

# Samarbejdsaftale om Hjerterehabilitering

Proces: Revideret og godkendt juni 2021

Den Tværsektorielle Grundaftale

Samarbejdsaftale om	
Hjerterehabilitering	
Dato	Arbejdsgruppens sammensætning
Juni 2021	<p><b>Kommunerne</b>  Charlotte Færch (Hjørring kommune, Klynge Nord, kommunal formand)  Tina Bach Thomsen (Thisted kommune, Klynge Vest)  Sanne Brink (Rebild kommune, Klynge Syd)  Minna Holm Hansen (Aalborg kommune, Klynge Midt)</p> <p><b>Almen Praksis</b>  Anne Marie Lundgaard (Praksiskonsulent, NordKAP)</p> <p><b>Hjerteforeningen</b>  Kirsten Ruby</p> <p><b>Hospitalerne</b>  Gitte Nielsen (Regionshospital Nordjylland, regional formand)  Tove Bønkel Hanghøj (Regionshospital Nordjylland)  Jens Aarøe (Aalborg Universitetshospital)  Helle Broberg (Aalborg Universitetshospital)</p> <p><b>Administrationen i Regionshuset (sekretariat)</b>  Marianne Vendelbo Johansen  Lars Lejbølle</p>
Besluttet i SKU	Opfølgning på aftalen

Samarbejdsaftale om		
15/6-2021	<p>Med udgangspunkt i en opfølgning på implementeringen af den reviderede samarbejdsaftale om hjerterehabilitering, er der vedtaget følgende justeringer af aftalen;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For de patienter der ikke cykeltestes på hospitalerne, vil der ske en lægefaglig vurdering af, om de kan træne i forbindelse med den efterfølgende rehabilitering i kommunen. Dette anføres i genoptræningsplanen og i rehabiliteringshenvisninger.</li> <li>• Det lægefaglige behandlingsansvar alene overgives fra hospitalet til almenpraksis.</li> <li>• Selvom en patient fortsat er i et kommunalt rehabiliteringsforløb, når hospitalet overgiver det lægefaglige ansvar til almen praksis, så kan den etablerede hotline til hospitalerne fortsat benyttes af kommunerne. Hvis der i forbindelse med at en kommune kontakter hospitalet, sker en ændring i fx patientens medicinering, så sørger hospitalet for at give almen praksis besked herom.</li> <li>• Kommunen behøver således ikke længere at give hospitalet besked, når et rehabiliteringsforløb afsluttes, men skal alene sende en status til egen læge.</li> <li>• I nogen tilfælde (særligt hjertesvigtspatienter) vil patienten stadig være tilknyttet hospitalet efter at rehabiliteringsforløbet i kommunen er afsluttet. Også i disse tilfælde sender kommunen alene en status til egen læge, og ikke til hospitalet. Hospitalet overgiver på et senere tidspunkt behandlingsansvaret, når / hvis patienten afsluttes på hospitalet.</li> </ul> <p>Ændringerne betyder en større fleksibilitet i forbindelse med afslutningen på et kommunalt rehabiliteringsforløb, og mindre administrativt arbejde. Samtidigt følger overgivelse af det lægefaglige behandlingsansvar nu de gængse regler for dette, mens kommunerne fortsat kan få hjælp via en hotline til hospitalet, selvom behandlingsansvaret er overgivet til egen læge.</p>	
13/5-2020	<p>På grund af det udskudte møde i SKU, så har formandskabet avet en politisk godkendelse af den reviderede samarbejdsaftale. Der vil blive orienteret om dette på det næstkommende møde i SKU.</p>	
Dato	Hvilken ændring er foretaget på hvilket beslutningsgrundlag	Udarbejdet af

## Samarbejdsaftale om

### Marts 2020

Med udgangspunkt i en DAS beslutning fra september 2018, har den nedsatte arbejdsgruppe revideret samarbejdsaftalen om hjerterehabilitering mhp. at sikre en ensartet praksis i hele Region Nordjylland.

Der er desuden følgende nye tiltag i forhold til den tidligere aftale;

- Risikostratificering af patienter ved udskrivelse i relation til fysisk træning (hø, moderat eller lav risiko)
- Alle henvisninger sker ved visitationsamtale efter ca. 14 dage.
- Screening for angst og depression ved både start og afslutning på et rehabiliteringsforløb. Egen læge orienteres ved en positiv screening. Hospital orienteres i relation til registrering i hjerterehabiliteringsdatabasen.
- Afsluttende samtale kan i flere tilfælde foregå alene i kommunerne.
- Hospital orienteres ved afslutning på kommunalt rehabiliteringsforløb, hvorefter det lægefaglige ansvar overgives til egen læge.

Arbejdsgruppen fortsætter med følgende opgaver;

- 1) Afklaring af mulighed for at lave en valideret cykeltest i kommunerne (Lav-risiko patienter).
- 2) Afsøgning og beslutning om kommunernes fremtidige registrering i Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase.

# Samarbejdsaftalen om hjerterehabilitering

Samarbejdsaftalen om hjerterehabilitering er en del af Sundhedsaftalen, og den er placeret i Den Tværsektorielle Grundaftale under området genoptræning og rehabilitering.

Sundhedsaftalen, herunder det administrative og det politiske set up omkring den, kan findes på dette [link](#).

## Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med aftalen er at sikre det tværsektorielle samarbejde omkring hjerterehabilitering mellem hospitaler, kommuner og almen praksis i Region Nordjylland, med henblik på at bidrage til at patienten/borgeren kan modtage hjerterehabilitering af høj kvalitet.

Hovedparten af hjerterehabiliteringen i Region Nordjylland forventes fremover at foregå i kommunalt regi, tæt på borgeren, men støttet af muligheden for vejledning fra det specialiserede niveau. Rehabilitering er for mange borgere en naturlig del af et behandlingsforløb, og vil på den baggrund blive drøftet med borgeren og de pårørende i forbindelse med udskrivning og igen ved visitationssamtalen.

## Målgruppe

Målgruppen for samarbejdsaftalen er de personer i kommuner, på hospitaler og i almen praksis, som samarbejder om hjerterehabiliteringsindsatsen.

Samarbejdsaftalen omfatter patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjerteklapsygdomme, hjertesvigt og hjertestops-overlevende.

**Tele Care Hjertesvigt** vil fremadrettet være et område, som sandsynligvis også bør omfattes af aftalen, men det er arbejdsgruppen opfattelse, at der endnu ikke er fuld klarhed omkring, hvordan og i hvilket omfang det skal implementeres i Region Nordjylland. Det er derfor ikke en del af denne samarbejdsaftale.

## Definitioner

I dette afsnit opremses nogle af de vigtigste definitioner, som ligger til grund for samarbejdsaftalen, og der er tilføjet enkelte kommentarer til, hvordan begreberne konkret skal opfattes i henhold til aftalen.

**Genoptræning** defineres i henhold til Sundhedsloven, som;

”En målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere, eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt”.

”Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter, dvs. træning af funktionsnedsættelse i relation til fx bevægeapparatet og aktivitetsbegrænsninger”.

**Rehabilitering** defineres i henhold til Sundhedsstyrelsens oversættelse af WHO's definition som;

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

Det er dog vigtigt at fastslå, at den kommunale rehabiliteringsindsats i denne aftale, er knyttet til den indsats omkring rehabilitering af mennesker med kronisk sygdom, der tager udgangspunkt i Sundhedslovens §119 omkring forebyggelse. I denne sammenhæng udspringer rehabiliteringsindsatsen således af det fælles regionale/kommunale ansvar for den patientrettede forebyggelse.

Som det kan ses i det [fælles dokument](#), som region og kommuner har udarbejdet med henblik på at skelne mellem rehabiliteringsindsatser og genoptræning, så er denne type rehabiliteringsindsats møntet på borgere, som er **i risiko for** at få varigt nedsat funktionsevne. Udgangspunktet i den patientrettede forebyggelse er derfor at undgå, at sygdom forværres og, at begrænse eller udskyde sygdommens eventuelle komplikationer.

### **Arbejdstest / arbejdskapacitet**

Når arbejdstesten foregår **på et hospital** er der være tale om en **symptomlimeret arbejdstest** (Watt-max cykeltest), hvor patienten overvåges med EKG, puls og blodtryk. Til patienter som ikke kan deltage i en Watt-max cykeltest, benyttes i stedet en 6 min. gangtest, hvor der som standard, sker overvågning af iltmætning, puls og blodtryk.

Hvis testen foregår **i kommunen**, vil det være defineret og omtalt som en **test af arbejdskapacitet**, hvor patienten ikke overvåges med EKG.

### **Forkortelser**

**DCS:** Dansk Cardiologisk Selskab

**DHRD:** Dansk Hjerterehabileringsdatabase

**PRO-data:** Patientrapporterede data

### **Mål for indsatsen**

Til at understøtte formålet med samarbejdsaftalen, er der udformet en række målsætninger på vigtige punkter.

Samarbejdsaftalen skal medvirke til at sikre en høj kvalitet af hjerterehabilering i Regions Nordjylland gennem et stærkt tværsektorielt samarbejde, som tager udgangspunkt i følgende mål;

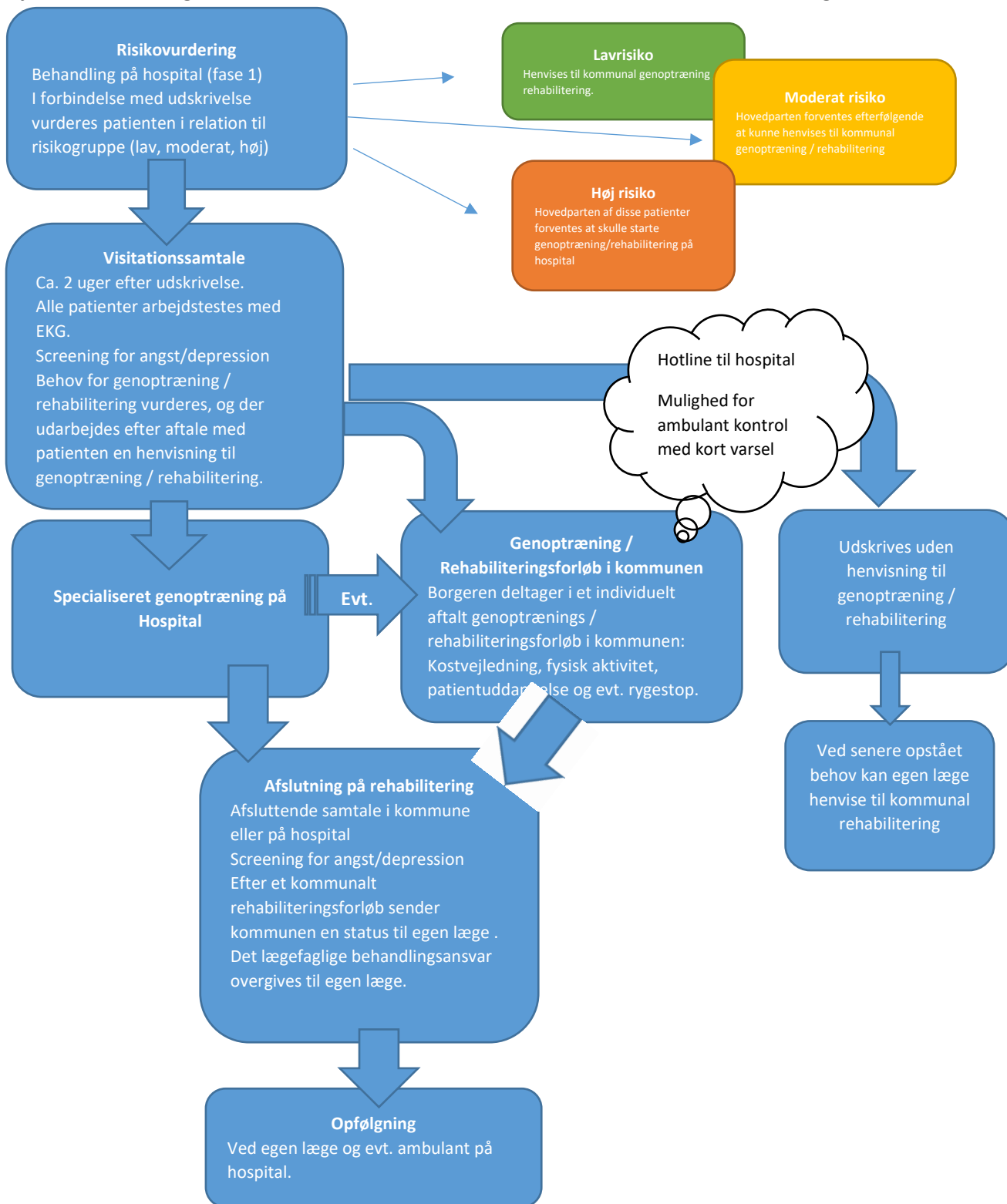
1. Alle hjertepatienter i målgruppen skal have mulighed for at få et tilbud om hjerterehabilering, når det i dialog med patient og evt. pårørende vurderes at være relevant.
2. Med udgangspunkt i den aftalte risikovurdering, forventes hovedparten af hjertepatienterne at kunne modtage hjerterehabilering i hjemkommunen.
3. Sikring af mulighed for rådgivning fra det specialiserede niveau (hospitalerne), når hjerterehabilering finder sted i kommunerne.
4. Sikring af den tværsektorielle kommunikation, når en hjertepatient overgår fra en aktør til en anden (mellem hospital, kommune og almen praksis).
5. Sikring af at hjerterehabileringsindsatsen dokumenteres i både kommuner og på hospitaler. Målet er at kommunerne med tiden kan registrere deres data i Dansk Hjerterehabileringsdatabase på lige fod med hospitalerne.
6. Løbende kvalitetsudvikling af indsatsen, bl.a. gennem de indsamlede data.

## Opgaveløsning og opgavefordeling

Hjerterehabiliteringsforløbet er overordnet skitseret i denne figur.

### Hjerterehabiliteringsforløbet

### Risiko Vurdering



Figuren uddybes i kronologisk rækkefølge i nedenstående.

### Faglige indsatser

Denne samarbejdsaftale fokuserer på det tværsektorielle samarbejde med henblik på at skabe sammenhæng i de faglige indsatser, og beskriver derfor ikke selve indholdet i disse. Det ligger implicit i samarbejdsaftalen, at de enkelte aktører hver især lever op til de, til enhver tid gældende, faglige retningslinjer for hjerterehabilitering.

### Risikovurdering og stratificering

Risikovurdering af patienter i forbindelse med udskrivning tager udgangspunkt i den specifikke hjertesygdom, og særligt risikoen i forbindelse med fysisk træning.

Følgende patientkategorier er i henhold til DCS risikopatienter, og kan potentielt have en forøget risiko i forbindelse med fysisk træning:

- Patienter, der ikke er fuldt revaskulariserede (herunder patienter, der ikke kan revaskulariseres yderligere, eller ikke ønsker fuld revaskularisering).
- Patienter med betydelig eller svær komorbiditet.
- Hjertekirurgiske patienter med postoperative komplikationer (herunder hjertesvigt, atrieflimren, pleura- eller perikardieeksudat, problemer ved sternumcicatrice).
- Patienter med alvorlig eller utilstrækkeligt reguleret arytmi.
- Patienter med ICD eller forøget arytmirisiko.
- Patienter med ekkokardiografiske tegn til eller med symptomer på hjertesvigt uanset EF. (HF<sub>r</sub>EF, HF<sub>m</sub>rEF og HF<sub>p</sub>EF)

I forbindelse med udskrivelse vurderes disse patienter i henhold til risiko stratificering (moderat eller høj risiko) – øvrige patienter betragtes som lav-risiko patienter. Har patientens tilstand ændret sig væsentligt ved den efterfølgende visitationssamtale kan stratificeringen evt. revurderes.

### Visitationssamtalen

Patienten indkaldes ca. 2 uger efter udskrivelsen til en visitationssamtale på hospitalet, hvor der gennem dialog med patienten og dennes evt. pårørende laves en vurdering i forhold til henvisning til genoptræning/rehabilitering. I denne vurdering indgår en række faktorer (fx comorbiditet, grad af hypertension, overvægt, fysisk inaktivitet, depression, personlige forhold og kontekst), som har indflydelse på patientens muligheder for at kunne deltage i genoptræning/rehabilitering.

Efter en vurdering af patientens kliniske tilstand kan det i visse tilfælde ske, at en patient først skal visiteres og testes senere end efter 2 uger. Dette kan særligt gøre sig gældende i forhold til patienter med hjertesvigt.

Patienter der har været gennem en thoraxkirurgisk operation med Sternum split, må først cykeltestes efter 6 uger, men for disse patienter kan det være en fordel at blive henvist til kommunal genoptræning / rehabilitering ved udskrivelsen, så de kan komme i gang med anden vigtig fysisk træning indtil de kan blive cykeltestet.

Hvis det på hospitalet vurderes nødvendigt, gennemgår patienten en **symptomlimiteret arbejdstest**, inden henvisning til genoptræning/rehabilitering. Resultatet af testen videregives til kommunen i henvisningen, og fungerer dels som en sikkerhed for at patienten kan træne, og dels som patientens fysisk udgangspunkt for den træning, der skal iværksættes.



Hvis der ikke er foretaget en symptomlimeret arbejdstest på hospitalet, skal det tydeligt angives i henvisningen, at der er foretaget en lægefaglig vurdering af, hvorvidt patienten kan deltage i fysisk træning i kommunen – og herunder hvad resultatet af denne vurdering er. Der kan anvendes følgende frase i henvisningen;

”Patienten er ved udskrivelsen lægefagligt vurderet med henblik på hjerterehabilitering, og kan træne i kommunalt regi. Ved afslutningen af det kommunale rehabiliteringsforløb, overdrages det lægefaglige ansvar til patientens praktiserende læge i forbindelse med at denne modtager en slutstatus fra kommunen.”

Det er målet, at lavrisikopatienter med tiden alene skal arbejdstestes i kommunerne og ikke på hospitalet. I den forbindelse afventes nye faglige anbefalinger fra DCS, inden det kan implementeres.

Det afgøres desuden, **hvor den afsluttende samtale skal afholdes** – se nedenfor. Dette kan selvfølgelig ændres undervejs i forløbet, hvis patientens situation ændres.

**Højrisiko patienter** visiteres som udgangspunkt til specialiseret genoptræning på et hospital, og kan evt. efterfølgende overgå til kommunal genoptræning/rehabilitering. Den afsluttende samtale afholdes på hospitalet.

Afhængigt af den individuelle vurdering og udfaldet af en evt. arbejdstest på hospitalet forventes den overvejende del af patienter, der er vurderet til at have **moderat risiko**, at kunne visiteres til kommunal genoptræning/rehabilitering. I relation til de patienter, der henvises til et kommunalt tilbud aftales det, om den afsluttende aftale skal holdes i kommunen eller på hospitalet. Det noteres i henvisningen, om der skal være/eller ikke være en ambulant kontrol på hospitalet. Er der aftalt en ambulant kontrol på hospitalet, som er sammenfaldende med afslutningen på rehabiliteringsforløbet, så afholdes den afsluttende samtale her – i modsat fald afholdes den i kommunen.

Alle patienter i **lavrisikogruppen** visiteres til kommunal genoptræning/rehabilitering. Den afsluttende samtale for disse patienter foregår som udgangspunkt i kommunen.

### **Henvisning til kommunal genoptræning / rehabilitering**

Når en patient henvises til et **kommunalt genoptræningstilbud**, vil kommunen, i henhold til Sundhedsloven, kontakte patienten indenfor 4 kalenderdage, og der vil blive tilbudt en tid til opstart af genoptræning indenfor max. 7 kalenderdage.

Hvis det i genoptræningsplanen er beskrevet, at borgeren tillige har behov for at deltage i et eller flere af de øvrige rehabiliterende tilbud, som kostvejledning, patientuddannelse og evt. rygestop, sluses borgeren efterfølgende over i et rehabiliteringstilbud.

Ved henvisning til et **kommunalt rehabiliteringstilbud**, vil borgeren blive indkaldt til en afklarende samtale, hvor det drøftes, hvilke behov borgeren har, og dermed hvordan rehabiliteringstilbuddet skal se ud, og hvornår det skal påbegyndes.

For patienter som i forbindelse med udskrivelsen har et særligt behov vedrørende deres kost, kan der tillige udformes og sendes en **ernæringsplan**, som vejleder borgeren og kommunen i forhold til kosten.

**Opstart af genoptræning/hjerterehabilitering** bør i de fleste tilfælde ske løbende og hurtigt efter modtagelse af henvisning. Der er derfor i denne aftale en opmærksomhed på, at patienterne først henvises til genoptræning / hjerterehabilitering ved visitationssamtalen 2 uger efter udskrivelsen, og at der ved en henvisning til rehabilitering ikke er krav om, hvornår opstart skal ske. Parterne er derfor enige om, at det skal evalueres efterfølgende – se desuden afsnit om opfølgning på aftalen

**Det lægefaglige behandlingsansvar** bevares under hele genoptrænings/rehabiliteringsforløbet på hospitalet, og der er desuden mulighed for, at kommunen kan få vejledning i forhold til det enkelte rehabiliteringsforløb via den etablerede hotline. Er det påkrævet, kan borgeren få en tid til en ambulans kontrol med kort varsel.

Hele genoptrænings/rehabiliteringsforløbet skal i denne sammenhæng forstås, som den del af det kommunale rehabiliteringsforløb, der afsluttes med en samtale – evt. opfølgninger på forløbet i kommunen tæller ikke med i perioden.

### **Screening for angst og depression**

Der screenes som udgangspunkt for angst og depression i forbindelse med visitationssamtalen, og ved afslutning på rehabiliteringsforløbet i forbindelse med den afsluttende samtale. Indtil videre benyttes alene HADS til denne screening, og den omfatter i relation til målgruppen for DHRD kun iskæmiske hjertepatienter.

Hvis den afsluttende samtale afholdes i kommunen, så giver kommunen besked til hospitalet, om at der er sket en screening, og hospitalet registrerer det i DHRD. Licensen til at udføre screening med HADS er knyttet til DHRD, og omfatter derfor også i dette tilfælde kommunerne, da de jævnfør nedenstående indberetter til DHRD gennem hospitalerne.

Selve resultatet af screeningen gives også videre til hospitalet. Hvis resultatet af screeningen viser, at patienten er i risiko for at udvikle angst og depression, gør kommunen opmærksom på dette i den status, der sendes til egen læge.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at HADS screening alene siger noget om, **i hvilket omfang en patient er i risiko for at få angst og depression**, og derfor, at der skal være en ekstra opmærksomhed på det. Hospitalerne screener ved visitationssamtalen og resultatet videregives til kommunerne ved henvisning til genoptræning/hjerterehabilitering. Er der på dette tidspunkt en høj HADS score og dermed en øget risiko, så vil kommunen være opmærksom på dette i forhold til at prioritere en hurtig kontakt til patienten. Når kommunen screener igen ved afslutningen på et forløb, er det muligt at se, om rehabiliteringsforløbet har haft en positiv indflydelse på patientens risiko for at få angst/depression.

I den periode, hvor behandlingsansvaret fortsat ligger på hospitalet, er det hospitalet i samarbejde med kommunen, der har ansvaret for at tage hånd om det, hvis en patient viser tegn på at have udviklet angst/depression. Hospitalet har ansvaret indtil patienten efter visitationssamtalen er henvist og selvfølgelig i en periode, hvis patienten modtager specialiseret genoptræning / rehabilitering på hospitalet. Kommunen har ansvaret i den periode, hvor patienten deltager i kommunal genoptræning / rehabilitering. Patienten kan ved behov henvises til egen læge til nærmere udredning. Ved afslutningen på et rehabiliteringsforløb, hvor patienten overgives til opfølgning hos egen læge, er det vigtigt at informere om, hvis der er en høj HADS score, og dermed en øget risiko for at patienten kan udvikle angst/depression.

## Indhold i hjerterehabiliteringsforløbet

Hjerterehabiliteringsforløbet indeholder som udgangspunkt mulighed for patientundervisning, fysisk træning, kost/diæt vejledning og rygestop.

Forløbet kan have varierende længde, dog er der en faglig anbefaling omkring træning til patienter med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt, som bør have fysisk træning to gange ugentligt i minimum 12 uger.

I forhold til de faglige anbefalinger henvises i øvrigt til den Nationale behandlingsvejledning fra DCS, kapitel 29 om hjerterehabilitering og til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.

## Palliation

Den palliative indsats til hjertepatienter er organisatorisk set ikke meget anderledes end til andre patientgrupper. Det handler i høj grad, om at få iværksat et koordineret samarbejde mellem de forskellige aktører (hospital, almen praksis og kommune, patient og pårørende), som er involveret i dette arbejde. Det organisatoriske set up omkring palliation vil derfor ikke blive beskrevet nærmere her, da det er en opgave som bør beskrives mere generisk i forhold til det tværsektorielle samarbejde. Der henvises derfor til [Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for den palliative indsats"](#).

I relation til det sygdomsspecifikke omkring hjertepatienter er der selvfølgelig specielle udfordringer, som der skal være opmærksomhed omkring. DCS beskriver dette i sit holdningspapir "[Palliation ved fremskreden hjertesygdom](#)", og herfra kan der kort nævnes;

- Hjertepatienter har til forskel fra andre patienter risiko for en pludselig død, også i en stabil fase. Dette er med til at øge antallet af hjertepatienter med angst og depression, som der derfor skal være opmærksomhed på.
- Ud over angst og depression er der andre hyppigt forekomne symptomer, som der skal være opmærksomhed på at behandle/lindre, det drejer sig om åndenød, ødemer, svimmelhed kvalme/nedsat appetit og smerter.
- Hos patienter med en ICD-enhed<sup>1</sup> skal der på et tidspunkt være en dialog med patient og pårørende om, hvorvidt den skal inaktiveres.
- DCS påpeger, at der kan være en tendens til at den palliative indsats iværksættes for sent, fordi der kan være en "vedvarende terapeutisk optimisme" i forhold til at motivere patienten.

## Kommunikation mellem aktørerne

Kommunikation mellem aktørerne vedrørende hjerterehabilitering, omfatter grundlæggende;

- Henvisning til hjerterehabilitering/genoptræning
- Mulighed for specialiseret rådgivning under hjerterehabiliteringsforløbet
- Afslutning på hjerterehabilitering og opfølgingsplan til almen praksis

### Henvisning til hjerterehabilitering/genoptræning

Henvisning til specialiseret genoptræning på hospital sker via en genoptræningsplan ([G-GOP](#)).

---

• <sup>1</sup> ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator) er en lille implanterbar automatisk hjertestarter, som opereres ind under huden. Via ledninger til hjertet kan ICD-en følge hjerterytmen og afgive stød, hvis en farlig hjerterytmeforstyrrelse skulle opstå (Sundhed.dk)

Henvielse til kommunal genoptræning (kun fra hospital) sker ligeledes via en genoptræningsplan (G-GOP), og henvielse til kommunal rehabilitering (fra både hospital og almen praksis) sker via [Den nationale henvisningsplatform](#) / "Den Gode Henvielse" (XREF15).

En patient der henvises til genoptræning kan samtidigt henvises til et eller flere elementer af rehabilitering – dette noteres i genoptræningsplanen under rubrikken "Genoptræningsbehov".

Nærmere oplysninger om sondring mellem brug af genoptræningsplan og henvielse til rehabilitering kan findes i dette dokument; "[Sondring mellem brug af genoptræningsplan \(GOP\) og henvielse til kommunal rehabilitering via den Nationale Henvisningsplatform \(XREF15\)](#)"

#### Rådgivning i forbindelse med rehabiliteringsforløb

Hospitalet etablerer en hotline, som kommunerne kan benytte i dagtimerne ved behov for rådgivning, der relaterer sig til patienter, som er i et kommunalt rehabiliteringsforløb.

Der er desuden etableret mulighed for rådgivning af almen praksis via enten sikker mail, korrespondance eller fastsatte telefon tider (Hotline) på de enkelte afdelinger. De afdelinger der har hotline numre kan findes på [Sundhed.dk - Region Nord- Specialrådgivning](#).

Ved akutte problemstillinger kan bagvægten på de respektive afdelinger kontaktes direkte.

#### Afslutning af et genoptrænings/hjerterehabiliteringsforløb

**Ved afslutningen af et specialiseret genoptræningsforløb på hospital**, hvor der ikke efterfølgende henvises til et kommunalt forløb, afholder hospitalet den afsluttende samtale, og sender efterfølgende en opfølgingsplan til patientens egen læge.

Hvis patienten efterfølgende henvises til et kommunalt tilbud om genoptræning/hjerterehabilitering følges nedenstående.

**Ved afslutningen på et kommunalt genoptrænings/rehabiliteringsforløb** udarbejder og sender kommunen en kort status til egen læge, og giver besked om, at forløbet er afsluttet.

Status til egen læge bør indeholde en kort beskrivelse af borgerens effekt af rehabiliteringsindsatsen, resultatet af HADS screeningen..

I de tilfælde, hvor der **ikke** sker ændringer i patientens status (med relation til hospitalets lægefaglige behandlingsansvar), mens patienten er i kommunal rehabilitering, så vil den kommunale status til egen læge samtidigt markere, at behandlingsansvaret nu er overgivet til egen læge.

Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at selvom en borger fortsat er i et kommunalt rehabiliteringsforløb, når vedkommende afsluttes fra hospitalet, så kan hotline til hospitalet fortsat benyttes indtil rehabiliteringsforløbet er afsluttet.

**I de tilfælde, hvor patienten har haft et rehabiliteringsforløb i kommunen, men efterfølgende har en afsluttende samtale på hospitalet**, udarbejdes også en kort status fra kommunen, som sendes til egen læge. Efter den afsluttende samtale på hospitalet udarbejder og sender hospitalet en opfølgingsplan til egen læge. Det samme gælder de patienter (ofte hjertesvigtspatienter) som fortsat er knyttet til hospitalet, når rehabiliteringsforløbet afsluttes i kommunen. Når patienten på et senere tidspunkt afsluttes fra hospitalet, overgives behandleransvaret herfra til egen læge.

### Opfølgning hos egen læge

Hvis intet andet er aftalt følges borgeren herefter hos egen læge.

Egen læge har mulighed for at henvise borgeren til et kommunalt rehabiliteringstilbud, hvis det efterfølgende viser sig, at der er et behov for et hjerterehabiliteringsforløb. Der er endvidere mulighed for at henvise til kommunale forebyggelsestilbud – fx vedrørende rygestop.

## **Kapacitet, aktivitet og økonomi**

Allerede i den tidligere samarbejdsaftale om hjerterehabilitering, som blev godkendt i 2015, var der lagt op til at hovedparten af hjerterehabiliteringen skal foregå i kommunerne, når det er muligt og relevant. I perioden 2013 til 2019 er der derfor allerede flyttet en del hjerterehabilitering ud i de nordjyske kommuner. **Figur 1** viser udviklingen i det samlede antal henviste til hjerterehabilitering i perioden 2011 til 2019, og her ses det tydeligt, at udviklingen i antallet af henviste for alvor tog til, da et pilotprojekt forud for aftalen fra 2015 blev igangsat i 2014.

**Figur 1: Udviklingen i det samlede antal henviste til hjerterehabilitering fra 2011 til 2018**  
(Tal i parentes angiver antallet pr. 1000 indbyggere)

År	Antal henviste i hele Region Nordjylland	Forskel
2011	779 (1,3)	
		- 7,6%
2012	720 (1,2)	
		- 3,8%
2013	693 (1,2)	
		+ 49,4%
2014	1035 (1,8)	
		+17,7%
2015	1218 (2,1)	
		+ 9,2%
2016	1330 (2,3)	
		+ 6,6%
2017	1418 (2,4)	
		+ 1,7%**
2018*	1151 (2,4)	

\* Ikke tal fra alle kommuner i 2018

\*\* Tallet er anslået med udgangspunkt i at benytte tal fra 2017, hvor der mangler tal fra 2018.

Der har i perioden fra 2015 og frem til nu været en vis forskel på, i hvilken grad implementeringen af den tidligere samarbejdsaftale er slået igennem. Specielt i de Himmerlandske kommuner (Rebild, Mariagerfjord og Vesthimmerland) er det ikke sket i det forventede omfang, og det må forventes, at det er her, der vil være den største forskel i forbindelse med implementeringen af denne reviderede samarbejdsaftale. For de øvrige kommuner forventes der ikke umiddelbart nogen markant stigning i antallet af henviste til hjerterehabilitering, da målgruppen i denne aftale er stort set den samme som i den gamle aftale.

**Figur 2** viser udviklingen i antallet af henviste til hjerterehabilitering fordelt på de nordjyske kommuner, og her fremstår det, som beskrevet ovenfor, at de himmerlandske kommuner sammen med Aalborg kommune ligger på et lavere niveau pr. 1000 indbyggere end de øvrige kommuner. Aalborg Kommune har i perioden haft et særligt Brobygningsprojekt med Aalborg UH, som har haft en lidt anden opbygning end samarbejdsaftalen.

I de kommuner, hvor aftalen fra 2015 er implementeret, er det gennemsnitlige niveau for antal henviste til hjerterehabilitering på ca. 3,4 pr. 1000 borgere. Hvis det antages, at de himmerlandske kommuner vil opnå samme niveau, når aftalen implementeres her, så vil den forventede stigning være som skitseret i **figur 3**.

**Figur 2: Antal henviste til hjerterehabilitering 2013 til 2018 fordelt på kommuner**  
(Tal i parentes angiver antallet pr. 1000 indbyggere)

Kommune	2013	2017	2018	Forskel (største tal 2017/18 er benyttet til udregning*)
Brønderslev	75 (2,1)	130* (3,6)	105 (2,9)	+73%
Frederikshavn	121 (2,0)	123 (2,0)	213* (3,5)	+76%
Hjørring	67 (1,0)	206 (3,2)	232* (3,6)	+246%
Jammerbugt	71 (1,8)	165* (4,3)	151 (3,9)	+132%
Læsø	2 (1,0)	8 (4,5)	7 (3,9)	-
Mariagerfjord	68 (1,6)	129* (2,9)	110 (2,6)	+90%
Morsø	35 (1,6)	66* (3,2)	IOP	+89%
Rebild	23 (0,8)	51* (1,7)	40 (1,4)	+117%
Thisted	52 (1,2)	150* (3,4)	IOP	+188%
Vest Himmerland	39 (1,0)	75* (2,0)	IOP	+92%
Aalborg	261 (1,3)	323* (1,5)	293 (1,4)	+24%
I alt	693 (1,2)	1418* (2,4)	1151 (2,4)	+ 105%

**Figur 3: Forventet stigning i antallet af henviste til rehabilitering i de himmerlandske kommuner**  
(Tal i parentes angiver antallet pr. 1000 indbyggere)

Kommune	Nuværende niveau 2017/18	Forventet niveau ved fuld implementering af aftale	Forventet stigning
Rebild	51 (1,7)	102 (3,4)	51 = 100%
Mariagerfjord	129 (2,9)	151 (3,4)	22 = 17%

Kommune	Nuværende niveau 2017/18	Forventet niveau ved fuld implementering af aftale	Forventet stigning
Vesthimmerland	75 (2,0)	128 (3,4)	53 =70%

Der kan selvfølgelig være mindre udsving i tallene for de enkelte kommuner, fx pga. af forskelle i befolkningssammensætningen.

Det er ikke umiddelbart muligt at forudsige om Aalborg kommune vil få en stigning i antallet af henviste. Brobygningsprojektet har haft stort fokus på henvisning til kommunal hjerterehabilitering, og det må derfor forventes, at der qua dette projekt er blevet henvist en hel del borgere til kommunale hjerterehabilitering.

**Hospitalerne** må forventes fortsat at skulle udføre en symptomlimeret cykeltest på nogle af patienterne i henhold til den vedtagende risikostratificering. Dette vil være tilfældet indtil at DCS kommer med nye anbefalinger, som forventes at stratificere patienterne i forhold til, hvem der har behov for en symptomlimeret arbejdstest på hospital inden videre henvisning.

### Forventede udgifter i forbindelse med videreudvikling af aftalen

Afhængigt af hvilken tilgang der vælges i forbindelse med kommunernes dokumentation af indsatsen og deraf følgende registrering i DHRD, vil der være en udgift forbundet med dette. Videreudvikling af aftalen vil blandt andet se konkret på, hvad de forskellige muligheder betyder for denne udgift sammenholdt med, hvilke muligheder det giver kommunerne for, sammen og hver især, at kunne arbejde med data.

Det må desuden forventes, at en mulig valideret cykeltest kan betyde, at der skal indkøbes nyt udstyr til vurdering af arbejdskapacitet – selvfølgelig afhængigt af, hvad den enkelt kommune råder over i forvejen. Dette vil der også blive kigget nærmere på i forbindelse med videreudvikling af aftalen.

### Adgang til kompetencer, rådgivning og øvrigt udstyr

Som allerede nævnt i forbindelse med beskrivelsen af hjerterehabiliteringsforløbet, så er det aftalt, at der skal være mulighed for rådgivning fra det specialiserede niveau både for kommuner og almen praksis;

- Hospitalerne etablerer en hotline, som kommunerne kan benytte i dagtimerne ved behov for rådgivning, der relaterer sig til patienter, som er i et kommunalt rehabiliteringsforløb.
- Der er desuden etableret mulighed for rådgivning af almen praksis via enten sikker mail, korrespondance meddelelse eller fastsatte telefontider på de enkelte afdelinger.

Det er endvidere muligt at aftale studiebesøg hos hinanden, med henblik på at opnå større indsigt i faglige og organisatoriske indsatser hos samarbejdspartnere.

### Dokumentation, implementering og opfølgning på aftalen

#### Dokumentation af indsatsen

Der er enighed om, at dokumentation af indsatsen omkring hjerterehabilitering optimalt skal ske via Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD)<sup>2</sup>(se indikatorerne i bilag 1, hvor de kommunale indikatorer er fremhævet). Hospitalerne registrerer i databasen, men det er endnu ikke muligt for kommunerne at kunne registrere direkte i databasen. Indikatorskemaet er opbygget, så det giver relevans for både kommuner og hospitaler at benytte det, netop fordi en stor del af hjerterehabiliteringen i Danmark, i disse år, overgår til kommunerne.

Den manglende mulighed for at kunne registrere direkte i databasen er et aktuelt problem, blandt andet fordi kommunerne fremover, i forbindelse med den afsluttende samtale for en del af disse patienter, skal foretage en screening for angst og depression, som også skal registreres i databasen. Det er i en overgangsperiode aftalt, at kommunerne videregiver resultatet af screeningen til hospitalet, som registrerer det i DHRD.

Udsigten til at kommunerne får mulighed for at kunne registrere direkte i DHRD ligger sandsynligvis mindst et par år ud i fremtiden. Det er endvidere uklart om implementeringen af PRO-data kan bibringe en løsning, som kommunerne kan benytte som en genvej til registrering i DHRD, men i givet fald ligger denne løsning også mindst et par år ude i fremtiden.

Det er desuden en udfordring, at der mangler en anbefaling af en relevant cykeltest til brug i kommunerne, når det skal måles, om der sker en ændring i arbejdskapaciteten. Som det er nu kan 6 min. gangtest og en rejse-sætte sig test benyttes, men for en del af patienterne vil disse tests ikke være relevante, da de rammer "loftet" for testen, og det er derfor ikke muligt, at måle ændringen i arbejdskapacitet.

### **Implementering og opfølgning på aftalen**

Opfølgning på de fire første målsætninger i denne samarbejdsaftale vil indikere, om der sker en tilfredsstillende implementering af aftalen. Dette kan fx ske ved;

- At følge op på antallet af henviste patienter til hjerterehabilitering og genoptræning, og antallet af patienter der gennemfører et rehabiliterings / genoptræningsforløb.
- Audit på de anvendte kommunikationsmåder, det vil sige genoptræningsplan, henvisning til rehabilitering, status til egen læge og opfølgingsplan til egen læge.
- Interviews med de involverede patienter, pårørende, kommuner og afdelinger.

Som et særligt fokuspunkt skal det evalueres, hvad det betyder for opstarten på genoptrænings / rehabiliteringsforløbet, at visitation, og dermed henvisning, først sker ved det ambulante besøg to uger efter udskrivelsen, samtidigt med at der ikke er tidsmæssige krav til opstartstidspunkt ved brug af en henvisning til rehabilitering. Hvilken indflydelse har det på samarbejdet mellem hospital og kommune, og har det fx nogen indflydelse på, hvor mange der deltager i hjerterehabilitering, og hvilken effekt patienterne har af det?

Opfølgning på samarbejdsaftalen skal som udgangspunkt ske i regi af Klyngestyregrupperne, men det kan overvejes om dele af opfølgningen, som fx audit skal ske koordineret.

### **Fortsat udvikling af aftalen**

---

<sup>2</sup> Indtil videre er det alene patienter med Iskæmisk hjertesygdom, som registreres i DHRD.



Indtil kommunerne får mulighed for at kunne registrere direkte i DHRD, vil det svært at arbejde mere målrettet med kvaliteten af hjerterehabilitering i en tværsektoriel sammenhæng, idet de enkelte kommuner har forskellige måder at dokumentere indsatsen på.

Med henblik på at sikre relevant dokumentation, og dermed muligheder for opfølgning og kvalitetsudvikling af aftalen, bør der derfor, i umiddelbar forlængelse af denne aftale, arbejdes videre med udfordringerne omkring dokumentation samt registrering af kommunal hjerterehabilitering i DHRD. Dette gælder også udvidede muligheder for måling af arbejdskapacitet i kommunerne (Cykeltest). Det anbefales derfor, at der oprettes et midlertidigt netværk for hjerterehabilitering, som kan arbejde videre og sikre en løsning på disse udfordringer indenfor en overskuelig fremtid.

Som beskrevet indledningsvist vil **Tele Care hjertesvigt** også være et opmærksomhedspunkt i forbindelse med den videre udvikling af denne samarbejdsaftale.

## Referencer

[Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. Sundhedsstyrelsen 2018](#)

[National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering \(SST 2013\)](#)

- [Et kapitel om fysisk træning er opdateret i 2015](#)

[National klinisk retningslinje for rehabilitering til patienter med arterieflimren, arterieflagren, patienter med endokarditis, og patienter behandlet med en ICD. Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme på Rigshospitalet 2019.](#)

[Behandlingsvejledning – 29. Hjerterehabilitering – Dansk Cardiologisk Selskab, opdateret maj 2019](#)

[Holdningspapir om arbejdstest](#)

[– et holdningspapir fra Dansk Cardiologisk Selskab DCS holdningspapir 2019 Nr. 3](#)

[Anbefalinger for Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom \(SST juni 2016\)](#)

[DIÆTBEHANDLING AF DYSLIPIDÆMI OG ISKÆMISK HJERTESYGDOM \(november 2011\)](#)

[Udarbejdet af SIG Kardiologi kliniske diætister.](#)

[Sondring mellem brug af genoptræningsplan \(GOP\) og henvisning til kommunal rehabilitering via den Nationale Henvisningsplatform \(XREF15\)](#)

[Palliation ved fremskreden hjertesygdom. Et holdningspapir fra Dansk Cardiologisk Selskab \(sidst opdateret i 2016\)](#)

[Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen 2017](#)

## **Log-skema – bilag til samarbejdsaftalen**

### **Bilag 1**

Indikatorer og tilhørende standarder for Dansk hjerterehabiliteringsdatabase, for patienter som påbegynder et hjerterehabiliteringsforløb i hospitalsregi eller i kommunalt regi.

Indikatorer og standarder for Dansk Hjerterehabileringsdatabase for patienter som påbegynder et hjerterehabileringsforløb i sygehusregi eller kommunalt regi. Grå skyggemarkering angiver de indikatorer som opgøres for både sygehusafdelinger og kommuner.

Indikatorområde	Indikator nr. og definition	Type	Standard
<b>Deltagelse i hjerterehabilering og tid til opstart</b>	Andel af patienter der deltager i hjerterehabileringsforløb blandt alle patienter med iskæmisk hjertesygdom, indlagt <sup>1</sup> på en kardiologisk afdeling.	Proces	≥40 %
	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i hjerterehabileringsforløb.	Proces	≥75 %
	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom der har første ambulante kontakt med sygeplejerske eller læge indenfor 2 uger efter udskrivelse.	Proces	≥80 %
	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom (ikke CABG) der er påbegyndt fysisk træning indenfor 4 uger efter udskrivelse.	Proces	≥80 %
<b>Arbejdskapacitet</b>	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som gennemfører mindst 75 % af de planlagte træningssessioner <sup>2</sup> .	Proces	≥70 %
	Andel af de patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i kommune eller sygehusregi, som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest.	Resultat	≥80 %
	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som modtager træningstilbud i kommune eller sygehusregi, der testes med den samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet.	Proces	≥90 %
<b>Rygning</b>	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som var rygere ved indlæggelsen forud for rehabiliteringsforløbet, der er eks-rygere ved afslutning af rehabiliteringsforløbet.	Resultat	≥60 %
<b>Diætbehandling</b>	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom som er screenet f.eks. med hjertekostskema, med henblik på at afklare behovet for kostintervention <sup>2</sup> .	Proces	≥75 %
	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom med positiv kost screening, som har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist på hold eller som individuelt forløb, ved afslutning af hjerterehabileringsforløbet.	Proces	≥75 %

Indikatorområde	Indikator nr. og definition	Type	Standard
<b>LDL kolesterol</b>	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet har LDL-kolesterol < 1,8 mmol/l.	Resultat	≥70 %
<b>Blodtryk</b>	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet har opfyldt behandlingsmål for blodtryk for den pågældende patient.	Resultat	≥70 %
<b>Screening for Diabetes Mellitus</b>	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom og uden kendt diabetes ved indlæggelsen, som ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet er screenet for diabetes	Proces	≥90 %
	Andel af patienter med nydiagnosticeret diabetes i forbindelse med rehabiliteringsforløbet, som henvises til relevant behandler <sup>3</sup> eller opstarter behandling i eget ambulatorium.	Proces	≥90 %
<b>Screening for depression</b>	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet.	Proces	≥80 %
	Andel af patienter med positiv depressions screening, hvor der er lagt en behandlingsplan <sup>4</sup> .	Proces	≥90 %
<b>Trombocythæmmende behandling</b>	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom i trombocythæmmende behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet.	Proces	≥95 %
<b>Statin-behandling</b>	Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, der er i statin-behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet.	Proces	≥90 %
<b>Betablokade-behandling</b>	Andel af patienter med akut koronart syndrom, der er i betablokade-behandling ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet.	Proces	≥80 %

1: Og patienter med stabil angina pectoris med KAG i ambulans forløb, uden indikation for PCI, men fortsat medicinsk behandling

2: På hold eller som individuelt tilbud

3: Privatpraktiserende endokrinolog, endokrinolog på medicinsk-endokrinologisk ambulatorium eller Steno Diabetes Center samt egen læge

4: "Watchful waiting" eller henvisning til egen læge, psykolog eller psykiater for patienter i sygehusregi. Vejledt til at kontakte egen læge for patienter i kommunalt regi.

Indikatorskemaet er opdateret december 2019, og er gældende fra medio 2019