

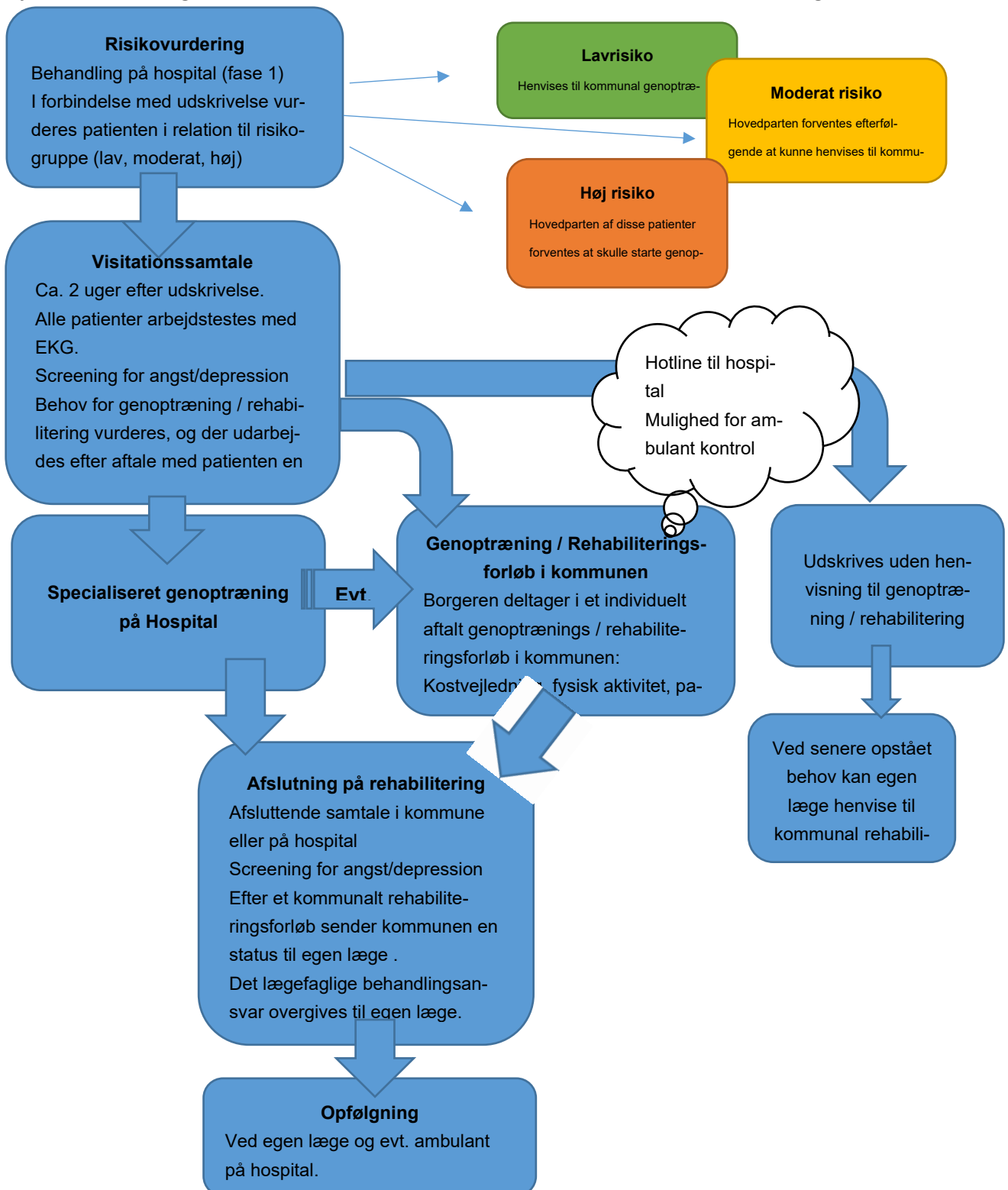
# TG Forkortet udgave af aftalen om hjerterehabilitering juni 2021

## Opgaveløsning og opgavefordeling

Hjerterehabiliteringsforløbet er overordnet skitseret i denne figur.

### Hjerterehabiliteringsforløbet

### Risiko Vurdering



## Uddybning af figuren - beskrivelse af hjerterehabiliteringsforløbet på tværs af sektorer

### Risikovurdering og stratificering af patienter ved udskrivelse fra hospital

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 Dansk Cardiologisk Selskab (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 arythmi.
- 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 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.*

### Visitationssamtale

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 allerede 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 symptomlimiteret 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 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.

### Lægefagligt ansvar og rådgivning i forbindelse med kommunal rehabilitering/genoptræning

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.

**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 ambulant 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.

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

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

### 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 Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD) **kun iskæmiske hjertepatienter**.

Hvis den afsluttende samtale afholdes i kommunen, så giver kommunen besked til hospitalet om, at screeningen er foretaget, og hospitalet registrerer det i DHRD. 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.

### Kommunikation mellem aktørerne

Kommunikation mellem aktørerne vedrørende hjerterehabilitering, omfatter grundlæggende;

- Henvisning til hjerterehabilitering/genoptræning
- Mulighed for specialiseret rådgivning under hjerterehabiliteringsforløbet, som angivet i afsnittet om rådgivning og lægefagligt ansvar.
- Afslutning på hjerterehabilitering og opfølgningsplan til almen praksis

[Henvisning til hjerterehabilitering/genoptræning](#)

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

Henvielse til **Almen (kommunal) genoptræning** sker ligeledes via en genoptræningsplan (G-GOP), og henvielse til **kommunal rehabilitering** (fra både hospital og almen praksis) sker via kommunehenvielsen på [Den Nationale Henvisningsplatform](#) (XREF15).

En patient der henvises til kommunal 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 kommune henvielse findes i dette dokument; [”Sondring mellem brug af genoptræningsplan \(GOP\) og henvielse til kommunal rehabilitering via Den Nationale Henvisningsplatform \(XREF15\)”](#)

**Ved afslutningen af et specialiseret genoptræningsforløb på et 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 i kommunen afsluttes. Når patienten på et senere tidspunkt afsluttes fra hospitalet, overgives behandleransvaret herfra til egen læge.

## Målgruppe – modtagelse

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.

## Formål

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.

## 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](#)