organisationskonsulenter fra KAP-enhederne, som bistår klyngerne med forskellige opgaver, indtænkes som en mulig målgruppe for ledelsesprogrammet. De videre drøftelser vil inddrage PLO, KiAP og de regionale kvalitetsenheder. Deltagerne kan både være ledere fra klinikken (sundhedsfaglige ledere) samt ledere fra stabene (administrative ledere). Sundhedsfaglige ledere bør dog udgøre hovedparten af deltagerne.

Der deltager per hold ca. 100 fra regionerne og ca. 50-75 fra kommunerne. Danske Regioner og PLO er i dialog om den konkrete organisering og deltagelse fra almen praksis. Det er muligt at deltage flere fra samme ledelseskæde – der kan også tænkes i, at medarbejdere fra hjemorganisationen involveres i programmet fra sidelinjen fx ved at få adgang til dele af læringsmaterialet eller lytte med på virtuelle sessioner. Det kunne fx være relevant for de medarbejdere, der konkret skal arbejde med deltagerens (deres leders) forbedringsprojekt.

Udvælgelse af deltagere og udformning af forbedringsprojekter: Der lægges op til, at man primært deltager i hold af 2-4 deltagere. Det vil dog også være muligt at deltage som enkelt person. Hvert hold (eller enkeltstående deltager) arbejder sideløbende med programmet med et lokalt forbedringsprojekt, som holdet/deltageren selv definerer inden for en ramme udstukket af det lokale sundhedssamarbejde. Med projekterne får deltagerne erfaring med at lede forbedringsarbejde, der er baseret på metodisk indhentning af reproducerbare data. Der skal sigtes mod projekter, der i udgangspunktet vil kunne spredes til andre steder i landet.

Projekter skal være tværsektorielle (mellem to eller tre sektorer) eller tværgående – fx på tværs af hospitalsafdelinger eller på tværs af samme kommunes forvaltninger. Der kan også i enkelte tilfælde være projekter inden for samme afdeling, hvorved holdet består af deltagere fra samme ledelseskæde. Personer, der deltager uden for hold, opfordres til også at have et tværgående eller tværsektorielt perspektiv i deres projekt. Hvis almen praksis kun deltager i delelementer af programmet, kan der tænkes i, at forbedringsprojekter i almen praksis fokuserer på implementering – dvs. at forbedringsprojektet går ud på at implementere løsninger, som fx udspringer af arbejdet i kvalitetsklyngerne. Det skal afdækkes, om der vil være væsentlige udfordringer med deling af data

mellem sektorer i projekterne – fx om eventuelle personhenførbare data skal anonymiseres.

For at holdene kan arbejde med sammenhængende patientforløb, skal holdene i udgangspunktet være inden for samme sundhedssamarbejde. Der er 21 sundhedssamarbejder i Danmark. Antallet af deltagere per sundhedssamarbejde skal afspejle befolkningsstørrelsen i sundhedssamarbejdet. Dvs. at der deltager 7-11 deltagere per sundhedssamarbejde afhængigt af antal indbyggere – hvilket svarer til 2-5 hold per sundhedssamarbejde med 2-4 personer per hold.

Udvælgelsesprocessen ser således ud:

1. Der holdes et oplæg om det nationale ledelsesprogram for hvert sundhedssamarbejde.
2. Sundhedssamarbejdet bliver enige om en ramme for deltagernes projekter – dvs. at alle projekterne i det pågældende sundhedssamarbejde skal passe under denne ramme. En ramme kunne fx være patientsikkerhed, forebyggelse eller kronikere. Sundhedssamarbejdet bør udvælge en ramme, der passer med den relevante sundhedsaftale (der er indgået mellem hver region og kommunerne i regionen). Sundhedssamarbejdet kan hvert år vælge en ny ramme.
3. Sundhedssamarbejdet har ansvar for at udvælge de 7-11 personer, dvs. ca. 2-5 hold med 2-4 personer per hold – herudover er det også muligt at udpege enkeltpersoner uden for hold. Det er op til hvert enkelt sundhedssamarbejde, hvordan de vil udvælge deltagerne. Sundhedssamarbejderne kan fx udpege alle deltagerne selv eller vælge, at et vist antal deltagere udvælges gennem andre kanaler for at dække de specialer/fagområdet, som ikke er repræsenteret i sundhedssamarbejdet.
4. Hvert hold formulerer en projektbeskrivelse inden for den ramme, som sundhedssamarbejdet har udstukket.

Der bør i udvælgelsesprocessen tages hensyn til, at ikke alle sundhedssamarbejder har samme modenhedsniveau, og at samarbejderne ikke favner alle områder/specialer. Udvælgelsesprocessen i sundhedssamarbejderne kan derfor suppleres med input fra andre lokale (tværsektorielle) fora – ligesom der kan være brug for andre lokale hensyn for at komme bredt ud.

<u>Økonomi</u>: Regionerne får i dag 10 mio. kr. om året til at drive det nationale ledelsesprogram – midlerne fordeles mellem regionerne ud fra bloktilskudsnøglen. Midlerne er primært blevet brugt til at betale konsortiet i form af deltagergebyrer.

Regionale og kommunale medarbejdere vil denne gang selv stå for udviklingen og afviklingen af programmet. Fra 2022 og frem vil de 10 mio. kr. derfor ikke blive udbetalt til regionerne men samlet på en projektkonto, som afholder alle udgifter. Det betyder, at alle elementer såsom aflønning af kommunale og regionale medarbejdere til afviklingen, lokaleleje, forplejning, betaling til *key note speakers*, eventuel konsulentbistand, materialer m.v. vil indgå i de 10 mio. kr. Det vil sige, at det vil være gratis at deltage i programmet fremover – der vil ikke blive opkrævet et deltagergebyr. Ift. almen praksis skal der findes en model for frikøb af deltagerne de dage, hvor de ikke kan arbejde i klinikken. Nogle af midlerne til frikøb vil nok komme fra puljen på de 10 mio. kr. Der skal aftales en model for dette med PLO. Når rammerne for programmet er godkendt, skal der udarbejdes et budget for programmet.

Kobling til LKT: Styregruppen efterspurgte en kobling til LKT, der er et af de andre ben i det nationale kvalitetsprogram. LKT-metoden er ikke egnet til mindre projekter, da metoden handler om at sprede viden og ny praksis til mange forskellige organisationer, som hver opretter et lokalt Lærings- og kvalitetsteam.

Det foreslås, at koblingen kan ske ved, at deltagerne som en del af afrundingen af programmet overvejer, om deres forbedringsprojekt kan indstilles til spredning i hele landet via et nationalt LKT. Det vil dog kræve, at nogle forudsætninger for forbedringsprojekterne er opfyldt, herunder at problemstillingen og løsningen passer til nationale forhold og ikke kun lokale forhold, at projekter bygger på data, og at resultaterne af projektet er dokumenteret.

Det Nationale Ledelsesprogram på Sundhedsområdet Version 2.0

Baggrund og sammenhæng.

KL

DANSKE REGIONER

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Baggrund

Ledelsesprogrammet har kørt, siden det Nationale Kvalitetsprogram blev lanceret i 2016. Primært med deltagelse af regionen.

Programmet er nu under udvikling til version 2.0.

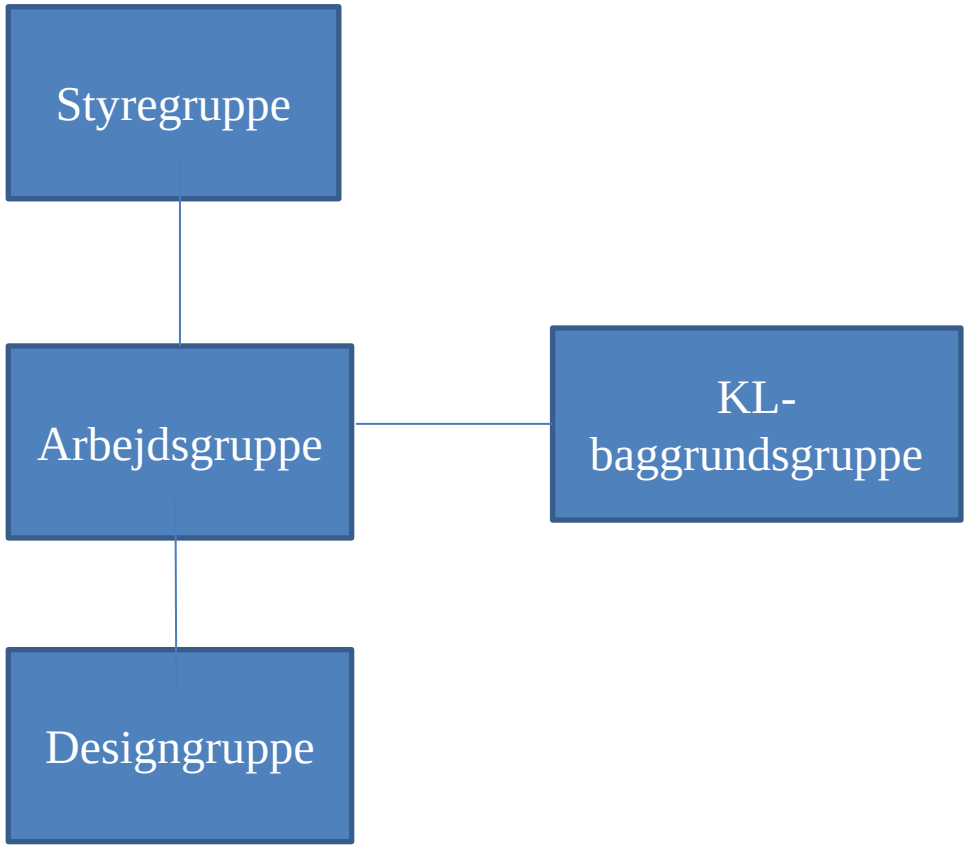
Formål med version 2.0 er at klæde ledere fra sundhedsområdet på til at lede dataunderstøttet forbedringsarbejde på tværs af regioner, kommuner og almen praksis

Succeskriterier for Det Nationale Ledelsesprogram i Sundhedsvæsnet 2.0

- Bedre ledelse af tværgående og/eller tværsektorielt forbedringsarbejde via fælles data, mål og retning
- En højre grad af forbedrings-mindset og kunnen blandt lederne på sundhedsområdet nationalt og lokalt
- Nye tilgange til det tværgående/tværsektorielle samarbejde for patienter og borgere

KL DANSKE REGIONER PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Samarbejdsstruktur



Styregruppen For det Nationale Ledelsesprogram på Sundhedsområdet

version 2.0

- Erik Jylling (fmd), sundhedspolitisk direktør, Danske Regioner
- Anne-Mette Bang Termansen, enhedschef, Ledelse og Organisation, Region Hovedstaden
- Anne-Sofie Fanøe Klee/Louise Sauer, teamleder, Kontor for Sygehuspolitik, Sundhedsministeriet
- Emilie Sophie Frank, seniorkonsulent, Center for Sundheds- og Socialpolitik, Danske Regioner
- Jonatan Schloss, direktør, Komponent
- Karina Jensen, chef for Koncern Sundhed, Region Sjælland
- Mariane Therkelsen, direktør, Mennesker og Organisation, Region Nordjylland
- Nanna Skovgaard/Lise Holten, kontorchef og chefkonsulent, Ældre- og Sundhedsområdet, KL
- Ole Thomsen, regionsdirektør, Region Midtjylland
- Susanne Hoffmann, afdelingschef, Ledelsesakademiet, Region Syddanmark
- Søren Brostrøm, direktør, Sundhedsstyrelsen
- Søren Varder, souschef, Finansministeriet

KL DANSKE REGIONER PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Fakta om programmet:

- Der er plads til max 200 deltagere om året – mod førhen 42
- Udvælgelse af forbedringsinitiativer og udpegning af deltagere sker fra nu og frem til 31. maj
- Forløbet starter september 2022 og afsluttes juni 2023
- Deltagerne er afsted 7 dage på et mix af internater og eksternater
- Deltagernes ledelsesarbejde af forbedringsindsatsen bliver understøttet af en mentorer
- Programmet udvikles og drives af parterne selv på sundhedsområdet – Tidligere drevet af eksternt konsortium (Implement og Lead)

KL DANSKE REGIONER PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Vi vil noget mere med ledelse denne gang

Tidligere

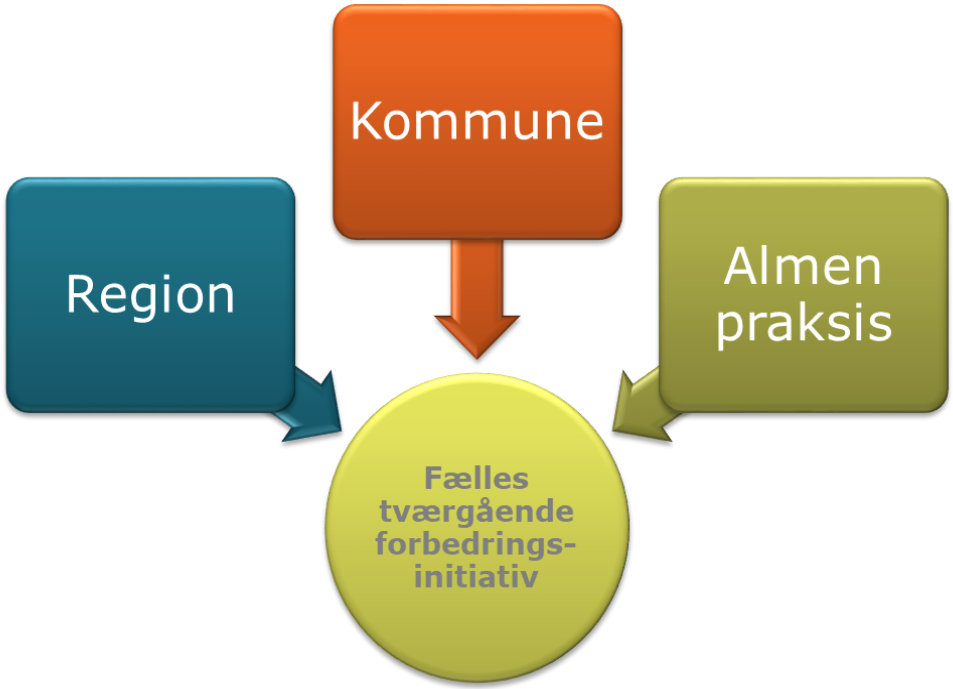
- Format: Uddannelse
- Fokus på individ
- Mål: Egen læring

Version 2.0

- Format: Program
- Fokus på organisation
- Mål: Værdi for borgere/patient

KL DANSKE REGIONER PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Deltagerne deltager på vegne af deres organisationer



Det Nationale Ledelsesprogram

Februar-juni | September | Januar | Juni

Forudsætninger

Opgaver i sundhedsklyngen

Opgaver i egen organisation

Opgaver til programdeltager

Fundament

Overordnet nationalt afsæt

Ledelse af samarbejde

Formål og mål

Forberedelse

Kommunikation og mobilisering

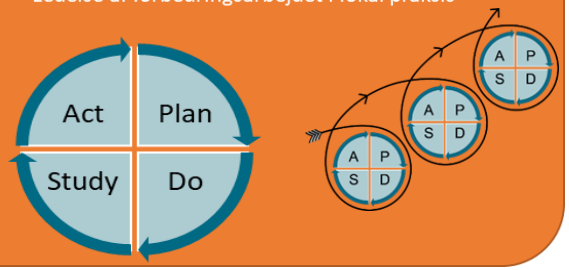
Roller og opgaver

Tilgange i forbedringsarbejdet

Tryghed i arbejdet med initiativet

Forandring

Ledelse af forbedringsarbejdet i lokal praksis



Fastholdelse

Organisatoriske sammenhænge

Opskalering og spredning

Borger/patientinddragelse

Ledelse på tværs af sektorer

Ledelse af struktur og kultur

KL | DANSKE REGIONER | PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Deltagertallet i Region syd er fordelt således:

42 deltagere:

- Ca. 3 initiativer pr. SOF
- Ca. 10 deltagere pr. SOF
- 2 – 4 deltagere pr. initiativ

KL DANSKE REGIONER PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

KKR SYDDANMARK

Til de nyvalgte repræsentanter i Sundhedskoordinations-udvalget og Praksisplanudvalget

Dato: 13. december 20212021

Sags ID: SAG-2021-05426
Dok. ID: 3146787

E-mail: SUHA@kl.dk
Direkte: 5376 3683

Haderslev Kommune
Christian X's Vej 39
6100 Haderslev

www.kl.dk/kkr-syddanmark

Vi har i valgperioden 2018-2021 repræsenteret de syddanske kommuner i Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget. Stafetten skal nu gives videre, og vi ønsker derfor med dette overleveringsbrev at dele vores erfaringer med jer, der er udpeget til at repræsentere kommunerne i valgperioden 2022-2025.

Et sundhedsvæsen i forandring

Kommunerne spiller en stadig større rolle på sundhedsområdet og i sundhedssamarbejdet. Vi har over de senere år set, hvordan flere og mere specialiserede sundhedsopgaver varetages af kommunerne. Samtidig er sengekapaciteten og liggetiderne på sygehusene reduceret, og borgerne er dårligere og mere plejekrævende end tidligere, når de udskrives fra et sygehus.

Over de kommende år vil der blive fortsat flere ældre og kronisk syge. Det stiller krav til et nært og sammenhængende sundhedsvæsen, så borgere og patienter oplever et godt og trygt behandlingsforløb uanset, hvor behandlingen foregår og om den foregår på tværs af sektorer.

Som repræsentanter for de 22 kommuner står I foran en spændende og vigtig opgave, hvor I kan være med til at sætte retning for og udvikle sundhedsområdet i Syddanmark til gavn for de syddanske borgere.

Ny struktur for sundhedssamarbejdet

I juni 2021 præsenterede regeringen sammen med Danske Regioner og KL en aftale kaldet ”Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)”.

Aftalen lægger op til, at sundhedssamarbejdet organiseres på en ny måde, hvor især den politiske struktur styrkes. Konkret betyder det, at Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget forventes at blive nedlagt i sommeren 2022. De to udvalg vil blive erstattet af ét Sundhedssamarbejdsudvalg.

Samtidig vil der blive skabt nye politiske sundhedsklynger omkring akutsygehusene. I både Sundhedssamarbejdsudvalget og i de politiske sundhedsklynger vil der være repræsentanter fra sygehuse/region, kommunerne og almen praksis.

De kommunale repræsentanter i sundhedsklyngerne og i Sundhedssamarbejdsudvalget skal være borgmestre eller fagborgmestre/rådmænd.

Både Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget er skrevet ind i sundhedsloven. Sundhedsloven forventes at blive ændret i foråret 2022, så der banes vej for den nye struktur for sundhedssamarbejdet.

Selvom strukturen for sundhedssamarbejdet ændres, er den kommunale rolle fortsat vigtig at have for øje i det tværsektorielle sundhedssamarbejde.

E-mail: SUHA@kl.dk
Direkte: 5376 3683

Haderslev Kommune
Christian X's Vej 39
6100 Haderslev

Overordnet politisk organ for Sundhedsaftalen

Sundhedskoordinationsudvalget (der i løbet af sommeren 2022 forventes at blive til Sundhedssamarbejdsudvalget) er, som overordnet politisk organ for sundhedsaftalen, et centralt omdrejningspunkt for det tværsektorielle samarbejde mellem regionens sygehuse, kommunerne og praksissektoren.

Under Sundhedskoordinationsudvalget er der et større administrativt set-up, der sørger for at implementere og udvikle de indsatser, som Sundhedskoordinationsudvalget har valgt at sætte fokus på i sundhedsaftalen.

Mens Sundhedskoordinationsudvalget har et bredt fokus på sundhedsaftalesamarbejdet, har Praksisplanudvalget et mere snævert fokus på praksisområdet og samarbejdet med almen praksis.

Sundhedskoordinationsudvalgets formål

Sundhedskoordinationsudvalget er et rådgivende udvalg, der har til formål at understøtte sammenhængende behandlingsforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsansvar. Sundhedskoordinationsudvalget har samtidig ansvaret for at udarbejde den sundhedsaftale, der skal indgås mellem regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser i regionen.

Sundhedsaftalen – en grundsten for samarbejdet
Mange patienter har ikke lineære forløb, men bevæger sig rundt i sundhedsvæsenet og har behov for forskellige indsatser samtidigt. Det stiller krav til kommuner, regioner og almen praksis om at samarbejde tæt og forholde sig til patienterne i et helhedsorienteret perspektiv, som ikke er afgrænset til en enkelt indsats eller sektor. På den baggrund er Sundhedskoordinationsudvalget etableret og med udgangspunkt i sundhedsaftalen, samarbejder udvalget ud fra politisk fastsatte mål og indsatser på området.

Centralt udvalg uden beslutningskompetence
Sundhedskoordinationsudvalget har ikke beslutningskompetence.

Udvalget har derfor ingen mulighed for at forpligte parterne, herunder de enkelte kommuner, i forhold til sundhedsaftalens udmøntning og implementering. Sundhedskoordinationsudvalget er dog et centralt forum, der har til formål at styrke, rådgive og koordinere i forhold til det tværsektorielle samarbejde mellem regionens hospitaler, kommunerne og praksissektoren.

Praksisplanudvalgets formål

Praksisplanudvalgets vigtigste opgave er, med afsæt i sundhedsaftalen, at udarbejde en plan for almen praksis og at sikre lægedækning i hele regionen.

Almen praksis er den primære leverandør af lægefaglige ydelser i det nære sundhedsvæsen, og derfor er samarbejdet mellem region, kommuner og al-

men praksis vigtigt. I takt med, at det nære sundhedsvæsen udvikler sig, bliver behovet for at styrke samarbejdet mellem kommuner og almen praksis kun større, så der sikres sammenhæng mellem de kommunale sundhedsydelser og den lægefaglige behandling.

Praksisplanudvalget udarbejder en plan, der konkretiserer opgaver og binder ressourcer. Samtidig er Praksisplanudvalget med til at sikre, at der er den nødvendige lægekapacitet i alle regionens områder. I Praksisplanudvalget kan region, kommuner og almen praksis samarbejde om fx indsatser for borgere med psykiske eller kroniske lidelser, sygebesøg eller lign.

Dato: 13. december 20212021

Sags ID: SAG-2021-05426
Dok. ID: 3146787

E-mail: SUHA@kl.dk
Direkte: 5376 3683

Haderslev Kommune
Christian X's Vej 39
6100 Haderslev

www.kl.dk/kkr-syddanmark

Den kommunale rolle

Vi har som kommunale repræsentanter i Sundhedskoordinationsudvalget og i Praksisplanudvalget løbende drøftet, hvordan den kommunale rolle kan styrkes, så udvalgenes kommunale repræsentanter kan få et stærkere mandat fra kommunerne til at indgå i samarbejdet med region og almen praksis.

Det gælder i særdeleshed i forhold til Sundhedskoordinationsudvalget, der har et bredt fokus på sundhedsaftalesamarbejdet. Som Sundhedskoordinationsudvalg har I til formål at bane vejen for gode fælles løsninger på tværs af sektorerne, for herved at understøtte målopfyldelsen af den fælles sundhedsaftale, som parterne har tilsluttet sig.

Men da Sundhedskoordinationsudvalget ikke har beslutningskompetence, kræver nye indsatser, som er udviklet i sundhedsaftalesamarbejdet og som kan medføre øgede økonomiske udgifter eller øget ressourcetræk, politisk eller administrativ godkendelse i den enkelte kommune.

Mens regionens politikere repræsenterer én aktør i sundhedsaftalesamarbejdet og derfor kender sit mandat, har de kommunale repræsentanter en særlig rolle som repræsentanter for de 22 syddanske kommuner.

Som kommunal repræsentant i Sundhedskoordinationsudvalget og i Praksisplanudvalget er det derfor særdeles vigtigt:

- At have den særlige kommunale rolle i fokus (bred repræsentation)
- At sikre sig et stærkt mandat fra kommunerne til at indgå i samarbejdet med regionen (løbende behov for afstemning af mandat).

Afklaring af mandat

I de senere år har kommunerne oplevet fortsat stigende kommunale sundhedsudgifter. Det har skabt en øget bevågenhed på økonomien og ressourcerne i de aftaler, vi som kommuner indgår med regionen. Udviklingen af det nære sundhedsvæsen har betydet, at opgaver er flyttet eller gledet fra region til kommuner – uden at der nødvendigvis er fulgt økonomi med.

Med dette for øje spiller I som kommunale repræsentanter i Sundhedskoordinationsudvalget i særdeleshed, men også i Praksisplanudvalget, en afgørende rolle, idet I kan være med til at understøtte, at kommunerne går i samme retning og indgår regionale aftaler, også med økonomi (aftalen om

intravenøs behandling i nærmiljøet, der blev indgået i 2021, hvor regionen finansierer 70 pct. af udgifterne, er et eksempel herpå).

Samtidig forudsætter en stærk kommunal rolle i Sundhedskoordinationsudvalget og i Praksisplanudvalget, at kommunerne bakker op om og sikrer et klart mandat til jer som kommunale repræsentanter, da udvalgets kommunale rolle ellers bliver begrænset.

Der er derfor behov for, at kommunerne både på administrativt og politisk niveau løbende afklarer deres holdning, så I som kommunale repræsentanter kender den fælleskommunale ramme, I har at forhandle og sætte retning ud fra.

Opdateret model for opgaveoverdragelse og nye opgaver
Vi har i Sundhedskoordinationsudvalget i valgperioden 2018-2021 opdateret den syddanske model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse, så den også kan anvendes, når der er tale om nye opgaver, der udvikles i samarbejdet.

Modellen sikrer, at væsentlige aspekter, som fx de økonomiske og juridiske forhold ved en ny opgave, der udvikles i det tværsektorielle sundhedssamarbejde, undersøges inden der træffes en beslutning om, hvorvidt en opgave skal implementeres. På den måde vil kommunerne have det nødvendige grundlag for at kunne træffe en beslutning om eventuelt at påtage sig nye sundhedsopgaver med de ressourcer, det måtte kræve.

Vi glæder os til fortsat at følge udviklingen af sundhedssamarbejdet i Syddanmark. God fornøjelse.

På vegne af de kommunale repræsentanter i Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget 2018-2021

Sundhedskoordinationsudvalget
Henning Ravn, næstformand
Karsten Meyer Olesen
Herdis Hanghøi
Per Nyhus
Reza Javid

Praksisplanudvalget
Henning Ravn
Karsten Meyer Olesen
Per Nyhus
Lisa Pihl Jensen
Malene K. Nielsen

E-mail: SUHA@kl.dk
Direkte: 5376 3683

Haderslev Kommune
Christian X's Vej 39
6100 Haderslev

www.kl.dk/kkr-syddanmark

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Afdeling/
Følgegruppe:
Journal nr.:
Udarbejdet af:
E-mail:
Telefon:

Dato: 13-10-2021

Kommissorium for revidering af *Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom – samarbejde og kommunikation.*

Baggrund

Følgegruppen for Forebyggelse havde den 18. august 2021 en temadrøftelse vedr. hjerterehabiliteringsområdet. På baggrund af input fra SOF-Fyn og SVS vedr. implementeringen af *Forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom (2019)* fik Følgegruppen for Forebyggelse kendskab til udfordringer med forløbsprogrammet i forbindelse med implementeringen. På den baggrund besluttede Følgegruppen for Forebyggelse, at udvalgte områder af forløbsprogrammet genbesøges med henblik på at gennemføre en mindre revidering.

På baggrund af forslag fra Det Administrative Kontaktforum er det besluttet, at revisionsopgaven af forløbsprogrammet varetages af den eksisterende *Arbejdsgruppe vedr. nye rammer for kronisk sygdom*, som har ekspertise, historik og ejerskab på arbejdet med forløbsprogrammer.

Formål med arbejdsgruppen

Der ønskes en afgrænset og målrettet revidering af forløbsprogrammet, som tager udgangspunkt i udvalgte områder, hvor der er udfordringer i forhold til implementeringen. Det vedrører bl.a. kriterier for specialiseret genoptræning og samarbejde mellem almen praksis og sygehusene. Derudover afsnittene vedr. henvisningskriterier samt ernæringsindsats. Der kan desuden lægges op til en drøftelse af, hvorvidt der skal indgå et afsnit om registrering i HjerteSyd med henblik på at opnå højst mulig kvalitet i data. Det vil således ikke være på alle punkter, at forløbsprogrammet skal genbesøges, men kun udvalgte dele. Implementeringen af forløbsprogrammet vil dermed fortsætte sideløbende.

Leverancer

Med afsæt i ovenstående centrerer arbejdet sig om følgende leverancer:

Leverance 1: Der indsamles inputs fra de enkelte SOF'er i forhold til, hvilke behov for tilpasninger, der er opstået i forbindelse med implementering af forløbsprogrammet.
Leverance 2: Kvalificering i arbejdsgruppen af inputs fra SOF'erne.
Leverance 3: På baggrund af leverance 1 og 2 udarbejdes oplæg til følgegruppen med udkast til revideret forløbsprogram.

Arbejdsgruppens sammensætning

Der lægges vægt på, at arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter med erfaring fra arbejdet omkring udarbejdelsen af det nuværende tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom samt at repræsentanterne er fra alle lokale samordningsfora, så erfaringer med implementering af forløbsprogrammet fra alle samordningsfora tages med ind i arbejdet.

Arbejdsgruppen sammensættes af følgende repræsentanter, hvoraf der udpeges én regional og én kommunal formand:

- 4 kommunale repræsentanter med kenskab til hjerteområdet og, såfremt det er muligt, gerne de, der sad med i udarbejdelsen af det eksisterende forløbsprogram (1 fra hvert samordningsfora)
- 4 regionale repræsentanter med fagligt kendskab til hjerteområdet og, såfremt det er muligt, gerne de, der sad med i udarbejdelsen af det eksisterende forløbsprogram (1 fra hvert samordningsfora)
- 1 repræsentant fra almen praksis

Det anbefales, at formandsskabet for denne arbejdsgruppe kan repræsenteres af formandskabet Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom.

Der udpeges en regional og kommunal sekretær til arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppen mødes op til tre gange og refererer til Følgegruppen for Forebyggelse, som præsenteres for første udkast til et revideret forløbsprogram på området i april 2022. Når revideringen er afsluttet nedlægges arbejdsgruppen igen.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Afdeling/ Følgegruppe:	**Følgegruppe for forebyggelse**
Journal nr.:	20/63456
Udarbejdet af:	Lisa
E-mail:	Lisa.Albaek.Pedersen@rsyd.dk
Telefon:	21490067
Dato:	06-10-2021

Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. kvalitetsudvikling og drift af HjerteSyd

Baggrund

Forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom indebærer at kommunerne skal varetage en større del af hjerterehabiliteringen, og kommunernes opgave med forløbsprogrammet har medført et behov for at registrere data vedrørende den kommunale rehabiliteringsindsats. Jf. bekendtgørelse nr. 585 af 28. maj 2018 om indberetning til godkendte kliniske kvalitetsdatabaser og videregivelse af data til Sundhedsdatastyrelsen, er det lovpligtigt at indrapportere data til den nationale Hjerterehabiliteringsdatabase(DHRD) under RKKP.
Det Administrative Kontaktforum besluttede den 19. september 2019, at der skulle etableres en særskilt syddansk database (HjerteSyd) til indberetning af kommunale rehabiliteringsdata, som efterfølgende vil kunne videregives til Dansk HjerteRehabiliteringsDatabase (DHRD). I takt med at HjerteSyd nu er i drift, og kommunerne opbygger erfaringer med at indrapportere i HjerteSyd, opstår der viden og erfaringer, som kan bidrage til at forbedre og udvikle kvaliteten af de data, der indrapporteres og hjerterehabiliteringen i praksis.

Formål med arbejdsgruppen

Følgegruppen for forebyggelse ønsker at bruge etableringen af HjerteSyd, og hermed de tværsektorielle data, til at arbejde med datadreven kvalitetsudvikling på tværs af sektorerne.
Arbejdsgruppen skal sikre udvikling og kvalitet i anvendelsen af databasen, og samtidig skal arbejdsgruppen på baggrund af bl.a. data sikre kvalitetsudvikling af de tværsektorielle forløb inden for hjerterehabilitering.
Arbejdsgruppen skal også håndtere henvendelser vedr. supportering og servicering fra kommunerne, for hermed at sikre en indgang til databaseenheden og RKKP. Arbejdsgruppen skal derfor være kontaktled til hhv. databaseenheden og RKKP.
Arbejdsgruppen skal sikre formidling af løsninger og svar på supporteringsudfordringer af både teknisk og faglig karakter.

Arbejdsgruppens opgaver

- Arbejdsgruppen skal arbejde med sikre løbende udvikling og kvalitetssikring af inddata i HjerteSyd.
- Arbejdsgruppen skal arbejdet med anvendelse og håndtering af uddata til kvalitetsudvikling.
- Arbejdsgruppen skal arbejde med kvalitetsudvikling af hjerterehabiliteringsforløb på tværs af sektorerne.
- Arbejdsgruppen skal indgå i planlægning og afholdelses i tværsektoriel audit.
- Arbejdsgruppen har ansvar for at håndtere spørgsmål og udfordringer fra kommunerne vedr. teknisk og faglig support. Arbejdsgruppen understøttes af databaseenheden ved teknisk support og den regionale kontaktperson for RKKP ved faglige spørgsmål til ind- og uddata.

- Arbejdsgruppen har ansvar for at opdatere FAQ for HjerteSYD i forbindelse med afklaring af henvendelser, og samtidig sikre formidling af svar og løsninger til kommunerne.
- Arbejdsgruppen skal opsamle eventuelle behov for videreudvikling af databasen, drøfte disse med databaseenheden, herunder afdække økonomien heri, samt fremsende ønsker til Følgegruppen for forebyggelse.
- Arbejdsgruppen giver status på arbejdet til Følgegruppen for Forebyggelse en gang årligt.

Arbejdsgruppens sammensætning
Arbejdsgruppen skal sammensættes af medlemmer fra den tidligere arbejdsgruppe vedr. HjerteSyd samt nye medlemmer. Arbejdsgruppen sammensættes af personer med ansvar for hjerterehabilitering, dvs. personer med beslutningskompetence inden for hjerterehabiliteringsområdet og/eller viden om dataudvikling på hjerteområdet.

Arbejdsgruppen består af følgende medlemmer, hvoraf der udpeges én regional og én kommunal formand for arbejdsgruppen:

- Min. 4 kommunale repræsentanter- én fra hvert SOF område
- Min. 4 regionale repræsentanter - én fra hvert SOF område

Gruppen konstituerer sig med to sekretærer (hhv. en regional og en kommunal), hvor den kommunale sekretær fra Fælles Kommunalsundhedssekretariat er regional kontaktperson hos RKKP. Sekretærerne har ansvaret for at indkalde til møder. Ved behov kan arbejdsgruppen ad hoc inddrage relevante fagpersoner.
Arbejdsgruppen refererer til Følgegruppen for forebyggelse.
Arbejdsgruppen understøttes af et kommunalt netværk af brugeradministratorer fra alle kommuner.

I forbindelse med den årlige status, tager Følgegruppen for Forebyggelse stilling til, om der fortsat er brug for arbejdsgruppen, eller om den kan reduceres eller nedlægges.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Den tværsektorielle COVID-19-task force
Aftale indgået: Den 22. december 2021

Regional udmøntning af aftale om kommunal aflastning af sygehusene

Baggrund
Folketingets Epidemiudvalg har besluttet, at hvis antallet af Covid-19-indlæggelser i den kommende tid stiger ud over det niveau, sygehusene kan håndtere, så kan kommunerne i Danmark stille med et beredskab på 300 midlertidige pladser. Aftalen kan alene udløses af Epidemiudvalget efter indstilling fra Epidemikommissionen.

Regeringen, KL og Danske Regioner har på den baggrund indgået aftale om, at kommunerne på nationalt niveau opretter et beredskab på 300 pladser, som kan aflaste sygehusene i forbindelse med et stigende antal indlæggelser som følge af Covid-19. I Syddanmark drejer det sig om 63 pladser.

I denne regionale udmøntningsaftale beskrives, hvordan aftalen om kommunal aflastning af sygehusene udmøntes i Syddanmark. Udmøntningsaftalen er indgået mellem Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner.

Aftalen og samarbejdet om at udmønte den bygger på en gensidig fleksibilitet og dialog.

Udmøntningsaftalen tager udgangspunkt i:

- Endelig aftale om kommunal aflastning af sygehusene
- Model for kommunal aflastning af sygehusene.

Patientgrupper
Ud fra et hensyn til den enkelte borger, udskrives patienter via SAM:BO-aftalerne som udgangspunkt til egen bopælskommune.

Det er de mindst behandlingskrævende patienter, der skal håndteres i kommunerne, og derfor omfatter aftalen patienter med forventelig stabile og ukomplicerede forløb, som er færdigudredt, men ikke færdigbehandlede.

Hvilke konkrete patienter, kommunerne skal håndtere, aftales lokalt. Dette sker under hensyn til den enkelte patients/borgers samlede situation.

Det kan være patienter med behov for hyppige sygeplejefaglige observationer og lægefaglig opfølgning, ligesom det kan være patienter med infektioner og patienter, der fortsat er i behandling med IV-antibiotika, og hvor der er bedring i patientens tilstand.

Eksempler på patientgrupper:

- Patienter med Covid-19
- Patienter med behov for IV-behandling
- Patienter med sonde til ernæring
- Patienter, som er kendt af kommunen i forvejen f.eks.
  - Ældre medicinske patienter med særlige behov
  - KOL-patienter med behov for kendt iltbehandling
  - Patienter med dehydrering, som har behov for IV-væskebehandling
  - Patienter som er smertebehandlingskrævende
  - Plejehjemsbeboere med urinvejsinfektioner, dehydration og lungebetændelse – som så snart diagnosen er stillet og de ikke er septiske, vil kunne udskrives
- Hjemtagning af terminale patienter, såfremt det vil være en fordel for patienterne.

Regionens ansvar
Den kommunale aflastning af sygehusene sker på baggrund af de forudsætninger, som er beskrevet i *Model for kommunal aflastning af sygehusene.*

Det betyder, at:
- Regionen påtager sig behandlingsansvaret for patienter, som udskrives hurtigere end normalt for at aflaste sygehusene.
- Regionen visiterer de mindst behandlingskrævende patienter til de kommunale pladser. Regionen anvender det kommunale beredskab, når regionens egen kapacitet til de berørte patientgrupper er udnyttet, i tilfælde af et stigende antal indlæggelser som følge af Covid-19. Dette under hensyntagen til den enkelte patient/borgers samlede situation.
- Hospitalerne bevarer/overtager behandlingsansvaret indtil patienterne er registreret som færdigbehandlede på sygehuset, så det er klart for det kommunale personale, hvem der har det lægefaglige ansvar.
- Den enkelte kommune har døgnet rundt mulighed for direkte kontakt til en læge på den afdeling, patienten er tilknyttet.

Kommunernes ansvar
De kommunale pladser fordeles efter indbyggertal på den enkelte kommune. En anden fordeling mellem kommunerne kan aftales, så en kommune f.eks. opretter flere pladser og en anden færre. Det vil være mellem kommunerne i de enkelte samordningsfora, at der kan aftales en anden fordeling.

Samlet stiller kommunerne i Syddanmark 63 pladser til rådighed. I de enkelte samordningsfora er der en løbende dialog om, hvor mange pladser, der er ledige i kommunerne.

Almen praksis
Den nationale aftale anbefaler, at almen praksis stiller sig til rådighed i forhold til forebyggelse af indlæggelser og sikring af lægedækning ved tidlige udskrivelser.

Almen praksis i Syddanmark indgår i denne udmøntningsaftale indenfor allerede eksisterende rammer, jf. aftalen om *Indsats for forebyggelse af akutte indlæggelser eller uhensigtsmæssige genindlæggelser.*

SAM:BO
Ved udskrivelse følges de normale procedurer beskrevet i den regionale samarbejdsaftale om tværsektorielle borger/patientforløb, SAM:BO, og alle aftaler i forbindelse med udskrivelser overholdes, herunder medfølgende behandlingsplaner, opdaterede medicinkort (FMK) mv.

Sygehusene er ansvarlige for at vurdere, hvilke patienter, der kan udskrives til henholdsvis eget hjem uden pleje eller til kommunalt regi med pleje. Planlægning af udskrivelsen foregår i samarbejde med de kommunale visitatorer. Det er kommunen, der visiterer til ydelser.

For at hjemtagning kan iværksættes hurtigst muligt, udvider kommunerne den kommunale visitation til weekender.

Aftalens aktivering og udløb
Aftalen om kommunal aflastning af sygehusene kan udelukkende aktiveres, hvis antallet af Covid-19-indlæggelser stiger ud over det niveau, som kan håndteres på sygehusene. Særligt presset på intensivafdelingerne vil indgå i vurderingen.

Det er alene Folketingets Epidemiudvalg der, efter indstilling fra Epidemikommissionen, i givet fald beslutter, om aftalen skal aktiveres. Aktiveringen skal revurderes hver 14. dag.

Aftalen følger kategoriseringen af covid-19 som samfundskritisk sygdom.

Ved aktivering af den nationale aftale, skal kommunerne inden for 48 timer kunne stille pladser til rådighed.

Godkendelse
Aftalen er godkendt den 22. december 2021 af formandskabet for Det Administrative Kontaktforum, Arne Nikolajsen og Kurt Espersen.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. eventuel mailboks til uhensigtsmæssige tværsektorielle borgerforløb

Baggrund

På mødet i Sundhedskoordinationsudvalget den 27. oktober 2021 fremlagde formand for Sundhedskoordinationsudvalget, Bo Libergren, et forslag om, at region og kommuner i fællesskab etablerer en mailboks til borgere (patienter eller pårørende), der ønsker at give feedback på deres oplevelse af tværsektorielle forløb.

Formålet med at etablere en sådanne mailboks er at indsamle viden til Sundhedskoordinationsudvalget om uhensigtsmæssige forløb, så der på den baggrund kan igangsættes forbedringer til gavn for borgerne.

På mødet i Sundhedskoordinationsudvalget blev det besluttet, at region og kommuner på administrativt niveau:

1) afdækker behovet for en mailboks
2) undersøger, hvordan forslaget kan konkretiseres og hvilke ressourcer det vil kræve.

Til denne opgave nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe. Arbejdsgruppens afdækning af behovet for en fælles mailboks skal fremlægges for Sundhedskoordinationsudvalget i det nye år.

Arbejdsgruppens medlemmer

Arbejdsgruppen nedsættes med repræsentation fra begge sektorer, ligesom arbejdsgruppen skal sikre sig, at relevante aktører og interessenter involveres i arbejdsgruppens afdækning.

Arbejdsgruppens faste medlemmer er:

- Susanne Hartvig, strategisk konsulent, KKR Syddanmark
- Annette Vestergaard Weng, specialkonsulent, Tværsektorielt Samarbejde, Region Syddanmark
- Christine Lund Momme, chefkonsulent, Tværsektorielt Samarbejde, Region Syddanmark

Herudover involveres relevante parter fra henholdsvis kommunalt og regionalt hold løbende afhængigt af den givne opgave, arbejdsgruppen står overfor.

Arbejdsgruppens faste medlemmer er ansvarlige for indkaldelser til møder, udarbejdelse af dagsordener, referater mv.

Formål

Arbejdsgruppens overordnede formål er at afdække behovet for en mailboks, hvor borgere kan give feedback på tværsektorielle forløb, herunder i første omgang at undersøge:

- Hvilke muligheder borgere, patienter og pårørende på nuværende tidspunkt har for at henvende sig om uhensigtsmæssige behandlingsforløb på sundhedsområdet?
- Hvilke muligheder region og kommuner på nuværende tidspunkt har for at indsamle viden om uhensigtsmæssige forløb?
- Hvilke læringsmuligheder mailboksen kan give – både set fra borgernes perspektiv og fra Sundhedskoordinationsudvalgets perspektiv?

Såfremt det efter afdækning af behov for en mailboks bliver besluttet, at der skal etableres en sådan, vil arbejdsgruppen endvidere skulle undersøge:

- Hvilke juridiske, informationssikkerhedsmæssige og ressourcemæssige forhold skal der tages højde for?
- Hvordan etableres mailboksen hensigtsmæssigt i forhold til praktisk håndtering og besvarelse af indkomne mails, både besvarelse på den individuelle henvendelse og opsamling med henblik på læring?
- Hvordan tilrettelægges kommunikation om mailboksen til offentligheden?

Arbejdsgruppens leverancer

På baggrund af ovenstående er arbejdsgruppens leverancer som følger:

Behovsafdækning

Leverance 1:Kortlægning af eksisterende regionale og kommunale klageadgange

Leverance 2: Kortlægning af, hvordan den viden, der genereres via klager og henvendelser fra borgere, patienter og pårørende, anvendes til læring i organisationerne på nuværende tidspunkt

Konkretiseringsforslag

Leverance 3: Afdækning af juridiske forhold i relation til etablering af en tværsektoriel mailboks

Leverance 4: Beskrivelse af det nødvendige tekniske setup for en fælles tværsektoriel mailboks

Leverance 5: Afdækning af det nødvendige regionale og kommunale ressourcetræk til betjening af en fælles tværsektoriel mailboks

Leverance 6: Udarbejdelse af indhold i og plan for informationskampagne.

Behovsafdækningen (leverance 1 og 2) igangsættes og præsenteres for Sundhedskoordinationsudvalget i foråret 2022. Konkretiseringsforslaget (leverance 3-6) igangsættes umiddelbart herefter, hvis Sundhedskoordinationsudvalget, på baggrund af behovsafdækningen vurderer, at der er behov for at etablere en fælles mailboks.

For hver af ovenstående leverancer udvides arbejdsgruppen med relevante regionale og kommunale repræsentanter. Sammensætningen forventes på den baggrund at se ud som følger:

Leverance 1: Kortlægning af eksisterende regionale og kommunale klageadgange

- 2 kommunale repræsentanter fra henholdsvis en stor og en mellemstor syddansk kommune, herunder en kommunal borgerrådgiver
- 1-2 repræsentanter fra regionens sygehuse, som har kendskab til behandling af borger- og patienthenvendelser i relation til det tværsektorielle samarbejde
- 1 repræsentant fra hver af følgende afdelinger i regionshuset med kendskab til klageadgange og andre henvendelsesmuligheder fra borgere, patienter og pårørende:
    - Regionssekretariat og jura
    - Kvalitet og Forskning (patientvejledning)
    - Praksisafdelingen (samarbejdet med de praktiserende læger)
    - Sundhedsplanlægning (patientbefordringsområdet)
    - Kommunikation (arbejdet med borgerhenvendelser)

Leverance 2: Kortlægning af, hvordan den viden, der genereres via klager og henvendelser fra borgere, patienter og pårørende, anvendes til læring i organisationerne på nuværende tidspunkt

- 1 - 2 kommunale repræsentanter, der arbejder med læringsperspektiverne i borgerhenvendelser
- 1 sygehusrepræsentant, der arbejder med UTH
- 1 repræsentant fra regionshuset, der arbejder med UTH
- 1 repræsentant fra Kvalitet og Forskning (patientvejleder)
- 1 repræsentant fra Sundhedsplanlægning, der arbejder med patientbefordringsområdet

Leverance 3: Afdækning af juridiske forhold i relation til etablering af en tværsektoriel mailboks

- 1 - 2 kommunale repræsentanter med kendskab til persondatalovgivningen, deling af data på tværs af sektorer, frister for besvarelser af henvendelser, samt regler om videregivelse af personlige og fortrolige henvendelser mv.

- 1 sygehusrepræsentant med kendskab til persondatalovgivningen, deling af data på tværs af sektorer, frister for besvarelser af henvendelser, samt regler om videregivelse af personlige og fortrolige henvendelser mv.
- 1 - 2 repræsentanter fra regionshuset med kendskab til persondatalovgivningen, deling af data på tværs af sektorer, frister for besvarelser af henvendelser, samt regler om videregivelse af personlige og fortrolige henvendelser mv.

Leverance 4: Beskrivelse af det nødvendige tekniske setup for en fælles tværsektoriel mailboks

- 1 kommunal repræsentant med kendskab til etablering af mailboks
- 2 regionale repræsentanter med kendskab til etablering af mailboks (IT og Kommunikation)

Leverance 5: Afdækning af det nødvendige regionale og kommunale ressourcetræk til betjening af en fælles tværsektoriel mailboks

- Hovedsageligt arbejdsgruppens faste medlemmer.

Leverance 6: Udarbejdelse af indhold i og plan for informationskampagne

- 1-2 kommunale repræsentanter med kommunikative kompetencer
- 1-2 regionale repræsentanter med kommunikative kompetencer

Tidsramme

Arbejdsgruppen nedsættes ultimo november 2020 og leverer sit resultat af leverance 1 i foråret 2021. Såfremt der på det tidspunkt træffes beslutning om, at arbejdet med leverance 2 skal igangsættes, forelægges udvalget en tidsplan herfor til godkendelse.