

# Sammenhængende hjerterehabilitering – hvor svært kan det være?

I 2004 udgav Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark sammen med Dansk Cardiologisk Selskab og Hjerteforeningen publikationen »Hjerterehabilitering på danske sygehuse« [1]. Rapporten var resultatet af et tværfagligt samarbejde og indeholdt: 1) en gennemgang af evidensgrundlaget for, at et sammenhængende og fuldt udbygget hjerterehabiliteringsforløb efter en blodprop reducerer dødeligheden af hjertesygdom og risikoen for en ny blodprop og 2) et forslag til en rehabiliteringsmodel i tre faser med en akut fase (fase I), en egentlige rehabiliteringsfase (fase II) og vedligeholdelsesfasen (fase III).

De følgende år var der øget fokus på at etablere hjerterehabiliteringstilbud på de danske sygehuse med ønsket om, at fase I og II skulle foregå på sygehuse og indeholde de veldefinerede elementer med undervisning, rygestoptilbud, kostundervisning, fysisk træning og optimering af den forebyggende medicinske behandling før afslutningen til fase III, der skulle foregå i primærsektoren. Trods stort tværfagligt engagement viste flere undersøgelser på den tid, at mange hjerteafdelinger ikke var i stand til at tilbyde fuldt udbygget rehabilitering, og at der var et stort patientfrafald de steder, hvor man faktisk havde et tilbud.

Det store frafald blandt patienter til hjerterehabilitering gav øget fokus på den sociale ulighed i brugen af sundhedsydelser og betydningen af de sociale og psykologiske faktorer blandt hjertepatienter. Kort uddannelse, manglende netværk og depression var således klassiske årsager til manglende deltagelse i rehabiliteringen og en dårligere prognose.

Med kommunalreformen i 2007 blev der lagt en bombe under hjerterehabiliteringen i Danmark. Politiske udmeldinger om, at forebyggelsen nu skulle ligge i kommunerne, medførte en betydelig reduktion af mange forebyggelsestiltag på sygehuse, uden at kommunerne var klar til at løfte opgaven. På mange hjerteafdelinger forsøgte man at fastholde tilbuddet om fase II-rehabilitering, men det har også været et klart ønske fra kommunerne, at man ønskede at overtage en større del af fase II [2]. Samarbejdet har ikke altid været lige lykkeligt, og patienterne har oplevet overgangene mellem sygehus og kommune som ukoordinerede med mange gentagelser.

Siden kommunalreformen har der imidlertid været etableret flere gode samarbejdsprojekter mellem sygehuse og kommunerne for at forbedre overgan-

gene og udnytte hinandens viden. Spørgsmålet er imidlertid, om den nye struktur er med til at sikre større fastholdelse af patienterne i rehabiliteringen. I en artikel i dette nummer af Ugeskrift for Læger fremlægges resultaterne fra en undersøgelse af et sammenhængende rehabiliteringsforløb i Esbjerg med specielt fokus på udeblivelse eller frafald fra rehabiliteringsprogrammet [3]. I undersøgelsen bekræftes tidligere fund; men der sendes også nye signaler. Udeblivelsen er stadig stor, kun 50% gennemførte det fulde program. Størst var frafaldet i forbindelse med genoptræningen og overgangen til den kommunale opfølgning. De yngre patienter med tilknytning til arbejdsmarkedet havde svært ved at finde tid til genoptræningen. Enlige udviste størst frafald, og generelt var der en kritik af, at den fysiske træning ikke var tilpasset den enkelte.

Hvad kan vi lære af denne undersøgelse og andre danske rehabiliteringsprojekter? Hvis vi lytter til patienterne, så efterspørger de rehabiliteringsprogrammer, der tager udgangspunkt i den enkeltes situation og både tager hensyn til sociale og psykologiske faktorer. Tidligere undersøgelser har vist, at en socialt differentieret tilgang til rehabiliteringen kan øge deltagelsen [4, 5]. Kommunalreformen er nu syv år gammel, og megen viden er blevet opbygget i kommunerne. Kommunerne har brug for sygehuses højtspecialiserede viden, og sygehuse har brug for kommunernes store sociale viden. Måske er det tiden, hvor vi ikke så meget skelner mellem patient og borger, men fokuserer på individet og erkender, at hjerterehabilitering i 2015 er en opgave, der løses i fællesskab fra dag et i et fælles forløb gennem alle tre faser, så patienten oplever et sammenhængende forløb – hvor svært kan det være?

## LITTERATUR

1. Hjerterehabilitering på danske sygehuse, 2004. [www.cardio.dk/rapporter/kliniske](http://www.cardio.dk/rapporter/kliniske) (9. dec 2014).
2. Hjerterehabilitering efter strukturreformen. 2007. [www.hjerteforeningen.dk/files/Rapporter\\_mm/Hjertekarrehabilitering\\_etter\\_strukturreformen.pdf](http://www.hjerteforeningen.dk/files/Rapporter_mm/Hjertekarrehabilitering_etter_strukturreformen.pdf) (9. dec 2014).
3. Mikkelsen T, Thomsen KK, Tchijevitch O. Non-attendance and drop-out in cardiac rehabilitation among patients with ischaemic heart disease. *Dan Med J* 2014;61(10):A4919.
4. Meillier LK, Nielsen KM, Larsen FB et al. Socially differentiated cardiac rehabilitation: can we improve referral, attendance and adherence among patients with first myocardial infarction? *Scand J Pub Health* 2012;40:286-93.
5. Nielsen KM, Meillier LK, Larsen ML. Extended cardiac rehabilitation for socially vulnerable patients improves attendance and outcome. *Dan Med J* 2013;60(3):A4591.

## LEDER

Regina Eichhorst &  
Mogens Lytken Larsen

Ugeskr Læger  
2015;177:V67009

## KORRESPONDANCE:

Mogens Lytken Larsen,  
Dansk Center mod  
Ulighed i Sygdom,  
Kardiologisk Afdeling,  
Aalborg Universitetshospital,  
Hobrovej 18-22,  
9000 Aalborg.  
E-mail: [lytken.larsen@rn.dk](mailto:lytken.larsen@rn.dk)

## INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på [Ugeskriftet.dk](http://Ugeskriftet.dk)