

## Sygdomsspecifik sundhedsaftale for Hjerte og Kar sygdomme

Hjerte og Kar sygdomme omfatter de arteriosklerotiske karsygdomme i hjerte, aorta (legemspulsåre) underekstremitets arterier (pulsårer), hjertesvigt og klapsygdomme<sup>1</sup> Aftalen gælder patienter, der har symptomer, der giver øget risiko for de nævnte lidelser og patienter, der har fået en hjerte- eller karlidelse, de skal lære at leve med.

Behandlingen og den sundhedsfremmende indsats adskiller sig, alt efter sværhedsgrad af sygdom, dennes præsentation og sum af risikofaktorer. Generelt er der dog tale om kroniske lidelser, som fordrer kombination af borgerrettet og patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse, hvor delelementer vil være ens uanset patientniveau; samlet omtalt som KRAM (kost, rygning, alkohol og motion) og hjerterehabilitering.

(Sundhedsloven fastlægger, at borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse er en kommunal opgave og myndighedsområde og derfor ikke indgår i aftalen. Ansvar for den patientrettede del er et delt ansvar imellem kommune og region og skal derfor beskrives i aftalen)

### Tabel 1.

**Hjerterehabilitering beskrives i forløb igennem flere faser, med en indgang via sygehus.**

**Anbefalingerne på det samlede rehabiliteringsforløb udgør minimum 12 uger (Dansk Kardiologisk Selskab).**

<b>Fase I</b> Primær kontakt Dage	<b>Fase II</b> Tidlig opfølgning Uger til måneder	<b>Fase III</b> Opfølgning og vedligeholdelse Måneder til år
<ul style="list-style-type: none"><li>• Akut hjerteafsnit</li><li>• Invasive hjertecentre</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hjerterehabiliteringsafsnit (læge, sygeplejerske, diætist, fysioterapeut, rygestopinstruktør, psykolog, socialrådgiver)</li><li>• Kommunale rehabiliterings tilbud (sygeplejerske, diætist, fysioterapeut, rygestopinstruktør)</li><li>• Praktiserende læge</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Praktiserende læge</li><li>• Kommunale rehabiliteringstilbud (sygeplejerske, diætist, fysioterapeut, rygestopinstruktør, socialrådgiver)</li><li>• Psykolog</li><li>• Foreninger / klubber</li></ul>
<b>Sygehus</b>	<b>Sygehus, kommune og almen praksis</b>	<b>Almen praksis og kommune</b>

Da størstedelen af patienter med hjertesygdom udredes og behandles på hjerteafdelingen, er det herfra den lægelige vurdering af, om patienten skal henvises til specialiseret eller almen hjerterehabilitering foretages, senest ved udskrivelse af patienten. Patienter udredt og behandlet i almen praksis kan herfra henvises til almen hjerterehabilitering i fase II og fase III i kommunalt regi.

### Fase I

Specialiseret rehabilitering

Foregår i sygehusregi.

Omfatter patienter med akut eller kronisk hjertesygdom, der udredes og behandles på hjerteafdelingen. Patienter tilbydes rehabilitering i forbindelse med indlæggelsen.

### Fase II

Er delt imellem region og kommuner i henholdsvis den specialiserede eller den almene rehabilitering.

Specialiseret hjerterehabilitering – foregår i sygehusregi efter lægehenvi-  
sing

<sup>1</sup> Udvidelsen af målgruppen fra iskæmiske hjerte-karsygdomme ændrer ikke ved de indgåede bilaterale aftaler. Udvidelsen af målgruppen med denne aftale kan forhandles ved de efterfølgende bilaterale forhandlinger mellem kommuner og region.

tilbydes patienter med komplicerede forløb af:

- NSTEMI
- STEMI
- PCI
- CABG
- Klapoperationer
- EF<45%
- Betydende co-morbiditet
- Samt der hvor der er risiko for behov for livreddende indsats og ekstra opmærksomhed på regulering af medicinering

Specialiseret rehabilitering kan kombineres med almen rehabilitering i kommunen. Efter aftale med kommunen kan der være en arbejdsdeling af opgaverne, så eksempelvis rygestopkurser tilbydes i kommunen.

Almen hjerterehabilitering – foregår i kommunalt regi efter lægehenviisning (henvises af sygehus el. af praktiserende læge)

Tilbydes patienter med ukomplicerede forløb af:

NSTEMI  
STEMI  
PCI  
CABG  
Klapoperationer  
EF>45%

Patienter med ukomplicerede forløb og i medicinsk "grundbehandling" henvises til almen hjerterehabilitering i kommunen og kontrolleres i almen praksis.

Det Tværsektorielle Forum for Hjerter og Karsygdomme anser det for ideelt, hvis der arbejdes med en glidende overgang i fase II i et rehabiliteringsforløb. Der vil i regi af Det Tværsektorielle Forum foregå et udviklingsarbejde med at udarbejde en retningslinje for et samlet tværsektorielt rehabiliteringsforløb med en glidende overgang for patienterne, således tilbuddene flettes sammen og udgør et meningsfuldt kontinuerligt forløb for patienterne / borgerne. Eksempelvis med én visitationssamtale i rehabiliteringens 1. fase, hvor der udarbejdes og aftales et individuelt forløb på tværs af sygehus og kommune. Derudover skal Forum understøtte etablering af formelle kontakthaver mellem aktørerne mhp. at fastholde patienterne i overgangene.

### **Fase III**

Omfatter samtlige patienter med særlig fokus på egenomsorg. Hjerterehabilitering i 3. fase omfatter vedligeholdelse af opnåede livsstilsændringer og et opnået fysisk træningsniveau. KRAM tilbud i primærsektor, kommune og praktiserende læge, og ved patientforeninger er relevante. Desuden vil optimering af behandling være relevant.

### **Kvantificering af hjerterehabiliterings niveauer**

I den første udfyldningsaftale 2008 er der forsøgt givet et estimat af rehabiliteringsforløb pr. år:

*"Det vurderes, at cirka 22.000 borgere i Nordjylland har en kronisk hjertelidelse. Det vurderes ligeledes, at 70 – 80 % har en velreguleret kroniske hjertelidelse uden alvorlige komplikationer." Der er en årlig tilgang på cirka 2.700 om året og et tilsvarende frafald på grund af dødsfald og raskmeldinger. Derfor er nettotilgangen begrænset. (Kilde: Klin.epid.afd.) Imidlertid vil nogle borgere med en iskæmisk hjerte-karlidelse – også iblandt de nydebuterede – fravælge et rehabiliteringstilbud og nogle vil af andre årsager ikke kunne få udbytte af det. Det vurderes således, at cirka 30 % vil deltage."*

Det har dog vist sig, at virkeligheden er en anden. Der har været rettet henvendelse til Det Tværsektorielle Forum for Hjerte og Karsygdomme fra flere kommunale rehabiliteringsenheder, idet man har undret sig over få henvisninger primært fra sekundærsektoren, men også fra primærsektoren. Dette har givet anledning til spørgsmål om sekundærsektoren ikke følger anvisningerne i udfyldningsaftalen. Der har været øget fokus på oplysning blandt andet via [www.nordjysksundhed.dk](http://www.nordjysksundhed.dk), og endeligt er man blevet opmærksom på, at almen praksis også bærer sin del af rehabiliteringen.

Ved en simpel samkøring af kontakt til en medicinsk, kardiologisk eller kirurgisk afdeling og udfyldelse af genoptræningsplan (uanset om det er specialiseret eller almindelig (GOP)) koblet med relevante udskrivningsdiagnoser for iskæmisk, svigt eller klaplidelse fås nedenstående tal.

**Tabel 1**

Sygehus	Opr. Estimat forløb/år	2009 udfyldte GOP	2010 1. kvartal udfyldte GOP
Thisted	300	20	25
Himmerland	490	20	14
Vendsyssel	770	121	58
Aalborg	870	576	462

Tallene skal vurderes med stort forbehold, dels er der foretaget en vurdering af de enkelte sygehuses optage kommuner ved summering af estimerne, dels er der ingen sikkerhed for at alle afdelinger registrerer udfyldelse endsige udfylder genoptræningsplaner. Endelig har det ikke været muligt at få et overblik over henvisninger fra primærsektoren til kommunale rehabiliterings enheder.

### **Arbejdsdeling**

Det tværsektorielle forum for hjerte og karsygdomme drøfter, beskriver og anbefaler en arbejds- og ansvarsfordeling for hjerterehabilitering, og følger løbende op på denne. Forum har endvidere til opgave at sikre ensartet kvalitet og adgang til hjerterehabilitering.

**Tabel 2. Arbejds- og ansvarsfordeling i indsatsen for patienter med Hjerte-Karsygdom**

Fase I		
Aktiviteter	Nødvendige kompetencer	Ansvarlig
Medicinsk behandling	læger og sygeplejersker på en kardiologisk/intern medicinsk afdeling. diætister, fysioterapeuter, ergoterapeuter, rygestopinstruktører	Regionen (Sygehus)
Sygdomsforståelse		
Rygestop		
Kostvejledning		
Sundhedsfremmesamtale		
Fase II		
Aktiviteter	Nødvendige kompetencer	Ansvarlig
Medicinsk behandling	læger og sygeplejersker med erfaring i kardiologisk behandling og sygepleje, alment praktiserende læger samt diætister, fysioterapeuter, ergoterapeuter, rygestopinstruktører og patientforeninger.	Regionen
Sygdomsforståelse		Regionen / kommunen
Rygestop		Regionen / Kommunen
Kostvejledning		Regionen / Kommunen
Fysisk træning		Regionen / Kommunen
Sundhedsfremmesamtale		Regionen / Kommunen
Medicinsk behandling/vejledning	Praktiserende læge	Regionen
Fase III		
Aktiviteter	Nødvendige kompetencer	Ansvarlig
Kostvejledning	alment praktiserende læge, diætister, rygestopinstruktører, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker og patientforeninger.	Kommunen
Rygestop		
Alkohol		
Motion		
Lær at leve med kronisk sygdom	Frivillige/patientforeninger/kommuner	Kommunen
Medicinsk behandling / vejledning	Praktiserende læge	Regionen

#### Forløbskoordinator og tovholder

Den praktiserende læge er tovholder.

Med kronikerpuljemidlerne 2010-2012 er der igangsat et udviklingsprojekt omkring Forløbskoordination. Forum afventer en analyse i regi af dette projekt.

#### Individuelle forløbsplaner

Der henvises til de nationale forløbsbeskrivelser på området: Lægehåndbogen på Sundhed.dk.