

# Tværasektoriel forløbskoordinator kan mindske frafald fra hjerterehabiliteringsprogram

Vibeke Brogaard Hansen<sup>1</sup>, Vibeke Pind Haslev<sup>1</sup>, Anette Kring<sup>2</sup> & Martin Sandberg Buch<sup>3</sup>

## UDDANNELSES-ARTIKEL

1) Hjertemedicinsk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus  
2) Sundhedscenter, Vejle Kommune  
3) Dansk Sundhedsinstitut

Ugeskr Læger  
2014;176:V10120632

Nødvendighed af forløbskoordinering er politisk anerkendt efter Strukturreformen [1] og særligt prioriteret i Sundhedsstyrelsens nationale retningslinjer om kronikerindsatsen og implementeringen af forløbsprogrammer [2, 3]. En forløbskoordinator på sygehuset synes således at være afgørende for fastholdelse af patienterne med grundlag i et individuelt sammenhængende behandlingsforløb og understøttelse i overgangen mellem de forskellige behandlings tiltag på tværs af sektorerne [4, 5]. Desuden er det vigtigt med grundlag i risikostratificering at sikre, at »de rette ydelser gives til de rette patienter på det rette tidspunkt og i det rette regi«. Dette gælder specielt for den særligt sårbare patient, der har sygdoms kompleksitet og/eller manglende egenomsorgsevne samt behov for differentieret rehabilitering som beskrevet i kronikermodellen [6, 7], og anbefales udført hos hjertepatienter [8].

På Hjertemedicinsk Afdeling på Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus, har man på den baggrund i perioden 2010-2012 gennemført et udviklings- og implementeringsprojekt om forløbskoordination af det tværasektorielle rehabiliteringsforløb for patienter med iskæmisk hjertesygdom, hvori der indgik ca. 300 patienter årligt.

Projektet er gennemført i samarbejde med Region Syddanmark og Dansk Sundhedsinstitut (nuværende Det Regionale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA)) og gennemført med midler fra regeringens kronikerpulje.

## METODE

Udviklingsprojektets overordnede målsætning var at udvikle rammer for en koordinatorfunktion på sygehuset for at optimere samarbejdet mellem involverede fagpersoner i hjerterehabiliteringen. Det var centralt, at funktionen skulle øge sammenhængen mellem de forskellige behandlingstiltag på tværs af de interne overgange i behandlingsforløbet på sygehuset som overgangene til kommune og almen praksis. Herudover skulle projektet skabe mere viden om, hvilke kompetencer og konkrete opgaver en forløbskoordinator kan og bør udføre.

For at sikre en beslutningsdygtig projektorganisation og opbakning til arbejdet med forløbskoordi-

nation blev der oprettet en projektgruppe, hvor relevante fagpersoner og ledere fra både sekundær- og primærsektor var repræsenteret. Samtidig blev der ansat en specialeansvarlig teamleder for sygehusets sygeplejefaglige rehabiliteringsteam, som i projektet var den udviklingsansvarlige forløbskoordinator.

For at understøtte udviklingsarbejdet blev der ved projektstart gennemført patientaudit, som afdækkede patienternes oplevelse af hjerterehabiliteringen. Endvidere har KORA bistået med rådgivning om organisatorisk design og evaluering og givet løbende feedback på proces og resultater gennem hele projektet [9].

Endelig er effekten af den forebyggende indsats lokalt og tværasektorielt kvalitetssikret og dokumenteret i et sideløbende projekt med opfølgning efter 12 måneder gennem kliniske data og patientspørgeskemaer i perioden 1.9.2010-1.11.2011. Treogtyve patienter ud af 315 (7,3%) fravalgte i den periode tilbuddet om hjerterehabilitering primært på grund af tidligere deltagelse. I alt 241 patienter ud af 292 adspurgte (82,5%) blev inkluderet i projektet i relation til den første kontakt i Hjerterehabiliteringsklinikken. I alt 58 af disse udgik efterfølgende pga. ønsket om afslutning hos egen læge. Årsagen til dette var hovedsagelig svær sygdomskompleksitet pga. konkurrerende lidelser og psykosociale problemstillinger. I alt 183 gennemførte projektet (raterespons: 75,9%).

Dataindsamlingen til vurdering af kvaliteten af hjerterehabiliteringen er færdig og forventes publiceret i 2013. Resultaterne vil kunne give indblik i den kliniske effekt af hjerterehabiliteringen, patienternes selvvaluerede udbytte og deres tilfredshed med selve forløbskoordinationen.

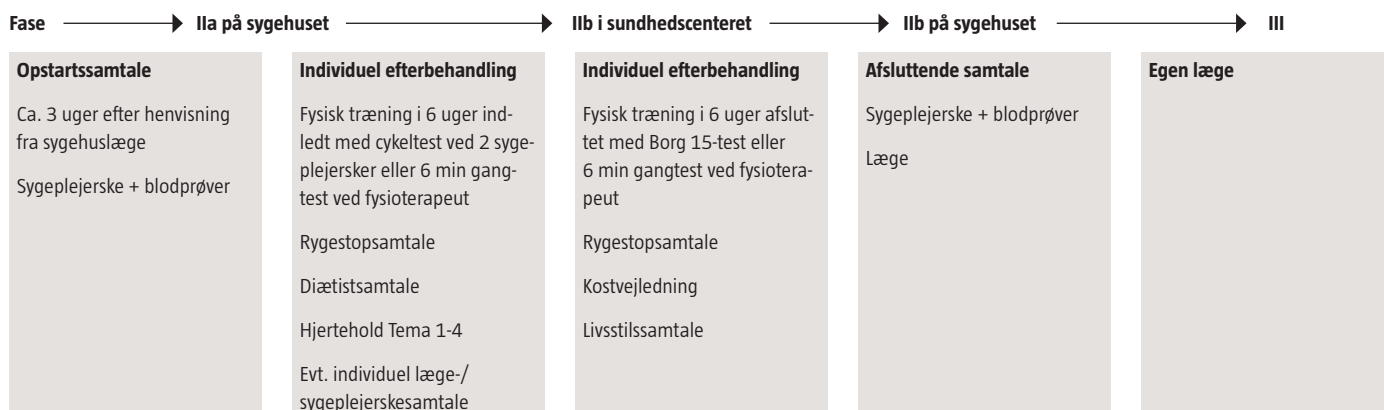
## RESULTATER

Arbejdet med forløbskoordinationen har styrket de tværfaglige og tværasektorielle samarbejdsrelationer internt på sygehuset og tværasektorielt betydeligt, som det er beskrevet i KORAs evalueringsrapport [9]. De involverede fagpersoner så efter projektet sig selv som del af et tværasektorielt team med sidestillede partnere og fælles ansvar for patienternes forløb. Den udviklingsansvarlige forløbskoordinator på sygehuset har i den sammenhæng været en nøglespiller, som

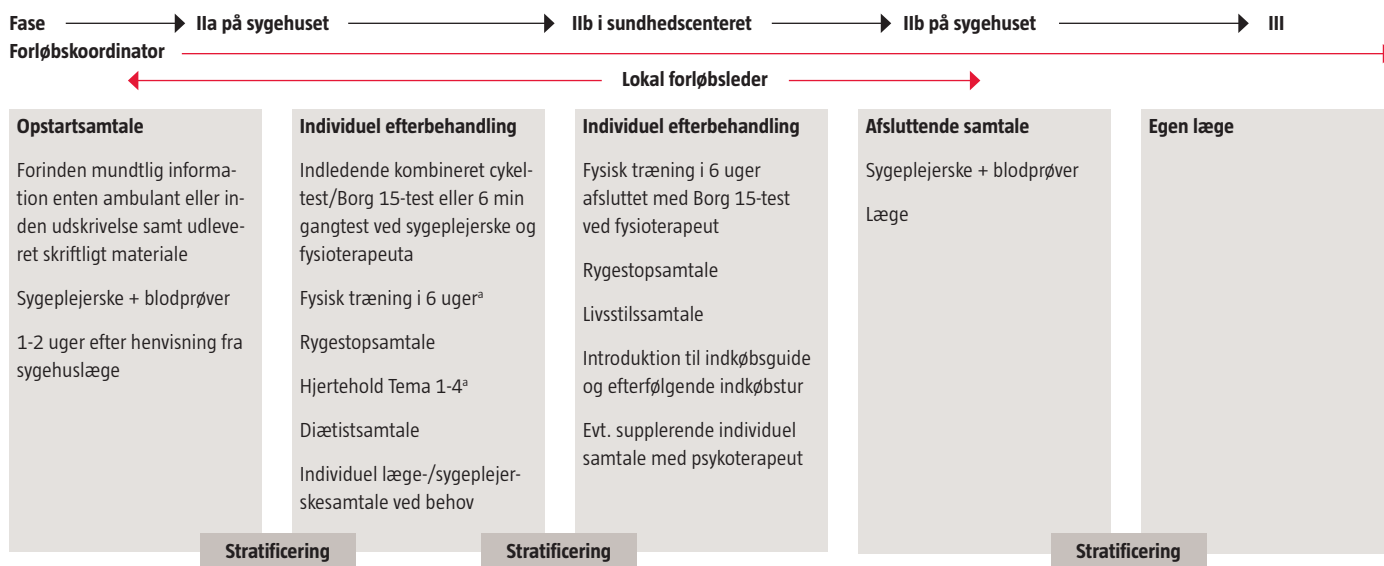
 FIGUR 1

Oversigt over hjerterehabilitering på Hjertemedicinsk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus, og Vejle Sundhedscenter før og efter Forløbsprojektet, Region Syddanmark. Faserne refererer til definerede rehabiliteringsfaser i henhold til WHO [10].

#### A FØR PROJEKTET



#### B EFTER PROJEKTET



a) »Fysisk overlevering«; kombineret cykeltest/Borg 15-test fra sygeplejerske til fysioterapeut, diætist til stede ved holdundervisning Tema 3 på sygehuset samt fysioterapeut fra sundhedscenteret til stede ved den sidste træningsseance på sygehuset.

har afdækket og løst en række praktiske logistiske problemer. Samtidig har koordinatoren faciliteret opbygning af relationer mellem de involverede fagpersoner på tværs af det tværsektorielle rehabiliteringsforløb. Endelig har koordinatoren igennem hele forløbet sikret, at patienterne bliver stratificeret og har dermed muliggjort særlig støtte og opfølgning ved kompleks sygdom og/eller mangelfund egenomsorg (Figur 1).

Et udpluk af de vigtigste udviklingsopgaver og resultater beskrives nedenfor.

#### Optimering af arbejdsgange og udarbejdelse af en funktionsbeskrivelse med konkretisering af førløbskoordinatorens opgaver

Patientaudit afdækkede, at en del patienter fravalgte dele af rehabiliteringen, idet de ikke orkede at møde nye sundhedsfaglige personer, som skulle sættes ind i deres forløb. Samtidig var der patienter, som oplevede at få den samme information igen og igen, samtidig med at de fik modstridende informationer fra forskellige fagpersoner. Der er derfor blevet gennemført en »fysisk« overlevering af patienter mellem be-



TABEL 1

Oversigt over eksempler på forløbskoordinatorens opgaver som nøgleperson.

#### Fagligt

Varetage visitationen af henviste patienter  
 Booke og ændre tider ved behov med fokus på at minimere fravalg  
 Havde fokus på ledige pladser på holdene til træning og holdundervisning  
 Informere og indkalde patienter  
 Arrangere transport og tolk ved behov  
 Sørge for opfølgning af patienter ved udeblivelse  
 Sørge for elektronisk og mundtlig kommunikation mellem samarbejdende fagpersoner  
 Arrangere møder i teamet, tværfagligt og tværsektorielt samt ad hoc ved behov for justeringer  
 Være afdelingens kontaktperson til kommune og almen praksis vedrørende hjerterehabilitering

#### Direkte patientstøtte

Informere patienten om planlagte behandlingstiltag og -muligheder  
 Tilpasning individuelt  
 Ud fra stratificering afklare behov, resurser og motivation  
 Vejlede patienter telefonisk via »hotline« og mailbox  
 Sikre kontaktsygeplejerske  
 Være livline

#### Udvidet støtte til sårbare patienter

Optimere forløbet, så patienten får et helt eller som minimum dele af den anbefalede hjerterehabilitering  
 Sørge for mulighed for individuelle samtaler  
 Sørge for telefonisk kontakt til patientens egen læge ved afslutning

handlingstiltagene, hvor det har været relevant og muligt, hvilket har medført, at patienternes oplevelse af sammenhæng blev øget, samtidig med at ændringen var tids- og resursebesparende (Figur 1).

Der er udarbejdet en funktionsbeskrivelse med konkretisering af forløbskoordinatorens opgaver (Tabel 1). Beskrivelsen er udviklet sideløbende med, at alle arbejdsgange i rehabiliteringen blev kortlagt, gennemgået og revideret. Med projektet har man i den forbindelse ryddet op i en række faglige overlap imellem sygehusets og kommunens tilbud, så der er etableret et forløb, hvor indsatser og informationer supplerer hinanden.

#### Forløbsorienteret skriftlig og mundtlig information til patienterne

Det skriftlige materiale, der udleveres til patienterne, er revideret således, at der udleveres en samlet forebyggelsesplan, hvor rehabiliteringsforløbet på tværs af det tværsektorielle forløb er beskrevet og struktureret. Der er skabt klarere aftaler for, hvilken mundt-

lig information patienterne får igennem forløbet med henblik på at minimere unødige gentagelser. De involverede fagpersoner er i den forbindelse blevet mere bevidste om at forberede patienterne på, hvor de skal hen, hvad der skal ske, og at udvise tillid til de personer, som de bliver præsenteret for næste gang.

#### Forbedret kapacitetsudnyttelse og minimering af fravalg

Patienternes ventetid til forskellige behandlingstiltag er mindsket med 2-3 uger, og, hvor der tidligere var problemer med halvtomme hold og udeblivelser, er der i dag næsten fuld resurseudnyttelse af de hold-baserede tilbud. Samtidig har fagpersonernes bevidsthed om ét samlet rehabiliteringsforløb, de personlige overleveringer og muligheden for at være fleksibel over for patienternes ønsker bidraget til at øge andelen af patienter, der gennemfører det samlede rehabiliteringsforløb, fra 46% til 58%.

Internt på sygehuset er lægernes bevidsthed om vigtigheden af hjerterehabilitering øget, og lægevisitationen er gjort mere simpel og systematisk. Dette har medført, at antallet af patienter, der gennemfører en opstartsamtale til hjerterehabilitering er steget fra ca. 75% til 93% i projektperioden, samtidig med at der gennemføres en daglig screening af potentielle patienter på sengeafsnittet.

#### Forbedret kommunikation mellem involverede fagpersoner og overlevering til almen praksis

De eksisterende elektroniske kommunikationsmuligheder er kortlagt og optimeret således, at relevante nøglepersoner har adgang til opdaterede og målrettede statusnotater, når de får patienten overleveret. De nye redskaber og praksis for kommunikation er desuden beskrevet et samlet sted på Region Syddanmarks portal for oplysning om patientrettet forebyggelse (VISINFO).

Endelig er det med hjælp fra sygehusets praksiskonsulent aftalt, at forløbskoordinatoren supplerer det afsluttende elektroniske lægenotat til almen praksis med et telefonisk opkald med henblik på overlevering af særligt sårbare patienter.

#### Arbejdet med forløbskoordination er overgået til drift ved projektets afslutning

Hjertemedicinsk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus, har videreført arbejdet med forløbskoordination i den faste drift. I videreførelsen af funktionen er ansvaret for forløbskoordination integreret i det sygeplejefaglige team bestående af fire frem for en specialist. Dette er prioriteret for at gøre arbejdet med forløbskoordination robust over for medarbejderudskiftning, sygdom o.l., når projektet er slut, og hverdagen vender tilbage. Der har også været enig-

hed om nødvendigheden af en kommunal forløbsleder. Opgaven er fremover tilknyttet en fysioterapeut i Vejle Sundhedscenter (Figur 1).

## DISKUSSION

Arbejdet med forløbskoordination har været omfattende – og det har i lige så høj grad handlet om organisationsudvikling som patientrettet koordination og støtte. Udvikling af logistik og kommunikationsredskaber, fælles værdier, mål og gensidig respekt, samt fagpersonernes opmærksomhed på, at de indgår i et samlet behandlingsforløb, har således været væsentlige indsatsområder i projektet. I den forbindelse har den brede projektorganisation med ledelsesrepræsentation haft afgørende betydning for resultaterne.

Den forebyggende kronikerindsats er desuden svær at få optimeret og indpasset i en fortravlet organisation, som er effektiviseret mange gange i henhold til den sundhedspolitiske udvikling trods viden om det langsigtede perspektiv i en proaktiv indsats for livende livsstilsændringer for den enkelte patient/borger. Projektets mulighed for at frikøbe personale til udviklingsarbejdet har således haft afgørende betydning. Til gengæld vurderes det, at overgangen til fast drift er udgiftsneutral for Hjertemedicinsk Afdeling. Dels fordi arbejdet med forløbskoordinationen har forenklet en række af de tidligere arbejdsgange, og fordi kapaciteten i »rehabiliteringsmaskinen« i langt højere grad end tidligere udnyttes fuldt ud.

I det patientrettede arbejde med forløbskoordination fremstår det som en udfordring, at sårbare patienter ofte har sociale og økonomiske problemstillinger, som ikke kan løses i hospitalsregi. Samtidig er det netop disse problemer, der ofte står i vejen for deltagelse i og udbytte af hjerterehabilitering. Derfor fremstår det som et fortsat indsatsområde at udbygge

kommunikation og samarbejde med almen praksis og relevante kommunale aktører (jobcentre, socialrådgivere etc.).

Strukturreformen har givet kommunerne en aktiv rolle i hjerterehabiliteringen. Den sundhedsmæssige konsekvens med hensyn til fravalg og frafald af patienterne i overgangen til den kommunale indsats er uvis, men det tyder på, at flere patienter falder fra det anbefalede forløb, når opgaven er delt på tværs af sektorer. I den forbindelse har projektet med forløbskoordination på Hjertemedicinsk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus, vist, at det er muligt at mindske frafald og fravalg i sektorovergangen betydeligt.

**KORRESPONDANCE:** Vibeke Brogaard Hansen, Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle Sygehus, Kappeltoft 25, 7100 Vejle.  
E-mail: vibeke.brogaard.hansen@slb.regionsyddanmark.dk

**ANTAGET:** 12. december 2012

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 20. maj 2013

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen. København: Hjerteforeningen, 2007.
2. Sundhedsaftaler – oversigt. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
3. Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark. Odense: Region Syddanmark, 2008.
4. Buch MS. Forløbskoordination på kronikerområdet – hvad skal der til i praksis? Fokus. Forum for kvalitet og udvikling i offentlig service nr. 23, 2008.
5. Wood DA, Kotseva K, Connolly S et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;371:1999-2012.
6. Patientforløbsprogram for kronisk hjertesygdom i Region Syddanmark 2009. Odense: Region Syddanmark, 2008.
7. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288:1775-9.
8. Meillier L, Larsen ML. Manual: I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret hjerterehabilitering. 1 udg. København: Hjerteforeningen, 2007.
9. Buch MS. Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. Erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområdet. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2012.
10. Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with CHD. København: WHO Regional Office for Europe, 1993.

## Sundhedsstyrelsen

### TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

Sundhedsstyrelsen meddeler, at der fra 3. marts 2014 ydes generelt uklausuleret tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

N03AG01	Depakine Chrono depottabletter*, EuroPharma.DK ApS
L02AE02	Prostab 3 DCS pulver og solvens injektionsvæske, Orifarm A/S
H01BB02	Syntocinon injektionsvæske*, Orifarm A/S
L02AE05	Vantas implantat*, Orifarm A/S
N05AD01	Haloperidoldekanoat »Paranova« injektionsvæske*, Paranova Danmark A/S
L02BB03	Bicalutamide »Teva« tabletter*, Teva Denmark A/S
R03AC19	Striverdi Respimat inhalationsvæske, Boehringer Ingelheim Danmark A/S
G04CA53	Urizia tabletter med modificeret udløsning, Astellas Pharma A/S

Der ydes generelt klausuleret tilskud til følgende lægemiddel:

C01EB17 Procoralan tabletter\*, COPHARMA ApS

Lægemidlet er klausuleret til personer, der opfylder følgende sygdomsklausul: Patienter med kronisk hjertesvigt i NYHA klasse II til IV, i sinusrytme, med systolisk dysfunktion (EF < 35 %) og med hvilepuls > 75 slag/min, i kombination med standardbehandling inklusiv betablokker eller når betablokker er kontraindiceret eller ikke tolereres. En betingelse for at opnå tilskud er, at lægen har skrevet »Tilskud« på recepten.

\*) Omfattet af tilskudsprissystemet.