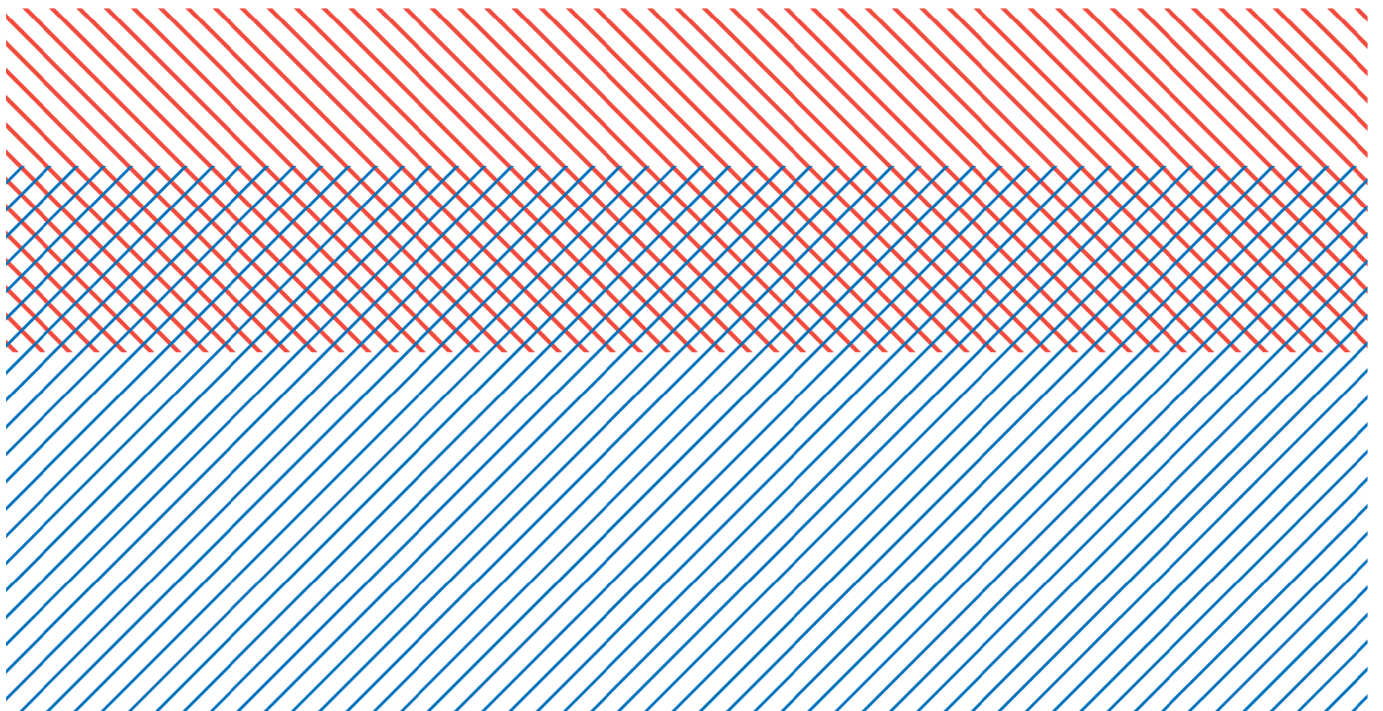


Notat

Hjerterehabilitering: Hvad fremmer og hæmmer deltagelse?

Indblik fra litteraturen på området



Amalie Martinus Hauge og Grete Brorholt

Hjerterehabilitering: Hvad fremmer og hæmmer deltagelse? – Indblik fra litteraturen på området

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-93626-47-8

Projekt: 11162

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Dette litteraturstudie er en del af projektet *En helhjertet indsats*, som samlet udgør tre leverancer:

- Artikelsamlingen: *En helhjertet indsats – En artikelbaseret klinisk, patientnær og sundhedsøkonomisk kortlægning af hjerte-kar-området*
- 10 studier, som udgives på en selvstændig hjemmeside
- Et politikpapir, som Hjerteforeningen udgiver i 2018.

Formålet med det overordnede projekt og artikelsamlingen *En helhjertet indsats* er at skabe et vidensbaseret overblik over området for hjerte-kar-sygdomme samt at identificere områder, hvor der er behov for udvikling og nytænkning.

Dette litteraturstudie udgør et af de 10 studier og udgives også på en selvstændig hjemmeside.

Inden for de 10 studier er der foretaget registerstudier, økonomiske beregninger af omkostninger i forbindelse med behandling af fem hjerte-kar-sygdomme, litteraturstudier og et empirisk studie af patienters perspektiver på livet med hjerte-kar-sygdom samt statusbeskrivelser. Samlet set giver perspektiverne og de nye studier et nuanceret billede af livet med hjerte-kar-sygdom.

Tak til alle videnspersoner og borgere, som har bidraget til dette litteraturstudie, og tak til Hjerteforeningen, der har finansieret dette arbejde.

Amalie Martinus Hauge og Grete Brorholt
Januar 2018

Indhold

Resumé	5
1 Formål med litteraturgennemgangen	6
1.1 Notatets struktur	6
2 Litteraturgennemgangens resultater	7
2.1 Patientrelaterede forhold: Hvad påvirker deltagelse og efterlevelse af rehabiliteringsprogrammer?	7
2.2 Organisatoriske og strukturelle forhold: Hvad fremmer og hæmmer rekruttering, deltagelse og fastholdelse i rehabiliteringsprogrammer samt faciliterer tværsektorielt samarbejde?	10
2.3 Tværsektorielt samarbejde. Hvordan sikres gode organisatoriske overgange i rehabiliteringsforløb?	12
3 Fremgangsmåde	14
4 Gennemgang af udvalgte studier	17
Litteratur	27
Bilag 1 Søgeprotokol	29

Resumé

Dette notat præsenterer resultaterne af en litteraturgennemgang på området for hjerterehabilitering. Litteraturgennemgangens formål har været at indhente viden om, hvorfor borgere fravælger eller frafalder rehabiliteringsprogrammer, samt hvordan man kan øge deltagelsen og efterlevelsen af rehabiliteringsprogrammer. Litteraturen er søgt i databaserne PubMed (international), EMBASE (international), CINAHL (international), PsycInfo (international), SveMed (nordisk litteratur), Netpunkt/DanBib (danske biblioteksbaser), ORIA/BibSys (norske biblioteksbaser) og LIBRIS (svenske biblioteksbaser) inden for tidsrammen 2010-2017.

Litteraturen i gennemgangen er udvalgt med henblik på både at belyse patientrelaterede forhold og organisatoriske, socioøkonomiske og individuelle karakteristika, der enten er til stede ved deltagelse eller fravalg af rehabilitering. Notatet sammenfatter forhold, som ifølge litteraturen karakteriserer patienter, der sjældnere end andre deltager i hjerterehabiliteringen. Borgere eller patienter, som deltager mindre end andre i rehabilitering, er karakteriseret af følgende:

- De er kvinder
- De bor alene
- De har flere sygdomme end én
- De lider af angst eller depression
- De har minoritetsbaggrund og/eller sprogvanskeligheder på dansk
- De har stort familieansvar
- De har travlt med arbejdsliv.

Notatet sammenfatter også en række organisatoriske og strukturelle forhold, som kan fremme deltagelse i hjerterehabilitering. Disse forhold er blandt andet:

- Rekrutteringen foretages mundtligt af læger
- Programmer er placeret geografisk i nærheden af patienten
- Arbejdsdelingen og overgang mellem hospital og kommune er tydelig, koordineret og velformidlet
- Programmerne kan tilrettelægges fleksibelt og tilpasses undervejs.

Denne litteraturgennemgang *Hjerterehabilitering: Hvad fremmer og hæmmer deltagelse? Indblik fra litteraturen på området* er et delprojekt under *En Helhjertet Indsats (Brorholt, Jakobsen & Hauge 2018)*. Projektet *En helhjertet Indsats* har kortlagt hjerte-kar-området i et behandlingsperspektiv, et rehabiliteringsperspektiv og et patientnært og sundhedsøkonomisk perspektiv. På baggrund af projektet udgives en række delrapporter, en sammenfatning i artikelform og et politikpapier udgivet af Hjertereforeningen. Dette notat kan med fordel læses i sammenhæng med notatet *Stemmer fra hjertesygge borgere – Perspektiver på inddragelse og dialog i forløb med hjerte-kar-sygdom (Hauge & Brorholt 2018)*, som udfolder det patientoplevede perspektiv på blandt andet rehabilitering på baggrund af en kvalitativ undersøgelse.

1 Formål med litteraturgennemgangen

Mange studier tyder på, at rehabilitering efter en indlæggelse kan forbedre livskvaliteten og mindske risikoen for genindlæggelser. Alligevel er det ikke alle patienter, der deltager i rehabiliteringsprogrammer. For at øge deltagelsen i rehabiliteringsprogrammer, er det nødvendigt at vide, hvilke patientgrupper, der falder fra, og hvordan man organisatorisk og strukturelt kan forbedre indsatsen for at fremme deltagelse i hjerterehabileringsprogrammer.

Formålet med denne litteraturgennemgang er derfor at opsamle eksisterende viden om, hvad der hæmmer og fremmer rekruttering til deltagelse i og efterlevelse af hjerterehabileringsprogrammer. Litteraturgennemgangen skal på den måde supplere de øvrige undersøgelser foretaget som del af projektet En Helhjertet Indsats.

Definiton af rehabilitering

Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse (WHO 1992).

Hvidbogens definition af rehabilitering understreger ud over WHO's definition, at formålet med rehabilitering er at bidrage til, at patienten opnår et meningsfuldt liv, at indsatsen er målrettet og tidsafgrænset, samt at rehabilitering er baseret på en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (Definition citeret i Brorholt, Jakobsen & Hauge eds., 2018).

1.1 Notatets struktur

I notatet beskrives forhold som ifølge litteraturen henholdsvis fremmer og hæmmer rekruttering til deltagelse i og efterlevelse af rehabiliteringsprogrammer. Notatet beskriver først forhold, som relaterer sig til patienten. Derefter beskrives organisatoriske og strukturelle forhold, dvs. tværsektorielle samarbejdsforhold, programmets rekrutteringsstrategi og geografiske placering. Endelig beskrives undersøgelsens metodiske fremgangsmåde. Til sidst præsenteres de ni inkluderede studier i korte resumeer.

2 Litteraturgennemgangens resultater

Litteraturgennemgangen fokuserer på to tematikker; patientrelaterede forhold, som hæmmer og fremmer brug af rehabiliteringsprogrammer, og organisatoriske og strukturelle forhold, som hæmmer og fremmer brug af rehabiliteringsprogrammer. Den sidste tematik belyses primært af danske studier og rapporter, idet den danske organisering og struktur præsenterer særlige udfordringer og muligheder, som de fleste udenlandske studier ikke adresserer. Hvad angår de patientrelaterede forhold, er der imidlertid stor lighed mellem danske og internationale resultater.

2.1 Patientrelaterede forhold: Hvad påvirker deltagelse og efterlevelse af rehabiliteringsprogrammer?

Her opsamles den viden, litteraturstudiet har tilvejebragt om, hvilke patientrelaterede forhold der hæmmer og fremmer deltagelse og efterlevelse af rehabiliteringsprogrammer.

2.1.1 Generelle karakteristika, som påvirker deltagelse

Flere af undersøgelserne fremhæver personlige og individuelle egenskaber, som karakteriserer patienternes deltagelse i rehabiliteringsprogrammer. Der henvises til egenskaber, som går på tværs af socioøkonomiske grupper, og som ikke knytter sig specifikt til rehabiliteringsvalget. Disse karakteristika er:

Kvinder: Litteraturgennemgangen bekræfter det allerede kendte fænomen (se, for eksempel, Würzler et al. (2009), Schou et al. (2003) og Sundhedsstyrelsen (2015)), at kvinder deltager mindre i hjerterehabilitering end mænd. Gennemgangen peger også på, at dette blandt andet skyldes, at kvinder i mindre omfang end mænd henvises til og oplyses om rehabiliteringstilbud, samt at kvinder med hjertesygdom ofte er ældre end mænd (jf. Ruano-Ravina et al. 2016, Sundhedsstyrelsen 2015).

Ældre: Det omfattende litteraturreview af Ruano-Ravina et al. (2016) konkluderer, at deltagelse i hjerterehabilitering er størst blandt patienter i alderen 50-65 år. For patienter over 70 år falder deltagelsesprocenten signifikant, og dette yderligere for patienter over 80 år. Ifølge Ruano-Ravina et al. (2016). Dette kan hænge sammen med, at der blandt nogle ældre hersker en forestilling om, at rehabilitering henvender sig til yngre og mere aktive patienter (Ruano-Ravina et al. 2016).

Unge: Ifølge flere studier (Ingholt et al. 2016, Rådgivende Sociologer 2012, Ruano-Ravina et al. 2016) hæmmes yngre patienters deltagelse i rehabiliteringsprogrammer særligt, fordi de oplever, at der ikke findes rehabiliteringstilbud, som er målrettet deres behov. Et studie nævner desuden, at yngre patienter ofte ikke vurderes at have et behov for rehabilitering, da de på papiret er sunde og raske og derfor ikke modtager tilbud om rehabilitering (Rådgivende Sociologer 2012).

Personer, som har minoritetsbaggrund eller svært ved dansk: Ifølge Ingholt et al. (2016) har danske sundhedsprofessionelle på både sygehuse og i kommuner en forståelse af, at patienter med minoritetsbaggrund, og/eller som har svært ved dansk, deltager forholdsmeget mindre end andre patientgrupper i hjerterehabiliteringen, hvilket også er vist i tidligere undersøgelser, som ikke indgår i denne gennemgang (se blandt andet DANREHAB-gruppen, Zwisler, Nissen og Madsen (2006) og Johansen, Rasmussen og Christiansen (2012)). Aktuelt er et ph.d.-projekt ved at afdække, hvorfor og hvordan patienter med indvandrerbaggrund, som har været indlagt med iskæmisk hjertesygdom, deltager i hjerterehabilitering (Frederiksen 2017).

Personer med visse typer af hjerte-kar-sygdom: Studierne peger på, at graden af deltagelse også hænger sammen med, hvilken hjerte-kar-sygdom patienten har. Ruano-Ravina et al. (2016) konkluderer, at der internationalt set er større deltagelse blandt patienter med by-pass-operationer, mens et dansk studie viser, at patienter med hjertesvigt deltager mindre end patienter med andre hjerte-kardiagnoser, som får tilbudt rehabilitering (Toppenberg et al. 2016).

Personlige og individuelle karakteristika, som hæmmer deltagelse

- Kvinder
- Unde
- Ældre
- Patienter med hjertesvigt (i Danmark)
- Etniske minoriteter

2.1.2 Sårbarhed. Socioøkonomiske forhold, som påvirker deltagelse

Litteraturgennemgangen viser, at patienter, som kan karakteriseres som "sårbare", deltager mindre i rehabiliteringen (Melgaard Nielsen, Meillier & Lytken Larsen 2013). En række socioøkonomiske karakteristika afgør ifølge studierne, om man er sårbar som hjerte-kar-patient. De vigtigste karakteristika blandt borgerne/patienterne, der deltager mindre i rehabilitering, er følgende:

At bo alene: Ifølge det mest omfattende studie, som indgår i litteraturgennemgangen, et systematisk review fra International Journal of Cardiology, tyder alle studier på, at det at leve i et parforhold eller være gift øger deltagelse i rehabiliteringsprogrammer, mens det at bo alene eller være single reducerer deltagelsesniveauet (Ruano-Ravina et al. 2016, Due 2011).

At have lavt fysisk funktionsniveau og er måske rygere: Ruano-Ravina et al. (2016) fremhæver at to ud af tre studier viser, at rygning sænker deltagelse og efterlevelse af hjerterehabiliteringsprogrammer. De konkluderer også, at der er lavere deltagelse blandt patienter med lavt funktionsniveau (Ruano-Ravina et al. 2016), hvilket de sætter i forbindelse med nogle patienter fra denne gruppes forestillinger om, at rehabilitering henvender sig til yngre og mere aktive patienter (Ruano-Ravina et al. 2016). Denne bekymring findes også i flere af de andre studier (se, blandt andre, Ingholt et al. 2016, Due 2011).

At have små økonomiske midler: Ifølge flere studier spiller afstand og tilgængelighed en afgørende rolle for, om patienter deltager i rehabilitering (Ruano-Ravina et al. 2016, Buch, Holm-Petersen & Hansen 2016, Toppenberg et al. 2016, Ingholt et al. 2016, Due 2011). Mennesker, som har stor afstand til rehabiliteringsstedet, og som enten ikke har bil eller adgang til offentlig transport, deltager mindre. (Buch, Holm-Petersen & Hansen 2016). Dette gør sig særligt gældende for patienter med små midler.

At have flere sygdomme samtidigt: Flere studier peger på, at patienter som fejler andet og mere end hjerte-kar-sygdom, deltager mindre, end dem, som kun har hjerte-kar-sygdom (Buch, Holm-Petersen & Hansen 2016, Ruano-Ravina et al. 2016, Ingholt et al. 2016). Der er dog forskel på, hvilke sygdomme patienter har. Depression og psykisk sygdom sænker deltagelsesniveauet, ifølge flere af de studier som indgår i review af Ruano-Ravina et al. (2016) samt i Dues litteraturgennemgang (2011). Due (2011) fremhæver desuden, at deltagelse sænkes blandt patienter, som lider af

hoste og sputum, træthed, diabetes, muskelproblemer og dårlig lungefunktion. En undtagelse er ifølge Ruano-Ravina et al. (2016), at patienter med dyslipidæmi¹ deltager mere end patienter uden.

Socioøkonomiske karakteristika blandt borgerne, der deltager mindre i rehabilitering

- At bo alene
- At have lavt fysisk funktionsniveau
- At have små økonomiske midler
- At have flere sygdomme samtidigt

2.1.3 Aktuel livsstatus. Situationsbaserede forhold, som påvirker deltagelse

Ud over de socioøkonomiske karakteristika, som kan gøre patienter og borgere med hjerte-kar-sygdomme sårbare, viser litteraturgennemgangen også, at en række faktorer, som knytter sig til patientens aktuelle situation under sygdommen, påvirker brugen af rehabilitering. Af disse fremstår nedenstående som de mest indflydelsesrige situationelle karakteristika med indflydelse på, om patienter gør brug af hjerterehabileringsprogrammer. Disse karakteristika er:

Mangel på tilknytning til arbejdsmarkedet: Ifølge Ruano-Ravina et al. (2016) viser studierne på området højere deltagelse og efterlevelse af hjerterehabileringsprogrammer blandt patienter, som aktuelt er tilknyttet arbejdsmarkedet end blandt patienter uden arbejde. Forfatterne vurderer, at dette kan skyldes, at den mentale tilstand muligvis forbedres af at komme tilbage på arbejdsmarkedet.

At have travlt på arbejdsmarkedet: Det fremgår dog også af litteraturgennemgangen, at patienter som er aktive på arbejdsmarkedet, takker nej til rehabiliteringsprogrammer eller forlader dem før tid, fordi de ikke oplever at have tid til både arbejde og rehabilitering (Ingholt et al. 2016), hvilket et af de studier, som omtales af Ruano-Ravina et al. (2016) også påpeger. Flere studier nævner, at dette ikke nødvendigvis drejer sig om, at arbejdet prioriteres højere, men om et praktisk problem, da rehabiliteringstilbuddet finder sted i dagtimerne, hvor patienterne ikke nødvendigvis kan få fri fra arbejde (Due 2011, Christiansen et al. 2015a, Rådgivende Sociologer 2012).

At have stort familieansvar: Patienter med hjemmeboende børn fravælger også i nogle tilfælde at deltage i rehabiliteringsprogrammer. Denne årsag til fravalg ses især blandt yngre kvinder (Ingholt et al. 2016), som forklarer, at de har et stort familieansvar for både egne børn og ældre familiemedlemmer og derfor har mindre tid til at deltage og efterleve rehabiliteringsprogrammer (Ruano-Ravina et al. 2016). Generelt prioriterer denne gruppe patienter eget helbred lavere end familiemedlemmers helbred. Det kan senere i livet have psykologiske omkostninger (Ingholt et al. 2016).

At lide under angst og stress relateret til hjertesygdommen: Patienter, som er særligt følelsesmæssigt stressede og angstede på grund af deres hjerte-kar-sygdom, siger oftere nej til at deltage i rehabiliteringsprogrammer end andre. Dette er også tidligere påvist i et norsk studie, som dog ikke indgår i denne litteraturgennemgang, pga. tidsrammen² (Mildestvedt & Meland 2007). Hvis denne gruppe udsættes for skræmmeteknikker, sænkes deltagelse yderligere (Buch et al. (2016).

¹ Begrebet "dyslipidæmi" omfatter alle former for ændret/øget niveau af lipider, dvs., kolesterol, subfraktioner af dette og triglycerider, som er forbundet med øget risiko for hjerte- og karsygdom (Sundhed.dk 2016)

² Litteraturgennemgangen har kun inkluderet litteratur udgivet mellem 2010-2017, jf. kapitel 3, Fremgangsmåde.

Mangel på selvoplevet behov: Flere studier peger på, at en række patienter ikke oplever at have behov for rehabilitering efter hjertesygdom (Due 2011, Christiansen et al. 2015a, Rådgivende Sociologer 2012). De har måske et ønske om selv at finde en måde at komme sig på (dette er særligt mænd, ifølge Rådgivende Sociologer (2012)), eller de føler sig ikke så dårlige, som de øvrige deltagere på et tilbud (Due 2011, Christiansen et al. 2015a, Rådgivende Sociologer 2012). Ét studie peger desuden på de patienter, som ikke vil belaste samfundet (Ingholt et al. 2016); patienter, som anser deres sygdom som et privatanliggende, som ønsker at være andre til besvær med deres sygdom. Dette synspunkt blev fundet blandt patienter i Vestjylland (Ingholt et al. 2016).

Situationsbaserede karakteristika, som hæmmer deltagelse i rehabilitering

- Mangel på tilknytning til arbejdsmarkedet
- At have travlt på arbejdsmarkedet
- At have stort familieansvar
- At lide under angst og stress relateret til hjertesygdommen
- Mangel på selvoplevet behov

2.2 Organisatoriske og strukturelle forhold: Hvad fremmer og hæmmer rekruttering, deltagelse og fastholdelse i rehabiliteringsprogrammer samt faciliterer tværsektorielt samarbejde?

Her opsamles den viden, litteraturstudiet har genereret om, hvilke organisatoriske og strukturelle forhold der hæmmer og fremmer patienters deltagelse i hjerterehabilitering. Disse forhold inddeles i tre temaområder, nemlig rekruttering, fastholdelse og tværsektorielt samarbejde.

2.2.1 Rekruttering. Hvordan fremmer man deltagelse via rekrutteringsstrategi?

Studierne peger tydeligt på, at formen på "rekrutteringen" af patienter og borgere til rehabiliteringsprogrammer er en væsentlig faktor for, hvor mange patienter der deltager i rehabiliteringen (Buch, Holm-Petersen & Hansen 2016, Melgaard Nielsen, Meillier & Lytken Larsen 2013, Ingholt et al. 2016, Brogaard Hansen et al. 2014, Toppenberg et al. 2016). Nedenfor beskrives nogle af de forhold, som ifølge studierne fremmer deltagelse i rehabiliteringsprogrammer.

Læger skal formidle rehabilitering: Ifølge adskillige af de inkluderede studier både fra Danmark og udlandet øges deltagelsen væsentligt, når patienterne informeres og henvises til rehabiliteringsprogrammer af en læge (Buch, Holm-Petersen & Hansen 2016, Ingholt et al. 2016), og det internationale review, som er inkluderet i litteraturgennemgangen, påpeger, at det specifikt skal være en kardiolog (Ruano-Ravina et al. 2016). Dette skyldes ifølge et studie, at rehabiliteringen på den måde bliver integreret som et trin i behandlingen, frem for at fremstå som et muligt og frivilligt tilbud, som patienten kan vælge at tage (Ingholt et al. 2016). I forlængelse af dette peger et studie på, at timingen af rekrutteringen er vigtig, og at et godt tidspunkt typisk at præsentere rehabilitering vil være som led i udskrivningen (Melgaard Nielsen, Meillier & Lytken Larsen 2013). Ventetid på henvisning til rehabilitering eller ventetid på opstart af rehabiliteringsforløb hæmmer deltagelse (Buch, Holm-Petersen & Hansen 2016). For at fremme lægernes fokus på at formidle rehabilitering, peger et studie på, at lægernes bevidsthed om vigtigheden af rehabilitering bør øges (Brogaard Hansen et

al. 2014). I forlængelse heraf peger et andet studie på, at især unge patienter ikke henvises til rehabilitering, fordi de ud over deres hjertesygdom er sunde og raske (Rådgivende Sociologer 2012).

Mundtlig formidling og ordvalg er vigtigt: Flere studier peger desuden på, at måden hvorpå, og mediet hvorigennem, informationen om og henvisningen til rehabiliteringsprogrammer foregår, påvirker graden af deltagelse (Brogaard Hansen et al. 2014, Ingholt et al. 2016, Buch, Holm-Petersen & Hansen 2016). Studierne peger på, at mundtlig information enten i samtale eller telefonisk giver større deltagelse (Brogaard Hansen et al. 2014, Ingholt et al. 2016, Buch, Holm-Petersen & Hansen 2016). E-post hæmmer deltagelse; særligt blandt sårbare grupper (Ingholt et al. 2016). I forhold til kommunernes rekruttering af patienter til rehabiliteringsprogrammer, viser et studie også, at det kan være relevant med et hjemmebesøg hos patienten (Ingholt et al. 2016). Samme studier nævner, at ordvalg også kan påvirke lysten til at deltage. Ordet rehabilitering kan give konnotationer til "afvæning" (engelsk 'rehab'), som nogle patienter ikke anser for relevant, eller det kan blive forstået som noget, der kun er relevant for meget syge patienter (Ingholt et al. 2016).

Rekrutteringsforhold, der fremmer deltagelse

- Læger skal formidle rehabilitering
- God timing og ingen ventetid
- Mundtlig formidling og ordvalg er vigtigt

2.2.2 Fastholdelse. Hvordan fastholder man patienter og borgere i rehabiliteringsprogrammer?

Studierne peger på en række karakteristika ved de organisatoriske rammer for rehabiliteringsprogrammer, som kan påvirke patienternes og borgernes fortsatte deltagelse i disse. Ifølge studierne er de vigtigste forhold:

Programmerne skal være i nærheden: Flere studier fremhæver rehabiliteringens geografiske placering som helt central for, om patienterne bliver ved med at deltage i rehabiliteringen (Ruano-Ravina et al. 2016, Ingholt et al. 2016, Toppenberg et al. 2016, Buch, Holm-Petersen & Hansen 2016). Hvis det tager for lang tid, vil færre patienter deltage, og hvis det er for omkostningstungt at deltage, vil især patienter med små midler falde fra (Buch, Holm-Petersen & Hansen 2016).

Forløbene skal være fleksible: Studierne peger gennemgående på, at især udsatte grupper falder fra i hjerterehabiliteringen (Ingholt et al. 2016, Melgaard Nielsen, Meillier & Lytken Larsen 2013, Ruano-Ravina et al. 2016, Toppenberg et al. 2016). For at imødekomme især denne gruppe af patienter, er det nødvendigt at identificere, hvem der er sårbare, og tilrettelægge forløbet til dem. Ifølge Melgaard Nielsen, Meillier & Lytken Larsen (2013) vil relative simple screeningsværktøjer være relevante i forhold til denne identificering. Ifølge Ingholt et al. (2016) og Toppenberg et al., (2016) er det desuden vigtigt, at de sundhedsprofessionelle er særligt opmærksomme på disse patienters behov. I forlængelse heraf, er det ifølge Ruano-Ravina et al. (2016) relevant at udvikle særlige strategier til sårbare grupper. Desuden skal der ifølge flere af studierne være mulighed for at tilrettelægge rehabiliteringsprogrammerne individuelt og moderere dem undervejs (Ingholt et al. 2016, Toppenberg et al. 2016), sådan at man kan imødekomme eventuelle ønsker om fx at skifte fra holdtræning til individuel træning (ibid.). Dette gælder ikke kun gruppen af udsatte eller sårbare patienter, men også yngre patienter og kvinder (Rådgivende Sociologer 2012).

Forløbene skal foregå i trygge rammer: Patienternes oplevelse af tryghed i rehabiliteringsperioden fremhæves som relevant (Ingholt et al. 2016, Brogaard Hansen et al. 2014) og uddybes særligt af Ingholt et al., som udfolder, at tryghed for patienter er (a) en tiltro til, at de sundhedsprofessionelle har stor erfaring og kyndighed inden for det kardiologiske felt, (b) at der bliver responderet, når man kontakter rehabiliteringsafdelingen, (c) at de sundhedsprofessionelle lytter og tager hånd om deres situation, også dem, som ikke knytter sig direkte til sygdommen, (d) hjælper med at forklare og overskue medicin og håndtering af denne. Desuden (e), at patienten ved, hvad der kommer til at ske, og at tingene kommer til at foregå som annonceret, og at patienterne (d) får udleveret et kontaktkort med telefonnummer til hotline (Ingholt et al., 2016). Desuden viser Due (2011), at nogle patienter fravælger rehabilitering, når undervisernes tilgang opfattes som præget af negativitet eller tvang (se også Buch, Holm-Petersen og Hansen, 2016).

Forløbene skal have socialt element: Flere studier fremhæver, at det sociale i rehabiliteringsprogrammerne er overordentlig vigtigt. Ifølge Rådgivende Sociologer (2012) mener særligt kvinder, at dette element kunne udfoldes mere (Christiansen et al. 2015a, Due 2011, Rådgivende Sociologer 2012). Der skal være et godt socialt samvær på holdene med mennesker i samme eller lignende livssituation, som en selv. Særligt yngre patienter og kvinder nævner, at følelsen af at være "udenfor" og/eller ikke-jævnaldrende med de øvrige deltagere kan gøre, at tilbuddet fravælges (Rådgivende Sociologer 2012).

Karakteristika, der fremmer fastholdelse

- Programmerne skal være i nærheden
- Forløbene skal være fleksible
- Forløbene skal foregå i trygge rammer
- Forløbene skal have socialt element

2.3 Tværsektorielt samarbejde. Hvordan sikres gode organisatoriske overgange i rehabiliteringsforløb?

Flere af de studier, som fokuserer på den danske kontekst for hjerterehabilitering, beskriver, at overgangene mellem sektorer; dvs. primært mellem hospital og kommune, men også mellem kommune og tredjesektor-tilbud, udgør kritiske momenter for at fastholde patienter i rehabiliteringsforløb (Buch, Holm-Petersen & Hansen 2016, Ingholt et al. 2016, Toppenberg et al. 2016, Brogaard Hansen et al. 2014). Følgende forhold fremmer ifølge studierne, at borgerne fastholdes i rehabiliteringsprogrammerne, når de krydser sektorer.

Klar arbejdsdeling og koordination: Flere studier fremhæver, at overgangene mellem hospitalernes og kommunernes tilbud gør, at patienter afbryder et rehabiliteringsforløb. En klarere arbejdsdeling og bedre koordination fremmer fastholdelse af patienter (Ingholt et al. 2016, Brogaard Hansen et al. 2014, Toppenberg et al. 2016, Buch, Holm-Petersen & Hansen 2016, Christiansen et al. 2015a). Ifølge Ingholt et al. (2016) er et centralt problem i overgangene, at patienterne ikke viderebringes sikkert nok fra hospital til kommune. En hensigtsmæssig overgang kan hæmmes af (a) manglende godkendelse fra patienter til hospitaler om at videregive information om patientens hjerteproblematik til kommunen, (b) at sundhedsprofessionelle i kommunerne ikke har mulighed for selv at skaffe viden om, hvilke patienter der har været indlagt eller har været i ambulans forløb på sygehuset. Desuden kan en god overgang hæmmes, (c) hvis en fysioterapeut er sidste led i træningen

på sygehuset, da fysioterapeuter ikke har adgang til at henvise til de kommunale rehabiliteringstilbud. Når overgangene er "små", fx når (d) behandling og specialiseret rehabilitering foregår på samme sygehus, er det nemmere at rekruttere og holde overblik over potentielle deltagere (Ingholt et al., 2016). Desuden nævner nogle patienter, at de er blevet forhindret af sygdom i at deltage i et forløb og efterfølgende ikke er blevet tilbudt nyt forløb (Rådgivende Sociologer 2012). Ifølge studierne kan denne arbejdsdeling og koordination blandt andet forbedres via aftalte korrespondance-meddelelser, løbende ledermøder, kompetenceudvikling af kommunale sundhedsfolk via studiebesøg på hjerteambulatorier (Toppenberg et al. 2016) samt skriftligt materiale, som formidler et samlet rehabiliteringsforløb (Brogaard Hansen et al. 2014).

Overskuelig organisering af kommunale rehabiliteringstilbud: Derudover fremhæver særligt Buch, Holm-Petersen og Hansen (2016) den store variation af kommunale tilbud og den varierende præcision i beskrivelsen af disse. Det kan hæmme hospitalernes tiltro til og mulighed for, at henvise retmæssigt til kommunale rehabiliteringstilbud, når de ikke har overblik over, hvilke tilbud der findes, og hvad de præcis består af. I forlængelse heraf fremhæver Ingholt et al. (2016) at kommunerne med fordel kan organisere sig således, at der er én samlet indgang til rehabiliteringstilbuddene i form af ét telefonnummer, som de eksterne samarbejdspartnere kender. Desuden fremhæver samme forfattere, at de kommunale sundhedsfolk med fordel kunne styrke forbindelsen mellem kommunal rehabilitering og de lokale tilbud, som kan være relevante i forlængelse heraf (Ingholt et al. 2016).

Forhold, der fremmer fastholdelse ved overgang fra hospital til kommune eller tredjesektor-program

- Klar arbejdsdeling og koordination
- Overskuelig organisering af kommunale rehabiliteringstilbud

3 Fremgangsmåde

For at belyse, hvad der hæmmer og fremmer brug af hjerterehabiliteringsprogrammer, har vi foretaget en kvalitativ og induktiv litteraturgennemgang. Studiets interesse er primært den organisatoriske kontekst for hjerterehabilitering i Danmark, hvilket kun har været genstand for få videnskabelige undersøgelser.

For at opnå indsigt i denne litteratur, har vi foretaget litteratursøgningen eksplorativt, forstået på den måde, at den dels er en regulær søgning struktureret med baggrund i den såkaldte PICO-søgemodel (= Population/Problem – phenomenon of Interest – Context). Desuden er der foretaget søgning eller gennemgang af en række hjemmesider. Søgningens protokol er vedlagt i bilag 1. Derudover inkluderes litteratur, som via det kvalitative empiriske arbejde bliver foreslået og viser sig ved sneboldeffekt (Sorensen & Maeng 2015). Sneboldeffekt betegner, at et studie fører et andet med sig på samme måde som en snebold bliver større, når den ruller i sneen. Litteratur og empiri indgår således i en dialog, som udfolder feltet induktivt og kvalificerer analyserne (Christiansen et al. 2015b).

Gennemgangen er udgjort af seks faser: (1) Litteratursøgning, (2) Titelsortering, (3) Abstract-sortering, (4) Analytisk sortering, (5) Udvælgelse af studier til fuldtekstlæsning, og (6) Gennemgang af studier og validering af liste. Tidsrammen for søgningen har været 2010-2017 (april). Derudover har der været dialog med relevante videnspersoner på området, og forslag til relevant litteratur er vurderet løbende og inkluderet, hvor det var relevant.

Fase 1) Litteratursøgning

Litteratursøgningen er foretaget i april 2017 af en erfaren bibliotekar med udgangspunkt i en søgestrategi, som er udviklet i samarbejde med Hjerteforeningen. Der er søgt i følgende databaser:

- PubMed (international)
- EMBASE (international)
- Cochrane (international)
- CINAHL (international)
- Web of Science (international)
- PsycInfo (international)
- SveMed (nordisk litteratur)
- Netpunkt/DanBib (danske biblioteks-baser)
- Den Danske Forskningsbase
- ORIA/BibSys (norske biblioteks-baser)
- Libris (svenske biblioteks-baser)

Desuden er der søgt på en række hjemmesider jf. bilag 1.

Søgningen er foretaget med danske, norske, svenske og engelske termer og i nordiske og internationale databaser. Dertil blev der inkluderet en litteraturliste fra Hjerteforeningen, kliniske artikler og andre anbefalede titler. Søgningen resulterede endeligt i 837 studier.

Fase 2) Eksklusion på baggrund af titel

I fase 2 blev studierne gennemgået systematisk på baggrund af deres titler, i forhold til om de skulle ekskluderes eller ej. I fase 2 opererede vi med fire eksklusionskriterier: Tid (ekskluderet blev studier udgivet før 2010), organisatorisk fokus (ekskluderet blev studier med fokus på organisering i anden

kontekst end skandinavisk), sprog (ekskluderet blev andre sprog end dansk, norsk, svensk og engelsk) og målgruppe (ekskluderet blev studier, som ikke omhandlede hjerterehabilitering). På den baggrund blev 622 studier frasorteret, og det resterende antal studier udgjorde 215.

Fase 3) Eksklusion og sortering på baggrund af abstract

I fase 3 blev yderligere 126 studier ekskluderet. Eksklusionen foregik med samme udgangspunkt som i fase 2, men på baggrund af en læsning af hele abstractet. De tilbageværende studier blev derefter systematisk gennemgået og kategoriseret, i forhold til om de belyste patientrelaterede forhold eller organisatoriske/strukturelle forhold (57 publikationer). 85 studier belyste patientrelaterede forhold og mere specifikt personrelaterede forhold (36), diagnosespecifikke forhold (45) og forhold relateret til pårørende (4). 57 studier belyste organisatoriske og strukturelle forhold, herunder kommunal rehabilitering (31), forhold relateret til almen praksis (4) og sektorovergangsproblematikker (22). Kategorierne var ikke gensidigt udelukkende.

Fase 4) Analytisk eksklusion

I denne fase gennemgik vi de tilbageværende studier med fokus på at inkludere de studier, som var mest egnede til studiets formål: at belyse patientrelaterede og organisatoriske fremmere og hæmmere for brug af rehabilitering.

Vi ekskluderede derfor: (a) studier, som havde et relevant fokus på hjerterehabilitering og patienters og borgeres deltagelse, men hvor afrapporteringen havde en form, som ikke var ideel i forhold til studiets formål. Dette var primært studier, som rapporterede på kliniske udkom af specifikke rehabiliteringsforløb, såsom det i øvrigt ellers relevante studie 'Cardiac rehabilitation with a nurse case manager (GoHeart) across local and regional health authorities improves risk factors, self-care and psychosocial outcomes. A one-year follow-up study' af Hansen og Maindal (2014). Derudover ekskluderede vi (b) studier, som rapporterede på baggrund af et datagrundlag, som var mindre end en kommune. Desuden foretog vi (d) en relativ frasortering, således at vi beholdt de studier, som var mest egnede til at informere om hver af de under fase 3 præsenterede kategorier. Studiernes grad af egnethed blev afgjort af deres kvalitet, bredde og dybde, sammenlignet med øvrige publikationer i litteraturstudiet. På den baggrund ekskluderede vi 107 antal artikler, og det resterende antal studier var nu 19.

Fase 5) Udvælgelse af 9 studier

I fase 5 var en overskuelig mængde af studier tilbage. De var alle relevante for undersøgelsens fokus. I denne fase var formålet derfor at udvælge en sammensætning af studier, som tilsammen dannede et overblik over området, særligt i den danske kontekst, og som samtidig var kendetegnet af at være af så god, videnskabelig kvalitet som muligt (dog under hensyn til, at fx danske evalueringsrapporter også skulle kunne indgå, selv om de ikke havde været gennem peer-review og generelt har en anden karakter end videnskabelige artikler). Det skal bemærkes, at det endelige valg af de ni artikler til gennemgang er foretaget på baggrund af en faglig vurdering og analytiske valg. Der vil derfor altid være mulighed for andre fortolkninger og andre valg. De udvalgte artikler er kvalificeret i dialog med Hjerteforeningen og eksperter på området for hjerterehabilitering.

Fase 6) Læsning og opsummering af studier

De studier, der gennemgås er:

1. Melgaard Nielsen, K., Meillier, L.K. & Lytken Larsen, M. 2013, "Extended cardiac rehabilitation for socially vulnerable patients improves attendance and outcome", Danish medical journal, vol. 60, no. 3, pp. A4591.

2. Ruano-Ravina, A., Pena-Gil, C., Abu-Assi, E., et al. 2016, "Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs. A systematic review", International journal of cardiology, vol. 223, pp. 436-443.
3. Buch, M.S., Holm-Petersen, C. & Hansen, E.B. 2016, Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme, KORA. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, København.
4. Toppenberg, M., Balsby, M., Fenger, A., et al. 2016, Evaluering. Overdragelse af den ikke-medicinske del af Hjerterehabilitering Fase II fra Regionshospitalet Viborg til Skive og Viborg kommuner, Region Midtjylland, Regionshospitalet Viborg Skive, Skive Kommune, Viborg Kommune.
5. Brogaard Hansen, V., Haslev, V.P., Kring, A., et al. 2014, "Tværsektoriel forløbskoordinator kan mindske frafald fra hjerterehabiliteringsprogram", Ugeskrift for Læger, vol. 176, no. 5, pp. 440-443.
6. Due, T.D. 2011, Hvem falder fra rehabiliteringen? En litteraturgennemgang af, hvad der kendetegner de deltagere, der falder fra rehabilitering inden for diabetes-, KOL- og hjertesygdom, Tryk-Fondens Forebyggelsescenter, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.
7. Ingholt, L., Rod, M.H., Holmberg, T., et al. 2016, Socialdifferentieret hjerterehabilitering i praksis. Sundhedsprofessionelles og patienters perspektiver, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.
8. Christiansen, N.S., Zinckernagel, L., Zwisler, A., et al. 2015, Livet med en hjertesygdom. En undersøgelse om det at leve med en hjertesygdom og af hjertepatienters vurdering af sundhedsvæsenets indsats, Hjerteforeningen & Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.
9. Rådgivende Sociologer 2012, Hjertesygges ønsker og behov. En interview- og spørgeskemaundersøgelse gennemført af Rådgivende Sociologer ApS for Hjerteforeningen, Rådgivende Sociologer, København.

I notatets kapitel 4 afrapporteres studierne i et tabelformat som nedenstående, tilpasset det enkelte studie.

Forfattere	År	Titel	Udgiver	Type
Om studiet				
Patientrelaterede forhold	Hvad hæmmer brug af rehabilitering?		Hvad fremmer brug af rehabilitering?	
Strukturelle og organisatoriske forhold	Hvad hæmmer brug af rehabilitering?		Hvad fremmer brug af rehabilitering?	
Andet				

4 Gennemgang af udvalgte studier

I det følgende opsummeres de publikationer, som indgår i litteraturstudiet. Opsummeringerne fokuserer på forhold, som fremmer og hæmmer brug af hjerterehabilitering, mens øvrige detaljer fra publikationerne er udeladt.

4.1.1 Extended cardiac rehabilitation for socially vulnerable patients improves attendance and outcome af Melgaard Nielsen, K., Meillier, L.K. & Lytken Larsen

Forfattere	År	Titel	Udgiver	Type
Melgaard Nielsen et al.	2013	Extended Cardiac rehabilitation for socially vulnerable patients improves attendance and outcome	Danish Medical Journal	Peer-reviewed article
Om studiet	Socialt udsatte patienter er mindre tilbøjelige til at ændre deres risikofaktorprofil og til at tage deres medicin som foreskrevet. Artiklen refererer et empirisk studie, hvori det blev undersøgt om udvidet hjerterehabilitering (URP) i sammenligning med standard hjerterehabilitering (SRP) virkede bedre til denne gruppe. Resultatet var, at URP reducerer frafald for udsatte patienter og forbedrer deres resultater, og artiklen konkluderer på den baggrund, at simple screeningsmetoder kan anvendes til at identificere gruppen, der vil have gavn af SRP, hvilket kan øge den samlede, allerede høje, deltagelsesandel i hjerterehabilitering. Den undersøgte patientgruppe af socialt udsatte patienter bestod af personer med lav uddannelse, som bor alene, eller som føler sig særligt stressede uden at have et socialt netværk. Ekskluderet blev personer med omfattende multisygdom, demens, psykisk sygdom og stof-/alkoholmisbrugere.			
Strukturelle og organisatoriske forhold	Hvad fremmer og hæmmer brug af rehabiliteringsprogrammer?			
	<ul style="list-style-type: none"> Øget fokus på forskellen mellem udsatte og ikke-udsatte patienter er vigtig for at øge den førstnævnte gruppes deltagelse i rehabiliteringsprogrammer. Øget brug af screeningsværktøjer kan forbedre sundhedsvæsenets indsats i den forbindelse. Patienterne i studiet blev allerede præsenteret for rehabiliteringsforløbene i den akutte fase af deres forløb med blodprop i hjertet, hvilket forfatterne mener kan have øget deres motivation for at deltage i rehabiliteringsforløbene. 			
Andet	Studiet er relevant for denne litteraturgennemgang, men dets hovedvægt er på kliniske målninger, såsom kolesteroltal, BMI og cigaretforbrug. Derfor indgår det kun i begrænset omfang i opsamlingen.			

4.1.2 Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs. A systematic review af Ruano-Ravina, A., Pena-Gil, C., Abu-Assi, E., et al

Forfattere	År	Titel	Udgiver	Type
Ruano-Ravina et al.	2016	Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs. A systematic review	International Journal of Cardiology	Review-artikel, peer-reviewed
Om studiet	Artiklen tager udgangspunkt i, at hjerterehabiliteringsprogrammer har vist sig at være i stand til at reducere mortaliteten. Artiklen vil derfor undersøge, hvilke faktorer der påvirker deltagelse og efterlevelse (adherence) af hjerterehabiliteringsprogrammer. Det gør den via et systematisk review af 29 artikler fundet i anerkendte medicinske databaser. Artiklen inddeler faktorerne i to kategorier: patientrelaterede eller relateret til hjerterehabiliteringsprogrammet.			
Patientrelaterede forhold	Hvad hæmmer og fremmer brug og efterlevelse af rehabiliteringsprogrammer?			
	<ul style="list-style-type: none"> Køn. Kvinder deltager mindre end mænd, men efterlevelse er ens for kønnene. Dette kan ifølge forfatterne skyldes, at kvinder er mindre opmærksomme på risici, eller at kardiologer 			

Forfattere	År	Titel	Udgiver	Type
		<p>oftere henviser mænd til hjerterehabilitering. Kvinder forklarer også, at de har større familieansvar (omsorg for ældre og yngre familiemedlemmer) og derfor mindre tid til at deltage og efterleve i hjerterehabiliteringsprogrammer.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alder. Deltagelse er størst i alderen 50-65. For patienter over 70 år falder deltagelsesprocenten signifikant, og dette yderligere for patienter over 80 år. Forfatterne foreslår, at dette kan skyldes transportproblemer, og en opfattelse af, at fysisk rehabilitering er risikabelt og/eller for yngre patienter. Forfatterne mener, at kardiologer her bør spille en større rolle i forhold til at udrydde disse misforståelser. ▪ Patienternes mobilitet. Patienter med transportbesværligheder eller uden kørekort deltager mindre. ▪ Status på arbejdsmarkedet. Patienter med arbejde deltager mere end arbejdsløse og har større efterlevelse. Et studie viser dog at nogle patienter forlader programmet fordi de skal tilbage til arbejde. Forfatterne mener at dette kan skyldes den mentale tilstand, som muligvis forbedres af at komme tilbage på arbejdsmarkedet. ▪ Socioøkonomi. Patienter med lang uddannelse, høj indkomst og sundhedsforsikring deltager mere. Resultaterne på efterlevelse er tvetydige. ▪ Komorbiditet. Patienter med færre komorbiditeter deltager mere. Dog med undtagelser: Patienter med dyslipidæmi (Begrebet "dyslipidæmi" omfatter alle former for ændret/øget niveau af lipider, dvs., kolesterol, subfraktioner af dette og triglycerider, som er forbundet med øget risiko for hjerte- og karsygdom (sundhed.dk), overvægt og diabetes deltager mere ifølge nogle studier, mens andre viser det modsatte. Depression lader til at sænke deltagelsesniveauet. Et par studier viser, at komorbiditet sænker efterlevelse og gennemførelse af rehabiliteringsprogrammer. Forfatterne vurderer, at deltagelse og komorbiditet er et understuderet fænomen, som bør udforskes nærmere. De mener, at sundhedsprofessionelle bør yde en større indsats for at få denne gruppe til at deltage. ▪ Civil status. Studierne viser entydigt: At leve i parforhold eller være gift øger deltagelse i rehabiliteringsprogrammer, mens det at bo alene eller være single reducerer deltagelsesniveauet. ▪ Andre faktorer: Nogle studier viser højere deltagelse blandt patienter med flere smerter ved udskrivning, blandt patienter med by-pass-operationer; blandt patienter, som blev henvist af en kardiolog, og blandt dem, som har et højere fysisk funktionsniveau. Modsat sænkes deltagelse hos patienter som mener, at rehabilitering henvender sig til yngre og mere aktive patienter, og som er bekymrede over den fysiske del af rehabiliteringsprogrammerne. Rygning viser sig i to studier at sænke deltagelse og efterlevelse, men i et tredje studie er der højere deltagelse blandt rygere. 		
Strukturelle og organisatoriske forhold		Hvad hæmmer og fremmer brug og efterlevelse af rehabiliteringsprogrammer?		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programmernes fysiske placering. ▪ Formidling af programmerne. Det har større effekt, når patienter henvises af kardiologer. ▪ Opmærksomhed på udsatte grupper. Sundhedsprofessionelle bør være opmærksomme på forskellige gruppers behov, og på hvilke grupper det sandsynligvis kræver en særlig indsats at få til at deltage og efterleve rehabiliteringsprogrammer. Særlige strategier bør udvikles rettet mod disse grupper. 		

4.1.3 Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme af Buch, M.S., Holm-Petersen, C. & Hansen, E.B

Forfattere	År	Titel	Udgiver	Type
Buch et al.	2016	Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme	KORA	Peer-reviewet rapport
Om studiet	Region Hovedstaden og kommunerne i regionen aftalte i juni 2011 et forløbsprogram, der beskriver de organisatoriske rammer og det faglige indhold af behandlingen for patienter med iskæmisk hjertesygdom samt patienter med hjertesvigt. Forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdomme står over for at skulle opdateres, og i den forbindelse er det besluttet at gennemføre en evaluering til at understøtte de beslutninger, der skal tages vedrørende forløbsprogrammets fortsatte udvikling og konsolidering. Evalueringen er baseret på et elektronisk spørgeskema og en interviewundersøgelse, der tilsammen undersøger forløbsprogrammets implementering og betydning på udførende niveau, samt hvilke forslag de involverede ledere og fagpersoner har til fremadrettede forbedringer (egen beskrivelse, s 6)			
Patientrelaterede forhold	Hvad hæmmer brug af hjerterehabiliteringsprogrammer?			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Økonomiske omkostninger ved transport ▪ Ventetid på opstart af forløb eller ventetid i forbindelse med overgange i forløb ▪ Geografiske afstande ▪ Konkurrerende sygdomme ▪ Lavt uddannelsesniveau og dårlig økonomi ▪ Stress og angst 			
Strukturelle og organisatoriske forhold	Hvad hæmmer og fremmer brug og efterlevelse af hjerterehabiliteringsprogrammer?			
	<ul style="list-style-type: none"> • Deltagelse fremmes, når hospitalslæger snarere end sygeplejersker er ansvarlige for stratificering og henvisning af patienter. Evalueringen viser, at risikostratificering, rehabilitering og arbejdsdeling mellem hospitaler og kommuner foregår forskelligt fra hospital til hospital. Derudover er det mange steder sygeplejersker, der stratificerer patienter. De steder, hvor det primært er sygeplejersker der foretager risikostratificeringen, fremstår arbejdsdelingen mellem hospitaler og kommuner mindre systematisk og konsolideret, end de steder hvor hospitalslæger tager aktivt ansvar for dette. • Ensartet ansvarsfordeling fremmer brugen af rehabiliteringstilbud. Hospitalsansatte og kommunalt ansatte oplever variationen i samarbejdsfladen som uhensigtsmæssig. Derudover efterspørger kommunalt ansatte et samarbejde (konkret forløbsprogram og risikostratificering) som ikke er på hospitalets præmisser, men mere ligeværdigt. • Ensartet kvalitet og indhold i tilbud fremmer brugen af disse. Hospitalsansatte oplever, at der er (for) mange mindre kommunale tilbud at forholde sig til. Der er stor variation blandt disse, hvorfor tillid til deres kvalitet og faglighed svinger. Desuden stiller dette patienter forskelligt/ulige, alt efter hvilken kommune de bor i. Det komplicerer også sektorenes samarbejde. Stratificeringen af patienterne hænger i et vist omfang sammen med de hospitalsansattes kendskab og tillid til det enkelte tilbud. • Hospitaler, der har store kommunale eller tværkommunale tilbud at henvise til, har bedre og mere veludbyggede samarbejdsrelationer. • Uhensigtsmæssige overlap mellem hospitalernes og kommunernes tilbud gør det svært at motivere patienter til at tage imod kommunernes tilbud (fx patientundervisning og træning) • Ventetid på, at patienterne kan starte i kommunal rehabilitering, sænker brug af disse tilbud • Transportomkostninger kan hæmme deltagelse. Rehabilitering i kommunalt regi, som ikke hører under serviceloven udløser ikke tilskud til transport, hvilket gør, at en del – særligt udsatte – patienter fravælger at deltage. • Kendskab til forløbsprogrammet blandt fagpersoner fra hospitaler og kommuner øger deltagelse, da det integrerer rehabilitering som en mere ligestillet del af hjertebehandlingen, sammenlignet med tiden inden forløbsprogrammet. Dette skyldes blandt andet, at hospitaler og praktiserende lægers kendskab til kommunale tilbud om patientuddannelse, rygestop, motion o.l. vurderes at være stigende. 			

4.1.4 Evaluering. Overdragelse af den ikke-medicinske del af Hjerterehabilitering Fase II fra Regionshospitalet Viborg til Skive og Viborg kommuner af Toppenberg, M., Balsby, M., Fenger, A., et al.

Forfattere	År	Titel	Udgiver	Type
Toppenberg et al.	2016	Evaluering. Overdragelse af den ikke-medicinske del af Hjerterehabilitering Fase II fra Regionshospitalet Viborg til Skive og Viborg kommuner Regionshospitalet Viborg, Skive Viborg Kommune Skive kommune	Region Midtjylland, Viborg kommune og Skive kommune.	Rapport
Om studiet	<p>Hjerterehabiliteringen i området (Midtklyngen) var tilrettelagt i overensstemmelse med anbefalingerne i det daværende forløbsprogram, således at fase II foregik på Regionshospitalet, mens kommunerne tilbød fase III-rehabilitering. Deltagelse i Hjerterehabilitering Fase II var imidlertid lav. Via det der benævnes "et banebrydende tværsektorielt samarbejde" flyttede man i 2014 dele af tilbuddet nærmere borgerne for at øge deltagelsen. Rapporten udgør en evaluering af denne opgaveoverdragelse af den ikke-medicinske del af Hjerterehabilitering Fase II fra hospital til kommuner.</p> <p>Udgangspunkt for indsatsen: Rapporten nævner, at der nationalt set har været stort frafald i Hjerterehabilitering Fase II, som ifølge forløbsprogrammet skal foregå på hospitalet af hensyn til patientsikkerheden. Frafaldet tilskrives den lange afstand og patienternes tilknytning til arbejdsmarkedet. Forfatterne nævner, at man nu kender tilstanden i patienternes koronararterier, hvilket har minimeret risikoen for uforudsete hændelser og underbygger dette med henvisning til unavgjvent ph.d.-projekt. Forfatterne mener derfor, at det tværsektorielle og borgernære samarbejde er en relevant måde, hvorpå man kan opnå integrerede sundhedsydelser til gavn for borgerne, jf. Sundhedsaftalen 2015-2018. Følgende opgaver er overdraget til kommunerne: Fysisk træning, kostintervention, patientuddannelse, rygestop, opsporing af depression og angst og psykosocial indsats. Meget komplekse patienter er ekskluderet fra målgruppen, men målgruppen svarer stort set til det nye forløbsprogram (ballonudvidelse, bypass-operation, hjerteklapoperation, udelukkende medicinsk behandling).</p>			
Patientrelaterede forhold	Hvad hæmmer brug af hjerterehabiliteringsprogrammer?			
	Deltagelsen blandt patienter med hjertesvigt er markant lavere end de øvrige grupper. Det skyldes både at flere vurderes som ikke-egnede, og at flere siger nej.			
Strukturelle og organisatoriske forhold	Hvad hæmmer brug af rehabiliteringsprogrammer?	Hvad fremmer brug af rehabiliteringsprogrammer?		
	<p>Udgangspunktet er, at det som hæmmer et integreret forløb også hæmmer deltagelse. Kommunal organisering af rehabilitering kan være en udfordring, hvis rehabilitering til kronisk syge (§119) er organisatorisk placeret et andet sted end genoptræning efter sundhedslovens §140.</p>	<p>Udarbejdelse af fælles forståelse af forløb fremmer integration. Kan etableres via flowcharts af både forløbet for iskæmiske hjertepatienter og patienter med hjertesvigt.</p> <p>Tæt tværsektoriel kontakt.</p> <p>Kompetenceudvikling af kommunale medarbejdere (sygeplejersker, fysioterapeuter) i form af studiedage på hjertemedicinsk afdeling, har både styrket faglighed og tværsektoriel relation.</p> <p>Der skal være fleksibel mulighed for løbende at tilpasse tilbuddet til patienterne. Nogle vil gerne træne individuelt frem for på hold, og nogle vil gerne skifte midt i forløbet. Dette skal være muligt for at fastholde patienterne.</p> <p>Kommunen bruger spidskompetencer i forhold til at varetage indsatser i borgerens eget hjem og lokalmiljø og til at sætte fokus på borgerens egen motivation.</p> <p>Den kortere afstand øger deltagelse.</p> <p>Det sociale samvær i forbindelse med holdtræning øger deltagelse. Mange borgere danner netværk og relationer i løbet af rehabiliteringsforløbet, som danner grundlag for fortsat træning.</p> <p>Information via mundtlig kontakt fremmer deltagelse. Fra valget af kommunal rehabilitering er langt større, hvis den første indledende kontakt foretages skriftligt frem for mundtligt.</p>		

4.1.5 Tværsektoriel forløbskoordinator kan mindske frafald fra hjerterehabiliteringsprogram af Brogaard Hansen, V., Haslev, V.P., Kring, A., et al.

Forfattere	År	Titel	Udgiver	Type
Brogaard Hansen et al.	2014	Tværsektoriel forløbskoordinator kan mindske frafald fra hjerterehabiliteringsprogram	Ugeskrift for læger. http://ugeskriftet.dk/	Artikel
Om studiet	<p>Artiklen afrapporterer et studie af forløbskoordination på området for hjerterehabilitering. Studiet blev organiseret som et udviklingsprojekt i Region Syddanmark på hjertemedicinsk afdeling, Sygehus Lillebælt, med fokus på at undersøge og udvikle rammerne for en koordinatorfunktion på sygehuset for at optimere samarbejdet mellem involverede fagpersoner i hjerterehabiliteringen.</p> <p>Forfatterne beskriver, at det kan være en udfordring at implementere forløbskoordinationsfunktionen i fortravlede sundhedsorganisationer, medmindre man har mulighed for at frikøbe personale. Dog argumenterer de for, at den forbedring funktionen medfører, gør, at implementeringen af funktionen i det lange løb bliver udgiftsneutral. Dette blandt andet fordi arbejdet forenkles, og kapaciteten udnyttes bedre.</p> <p>Samarbejde med almen praksis og relevante kommunale aktører (fx jobcenter, socialrådgivere) fremhæves som et område, der fortsat er en udfordring for vellykket hjerterehabilitering, særligt til socialt udsatte grupper.</p>			
Strukturelle og organisatoriske forhold	Hvad hæmmer og fremmer brug af hjerterehabiliteringsprogrammer?			
	<p>Udgangspunktet er, at en oplevelse af et sammenhængende forløb fremmer deltagelse. Sammenhæng fremmes via:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "fysisk overlevering" af patienter. Hvad dette indebærer er ikke beskrevet, men idet forfatterne konkluderer, at den fysiske overlevering også var tids- og ressourcebesparende, må det formodes at indebære, at patienten følges af repræsentant for henvissende organisatoriske enhed til modtagende organisatoriske enhed og dermed videreformidler information om patientens sygdom og situation. Desuden ved at rydde op i overlap mellem kommunens og sygehusets tilbud, så de supplerede hinanden bedre. • Det skriftlige materiale præsenterede en samlet plan for patienterne på tværs af det tværsektorielle forløb. • Fokus på mundtlig information, inklusive hvem der siger hvad til patienten, samt fokus på hvordan personalet kan forberede patienterne på, hvor de skal hen. • Internt på sygehuset er lægernes bevidsthed om vigtigheden af hjerterehabilitering øget, og lægevisitation er gjort mere simpel og systematisk. • Elektronisk kommunikation er optimeret, sådan at korte statusnotater er tilgængelige for nøglepersoner i forløbet. • Forløbskoordinationsfunktionen er videreført i et sygeplejeteam af fire medarbejdere for at gøre arbejdet mere robust. • I kommunen er der ansat en kommunal forløbsleder, som organisatorisk er placeret hos en fysioterapeut ved Vejle Sundhedscenter. 			

4.1.6 Hvem falder fra rehabiliteringen? En litteraturgennemgang af, hvad der kendetegner de deltagere, der falder fra rehabilitering inden for diabetes-, KOL- og hjertesygdom. Af Due, T.D.

Forfatter	År	Titel	Udgiver	Type
Due	2011	Hvem falder fra rehabiliteringen? En litteraturgennemgang af, hvad der kendetegner de deltagere, der falder fra rehabilitering inden for diabetes-, KOL- og hjertesygdom.	TrykFondens Forebyggelsescenter, Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet.	Litteraturgennemgang
Om studiet	I notatet er der fokus på, hvad der kendetegner de deltagere, der falder fra rehabilitering inden for sygdomsgrupperne diabetes-, KOL- og hjertesygdom. Artikelsøgningen er foretaget i artikelsøgningsdatabasen PubMed. Frafald fra hjerterehabilitering er undersøgt ved hjælp af 20 artikler, der indgår i notatet.			

Forfatter	År	Titel	Udgiver	Type
Patientrelaterede forhold		Hvad hæmmer brug af rehabiliteringsprogrammer?		
		<p><i>Følgende forhold hænger tydeligt sammen med frafald:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depression, angst og en lavere score på SF36 mental score ▪ Sociale faktorer (faglærte og ufaglærte arbejdere, lavere social status, arbejdsløse (kun mænd) og folk, der bor alene) ▪ Livsstilsfaktorer som inaktivitet i fritiden. <p><i>Følgende forhold har ifølge kvalitative studier sammenhæng med frafald:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Årsager, hvor oplevelsen af rehabiliteringen er, at træningen er for hård, flovhed over at dyrke motion med andre ▪ Oplevelse af at have det for godt sammenlignet med de andre deltagere ▪ Manglende motivation ▪ Manglende tro på rehabiliteringens effekt ▪ forværring af hjerteproblemer. <p><i>Følgende forhold har ifølge enkelte artikler sammenhæng med frafald:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sygdomsfaktorer (hoste og sputum, angina pectoris, træthed, diabetes, muskelproblemer, dårlig lungefunktion og myokardieinfarkt) ▪ Godt selv vurderet helbred er i større risiko for frafald ▪ Manglende støtte fra ægtefællen, for lidt individuel opmærksomhed i rehabiliteringen og manglende tro på træningseffekt ▪ Oplevelse af sygdom som værende mindre alvorlig, høj personlig kontrol og lav behandlingskontrol. 		
Strukturelle og organisatoriske forhold		Hvad hæmmer brug af rehabiliteringsprogrammer?		
		<p><i>Der er påvist sammenhæng med frafald, ud fra kvalitative data (mere end fire studier) ud fra følgende parametre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praktiske årsager, som at rehabiliteringen er i konflikt med arbejde, at tidspunktet ikke passer, at deltagerne har genoptaget arbejde, transportproblemer og økonomiske årsager. ▪ Dårlig oplevelse af undervisernes tilgang, der opfattes som præget af negativitet, tvang og for intens. ▪ Et studie peger på en række praktiske årsager som parkeringsproblemer og transportproblemer. 		
Andet		De parametre, som studierne ifølge denne artikel er uenige om er deltagernes alder, køn, uddannelse, ægteskabelig status, rygning, vægt/BMI, puls og blodtryk.		

4.1.7 Socialdifferentieret hjerterehabilitering i praksis - Sundhedsprofessionelles og patienters perspektiver af Ingholt, L., Rod, M.H., Holmberg, T., et al.

Forfattere	År	Titel	Udgiver	Type
Ingholt et al.	2016	Socialdifferentieret hjerterehabilitering i praksis – Sundhedsprofessionelles og patienters perspektiver	SDU, Statens Institut for Folkesundhed og Hjerteforeningen	Peer-review rapport
Om studiet	<p>Formålet med rapporten er at beskrive, hvordan man på sygehuse og i kommuner tilrettelægger hjerterehabilitering med henblik på at rekruttere og fastholde patienter, der har behov for en særlig indsats. Undersøgelsen bidrager med viden om, hvordan man på sygehuse og i kommuner konkret arbejder med socialdifferentieret hjerterehabilitering, samt om patienternes erfaringer i den forbindelse. På den baggrund opstiller rapporten en række erfaringsbaserede læringspunkter vedrørende socialdifferentieret hjerterehabilitering.</p> <p>Patienter, der har behov for en særlig indsats, benævnes "sårbare" forstået i betydningen patienter der (a) har ingen eller kort uddannelse, (b) har kognitive udfordringer, (c) har etnisk minoritetsbaggrund, (d) taler lidt eller intet dansk, (e) bor alene, (f) har begrænset netværk, (g) har flere kroniske sygdomme, (h) bor langt væk fra tilbuddet om hjerterehabilitering (primært sygehus), (i) har en psykiatrisk diagnose, (j) har et misbrug (k) andet.</p>			
Patientrelaterede forhold	Hvad hæmmer brug af rehabiliteringsprogrammer?		Hvad fremmer brug af rehabiliteringsprogrammer?	
	<p>Særligt sårbare patienter møder ikke op. De kan ikke overskue det, eller de orker det ikke.</p> <p>Patienter med hjemmeboende børn prioriterer tid med børn højere end rehabilitering, særligt yngre kvinder.</p> <p>Patienter med arbejde (inkl. "ressourcestærke") har ikke tid til rehabilitering.</p> <p>Opfattelsen af, at det ikke kommer andre ved, hvordan man har det, og man ikke vil være til besvær (nævnes i Vestjylland).</p> <p>Uhensigtsmæssig afstand til sygehusets rehabilitering.</p>		<p>Mulighed for at tilrettelægge indsatsen individuelt fx til særligt sårbare patienter, der har brug for en særlig indsats, der ikke involverer holdaktiviteter.</p> <p>Patienternes oplevelse af tryghed/trygge rammer. Dette omhandler bl.a. (a) en tiltro til, at de sundhedsprofessionelle har stor erfaring og kyndighed inden for det kardiologiske felt, (b) at der bliver responderet, når man kontakter rehabiliteringsafdelingen, (c) at de sundhedsprofessionelle lytter og tager hånd om deres situation også dem, som ikke knytter sig direkte til sygdommen, (d) hjælper med at forklare og overskue medicin og håndtering af denne. Desuden opleves tryghed (e) ved, at patienten ved, hvad der kommer til at ske, og at tingene kommer til at foregå som annonceret, og (d) ved udlevering af et kontaktkort med telefonnummer til 'hotline'.</p> <p>I forhold til patientuddannelse fremmer tryghed også deltagelse. Her kan tryghed bestå i: visualisering af, hvad blodprop gør ved kroppen, fællesskab og samtale om psykiske reaktioner hos patienter og pårørende. Deltagelse fremmes desuden, når patientuddannelse afholdes i tilknytning til træningen.</p>	
Strukturelle og organisatoriske forhold	Hvad hæmmer brug af rehabiliteringsprogrammer?		Hvad fremmer brug af rehabiliteringsprogrammer?	
	<p>På hospitalet:</p> <p>Rekruttering via e-post</p> <p>Ingen henvisning fra sygehus (ses fx hos demente eller misbrugere)</p> <p>Brug af ordet "rehabilitering". Ordet rehabilitering tiltrækker ikke folk, da det lyder som "afvænning" eller som noget for meget syge patienter.</p> <p>Patienter, som skræmmes væk af den fysiske træning.</p> <p>Sygeplejerskernes manglede mulighed for at inddrage psykologer og socialrådgivere i rehabiliteringsarbejdet kan vanskeliggøre fastholdelse af sårbare patienter.</p>		<p>På hospitalet:</p> <p>God kommunikation/henvisning til rehabilitering kan fremme brug af rehabilitering. Er det fx et "tilbud" eller en "del af behandlingen"? Det sidste fremmer deltagelse.</p> <p>Hvis rehabilitering bringes på banen med "lægelig autoritet" øges deltagelse.</p> <p>Et "finmasket sikkerhedsnet", det vil sige stort kontaktarbejde, som skal understøttes af, at alle patienter indkaldes til/informeres om den rehabilitering, de har krav på.</p> <p>God timing i forhold til rekruttering og god dosering af information har stor betydning, for om en patient modtager tilbud.</p>	

Forfattere	År	Titel	Udgiver	Type
		<p>I kommunen:</p> <p>Manglende kendskab på sygehuse til kommunens tilbud.</p> <p>Manglende godkendelse fra patienter til hospitaler om at videregive information om patientens hjerteproblematik til kommunen.</p> <p>Sundhedsprofessionelle i kommunerne har ikke mulighed for selv at skaffe viden om, hvilke patienter der har været indlagt eller har været i ambulans forløb på sygehuset.</p> <p>Hvis fysioterapeut er sidste led i træningen på sygehuset hæmmes henvisning til kommunal rehabilitering, da fysioterapeuter ikke har henvisningsmulighed.</p>	<p>Kommunikation mellem sygehuse: Hvis en patient akutbehandles på ét sygehus og skal modtage rehabilitering på et andet sygehus, men ikke oplever behov for rehabilitering på første sygehus, afsendes ingen henvisning til rehabilitering på lokalsygehuset.</p> <p>Når behandling og specialiseret rehabilitering foregår på samme sygehus, er det nemmere at rekruttere og holde overblik over potentielle deltagere.</p> <p>Fysioterapeuter, som hjælper patienten over den indledende frygt for at bruge kroppen igen og overbelaste hjertet fremmer deltagelse.</p> <p>Telefonisk opfølgning, når en patient er udeblevet fra træning eller patientuddannelse fremmer ligeledes.</p> <p>I kommunen:</p> <p>Hjemmebesøg hos sårbare patienter øger deltagelse.</p> <p>Hold for patienter, der har særlige udfordringer med at bevæge sig, øger denne gruppes brug af rehabilitering.</p> <p>Individuelle hensyn bl.a. til psykiske lidelser (fx hovedtelefoner til en med Asperberger) og fasteperioder er fremmende.</p> <p>Dyrkning og understøttelse af holdstemning. Fysisk træning opleves som en god ramme for erfaringsudveksling mellem patienterne.</p> <p>Et godt tværsektorielt samarbejde er altafgørende. Det fremmes af:</p> <p>Forskellige professioner og funktioner følger op på hinandens indsatser.</p> <p>Møder på tværs af sektorer, hvor man afklarer fx uenigheder om, hvordan sårbare patienter håndteres, sådan at kommunerne ikke oplever, at disse ikke imødekommes på hospitalet men bliver kommunernes opgave.</p> <p>At der kun er én vej ind i kommunen, som de eksterne samarbejdspartnere skal have kendskab til.</p> <p>Brobygning mellem kommunens rehabilitering og lokale tilbud (varetages af de sundhedsprofessionelle)</p>	

4.1.8 Livet med en hjertesygdom – en undersøgelse om det at leve med en hjertesygdom og af hjertepatienters vurdering af sundhedsvæsenets indsats af Christiansen, N.S., Zinckernagel, L., Zwisler, A., et al

Forfattere	År	Titel	Udgiver	Type
Christiansen et al.	2015	Livet med en hjertesygdom – en undersøgelse om det at leve med en hjertesygdom og af hjertepatienters vurdering af sundhedsvæsenets indsats	Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet	Rapport
Om studiet	Denne rapport undersøger patienters oplevelser og erfaringer med sundhedsvæsenet i forbindelse med deres forløb med en hjertesygdom. Rapportens empiriske grundlag er en spørgeskemaundersøgelse blandt tilfældigt udvalgte hjertepatienter i Danmark i 2013. Rapporten fokuserer på problemstillinger, der knytter sig til specifikke sektorer i sundhedsvæsenet, og hvordan overgange blandt disse vurderes og opleves. Der fokuseres særligt på, hvilke udfordringer patienter oplever i patientforløbets faser fra udredning til behandling, kontrol og rehabilitering. Rapporten indeholder beskrivelser af patienters oplevelser af at leve med en hjertesygdom, samt de psykiske og fysiske gener, der kan følge heraf. I relation til, hvad der hæmmer deltagelse og efterlevelse i hjerterehabiliteringsprogrammer, har rapporten konkret undersøgt patienternes oplevelser af rygestop, fysisk træning, rådgivning om kost, psykisk støtte, undervisning i deres sygdom og behandling, rådgivning om sex- og samliv, samt en individuel samtale om medicin.			
Patientrelaterede forhold	Hvad hæmmer deltagelse i hjerterehabiliteringsforløb?			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oplevelse af ikke at have behov for rehabilitering ▪ Et ønske om selv at finde en måde at komme sig på ▪ Oplevelse af ikke at magte eller have lyst til at deltage på et hold ▪ Oplevelse af, at tilbuddet ikke er relevant på det tilbudte tidspunkt, eller oplevelse af ikke at kunne deltage pga. helbred ▪ Oplevelse af dårligt tidspunkt for den planlagte aktivitet. 			
Organisatoriske og strukturelle forhold	Hvad hæmmer deltagelse i hjerterehabiliteringsforløb?			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Overlap mellem hospitalernes og kommunernes tilbud om rehabilitering ▪ Tilbud som geografisk er placeret langt fra patienten, eller som er besværlige at komme til med offentlig transport. 			

4.1.9 Hjertesygges ønsker og behov. En interview- og spørgeskemaundersøgelse gennemført af Rådgivende Sociologer ApS for Hjerteforeningen

Forfattere	År	Titel	Udgiver	Type
Rådgivende Sociologer ApS	2012	Hjertesygges ønsker og behov – En interview- og spørgeskemaundersøgelse	Rådgivende Sociologer for Hjerteforeningen	Rapport
Om studiet	Denne rapport undersøger hjertesygges ønsker og behov. Det empiriske grundlag er en interview- og spørgeskemaundersøgelse. Formålet med rapporten er at belyse, hvilke rationaler der ligger bag forskellige valg og handlinger i relation til det at have en hjertesygdom. På baggrund af en indledende kvalitativ undersøgelse har forfatterne udvalgt en række tematikker, som rapporten har særligt fokus på; "sygdom og behandling", "helbred", "udskrivelse og efterbehandling" samt "livet med en hjertesygdom". Af relevans for dette notat er kapitlet om "udskrivelse og efterbehandling". Rapporten undersøger hjertepatienters oplevelse og vurdering af årsager til at afbryde eller til ikke at starte efterbehandling, samt hvilke faktorer der er motiverende for at deltage i et efterbehandlingsforløb.			
Patientrelaterede forhold	Hvad hæmmer deltagelse i rehabiliteringsprogrammer?			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Et ønske om selv at finde en måde at komme sig på (oftere mænd) ▪ Oplevelse af, ikke at have behov for mere efterbehandling ▪ Oplevelse af, at efterbehandlingen startede før, der var et behov 			

Forfattere	År	Titel	Udgiver	Type
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kunne ikke deltage i efterbehandling pga. helbred (ofte kvinder) ▪ Oplevelse af, at tidspunktet passede dårligt ift. andre gøremål (særligt yngre hjertepatienter) ▪ Oplevelse af, at have svært ved at deltage på de planlagte tidspunkter pga. arbejde (særligt yngre hjertepatienter) ▪ Oplevelse af, at der ikke bliver taget hensyn til den enkeltes behov (ofte kvinder og unge hjertepatienter) ▪ Oplevelse af, at de andre er sygere end den hjertesygge selv ▪ For meget fokus på sygdom/behandling og fakta (særligt kvinders oplevelse) ▪ Oplevelse af, at der er for lidt fokus på socialt samvær (ofte kvinders oplevelse) ▪ Oplevelse af, at der er for lidt fokus på psykiske og sociale forhold (særligt kvinder) ▪ Afsavn af jævnaldrende patienter (særligt helt unge hjertepatienter) ▪ At man føler sig udenfor 		
Strukturelle og organisatoriske forhold		Hvad fremmer deltagelse i rehabiliteringsprogrammer?		Hvad hæmmer deltagelse i rehabiliteringsprogrammer?
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ At tilbuddene skal være tilpasset den enkelte hjertepatientens behov ift. indhold, placering og varighed/længde ▪ At efterbehandling finder sted i nærheden af bopæl eller arbejdsplads ▪ At der er godt socialt samvær ▪ At efterbehandlingsforløbet handler om mere end sygdom og behandling (særligt kvinder) ▪ At man får hjælp til de psykiske følger af sygdommen (særligt kvinder og ældre hjertepatienter) ▪ At tilbuddene ligger på forskellige tidspunkter, så en enkelte har fleksibilitet til selv vælge ▪ At efterbehandlingen ligger uden for arbejdstiden ▪ At efterbehandlingen giver mulighed for at være sammen med andre jævnaldrende (særligt unge hjertepatienter) ▪ At efterbehandlingen giver mulighed for at få et netværk sammen med andre hjertesygge ▪ At man kan starte på efterbehandling med det samme efter udskrivelse ▪ At man bliver kontaktet efter udskrivelse og dermed ikke selv skal søge kontakt og oplysning om hvilke tilbud der findes. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oplevelse af ikke at få ny information ved deltagelse i efterbehandlingsforløb ▪ At man bliver forhindret pga. sygdom og efterfølgende ikke tilbydes nyt forløb (ofte kvinder) ▪ Oplevelse af, at det ikke er alle hjertepatienter som vurderes at have et behov for efterbehandling og derfor ikke bliver kontaktet (særligt unge hjertepatienter, som på papiret ud over deres hjertesygdom er sunde og raske) ▪ Mangel på efterbehandlingstilbud som tilfredsstiller særligt unge patienters ønsker og behov i forhold til tidspunkt, fællesskab og indhold.

Litteratur

- Brogaard Hansen, V., Haslev, V.P., Kring, A., et al. 2014, "Tværsektoriel forløbskoordinator kan mindske frafald fra hjerterehabiliteringsprogram", *Ugeskrift for Læger*, vol. 176, no. 5, pp. 440-443.
- Brorholt, G., Jakobsen, M. & Hauge, A.M. (eds) 2018, *En helhjertet indsats. En artikelbaseret klinisk, patientnær og sundhedsøkonomisk kortlægning af hjerte-kar-området*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Buch, M.S., Holm-Petersen, C. & Hansen, E.B. 2016, *Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Christiansen, N.S., Zinckernagel, L., Zwisler, A., et al. 2015a, *Livet med en hjertesygdom. En undersøgelse om det at leve med en hjertesygdom og af hjertepatienters vurdering af sundhedsvæsenets indsats*, Hjerteforeningen & Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.
- Christiansen, S.C., Bygum, A., Banerji, A., et al. 2015b, "Before and after, the impact of available on-demand treatment for HAE", *Allergy and asthma proceedings*, vol. 36, no. 2, pp. 145-150.
- Due, T.D. 2011, *Hvem falder fra rehabiliteringen? En litteraturgennemgang af, hvad der kendetegner de deltagere, der falder fra rehabilitering inden for diabetes-, KOL- og hjertesygdom*, Tryg-Fondens Forebyggelsescenter, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.
- Frederiksen, H.W. 2017, *Ph.d.-projekt om hjerterehabilitering blandt indvandrere (Samarbejdsprojekt mellem MESU, Herlev og Gentofte Hospital, Professionshøjskolen UCC - forventes afsluttet jan. 2018)*. Available: <http://mesu.ku.dk/dansk/projekter/igangvaerende-projekter/hjerterehabilitering-blandt-indvandrere/> [2017, 18. sept.].
- Hauge, A.M. & Brorholt, G. 2018, "Stemmer fra hjertesygge borgere: inddragelsesmuligheder i forløb med hjertekarsygdom" in *Fremtidens hjertepatient - Et samlet sundhedsøkonomisk, kliniske og patientnær kortlægning af hjerte-karområdet*, eds. G. Brorholt, M. Jakobsen & A.M. Hauge, VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analyse for Velfærd, København.
- Ingholt, L., Rod, M.H., Holmberg, T., et al. 2016, *Socialdifferentieret hjerterehabilitering i praksis. Sundhedsprofessionelles og patienters perspektiver*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.
- Johansen, K.S., Rasmussen, P.S. & Christiansen, A.H. 2012, *Hvem deltager og hvem deltager ikke i patient-uddannelse. Evaluering af sygdomsspecifik patient-uddannelse i Region Hovedstaden*, KORA, København.
- Melgaard Nielsen, K., Meillier, L.K. & Lytken Larsen, M. 2013, "Extended cardiac rehabilitation for socially vulnerable patients improves attendance and outcome", *Danish medical journal*, vol. 60, no. 3, pp. A4591.
- Mildestvedt, T. & Meland, E. 2007, "Examining the "Matthew Effect" on the motivation and ability to make lifestyle changes in 217 heart rehabilitation patients.", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 35, no. 2, pp. 140-147.

- Rådgivende Sociologer 2012, *Hjertesygges ønsker og behov. En interview- og spørgeskemaundersøgelse gennemført af Rådgivende Sociologer ApS for Hjerteforeningen*, Rådgivende Sociologer, København.
- Ruano-Ravina, A., Pena-Gil, C., Abu-Assi, E., et al. 2016, "Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs. A systematic review", *International journal of cardiology*, vol. 223, pp. 436-443.
- Schou, L., Wagner, L., Zwisler, A., et al. 2003, 17. dec.-last update, *Kvinder og hjerterehabilitering*. Available: http://www.hjerterehab.dk/Kvinder_og_hjert.93.0.html [2017, 18. sept.].
- Sorensen, J.T. & Maeng, M. 2015, "Regional systems-of-care for primary percutaneous coronary intervention in ST-elevation myocardial infarction", *Coronary artery disease*, vol. 26, no. 8, pp. 713-722.
- Sundhed.dk 2016, 09.11-last update, *Lægehåndbogen: Dyslipidæmi*. Available: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/lipidforstyrrelser/dyslipidaemia/> [2017, 19. sept.].
- Sundhedsstyrelsen 2015, *National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering (Version 1.1)*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Toppenberg, M., Balsby, M., Fenger, A., et al. 2016, *Evaluering. Overdragelse af den ikke-medicinske del af Hjerterehabilitering Fase II fra Regionshospitalet Viborg til Skive og Viborg kommuner*, Region Midtjylland, Regionshospitalet Viborg Skive, Skive Kommune, Viborg Kommune, U.st.
- WHO 1992, *Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with CHD. Report on Two WHO Consultations: Uncine, Italy, 28-30 April 1992; Tours, France, 9*, World Health Organization, Regional Office for Europe, [S.I.].
- Würgler, M.W., Kilsmark, J., Sonne, L.T., et al. 2009, *Hjertepatienters brug og oplevelse af rehabilitering: Lang version*, Dansk Sundhedsinstitut, København.
- Zwisler, A.D., Nissen, N.K., Madsen, M., et al. 2006, *Hjerterehabilitering - en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget (Version 1)*, Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, København.

Bilag 1 Søgeprotokol

Projekt 11162

Rehabilitering af hjertepatienter, sektorovergangsproblemer og henvisningspraksis i forbindelse med rehabilitering

Søgespecialist

Bibliotekar Anne Nørgaard-Pedersen, KORA (nu VIVE)

Søgning udføres

April 2017

Søgestrategi:

Søgeprotokollen er udarbejdet i samarbejde med Hjerteforeningen. Dertil blev der inkluderet en literaturliste fra Hjerteforeningen, kliniske artikler og andre anbefalede titler. Ved søgning på hjemmesider kan der være tale om emneindgange, der er gennemset systematisk i stedet for decideret søgning på ord og kombinationer.

Tidsbegrænsning har været 2010 – april 2017. Der er søgt på sprogene: dansk, engelsk, norsk, svensk. Søgeresultaterne er lagt i en Refworksbase. Dubletter er frasortet i Refworks.

Der er primært søgt med udgangspunkt i **PICO**-søgemodellen (= Patient/Population/Problem – phenomenon of Interest – Context):

Population: (hjerte)syge

Phenomenon of Interest: rehabilitering/rehabiliteringstilbud (kommunalt/regionalt)

Context: sektorovergange, tværsektorielt samarbejde, henvisningspraksis, muligheder/barrierer for henvisning

Det er dokumenteret, hvor mange referencer de enkelte søgeord og søgekombinationer har genereret for hver enkelt base i et selvstændigt arbejdsdokument.

Generelt	Søgeord
<p>Søgetermer/-kombinationer, som der tages udgangspunkt i (yderligere kan komme til undervejs)</p> <p>(*= trunkering)</p> <p>Engelske ord: Der er her eksemplificeret med udgangspunkt i Mesh-termerne i PubMed. Emneordene vil være anderledes i de andre baser. De kontrollerede termer findes og anvendes i hver enkelt base. Desuden vil der undervejs i søgningen dukke flere søgeord op.</p> <p>Alle tre søgeled vil ikke nødvendigvis blive brugt i alle søgninger.</p>	<p>Engelske:</p> <p>"Heart Diseases"[Mesh] OR "Heart Failure"[Mesh] OR "Coronary Disease"[Mesh] OR Cardiovascular Diseases[Mesh] OR "Myocardial Ischemia"[Mesh] OR "Angina Pectoris"[Mesh] OR "Angina, Stable"[Mesh] OR "Angina, Unstable"[Mesh] OR "Myocardial Infarction"[Mesh] OR "Coronary Thrombosis"[Mesh] OR "Heart Valve Diseases"[Mesh] OR "Heart attack"[All fields] OR "Patients"[Mesh] OR "Patient Preference"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Consumer Behavior"[Mesh] OR "Patient Participation"[Mesh] OR "Patient perspective"[All fields] OR..... (yderligere ord, som opfanges undervejs – ligeledes nedenfor)...</p> <p>AND</p> <p>"Cardiac Rehabilitation"[Mesh] OR Rehabilitation[Mesh] OR "Rehabilitation Centers"[Mesh] OR "Recovery of Function"[Mesh] OR "Aftercare"[Mesh] OR "Patient Education as Topic"[Mesh] OR Reablement[All fields] OR Rehabilitation[All fields] OR Restorative interventions[All fields] OR...</p> <p>AND</p> <p>"Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Transitional Care"[Mesh] OR "Referral and Consultation"[Mesh] OR Referral pattern*[All fields] OR "Cooperative Behavior"[Mesh] OR "Patient Compliance"[Mesh] OR "Intersectoral Collaboration"[Mesh] OR Across sectors[All fields] OR Cross-sectorial[All fields] OR...</p> <p>AND</p> <p>Denmark[Mesh] OR Denmark[All fields]</p>

Generelt	Søgeord
	<p>Danske: Hjertesyg* ELLER Hjerte-karsygdom* ELLER Hjertepatient* ELLER Hjerterområde* ELLER Patient* ELLER Hjerteklapsyg* ELLER Endocarditis* ELLER Hjertesvigt* ELLER Hjerteinsufficiens* ELLER Angina pectoris* ELLER Hjertekrampe* ELLER Blodprop* ELLER Non-ST Elevated Myocardial Infarction* ELLER NSTEMI ELLER (patient* og (inddrage* eller deltage* eller perspektiv* etc.) ELLER...</p> <p>OG</p> <p>Hjerterehabilitering ELLER Rehabilitering* ELLER Hjertegenoptræning* ELLER Genoptræning* ELLER Træning* ELLER Patientuddannelse* ELLER Sundheds tilbud* ELLER Hjerteskolet* ELLER Livsstilsforandr* ELLER Intervention* ELLER Indsats* ELLER Opsporing* ELLER Handlingsplan* ELLER ...</p> <p>OG</p> <p>Koordination? ELLER Forløbskoordination? ELLER Koordinator* ELLER Forløbskoordinator* ELLER Forløbsprogram* ELLER Tværsektoriel* ELLER Samarbejd* ELLER Sektorovergang* ELLER "På tværs af sektorer" ELLER Patientforløb* ELLER Forløb* ELLER Henvielse* ELLER Kommune* ELLER Kommunal* ELLER Praksislæge* ELLER "Almen praksis" ELLER ...</p> <p>Norske og svenske: Der vil blive taget udgangspunkt i ordene ovenfor, men søgningen vil ikke blive udfoldet så omfattende mht. til det norsk/svenske</p>
Inklusions- og eksklusionskriterier	Tidsbegrænsning: 2010 - april 2017 Sprog: Dansk, engelsk, evt. norsk, svensk Publikationstype: Alle publikationstyper inkl. grå litteratur

Databaser og øvrige informationskilder, fx hjemmesider	Interface (hvis flere mulige)	Dato for søgning (angives for hver enkelt søgning)
PubMed (international)	Netversionen af Medline	
EMBASE (international)	Ovid	
CINAHL (international)	Ebsco	
PsycInfo (international)	Ovid	
SveMed (nordisk litteratur)		
Netpunkt/DanBib (danske biblioteks-baser)		
ORIA/BibSys (norske biblioteks-baser)		
LIBRIS (svenske biblioteks-baser)		
Sundhedsstyrelsen		
Marselisborgcentret		
<i>Udbygges med flere mulige danske... KORA, REHPA, Defactum etc.</i>		
SBU, Sverige		
Socialstyrelsen, Sverige		
Helsedirektoratet, Norge		
Kunnskapsenteret, Norge		
<i>Udbygges med flere mulige nordiske...</i>		

**VIDEN TIL
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD