



National kortlægning af hjerterehabilitering på tværs af sektorer - metodebeskrivelse

National kortlægning af hjerterehabilitering – metodebeskrivelse

Forfattere: Maiken Bay Ravn, Henriette Knold Rossau, Tina Broby Mikkelsen og Cecilie Lindström Egholm.

Copyright © 2020

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til REHPA.

REHPA, notat nr. 20

Juni 2020

ISBN: 978-87-93356-46-7 (online)

Forside: REHPA

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17

5800 Nyborg

Telefon 21 81 10 11

Mail: rehpa@rsyd.dk

www.rehpa.dk

REHPA-metodenotater følger op på områder, som efterspørges af myndigheder, samarbejdspartnere, fagfæller, forskere, praktikere og andre målgrupper, som videncentret deler interesser med.

Udarbejdelsen af og baggrunden for notatet fremgår af forordet.

Notaterne udkommer ad hoc som elektroniske dokumenter og kan downloades fra www.rehpa.dk.

Indhold

Indhold	3
Forord	4
Resumé	5
English summary	5
Indledning	6
Formål	6
Tidsforbrug for udarbejdelse af kortlægningen i 2018	7
Oversigt over tidsforbrug.....	7
Udviklings- og dataindsamlingsproces	7
Trin 1: Gennemgang af NKR og udarbejdelse af spørgeskemaer	8
Trin 2: Respondentanalyse	10
Trin 3: Pilottest af spørgeskemaer	11
Trin 4: Udsendelse af spørgeskemaer.....	12
Databehandling	13
Validering af data	13
Rekodninger af kvalitative data	13
Dataanalyse.....	14
Opbevaring og adgang til data	14
Opmærksomhedspunkter for fremtidige kortlægninger	14
Referencer	15

Forord

I 1997 blev de første kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering på danske hospitaler udgivet (Sundhedsstyrelsen, 2015). Siden da er der sket store strukturelle ændringer i Danmark, og hjerterehabilitering er ikke længere udelukkende en opgave, som hospitalerne løfter, da kommunerne siden strukturreformen i 2007 varetager opgaverne i stigende grad. Nationale kliniske retningslinjer blev udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2013, med evidensbaserede anbefalinger til hjerterehabilitering på programniveau, som gælder, uanset hvilken kontekst de tilbydes i. I retningslinjerne anbefales, at indsatsen monitoreres på såvel individniveau som programniveau (Sundhedsstyrelsen, 2015).

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation har gennemført strukturelle kortlægninger af hjerterehabiliteringsindsatsen på hospitalsniveau for Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD) siden 2013, da en af REHPAs kerneopgaver er at kortlægge sundhedstilbud inden for rehabilitering og palliation. Kortlægningerne er gennemført i 2013, 2015 og 2018. I 2018 omfatter kortlægningen også indsatser på kommunalt niveau.

Nærværende notat beskriver det metodiske arbejde, som ligger til grund for udarbejdelsen af kortlægningerne af hjerterehabilitering i Danmark i hhv. 2013, 2015 og 2018. Notatet danner således grundlag for gentagelse af den strukturelle kortlægning, som, ifølge DHRD, skal gennemføres i 2021. Notatet har dertil til hensigt at bibringe en dybere forståelse af dataindsamlingsprocessen til forskere, som arbejder med data fra kortlægningerne. Endelig vil notatet kunne bruges som inspirationskilde for forskere og fagprofessionelle, som planlægger at udarbejde nationale kortlægninger.

Notatet er reviewet internt ved forsker Lene Jarlbæk, og gennemlæst og kommenteret af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram mhp. overtagelse af dataset og ansvar for dataudlevering.

Forskningsassistent Maiken Bay Ravn har stået i spidsen af udarbejdelsen af notatet i tæt samarbejde med akademisk konsulent Henriette Knold Rossau, forsker Tina Broby Mikkelsen samt forsker Cecilie Lindström Egholm, som alle har været involveret i gennemførelse af kortlægningerne ved REHPA.

Ann-Dorthe Zwisler

Professor, overlæge, videncenterchef
REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Resumé

Notatet indeholder en gennemgang af metoden for REHPAs nationale kortlægning af hjerterehabilitering i Danmark. Notatet tager udgangspunkt i kortlægninger fra 2013, 2015 og 2018.

De nationale kortlægninger har til formål at skabe overblik over, hvorledes hjerterehabilitering er implementeret i praksis, om de Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) efterleves på programniveau samt at følge hjerterehabiliteringens udvikling over tid.

Styregruppen i Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase har fastlagt, at kortlægningen fremover gentages hvert tredje år.

Dette notat er målrettet fagprofessionelle og forskere, som arbejder med kortlægninger. Da notatet beskriver metoden bag kortlægningerne af hjerterehabilitering, kan det bruges som inspiration for andre, der ønsker at lave lignende kortlægninger.

English summary

This report describes the methods used for the national mapping of cardiac rehabilitation in Denmark. The report takes its point of departure in the national mappings of cardiac rehabilitation in 2013, 2015 and 2018.

The aim of mapping cardiac rehabilitation is to gain an overview of how cardiac rehabilitation practice is implemented in Denmark, to evaluate whether the national guidelines are followed and to monitor the development of cardiac rehabilitation over time. The steering committee in Danish Cardiac Rehabilitation Database has decided that cardiac rehabilitation should be mapped every third year.

This report is aimed at professionals and researchers who are engaged in mapping health services. The report is a methodological description of the methods used in the preparation of mapping cardiac rehabilitation in Denmark to facilitate future mappings of cardiac rehabilitation.

Indledning

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, har nationale kortlægninger inden for rehabilitering og palliation som en af sine kerneopgaver. Således er den nationale kortlægning af hjerterehabilitering på programniveau foretaget i henholdsvis 2013, 2015 og 2018.

Kortlægningerne på hospitalsniveau er udarbejdet for Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD) og resultaterne er publiceret som en del af databasens årsrapporter (Dansk Hjerterehabileringsdatabase, 2014, 2015, 2018). DHRD er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase, som indsamler sundhedsfaglige data på individniveau om hjerterehabilitering i Danmark, for at monitorere og udvikle kvaliteten. REHPAs kortlægninger supplerer de kliniske data indsamlet i DHRD, med data som vedrører de strukturelle forhold for hjerterehabiliteringen i Danmark. Fra 2018 er det også blevet obligatorisk for alle kommuner, der tilbyder hjerterehabilitering i Danmark, at indrapportere til databasen (Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram, 2019). DHRD's årsrapporter har til formål at bidrage med at skabe en ensrettet hjerterehabiliteringsindsats af høj kvalitet i Danmark, ved at give grundlag for datadrevet udvikling af praksis.

Kortlægningerne af hjerterehabilitering på kommunalt niveau, fra 2013 og 2015, er gennemført i forbindelse med forskningsprojekter i REHPA. Resultater fra disse kortlægninger er publiceret i internationale tidsskrifter (Al-Sharifi, Winther Frederiksen, Knold Rossau, Norredam, & Zwisler, 2019; Kristensen et al., 2018; Lindstrom Egholm et al., 2018; A. D. Zwisler et al., 2016).

Kortlægningerne af hjerterehabilitering har til formål; 1) at skabe et overblik over, hvordan hjerterehabilitering er implementeret i praksis, 2) hvorvidt de Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) bliver efterlevet på programniveau og 3) at følge udviklingen af hjerterehabilitering over tid. Styregruppen i DHRD har fastlagt, at hjerterehabilitering fremadrettet skal kortlægges hvert tredje år.

Metoden bag disse kortlægninger har været spørgeskemaundersøgelser henvendt til fagprofessionelle, som arbejder med hjerterehabilitering på hospitaler og i kommuner. DHRD's årsrapporter med resultater fra kortlægningerne i 2013 og 2015 bygger udelukkende på data fra hospitalernes hjerterehabilitering, idet hjerterehabiliteringen på daværende tidspunkt primært foregik i hospitalsregi. I 2017 besluttede Sundhedsstyrelsen at lave nye anbefalinger for det tværfaglige forløb for patienter med hjertesygdom, hvor rehabilitering som udgangspunkt foregår i kommunerne, og dermed udfase de eksisterende pakkeforløb for rehabilitering på hjerteområdet. Af den grund indeholder kortlægningen fra 2018 en opgørelse på kommuneniveau, samt en opgørelse af delte forløb mellem hospital og kommune.

Formål

Notatet danner grundlag for gentagelse af den strukturelle kortlægning af hjerterehabilitering i Danmark i fremtiden. Notatet skal bibringe en dybere forståelse af dataindsamlingsprocessen til forskere, som arbejder med data fra kortlægningerne. Notatet vil ligeledes kunne bruges som inspirationskilde for forskere og fagprofessionelle, som planlægger at udarbejde nationale kortlægninger.

Tidsforbrug for udarbejdelse af kortlægningen i 2018

Kortlægningen i 2018 havde et tidsforbrug på i alt 680 timer fordelt på projektleder, datamanager og faglig sekretær. Tabel 1 viser fordelingen af timeforbruget i de enkelte faser.

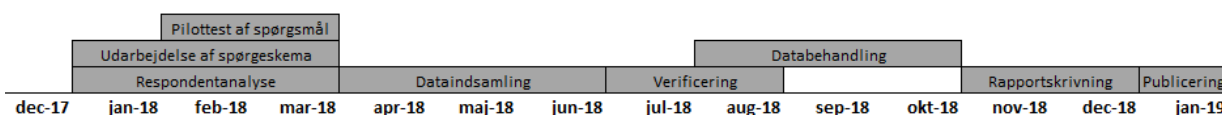
Tabel 1. Oversigt over timeforbrug i 2018

Proces	Timeforbrug i 2018
Gennemgang af NKR og udarbejdelse af spørgeskemaer	100 timer
Respondentanalyse	105 timer
Pilottest af spørgeskemaer	20 timer
Udsendelse af spørgeskemaer inkl. rykkerprocedure	148 timer
Validering af resultater	112 timer
Rekodninger af kvalitative data og dataanalyse	60 timer
Rapportskrivning	90 timer
Projektledelse og møder	45 timer

Oversigt over tidsforbrug

Kortlægningen og afrapporteringen strækker sig over en periode på ca. 1 år. Figur 1 viser fordelingen af de forskellige perioder, samt hvornår de enkelte faser blev påbegyndt og afsluttet frem til udgivelsen af DHRD's årsrapport.

Figur 1. Fordeling af tidsforbruget for 2018



Udviklings- og dataindsamlingsproces

Kortlægningerne af hjerterehabilitering har fulgt følgende fire trin:

- Gennemgang af den Nationale Kliniske Retningslinje (NKR) og udarbejdelse af spørgeskemaer på baggrund af retningslinjen. Figur 2 viser kvalitetskriterierne for kernekomponenterne.
- Respondentanalyse
- Pilottest af spørgeskemaer
- Udsendelse af spørgeskemaer

Trin 1: Gennemgang af NKR og udarbejdelse af spørgeskemaer

NKR indeholder anbefalinger for ni overordnede komponenter, se Figur 2. For hver af de ni komponenter er der i NKR udarbejdet specifikke anbefalinger, samt hvad der anses som værende god praksis. I udarbejdelsen af kortlægningernes spørgeskemaer, blev både de specifikke anbefalinger og vejledningerne ift. god praksis gennemgået og inddraget.

Figur 2. Kvalitetskriterier for kernekomponenterne i NKR

Kernekomponent	Kvalitetskriterie for kernekomponenterne
Systematisk henvisning	—
Barrierer for fastholdelse	—
Fysisk træning	<ul style="list-style-type: none"> • Træning 2 gange om ugen i 12 uger • Fysisk test for og efter • Test med validerede test
Patientuddannelse	<ul style="list-style-type: none"> • Alle komponenter af patientuddannelse tilbydes¹
Psykosocial indsats	
Opsporing af angst og depression	<ul style="list-style-type: none"> • Screening med HADS²
Kostintervention	<ul style="list-style-type: none"> • Individuel vurdering af behov for kostintervention
Rygestop-intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Individuel vurdering af behov for rygestop-intervention
Arbejdsfastholdelse	—

¹ Komponenterne i patientuddannelse er: Hjertesygdom og medicinsk behandling, risikofaktorer, livsstil og livstilsændringer, psykiske reaktioner ved hjertesygdom, pårørende/socialt relationer og seksualitet.

² HADS = the Hospital Anxiety and Depression Scale.

Spørgsmålene blev opbygget i to trin:

- Først spørges der til, hvorvidt enheden tilbyder de enkelte komponenter (fx om der indgår fysisk træning i rehabiliteringsprogrammet).
- Hvis en komponent tilbydes (positivt svar), stilles der uddybende spørgsmål indenfor komponentens anbefalinger og vejledninger ift. god praksis (fx hvor mange ugers fysisk træning og hvor mange gange om ugen).

I alle kortlægningerne blev spørgsmålene delt op i de samme 3 overordnede temaer:

- Fysisk træning (som besvares af en fysioterapeut)
- Kostintervention og ernæringsindsats (som besvares af en diætist)
- Organisering af hjerterehabiliteringen (som besvares af lokalitetens sygeplejefaglige/organisatoriske leder). Der spørges ind til:
 - Systematisk henvisning
 - Patientuddannelse
 - Psykosocial indsats
 - Opsporing af angst og depression
 - Rygestop-intervention
 - Arbejdsfastholdelse

Da kortlægningen i 2013 var den første kortlægning af hjerterehabilitering i DHRD-regi, blev de grundlæggende spørgsmål udviklet til denne kortlægning. Spørgsmålene blev udviklet på baggrund af et tidligere anvendt spørgeskema, som blev udarbejdet i 2008 (Husum et al., 2008; A.-D. O. Zwisler, Træden, Videbæk, & Madsen, 2005). Kortlægningerne i 2015 og 2018 tog udgangspunkt i de grundlæggende spørgsmål, for at sikre at data kan sammenlignes over tid. Erfaringer fra de forudgående kortlægninger med formuleringer af spørgsmål, svarkategorier og databehandling har dog medført justeringer i formuleringer og en reduktion af antallet af spørgsmål.

Anbefalingerne for det tværfaglige forløb i 2017 medførte et ønske til kortlægningen i 2018 om at klarlægge, hvorvidt nogle hjerterehabiliteringsforløb blev varetaget som et samarbejde mellem hospital og kommune, og dermed kunne betragtes som delte. Det resulterede i et nyt spørgsmål, hvor enhederne havde mulighed for at svare, at de delvist varetager en komponent. Figur 3 er et udklip af formuleringen af dette spørgsmål.

Figur 3. Indledende spørgsmål til alle respondenter for 2018. Eksemplet er sendt til hospitalerne, jf. "Det forventes varetaget i kommunen". Tilsvarende er sendt til kommunerne

Hvilke komponenter indgår i hjerterehabiliteringstilbuddet hos jer?

	Det varetager vi	Det varetager vi delvist	Det forventes varetaget i kommunen	Andet
Systematisk henvisning af patienter til rehabilitering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>
Individuel vurdering og tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>
Hjælp til håndtering af barrierer med henblik på fastholdelse af rehabilitering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>
Fysisk træning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>
Patientuddannelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>
Psykosocial indsats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>
Opsporing af angst og depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>
Kostintervention og ernæringsindsats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>
Rygestop-intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>
Systematiseret indsats med henblik på arbejdsfastholdelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>
Individuel afslutning og viderevisitering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>

I kortlægningerne i 2015 og 2018 blev der åbnet for muligheden af at indsætte spørgsmål om udvalgte fokusområder, som ligger ud over de etablerede komponenter. Disse fokusområder blev udvalgt af DHRD's styregruppe i samarbejde med formanden af DHRD og forskellige interessenter og forskergrupper.

Disse fokusområder kan være med til at belyse forskellige samfunds- og forskningsrelevante problemstillinger. Spørgsmål til de udvalgte fokusområder er blevet udarbejdet af interessenterne og forskergrupperne selv, ligesom de også har rettighederne til at anvende data.

Fokusområderne for kortlægningerne i 2015 og 2018 ses i Tabel 2 nedenfor.

Tabel 2. Fokusområder for kortlægningerne i 2015 og 2018

2015	2018
Udvidet fokus på screening for angst og depression	Udvidet fokus på screening for angst og depression
Socialdifferentieret hjerterehabilitering	Social ulighed
Patientuddannelse	Claudicatio intermittens
	Patientrapporterede oplysninger (PRO)

Spørgeskemaerne for 2018 er tilgængelige i fuld version i den separate Bilagsnotat til nærværende notat.

- Bilag 1: Spørgeskema til hospitaler
- Bilag 2: Spørgeskema til kommuner

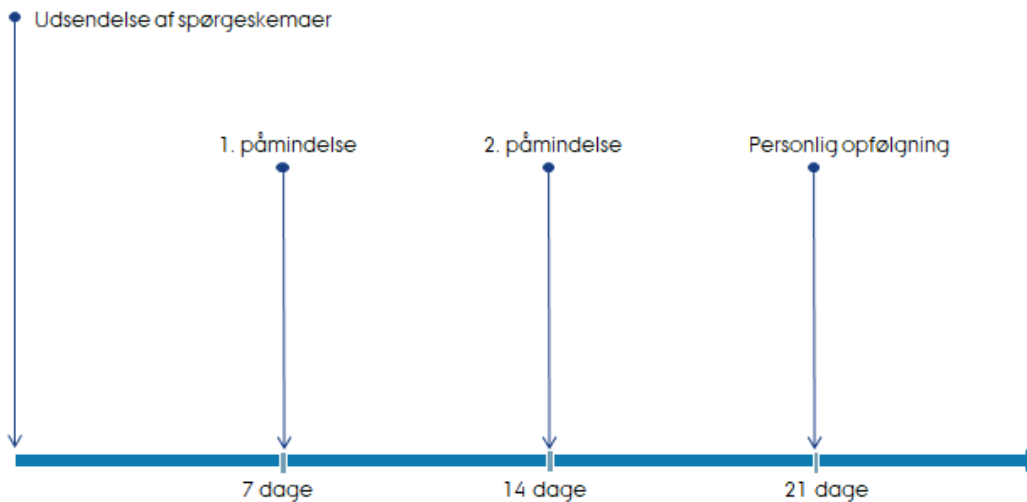
Trin 2: Respondentanalyse

Formålet med respondentanalysen er at identificere hvilke relevante respondenter på hospitaler og i kommuner, som er mest kvalificeret til at besvare spørgeskemaerne. I kortlægningen i 2013 var respondentanalysen baseret på telefonisk kontakt til de enkelte enheder. I 2015 og 2018 blev der taget udgangspunkt i de respondenter, som havde besvaret de foregående spørgeskemaer i hhv. 2013 og 2015.

Forud for hver ny kortlægning blev der sendt et kort spørgeskema ud til alle tidligere respondenter, hvor de bedes tage stilling til, om de fortsat er de mest kvalificerede til at besvare hele eller dele af spørgeskemaet. Er dette ikke tilfældet, bedes de udpege en anden respondent, som de mener, er bedre kvalificeret. Såfremt respondenter ikke længere er ansat i enheden, eller ikke længere arbejder med hjerterehabilitering, findes en ny respondent via telefonisk kontakt til enheden.

Efter udsendelsen af spørgeskemaerne i respondentanalysen blev der udsendt påmindelser via e-mail til respondenter, som ikke havde besvaret, eller ikke havde færdiggjort besvarelserne. Efter to påmindelser blev der fulgt op med personlig henvendelse til de enkelte respondenter. Figur 4 giver et overblik over kadencen af udsendte påmindelser til respondentanalysen.

Figur 4. Oversigt over udsendelse og opfølgninger på respondentanalysen



Spørgeskemaerne blev inddelt i fagområder efter strukturen for NKR (se trin 1). Der er således mulighed for at have flere respondenter indenfor den samme enhed. Trods flere respondenter pr. enhed, er enhederne fortsat opgjort som en samlet enhed.

Grundet strukturomlægninger i Danmark er antallet af hospitaler ikke ens i alle kortlægningerne. Tabel 3 viser et overblik over, hvor mange hospitaler der arbejdede med hjerterehabilitering i hhv. 2013, 2015 og 2018.

Tabel 3. Antal hospitaler, som arbejder med hjerterehabilitering i Danmark

År	Antal hospitaler
2013	36
2015	35
2018	32

Trin 3: Pilottest af spørgeskemaer

Pilottest af spørgeskemaerne er vigtig for at sikre forståelsen af spørgsmålene og spørgeskemaets opbygning. Pilottesten giver samtidig et indblik i, hvor lang tid respondenterne bruger på at besvare spørgeskemaerne. Spørgsmål, som er blevet justeret i forhold til tidligere, blev pilottestet separat af fagprofessionelle, som arbejder med hjerterehabilitering i både hospitals- og kommunalt regi, og som blev udpeget af DHRD-styregruppens formand.

Pilottesten blev gennemført i tre trin:

- En intern test, som blev lavet på udvalgte medarbejdere i REHPA.
- En ekstern test, som blev lavet på fagprofessionelle udvalgt af DHRD-styregruppens formand.
 - Begge pilottests blev gennemført i elektronisk form. Pilottestens respondenter blev bedt om at forholde sig til; det indholdsmæssige, opbygningen, formuleringer og sammenhængen mellem spørgeskemaerne.
- Afslutningsvist fik DHRD-styregruppens medlemmer tilsendt spørgeskemaerne med mulighed for kommentering forud for udsendelsen.

Trin 4: Udsendelse af spørgeskemaer

Spørgeskemaerne blev tidligere administreret i Enalyzer (2013, 2015) og i 2018 anvendtes SurveyXact (Enalyzer; Rambøll). De elektroniske spørgeskemaer giver mulighed for at indsætte svarbetingede aktiveringer, og derigennem sikre at respondenterne udelukkende får uddybende spørgsmål, som er relevante for deres enhed og deres rehabiliteringstilbud.

Spørgeskemaerne blev udsendt direkte til respondenterne via e-mail. Foruden et link til spørgeskemaet, indeholdt e-mailen en introducerende tekst om formål, forventet svartid og en kort introduktion til funktionerne i det elektroniske spørgeskema.

Survey-programmet kan programmeres til at sende påmindelser til respondenter, som ikke besvarer skemaet indenfor forudbestemte tidsintervaller.

Personlig opfølgning på manglende besvarelser kan ofte betale sig i forhold til at opnå en højere svarprocent. De tidligere kortlægninger har vist, at det er gældende både for hospitaler og kommuner. Den personlige opfølgning har været i form af både mails og telefonisk kontakt. De enheder, der allerede havde været en mailkorrespondance med, modtog en opfølgningsmail, mens de enheder, der ikke havde været kontakt med, blev kontaktet telefonisk. Der blev udsendt påmindelser til besvarelse af spørgeskemaerne med samme kadence, som ved respondentanalysen (se Figur 1). Tabel 4 viser et eksempel over hvor høj svarprocenten var inden hver af de tre påmindelser i 2018.

Tabel 4. Eksempel på svarprocenten i 2018

Svarprocent for 2018				
	Før 1. påmindelse	Før 2. påmindelse	Før personlig opfølgning	Ved afslutning
Hospitaller				
Sygeplejefaglig	29 %	66 %	91 %	94 %
Fysisk	44 %	69 %	91 %	97 %
Ernæring	19 %	50 %	72 %	91 %
Kommuner				
Organisering	38 %	64 %	78 %	96 %
Fysisk	37 %	71 %	78 %	97 %
Ernæring	38 %	67 %	77 %	97 %

Databehandling

Validering af data

I kortlægningen i 2018 blev det besluttet, at hospitalerne og kommunerne skulle have mulighed for at se deres resultater efter opgørelsen forud for publicering. Opgørelsen af resultaterne på regionsniveau blev sendt til respondenterne for de enkelte enheder, både med henblik på validering af resultaterne og som et incitament til ikke-responderende enheder om at indsende de manglende besvarelser.

Enheder, som mente, at deres resultater var forkert opgjort, var derefter i kontakt med enten projektleder eller datamanager, og sammen gennemgik de enhedens besvarelser. I 2018 resulterede valideringen i, at resultaterne fra 30 enheder blev ændret, og dertil kom der besvarelser fra yderligere fire enheder.

Rekodninger af kvalitative data

I mange af spørgsmålene har respondenterne haft mulighed for at svare "andet", med et tilhørende uddybende tekstfelt. Teksten i de åbne tekstfelter blev gennemgået, og såfremt det afgjordes, at teksten rummer et svar på et af de stillede spørgsmål, blev besvarelsen rekodet og indgik i opgørelsen.

I 2018 resulterede det fx i, at der i resultatopgørelsen blev tilføjet "jobcenter" som en svarmulighed under komponenten "arbejdsfasteholdelse", da mange kommuner svarede, at deres jobcenter varetog denne del. Det samme gjorde sig gældende for komponenten "fysisk træning". Her svarede flere enheder, at de tilbød 6 ugers fysisk træning, hvilket betød, at de ikke levede op til NKR's anbefalinger. Imidlertid havde flere enheder noteret, at hhv. hospital eller kommune tilbød de resterende 6 uger. Det betød, at disse enheder således viste sig alligevel at leve op til NKR's anbefalinger for fysisk træning.

Dataanalyse

Efter afsluttet dataindsamling, inklusiv rekodninger, blev data eksporteret fra survey-programmet (Enalyzer eller SurveyXact) til et Excel-format. Deskriptive tabeller og figurer, samt øvrige analyser til årsrapporterne blev efterfølgende udarbejdet i Excel og SAS 9.3.

Opbevaring og adgang til data

Hospitalsdata for 2013, 2015 og 2018 samt kommunedata for 2018 opbevares hos Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) (relevante variable er markerede i Bilagnotatet til nærværende notat). Der kan gratis søges om adgang til at få videregivet data til brug i forskningsprojekter via RKKP's online ansøgningsskema, såfremt retningslinjerne for adgang er opfyldte. For yderligere information, se <https://www.rkkp.dk/forskning/>.

Kommunedata for 2013 og 2015 samt data for de udvalgte fokusområder i 2015 og 2018 (jf. Tabel 2) er som nævnt indsamlet til brug i konkrete forskningsprojekter, og rettighederne til data hører under de enkelte projekter. For at anmode om videregivelse af data til forskningsprojekter, kontakt REHPA, email: rehpa@rsyd.dk. Personoplysninger på respondenter er slettet og således ikke tilgængelige.

Opmærksomhedspunkter for fremtidige kortlægninger

Antallet af hospitaler, som tilbyder hjerterehabilitering har i løbet af de seneste par år ændret sig. Dette gør sammenligningen af hjerterehabiliteringstilbuddene på hospitalsniveau over tid vanskelig, og det bør derfor være et opmærksomhedspunkt ved fremtidige kortlægninger.


Referencer

- Al-Sharifi, F., Winther Frederiksen, H., Knold Rossau, H., Norredam, M., & Zwisler, A. D. (2019). Access to cardiac rehabilitation and the role of language barriers in the provision of cardiac rehabilitation to migrants. *BMC Health Serv Res*, *19*(1), 223-019-4041-4041. doi:10.1186/s12913-019-4041-1 [doi]
- Dansk Hjerterehabiteringsdatabase. (2014). *Dansk Hjerterehabiteringsdatabase (DHRD). Årsrapport 2013*. Retrieved from
- Dansk Hjerterehabiteringsdatabase. (2015). *Dansk Hjerterehabiteringsdatabase (DHRD). Årsrapport 2014*. Retrieved from
- Dansk Hjerterehabiteringsdatabase. (2018). *Dansk Hjerterehabiteringsdatabase (DHRD). Årsrapport 2017*. Retrieved from <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/hjerte-kar-sygdomme/hjerterehabitering/>
- Enalyzer). [Enalyzer]. Web Page. Available at: <https://www.enalyzer.com/da/>.
- Husum, D. G., Jensen, N. F., Aarø, J., Jensen, J. C. H., Larsen, M. L., Prescott, E., & Rasmussen, H. (2008). Hjerterehabitering i de danske regioner efter strukturreformen. En spørgeskemaundersøgelse. *13*, 36-37,38.
- Kristensen, M. B., Dieperink, K. B., Rossau, H. K., Egholm, C. L., Viggers, L., Bertelsen, B. M., & Zwisler, A. D. (2018). Dietary interventions in cardiac rehabilitation - The gap between guidelines and clinical practice. *Clinical nutrition ESPEN*, *27*, 120-126. doi:S2405-4577(18)30139-6 [pii]
- Lindstrom Egholm, C., Rossau, H. K., Nilsen, P., Bunkenborg, G., Rod, M. H., Doherty, P., . . . Zwisler, A. D. (2018). Implementation of a politically initiated national clinical guideline for cardiac rehabilitation in hospitals and municipalities in Denmark. *Health Policy*, *122*(9), 1043-1051. doi:S0168-8510(18)30277-X [pii]
- Rambøll). [SurveyXact]. Web Page. Available at: https://www.surveyxact.dk/?gclid=EAIaIQobChMI4JTzwYrz4wIVD08YCh0vAQVgEAAAYASAEGJ0iPD_BwE.
- Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram, R. (2019). [Dansk Hjerterehabiteringsdatabase]. Web Page. Available at: <https://www.rkkp.dk/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/hjerterehabitering/>.
- Sundhedsstyrelsen. (2015). *National klinisk retningslinje for hjerterehabitering*: Sundhedsstyrelsen. Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~media/401919781C684EE9AAE544EB5E76847B.ashx>
- Zwisler, A.-D. O., Træden, U. I., Videbæk, J., & Madsen, M. (2005). Cardiac rehabilitation services in Denmark: Still room for expansion. *Scand J Public Health*, *33*(5), 376-383. doi:10.1080/14034940510005824; 0810.1080/14034940510005824
- Zwisler, A. D., Rossau, H. K., Nakano, A., Foghmar, S., Eichhorst, R., Prescott, E., . . . May, O. (2016). The Danish Cardiac Rehabilitation Database. *Clinical epidemiology*, *8*, 451-456. doi:10.2147/CLEP.S99502 [doi]

REHPA

Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17
5800 Nyborg
21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

 www.facebook.com/REHPA.dk

 www.twitter.com/rehpa_dk

 www.linkedin.com/company/3306677