



Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom – samarbejde og kommunikation



Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Titel

Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom
– samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2019

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark

Damhaven 12

7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
og træder i kraft den 8. februar 2019.

Emneord

Hjertesygdom, forløbsprogram, forebyggelse, rehabilitering,
tidlig opsporing

Version 3.0

Revideret april 2025

Dansk sprog

Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:

Helle Holm, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:

Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-55-4



Forord

Knap en halv million voksne danskere lever med hjertesygdom – en række sygdomme, som ofte fører til kontakt med mange forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Et menneske med symptomer på hjertesygdom begynder typisk med at kontakte egen læge, kommer herfra videre til udredning og eventuel behandling på sygehuset eller i speciallægepraksis for til sidst at få rehabilitering i kommunen eller på sygehuset, hvor livet så vidt muligt skal normaliseres og tilbagefald forebygges. Hvis sådan et forløb skal kunne gå hurtigt og være af høj kvalitet, er der brug for en stærk sammenhæng mellem forløbets enkelte led.

Sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende har bidraget med deres viden og erfaringer fra sundhedsvæsenet samt deres holdninger til, hvordan indsatsen her kan forbedres fremover. I arbejdet med forløbsprogrammet har det givet et stærkt fokus på samarbejde og kommunikation, og på hvordan patient og pårørende mere systematisk kan inddrages heri.

Forløbsprogrammet skal være en væsentlig del af grundlaget for indsatsen for mennesker med hjertesygdom, hvad enten den foregår på sygehusene, i kommunerne, hos de praktiserende læger eller i eget hjem.

Indholdsfortegnelse

	Forord	3
1	INTRODUKTION	6
	Baggrund	6
	Formål med forløbsprogrammet	6
	Målgruppen for forløbsprogrammet	7
	Forløbsprogrammets anvendelse	7
	Udarbejdelse af forløbsprogrammet	7
	Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet	7
	Telemedicin	7
	Begrebsafklaring – Rehabilitering, forebyggelsestilbud og funktionsevne	8
	Inddragelse af borgere og pårørende	9
	Patientrapporterede oplysninger (PRO-data)	10
2	FOREBYGGELSE I KOMMUNEN	12
	Kommunale forebyggelsestilbud	13
3	TIDLIG OPSPORING AF HJERTESYGDOM	14
	Almen praksis	14
	Kommunen	15
	Sygehuset	15
4	BEHANDLINGSANSVAR SAMT VURDERING AF BEHOV FOR REHABILITERING OG SÆRLIG STØTTE	16
	Vurdering af rette behandler ved hjertesygdom	16
	Vurdering af behov ved rehabilitering	17
	Vurdering af behov for særlig støtte	18
5	UDREDNING OG DIAGNOSTICERING I ALMEN PRAKSIS OG PÅ SYGEHUSET	20
	Indledende vurdering og henvisning	20
	Henvisning til ambulant udredning og behandling	21
	Udredning og diagnosticering på sygehuset	21
	Opgaver ved diagnosticering af hjertesygdom	22
	Igangsætning af behandling og vurdering af patientens behov	23
6	Ambulant behandling og kontrol på sygehuset	24
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis	24
	Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	25
	Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen	26
7	Opfølgning og kontrol i almen praksis	27

8	Overlevelse efter hjertestop	28
9	Indlæggelse på sygehuset	29
	Almen praksis	29
	Kommunen	29
	Den ældre medicinske patient	29
10	Udskrivelse fra sygehuset	31
	Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	31
	Plejeforløbsplan	33
	Henvisning til et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud	33
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis.	34
11	Genoptræning	35
	Risikovurdering	35
	Genoptræningsplanen	36
	Genoptræning i kommunerne	36
12	Påbegyndelse og afslutning af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud	38
	Henvisning fra almen praksis og sygehuset til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i kommunen	38
	Afklarende samtale i kommunen	38
	Monitorering	39
	Afslutning på samlet forløb	39
13	Sygdomsmestring	41
	Tilgang og timing i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring	41
	Sundhedsfaglige kompetencer	41
	Indhold i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring	42
	TeleHjerte: et nationalt telemedicinsk hjemmemonitoreringstilbud	43
14	Fysisk træning	45
15	Nikotinafivænning i kommunen	47
	Very Brief Advice (VBA)	48
16	Ernæringsindsatser	49
	Diætbehandling på sygehuset	49
	Ernæringsindsatser i kommunen	49
	Henvisning til ernæringsindsats i kommunen	49
17	Forebyggende samtale om alkohol i kommunen	50
18	Plejeindsats i kommunen	51
	Håndtering af medicin og hjælpemidler	51
19	Palliativ indsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset	52

1 | Introduktion

Baggrund

Siden sundhedsloven og de første sundhedsaftaler i 2007 har aktørerne i det syddanske sundhedsvæsen haft et særligt fokus på at sikre sammenhængende patientforløb. Dette er sket gennem de tværsektorielle forløbsprogrammer.

Det er et prioriteret område i Sundhedsaftalen 2024-2027 at opdatere forløbsprogrammerne for en række diagnoser under arbejdstitlen "Nye rammer for kronisk sygdom".

Formål med forløbsprogrammet

Nærværende forløbsprogram er funderet på nationale anbefalinger og retningslinjer⁽¹⁻⁵⁾. Forløbsprogrammet beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis, sygehusene og apotekerne i Syddanmark yder i samarbejdet med mennesker med hjertesygdomme.

Forløbsprogrammets vigtigste fokus er dels aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation, dels inddragelse af mennesker med hjertesygdomme og deres pårørende.

Programmet gennemgår ikke de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats. Det forventes, at alle relevante aktører har opdateret viden om disse uafhængigt af forløbsprogrammet.

Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for patienter med hjertesygdomme i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i patienternes forløb
- Inddragelse af patienterne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen.

Målgruppen for forløbsprogrammet

Målgruppen for forløbsprogrammet er alle syddanske borgere over 18 år, som har eller er i risiko for at udvikle iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelser, hjerteklapsygdom og hjertesvigt uanset sygdommens sværhedsgrad. I dette forløbsprogram anvendes den brede betegnelse "mennesker med hjertesygdomme".

Programmet gælder i alle 22 syddanske kommuner, for de praktiserende læger i regionen, de fire somatiske sygehusenheder og psykiatri-sygehuset. Forløbsprogrammet henvender sig til de sundhedsprofessionelle og ledere i kommunerne, i almen praksis, på sygehuse og apotekere, der i deres arbejde er i kontakt med mennesker med (eller i risiko for) hjertesygdomme.

KLIK PÅ DE GRØNNE HYPERLINKS



¹ Sundhedsstyrelsen (2012) – [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model](#)

² Sundhedsstyrelsen (2013): – [National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering](#)

³ Sundhedsstyrelsen (2018) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom](#)

⁴ Sundhedsstyrelsen (2024) – [Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder](#)

⁵ Sundhedsstyrelsen (2024) – [Vurdering af de eksisterende nationale kliniske anbefalinger. Betydningen af under-vurdering](#)

Forløbsprogrammet gælder både sundhedsprofessionelle, der har mennesker med hjertesygdomme som primær målgruppe, og for sundhedsprofessionelle, der mere sporadisk møder mennesker med hjertesygdomme.

Flere danskere lever med mere end én kronisk sygdom. Forløbsprogrammet omhandler indsatsen for mennesker med hjertesygdomme, men berører kort behovet for at koordinere behandlings- og rehabiliteringsindsatser for mennesker med flere samtidige sygdomme. Komorbiditet stiller større krav til kommunikation og koordination internt og på tværs i sundhedsvæsenet.

Forløbsprogrammets anvendelse

Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med hjertesygdomme. Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor mennesker med hjertesygdomme er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Derfor kan forløbsprogrammet både bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke instrukser mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for mennesker med hjertesygdomme.

Udarbejdelse af forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram er blevet til i en struktureret brugerinddragelsesproces.

Der er afviklet en workshop, hvor patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner har været i tæt dialog om deres oplevelser af og holdninger til det syddanske sundhedsvæsens håndtering og behandling af mennesker med hjertesygdom.

Processen har bidraget til, at forløbsprogrammet sætter fokus på kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende samt systematisk inddragelse af patienter og evt. pårørende i eget forløb.

Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet

Implementeringsansvaret ligger hos den enkelte sundhedsklynge i Syddanmark. Ansvar for at monitorere og kvalitetssikre de specifikke indsatser ligger hos de enkelte sektorer.

Forløbsprogrammet er forankret i Strategisk Sundhedsstyregruppe under arbejdsgruppen for Nye rammer for Kronisk syge⁶.

Forløbsprogrammet opdateres efter behov på baggrund af henvendelser til arbejdsgruppen jf. model for revidering af fælles tværsektorielle aftaler⁷.

⁶ Samarbejdsaftaler, tovholderfunktioner og arbejdsgruppe

⁷ Model for revidering af fælles tværsektorielle aftaler

Kvalitetsudvikling

I det danske sundhedsvæsen er der etableret en lang række landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Kvalitetsdatabaserne, der er forankret i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (**SundK**), indsamler oplysninger om den sundhedsfaglige indsats, som patienter og borgere modtager i sundhedsvæsenet. De indsamlede data har til formål at måle kvaliteten af indsatsen og bidrage til forbedring heraf⁸. Se databaserne for hjerteområdet på sundhed.dk⁹.

Regionsråd, kommunalbestyrelser, privatpersoner og institutioner, der driver hospitaler m.v., har, jf. sundhedslovens § 196 og medfølgende bekendtgørelser, pligt til løbende at indberette oplysninger til databaserne, som er godkendt af Sundhedsdatastyrelsen.

Informationerne i de kliniske kvalitetsdatabaser bliver registreret og indberettet af personalet i sundhedsvæsenet.

Der kan geografisk være forskellige arbejdsgange ift. hvilken sektor, der indberetter data for de enkelte indikatorer. Derfor aftales det lokalt, hvilken sektor, der har ansvaret for de enkelte indikatorer.

For at styrke den løbende kvalitetsudvikling, får sygehusene månedligt rapporter fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) omkring egne resultater, imens at det for kommunerne er det muligt at trække egne data ud af HjerteSyd og/eller at få egne data tilsendt af RKKP.

Kvalitetsudvikling og datakvalitet anbefales drøftet lokalt.

Telemedicin

Med afsæt i Økonomiaftalerne fra 2021 tilbyder alle kommuner og sygehuse i Region Syddanmark fra 2025 telemedicinsk hjemme-monitorering til borgere med hjertesvigt¹⁰. Formålet med den nationale udbredelse af telemedicin til borgere med hjertesvigt er at medvirke til positive effekter af både sundhedsfaglig og samfundsøkonomisk karakter. Det handler fx om, at den enkelte borger med hjertesvigt forstår og handler på egne symptomer for herved at kunne opnå en øget livskvalitet, tilfredshed og tryghed mv. og deraf færre og/eller kortere konsultationer, indlæggelser og genindlæggelser.

Se nærmere i afsnittet om TeleHjerte på side 43.

Begrebsafklaring – Rehabilitering, forebyggelsestilbud og funktionsevne

Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, i at opnå og vedligeholde bedst muligt funktionsniveau, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund. Rehabilitering kan være fysisk træning, sygdomsmestring, ernæringsindsatser, støttende og kompenserende indsatser samt indsatser på social-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet.

Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom anvendes om de kommunale tilbud, der indgår i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder. Forebyggelse skal her forstås som en delmængde af rehabilitering¹¹.

Funktionsevne er en betegnelse for den kunnen, der er baggrund for, at et menneske kan udføre sine daglige aktiviteter og deltage i samfundet. ICF (International Classification of Functioning) er WHO's internationalt vedtagne referenceramme for funktionsevne, funktions-evalueringsniveau og helbredtstilstand. Denne biopsykosociale tilgang beskriver, hvordan alle elementerne interagerer og påvirker hinanden.

⁸ Sundhedsstyrelsen – [Kliniske kvalitetsdatabaser](#)

⁹ sundhed.dk – [Hjerte-kar-sygdomme](#)

¹⁰ Fælles Telemedicin i Syd – [Hjertesvigt](#)

¹¹ Sundhedsstyrelsen (2024) – [Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder](#)

Funktionsevnen omfatter tre komponenter: Kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter samt deltagelse. Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af omgivelsesfaktorer, personlige faktorer og helbredsmæssige forhold.

Inddragelse af patienter og pårørende

Den enkelte patient har en unik viden om sit eget sygdoms- og behandlingsforløb og om sine egne behov og præferencer, hvilket kan have betydning for, hvorvidt en konkret behandling vil gavne. Inddragelse af pårørende kræver patientens accept.

Ved i højere grad at indgå i dialog om, hvilken behandling, der passer bedst til patientens liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for, at eksempelvis medicin tages korrekt, behandlingsanvisninger overholdes, og at patienten kan forstå og handle relevant på sine sygdomssymptomer.

Undersøgelser på tværs af sygdomme dokumenterer således, at patienter, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb^{12, 13, 14}:

- Har mere viden om deres sygdom og stiller flere spørgsmål
- Har større selvtillid, styrket tro på egen evne til at håndtere sygdom og øget livskvalitet
- Følger behandlingsanvisninger bedre dvs. øget compliance

Desuden kan patient- og pårørendeinddragelse medvirke til at sikre en tidlig behandlingsindsats, når det er væsentligt^{15, 16}. Undersøgelser peger tillige på, at inddragelse kan reducere det samlede ressourceforbrug på nogle områder, idet patienter, der inddrages i egen behandling, i højere grad vælger mindre indgribende behandling¹⁷.

Set i lyset af ovenstående skal patienter med hjertesygdomme og deres pårørende – så vidt det er muligt – være med til at træffe beslutninger om, hvilken behandling og hvilke understøttende tiltag de bør tilbydes.

Sundhedsprofessionelle og patienter har ikke nødvendigvis den samme oplevelse af, hvad der er vigtigt at tale om i behandlings- og rehabiliteringsforløbet.

For patienten og de pårørende kan det være svært at modtage og reagere på information, hvis patienten ikke oplever, at det er det vigtigste, der bliver talt om. Derfor er der i forløbsprogrammet markeret konkrete eksempler på, hvordan sundhedsprofessionelle kan inddrage patienter og pårørende i forskellige situationer, hvor mennesker med hjertesygdomme er i kontakt med sundhedsvæsenet. Disse eksempler er baseret på konkrete oplevelser, erfaringer og ønsker fra patienter med hjertesygdomme og deres pårørende¹⁸.

¹² Freil M & Knudsen JL (2009) Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Ugeskrift for Læger 171(20), 1694.

¹³ Coulter A (2012) Patient Engagement – What Works?. The journal of Ambulatory Care Management, 35(2):80-89.

¹⁴ Stacey D et al (2014) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration.

¹⁵ Buhse S. et al. (2015) Informed shared decision-making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2-diabetes: a randomized controlled trial, BMJ Open. Nov 13;5(11):e009116

¹⁶ Serrano, V. et al (2016) Shared decision-making in the care of individuals with diabetes, Diabetes Medicine. Jun;33(6):742-51

¹⁷ Coulter A. (2012) Patient Engagement – What Works? The journal of Ambulatory Care Management. 35(2):80-89

¹⁸ ViBIS – Danske Patienter

**Børn og unge som pårørende**

Der gives en særlig opmærksomhed på hvis der er børn og unge som pårørende. I Region Syddanmark findes der er lang række initiativer til at hjælpe børn og unge hvis et nært familie-medlem er blevet alvorligt syg.

Der kan hentes råd og vejledning hos Center for Pårørendeinddragelse i Region Syddanmark: Center for Pårørendeinddragelse, CEPI i Region Syddanmark¹⁹.

Fællesbeslutningstagning

Region Syddanmark traf i 2019 beslutning om udrulning af fælles beslutningstagning på alle regionens sygehuse, som sker gennem Center for Fælles Beslutningstagen (CFFB).

Det er en samtalemetode til at støtte patienten og de pårørende i at tage den, for dem, rette beslutning under et givent forløb, hvor der er flere mulige valg. Læs mere på hjemmesiden: Center for Fælles Beslutningstagning²⁰.

Patientrapporterede oplysninger (PRO-data)

PRO-data er førstehåndsinformation omhandlende patientens helbredstilstand, herunder det fysiske og mentale helbred, sygdoms-symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsniveau rapporteret af patienten selv og indhentes systematisk gennem spørgeskemaer.

¹⁹ Center for Pårørendeinddragelse, CEPI i Region Syddanmark

²⁰ Center for Fælles Beslutningstagning

Formålet med PRO er at inddrage patienter/ borgere i eget forløb. Anvendelsen af PRO kan give patienten større indsigt samt medindflydelse i eget behandlingsforløb. Det anbefales, at anvende PRO-data i mødet mellem patient/ borger og sundhedsprofessionel.

PRO kan understøtte de sundhedsprofessionelles viden om patienten, der eksempelvis kan bruges i forhold til dialog, visitation samt at tilpasse behandling og rehabilitering individuelt.

Både patienter og sundhedsprofessionelle kan forvente, at PRO kan bidrage til en vurdering af, hvordan patienter/borgere håndterer sygdom og behandling, samt i hvilken grad patienten/borgeren er i stand til at mestre de udfordringer og eventuelle komplikationer, der kan opstå som følge af sygdommen og behandlingen. Sekundært kan PRO resultater anvendes til kvalitetsudvikling, prioritering og digital udvikling af sundhedsvæsenet.

PRO-data findes inden for flere sygdomskategorier og er under fortløbende udvikling og udbredelse. Inden for hjerteområdet er det på nuværende tidspunkt et nationalt skema for PRO til hjerterehabilitering (målrettet alle voksne patienter/borgere (over 18 år) med iskæmisk hjertesygdom) og et PRO-skema til hjertesvigt. Yderligere information fås på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside. PRO-pakken, indeholdende de endelige PRO-spørgeskemaer og tilhørende dokumenter, kan tilgås igennem spørgeskemabanken.

Koordinering af udsendelse af PRO-skema

Skemaerne kan udsendes automatisk eller manuelt afhængig af den enkelte organisations muligheder. Der kan også tilbydes kiosk-PRO/venteværelse PRO, hvor patienter og borgere kan få hjælp til at tilgå og besvare skemaerne. Det vil ligeledes være op til de enkelte enheder, hvordan og om man ønsker at sende påmindelser til patienter og borgere, hvis de ikke har besvaret PRO.

Typisk vil sygehuse og kommuner sende brev via e-boks, hvor patient/borger modtager information om PRO samt et link til Mit Sygehus/ ePRO-Syd eller K-PRO, hvor besvarelsen finder sted. MitID er nødvendigt for at kunne tilgå skemaerne.

Der vil være forskellige arbejdsgange for, hvornår skemaerne sendes ud. Generelt anbefaler Den Kliniske Koordinationsgruppe, at der udsendes PRO-skema:

1. Forud for mødet med patienten (Baseline-skema – kun sygehuset).
2. Før indledende samtale i rehabiliteringsforløbet (Startskema – kan både være sygehus og/eller kommune).
3. Før afsluttende samtale (Slutskema – kan både være sygehus og/eller kommune).

Det er afgørende, at der på klyngeniveau udarbejdes klare aftaler mellem sektorerne vedrørende arbejdsgangen for udsendelse af skemaerne. Dette sikrer, at begge sektorer kan anvende PRO-besvarelsene i samtalerne med patienter og borgere, samt at dobbeltudsendelse undgås. Desuden er det vigtigt at afklare, hvem der har det overordnede ansvar for at handle på og håndtere et udsendt skema.

Deling af PRO-data på tværs af sektorerne sker via den nationale PRO-infrastruktur. Dataadgang er begrænset til sundhedspersonale med behandlings- eller rehabiliteringsrelation til patienten eller borgeren. Både ePRO-Syd og K-PRO er certificeret til at håndtere data via infrastrukturen, hvilket betyder, at PRO-data fra 2024 kan følge patienten eller borgeren på tværs af sektorer.

Yderligere information omkring PRO-data kan findes her: PRO-løsninger i Region Syddanmark²¹ Patientrapporterede oplysninger (PRO)²² og Kommunal PRO²³.

²¹ PRO-løsninger i Region Syddanmark

²² Patientrapporterede oplysninger (PRO)

²³ Kommunal PRO

2 | Forebyggelse i kommunen

Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2 danner det overordnede udgangspunkt for arbejdet med forebyggelse i kommunerne. Kommunerne har således ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis hos borgerne og for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. Derudover har en række andre love også betydning for forebyggende tiltag – særligt de der beskriver rammer for fysisk aktivitet, eksempelvis folkeoplysningsloven, folkeskoleloven, planloven m.fl.

Iskæmisk hjertesygdom kan til dels forebygges. Tobaksrygning er den faktor, som har størst indflydelse på udviklingen af en iskæmisk hjertesygdom, da rygning øger risikoen for åreforkalkning og blodpropper. Udsættes man for passiv rygning, øges risikoen for iskæmisk hjertesygdom med 20-30%. Anvendelse af nikotinprodukter øger også risikoen for udvikling af hjertekarsygdomme. Forebyggelse af rygning og anvendelse af nikotinprodukter samt rygestop og nikotinafvænning er derfor en vigtig del af at forebygge hjertesygdom²⁴.

Risikofaktorer som forhøjet blodtryk, for højt kolesteroltal eller diabetes øger også risikoen for udvikling af iskæmisk hjertesygdom.

For at forebygge disse tilstande skal der sættes fokus på kost og motion samt på at undgå overvægt. Læs mere om forebyggelse på hjerteforeningens hjemmeside²⁵.

Kommunen har med sin forebyggelsesindsats en vigtig opgave i at støtte borgerne til at skabe sunde vaner tidligt i livet og til at ændre og fastholde nye sunde vaner senere i livet, så iskæmisk hjertesygdom og andre livsstilsrelaterede sygdomme kan forebygges²⁶.

Kommunerne forpligtes af Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandards for borgere med kronisk sygdom at tilbyde en afklarende samtale til borgere med hjertekarsygdomme. På baggrund af de behov, der afdækkes i den afklarende samtale, kan kommunen tilbyde forløb vedr. sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og en forebyggende samtale om alkohol²⁷.

Det er kendt, at risikofaktorer er ulige fordelt i samfundet. Uligheden hænger sammen med uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, køn, civilstatus, bopæl, etnicitet mv. Kommunen tilrettelægger sin forebyggende indsats, så den tager særligt højde for social ulighed²⁸.

²⁴⁻²⁵ Hjerteforeningen – [Hjertet kalder på dig](#)

²⁶ Sundhedsstyrelsen – [Forebyggelsespakker fra Sundhedsstyrelsen](#)

²⁷ Sundhedsstyrelsen – [Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - kvalitetsstandards](#)

²⁸ Sundhedsstyrelsen – [Ulighed i sundhed og sygdom årsager og indsatser](#)



Kommunale forebyggelsestilbud

Kommunerne tilbyder gratis forebyggende tilbud til borgere med en kronisk hjertesygdom – fx tilbud om fysisk træning, ernæringsindsats og nikotinafvænning. Tilbuddene fremgår af www.sundhed.dk.

For borgere med iskæmisk hjertesygdom og andre kroniske sygdomme kan det være en stor beslutning at takke ja til et kommunalt forebyggelsestilbud. De sundhedsprofessionelle på sygehusene og ved almen praksis skal derfor tale med borgeren om muligheden for deltagelse og om borgerens motivation herfor.

Henvisningen fra sygehus og almen praksis sker elektronisk.

Henvisning sker som udgangspunkt til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Der kan dog henvises direkte til nikotinafvænning eller en forebyggende samtale om alkohol jf. Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder.

Borgere kan også selv henvende sig til kommunerne, hvis de har et ønske om nikotinafvænning eller forebyggende samtale om alkohol, da tilbuddet ikke kræver henvisning.



Patienterne anbefaler

- Styrk samarbejdet på tværs af kommunens forvaltninger
- Udbyd forebyggelsen der, hvor vi allerede kommer i forvejen
- Husk pårørende i de forebyggende samtaler

3 | Tidlig opsporing af hjertesygdom

Det er vigtigt at opspore og reagere på hjertesygdom så tidligt som muligt for at iværksætte behandling og livsstilsændringer, der kan stabilisere sygdommen og reducere risikoen for alvorlige komplikationer.

Sygehuse, kommuner, almen praksis og borgeren selv har et fælles ansvar for, at hjertesygdommen opspores, så diagnosen stilles så tidligt som muligt.

Alle sundhedsprofessionelle skal i deres kontakt med borgere være opmærksomme på kliniske symptomer og risikofaktorer for hjertesygdom. Ved begrundet mistanke om hjertesygdom skal sundhedsprofessionelle i alle sektorer under normale omstændigheder iværksætte eller henvise til undersøgelse med henblik på diagnosticering – også selvom den primære kontakt vedrører noget andet.

Almen praksis

Når man i almen praksis mistænker hjertesygdom, foretager den praktiserende læge en indledende klinisk vurdering af, hvor akut/alvorlig tilstanden er.

Den kliniske vurdering indeholder ved ambulante henvisninger som minimum følgende undersøgelser:

- Blodtryk
- Puls
- Stetoskopi af hjerte og lunger
- Blodprøver
- EKG

Patienten inddrages i mistanken om hjertesygdom og i resultatet af de indledende undersøgelser, så patienten kan være med til at tage beslutning om det videre forløb. Afhængigt af vurderingen er det den praktiserende læges beslutning, om patienten har brug for sygehusvurdering i form af f.eks. akut indlæggelse eller ambulant vurdering. Læs mere herom i kapitel 5 vedr. udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset.

Forløbsplanerne, der er et praktisk redskab til monitorering af hjertepatienter, kan medvirke til at give klinikken et bedre overblik over deres patienter med hjertesygdom. Samtidig kan forløbsplanen bruges af patienterne mellem konsultationerne hos egen læge til at indtaste og følge egne måltal.

Den praktiserende læge vurderer samtidig behovet for at udarbejde en hjerteforløbsplan. Se mere om hjerteforløbsplaner [Sundhed.dk](https://sundhed.dk)

Risikofaktorer

Ved både iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelser, hjertesvigt og hjerteklapsygdom er der vanlige kendetegn og risikofaktorer, det sundhedsprofessionelle personale bør være opmærksom på.

De mest almindelige risikofaktorer for at udvikle hjertesygdom er (i ikke prioriteret rækkefølge):

- Rygning
- Dyslipidæmi, herunder familiær hyperkolesterolæmi (FH)
- Overvægt
- Alder
- Familiær disposition
- Fysisk inaktivitet
- forhøjet blodtryk
- diabetes m.fl.
- Andre (evt. medfødte) hjertesygdomme.

Øvrige kendetegn og risikofaktorer er uddybet og bliver løbende opdateret på Dansk Cardiologisk Selskabs hjemmeside samt på Hjerteforeningens hjemmeside²⁹⁻³⁰.

Kommunen

Kommunen spiller, ligesom almen praksis, en vigtig rolle i tidlig opsporing af hjertesygdom – herunder også opsporing af de risikofaktorer, der kan føre til hjertesygdom.

Kommunen har en stor kontaktflade til borgerne på tværs af flere forvaltninger. Der er derfor et stort potentiale for at udvikle og forbedre opsporingsprocedurer i kommunerne og sikre samspillet med almen praksis.

Ved mistanke om hjertesygdom skal borgeren altid anbefales at kontakte egen læge med henblik på videre undersøgelse.

Vurderes det, at borgeren er i risiko for at udvikle en hjertesygdom på grund af uhensigtsmæssig livsstil, kan kommunen med fordel have en dialog med borgeren om at deltage i kommunale forebyggelsestilbud.

Sygehuset

Generelt skal sygehuset vurdere patienters sundhedsmæssige risiko ud fra risikofaktorer og sundhedsadfærd.

Der skal på sygehusene være en særlig opmærksomhed på kliniske symptomer og på risikofaktorer for hjertesygdom.

Sygehuset skal over for patienten påpege, når uhensigtsmæssig livsstil påvirker resultatet af behandlingen. Sygehuset skal tilbyde patienter med uhensigtsmæssig livsstil, der kan påvirke den generelle helbredtstand, vejledning om forebyggelsesmuligheder, og efter aftale med patienten henvise til kommunale forebyggelsestilbud. Henvielse til kommunernes tilbud skal ske elektronisk.

²⁹ Hjerteforeningen – [Hjertet kalder på dig](#)

³⁰ [Dansk Cardiologisk Selskab](#)

4 | Behandlingsansvar samt vurdering af behov for rehabilitering og særlig støtte

Vurdering af rette behandler ved hjertesygdom

Behandlings- og rehabiliteringsansvaret for patienter med hjertesygdom indledes i almen praksis eller på sygehusene med diagnostisering, risikovurdering og fastlæggelse af rette behandler. Samtidig skal den praktiserende læge eller sygehuslægen i dialog med patienten vurdere, om og hvornår patienten har behov for rehabilitering og særlig støtte i sit forløb.

Behandlingsansvar i ventetiden frem til begyndelse af udredning

Fra den praktiserende læge afsender henvisningen og til patienten ses første gang på kardiologisk afdeling eller i kardiologisk speciallægepraksis, er patientens egen læge ansvarlig for den fortsatte behandling. Dette er også tilfældet, hvis kardiologisk afdeling/ speciallægepraksis efterspørger yderligere information for at gennemføre udredningen, end hvad der fremgår af henvisningen. I perioden frem til patienten ses på kardiologisk afdeling/ speciallægepraksis, bør der fortsat fokuseres på behandling af risikofaktorer og eventuel komorbiditet. Her bør det overvejes, om der skal henvises til forebyggende tilbud i kommunen.

Egen læge skal informere patienten om de alarmsymptomer og forholdsregler, der måtte være i en eventuel ventetid, og som bør give anledning til at kontakte praktiserende læge/ lægevagt eller ringe 1-1-2. Derudover skal patienten instrueres i eventuel brug af medicin i ventetiden. Patienten orienteres desuden om at henvende sig til praktiserende læge, hvis patienten ikke modtager en indkaldelse til undersøgelse eller behandling på sygehus inden for otte kalenderdage.

Behandlingsansvar i forbindelse med ambulante forløb og indlæggelse

For ambulante patienter er almen praksis normalt tovholder for den samlede sundhedsfaglige indsats. Ved patienter i ambulante forløb på kardiologisk afdeling på sygehus eller i kardiologisk speciallægepraksis betyder det, at almen praksis normalt vil have behandlingsansvaret for behandling af komorbiditet, mens kardiologisk afdeling/speciallægepraksis har ansvaret for behandling af hjertesygdommen. Dette skal dog afpasses efter omstændighederne og tydeligt aftales for hver enkel patient.

For patienter, der udredes i almen praksis, men henvises til kardiologisk afdeling/speciallægepraksis for at få foretaget enkelte supplerende undersøgelser, ligger behandlingsansvaret gennem hele forløbet i almen praksis.

Som tovholder bør almen praksis også foranstalte forebyggende, rehabiliterende og andre opfølgende indsatser i samarbejde med kommunen og sygehuset, hvis det vurderes, at patienten har behov herfor.

Ved indlæggelse overgår hele behandlingsansvaret fra den praktiserende læge til sygehuset.

Udvidet behandlingsansvar:

Under det udvidede behandlingsansvar påtager sygehuset sig ansvaret for at håndtere de henvendelser, som sundhedsprofessionelle i kommuner, praktiserende læger eller lægevagt måtte have efter udskrivelse af en patient fra sygehuset. Henvendelser kan både være af sygepleje- og lægefaglig karakter, og kan dreje sig om sparring, rådgivning og/eller vurdering i forhold til patientens helbredstilstand og

eventuelt behov for ændring af patientens behandlingsplan eller medicinordination. Målgruppen er borgere, som er færdigbehandlede fra et somatisk sygehus, og som efter endt sygehusbehandling udskrives til kommunal sygepleje jf. Sundhedslovens §138³¹.

Behandlingsansvar i ventetiden frem til invasiv behandling og operation

For patienter, der henvises til invasiv behandling på sygehus med specialiseret funktion, ligger behandlingsansvaret i ventetiden som udgangspunkt hos den udredende afdeling. Ansvarer omfatter præoperativ optimering, herunder optimering af den medicinske behandling, risikofaktormodificering og planlægning af rehabiliteringsforløb for den invasive behandling.

Hvis der er flere kardiologiske afdelinger involveret i udredningen (sygehus med hovedfunktion og sygehus med specialfunktion) eller kardiologisk speciallægepraksis, skal det tydeligt aftales, hvilken afdeling der har behandlingsansvaret i ventetiden frem til invasiv behandling.

Vurdering af behov ved rehabilitering

Alle sundhedsprofessionelle, der ser et behov for rehabiliterings- eller forebyggelsesindsats hos en patient med hjertesygdom, skal altid reagere på det.

Den behandlingsansvarlige læge i almen praksis eller på sygehuset skal i dialog med patienten vurdere dennes behov for rehabilitering og henvise hertil, når det er relevant. Kommunen vil på baggrund af henvisningen og i dialog med patienten finde frem til det rigtige rehabiliterings- eller forebyggelsestilbud. Der sigtes mod at opnå et integreret samarbejde om patienten. Konference om patientens situation og behov mv. kan med fordel ske per korrespondancemeddelelse, per telefon eller videokonference.

For at understøtte patientens deltagelse og fastholdelse i det kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud er det vigtigt, at den henvisende læge og/eller sygeplejerske taler med patienten om vigtigheden af rehabilitering og forebyggelse, så rehabilitering og forebyggelse italesættes som en integreret del af behandlingen for hjertesygdommen.

Kommunens oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud findes på sundhed.dk. Hos almen praksis og på sygehusene skal der løbende være opmærksomhed på muligheden for at henvise til kommunale rehabiliteringstilbud. Man bør ved henvisning være opmærksom på kendte barrierer (alder, socioøkonomisk status, etnicitet, køn, komorbiditet, misbrugsproblemer, psykisk sygdom) for deltagelse og fastholdelse i hjerterehabiliterings- og forebyggelsestilbud, og aktivt håndtere disse med henblik på at fastholde deltagere i hjerterehabilitering.

Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt, at patienten kan have behov for parallelle indsats – fx både en sundhedsindsats og en social indsats. Dette kan stille krav om koordination mellem aktørerne og internt hos den enkelte aktør, hvis patienten har brug for det.

Tidsperspektiv for henvisning til rehabilitering

Det er vigtigt, at den praktiserende læge eller kardiologisk afdeling/speciallægepraksis hurtigst muligt sender en henvisning til et rehabiliterings- eller forebyggelsestilbud i kommunen for at undgå tab af patientens rehabiliteringspotentiale. Det skal bemærkes, at henvisning til kommunal rehabiliterings- eller forebyggelsestilbud kan ske sideløbende med, at patienten afventer en eventuel arbejdstest i forhold til træning. Det skal fremgå af genoptræningsplan og/eller henvisningen hvorvidt arbejdstesten er foretaget, samt om patienten er vurderet klar til fysisk træning eller ej³² (se kapitel 11 for yderligere information).

³¹ Model for udvidet behandlingsansvar

³² Cardio.dk – Hjerterehabilitering med genoptræningsplan

For hjertesvigtspatienter kan rehabiliterings- og forebyggelsestilbud køre samtidig med, at patienten får en hjemmemonitoreringsindsats. (Se side 43 om Telehjerte for mere information).

For patienter, der har været akut indlagt i forbindelse med hjertesygdom, kan det desuden bidrage til patientens oplevelse af tryghed, at de hurtigt følges op på i kommunalt regi.

Vurdering af behov for særlig støtte

Nogle patienter har behov for særlig støtte, der ligger ud over det, som naturligt varetages af egen læge som tovholder for patientens forløb, af pårørende eller af andre aktører. Formålet er, at patienten tilbydes fysisk, psykisk og social støtte til de udfordringer, der ligger ud over de gængse udfordringer ved hjertesygdom, så de støttes i at håndtere deres sygdom hensigtsmæssigt. Der henvises til kapitel 18 angående patienter, som har behov for en egentlig plejeindsats i kommunen.

Behovet for særlig støtte kan være til stede fra starten af forløbet eller forandre sig i takt med, at sygdommen forværres. Behovet for særlig støtte kan også opstå i forbindelse med ændringer i livssituationen.

Alle sundhedsprofessionelle, der ser et behov for særlig støtte hos en patient med hjertesygdom, skal altid reagere på det. Den sundhedsprofessionelle foretager i dialog med patienten og evt. pårørende altid en individuel vurdering af behovet for særlig støtte.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at patienter med behov for særlig støtte tilbydes udvidet forløbskoordination for at fastholde patienten i behandlings- og rehabiliteringsforløbet.

Forløbskoordination på sygehuset skal sikre:

- Dialog mellem sygehusafdelinger for at kombinere ambulante indkaldelser og undgå konfliktende tider, så forløbet tilrettelægges med mest mulig hensyntagen til patienten
- Tilstrækkelig information om patientens særlige forhold i epikriser og korrespondancemeddelelser til patientens egen læge i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse samt ved længerevarende forløb i hjerteambulatoriet
- Tilstrækkelig information til kommunen om patientens særlige forhold ved udskrivelse og som led i koordineringen af den samlede rehabiliteringsindsats – og forebyggelsesindsats³³

Sygehuset skal primært yde særlig støtte – ud over det, som egen læge gør – til patienter, som er indlagt eller er i ambulante forløb. Før og efter endt behandling er det patientens egen læge som tovholder, der i dialog med patienten koordinerer forløbet, eventuelt i samarbejde med kommunen.

Forløbskoordination i kommunen skal sikre:

- Kommunen skal gå i dialog med patienter med behov for særlig støtte for at tilrettelægge et tilbud, der passer til den enkelte patients livssituation og behov.
- Kommunen skal være særlig opmærksom på at sikre den nødvendige koordinering på tværs af fagområder for at give nødvendig og individuel tilrettelagt støtte – fx mellem sundheds- og arbejdsmarkedsområdet. Rehabiliterings- og forebyggelsestilbud til patienter med behov for særlig støtte vil oftest tage afsæt i serviceloven, lov om aktiv beskæftigelsesindsats, ældreloven eller sundhedsloven.

³³ Jævnfør SAM:BO – Samarbejdsaftale mellem kommuner og region og borger/patientforløb i Region Syddanmark

Generelt skal alle sundhedsprofessionelle have fokus på, hvorvidt patienterne har et behov for støtte i forhold til arbejdsmarkedstilknytning. Nyere undersøgelser viser f.eks., at flere hjertepatienter oplever arbejdsrelaterede eller økonomiske udfordringer, efter de er blevet hjertesygge. Blandt andet er usikkerhed om sygedagpengemuligheder og regler på beskæftigelsesområdet fremhævet som et opmærksomhedspunkt, ligesom hjertepatienter kan have overvejelser om, hvornår (og om) de kan begynde at arbejde på samme niveau, som før de blev hjertesygge³⁴.

Patienter, som af egen læge eller på sygehuset vurderes til at have behov for særlig støtte i kommunalt regi, skal henvises til kommunen, som sammen med patienten vil afdække dennes behov og muligheder.

Almen praksis og sygehus skal i henvisningen angive problemstillingen uden at specificere den efterfølgende rehabiliterings- og forebyggelsesindsats. Kommunen skal i en korrespondancemeddelelse kvittere for modtagelse af henvisningen fra almen praksis og kontakter herefter patienten for en dialog om dennes behov mv.



Eksempler på grupper og situationer, hvor den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på, om patienten har brug for særlig støtte

- Patienter med flere kroniske sygdomme
- Patienter med en psykiatrisk diagnose, fx depression
- Patienter med demens
- Patienter med fysisk eller psykisk handicap
- Patienter med et misbrug
- Patienter, der er ensomme eller uden socialt netværk
- Patienter med behov for hjælp til at føle sig trygge
- Patienter, der er socialt udsatte
- Patienter, der har meget svære eller pludseligt ændrede økonomiske vilkår
- Patienter, der har øget behov for støtte i forhold til arbejdsmarkedstilknytning
- Patienter med anden etnisk oprindelse, som har svært ved at forstå dansk
- Patienter med mangelfuld egenomsorgsevne

Eksempler på opmærksomhedspunkter i kontakten med patienter med behov for særlig støtte

I kontakten med patienter af anden etnisk baggrund kan det være vigtigt at være opmærksom på følgende:

- Sprogbarrierer
- Sygdomsforståelse
- Kostvaner
- Motionsvaner

Eksempler på opmærksomhedspunkter i kontakten med patienter med behov for særlig støtte

Ved patienter med en psykiatrisk diagnose er det vigtigt at være opmærksom på følgende:

- At patienter i perioder vil have behov for mere støtte for fx at få hverdagen til at fungere
- At undervisning også tilbydes pårørende/kontaktperson
- At patienter ofte har en ændret døgnrytme

³⁴ Hjerteforeningen

5 | Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset

Indledende vurdering og henvisning

Når mistanken om hjertesygdom opstår, har almen praksis følgende opgaver:

- At foretage en indledende vurdering, herunder basale undersøgelser
- At inddrage patienten i sygdomsmistanken og beslutning om plan for forløbet
- At henvise til videre udredning og behandling (ved behov herfor)
- At påbegynde tidlig behandling (ved behov herfor)
- At påbegynde sundhedsfremmende tilbud (ved behov herfor)
- I de tilfælde hvor det vurderes relevant oprettes en hjerterforløbsplan for patienten

Den praktiserende læge foretager en indledende klinisk vurdering³⁵ af, hvor akut/alvorlig tilstanden er. Afhængigt af denne vurdering beslutter den praktiserende læge, om patienten evt. skal indlægges akut eller evt. henvises til et ambulant udrednings- og behandlingsforløb.

Ved akutte medicinske tilfælde, fx akut koronart syndrom (AKS), er umiddelbar transport til sygehus med ambulance væsentlig.

Behov for ambulant udredning og behandling

Hovedparten af patienterne kan udredes ambulant enten på sygehusambulatoriet, hos praktiserende speciallæge i kardiologi, i almen praksis evt. efter konference med hjerteafdelingen eller hos praktiserende kardiolog.

Fælles for alle forløb er, at kommunikationen mellem almen praksis, sygehus, kommune og øvrig praksissektor er afgørende for et sammenhængende og godt patientforløb. I den indledende fase er det særligt kommunikationen fra almen praksis til sygehuset, og den gensidige forståelse og ansvarsdeling, som spiller en stor rolle.

Det gælder særligt for hjertesygdomme, at de kan opstå akut eller pludselig kan ændre karakter til at være livstruende, hvormed tiden bliver en central faktor for patientens prognose. Det er derfor vigtigt, at den praktiserende læge i sin henvisning til og kommunikation med modtagende afdeling er helt eksplicit om patientens symptomer og objektive fund. Dette er afgørende for den kardiologiske afdelings/speciallægepraksis' vurdering ved visitation af henvisningen, og dermed for patientens videre udredning, behandling og behandlingsresultat.

Ved tvivlstilfælde kontaktes kardiolog på sygehuset telefonisk for en hurtig afklaring.

Efter den praktiserende læge har foretaget en indledende klinisk vurdering, inddrages patienten i mistanken om hjertesygdom og i resultatet af den indledende vurdering inklusive undersøgelsesfund med henblik på fælles beslutningstagen om det videre forløb.

³⁵ Sundhedsstyrelsen 2018 – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom**

Henvisning til ambulant udredning og behandling

Såfremt den indledende kliniske vurdering giver grundlag for henvisning til ambulant udredning og behandling på grund af mistanke om eller kendt hjertesygdom, udfylder den praktiserende læge en henvisning.



Henvisningen bør omfatte

- Struktureret hjerteranamnese
- Oplysninger om risikofaktorer (familiar disposition, hypertension, diabetes, kolesterolniveau og tobaksrygning)
- Kendt hjertesygdom inklusive tidligere hjerteroperationer
- Oplysninger om anden komorbiditet, som også kan være en risikofaktor, fx demens, nyresygdom, KOL, diabetes, psykisk sygdom og/eller misbrug
- Oplysninger om dagligt funktionsniveau, herunder eventuelle nylige ændringer
- Relevante undersøgelsesfund, herunder blodtryk, og evt. stetoskopisk mislyd.
- EKG vedhæftes. Iværksatte undersøgelser, fx blodprøver, som er relevante for modtagende afdeling
- Præcisering af om der ønskes fuld udredning, eller om der ønskes en enkelt undersøgelse, hvor den praktiserende læge fortsat ønsker at være tovholder
- Hvad der er aftalt med patienten omkring forløbet
- Patientens opdaterede telefonnummer

På dette grundlag har den visiterende kardiolog mulighed for at vurdere, om der mistænkes hjertesygdom samt planlægge tidspunkt for eventuelt udredning og behandling. I tilfælde af tvivl bør den praktiserende læge kontakte kardiolog telefonisk med henblik på en afklaring af forløbet, herunder henvisningsprocedure.

Det er vigtigt, at almen praksis videregiver informationer om komorbiditet/multisygdom hos patienter med hjertesygdom til den modtagende afdeling, da det har betydning for udredning, behandling, rehabilitering og palliation.

Det skal tydeligt fremgå af henvisningen, om patienten henvises til fuld udredning og behandling, eller om der henvises til supplerede undersøgelser på sygehus eller i speciallægepraksis, hvor almen praksis forestår udredning og behandling. Henvisningsproceduren kan således foregå i to forskellige spor, men henvisningen indeholder samme oplysninger. Som beskrevet i kapitel 4 om behandlingsansvar samt vurdering af behov for rehabilitering og særlig støtte skal det tydeligt fremgå, hvis praktiserende læge ønsker at beholde behandlingsansvaret. Udfaldet af den kardiologiske vurdering/udredning kan imidlertid føre til, at patienten alligevel udredes fuldt i samme forløb. I så fald påhviler det modtagende afdeling eller speciallægepraksis at informere henvisende læge herom.

Udredning og diagnosticering på sygehuset

Når kardiologisk afdeling/speciallægepraksis modtager en henvisning til udredning og diagnosticering, vil forløbet afhænge af, om patienten er henvist til fuld udredning eller til en enkeltstående undersøgelse.

Komorbiditet/multisygdom bør erkendes tidligst muligt i patientforløbet, da en hurtig stabilisering og eventuel nødvendig behandling af patientens konkurrerende sygdom(me) kan være en forudsætning for et godt forløb. I det ambulante forløb påhviler det den henvisende læge at udarbejde en plan for hurtig stabilisering af patienter med, ved henvisningen, kendt komorbiditet. Såfremt der opdages ny betydende komorbiditet under sygehusudredningen, som kræver andet speciale vurdering, henviser kardiologisk afdeling hertil.

Det kan være nødvendigt at egen læge henviser til flere specialer og i henvisningerne anmoder om koordination på behandlerniveau specialerne imellem. Derved opnås et godt patientforløb, og risikoen for polyfarmaci og unødige ambulante besøg mindskes.

Patienter med nedsat funktionsniveau og særligt behov for støtte under udredning og behandling bør ligeledes identificeres så tidligt som muligt af den ansvarlige sygehusafdeling, så en koordination mellem den udredende afdeling, behandlende afdeling mv. kan ske.

For detaljer i forhold til udredning og behandling for henholdsvis iskæmisk hjertesygdom, hjerteklapsygdom, hjertesvigt og hjerterytmeforstyrrelser henvises til relevante Nationale Behandlingsvejledninger fra Dansk Cardiologisk Selskab, som findes på hjemmesiden: www.cardio.dk samt på sundhed.dk

Der anbefales løbende vurderinger af patienter i udredning og behandling for hjertesygdom med hensyn til behovet for rehabilitering og palliation, jf. kapitel 4 om behandlingsansvar samt vurdering af behov for rehabilitering og særlig støtte.

Opgaver ved diagnosticering af hjertesygdom

Som en del af diagnosticeringen skal den behandlingsansvarlige læge danne sig et overblik over, hvilke komplikationer patienten eventuelt allerede har, tilstedeværelsen og niveauet af den enkelte risikofaktor, samt patienternes livsstil, viden, holdninger og ressourcer. Denne viden danner grundlag for rådgivning og vejledning af den enkelte patient.

Der skal altid tages hensyn til eventuel komorbiditet både i forbindelse med patientens behandling og rehabilitering.

Det er vigtigt at tage højde for og muliggøre parallelle indsatser både internt i én sektor og på tværs af sektorerne.

Nydiagnosticerede patienter og deres pårørende er ofte utrygge ved den nye livssituation. Det er derfor vigtigt, at den læge, som stiller diagnosen, har en dialog med patienten og de

pårørende og sikrer sig, at de opnår forståelse for sygdommen og håndteringen af den. De sundhedsprofessionelle hjælper patienten og pårørende med at sortere i den information, de modtager, således at vigtigst og mest væsentlig information fremhæves (eksempelvis vigtigheden af nikotinafvenning). Dette øger trygheden og patientens og de pårørendes mulighed for at kunne tage hånd om situationen.

De sundhedsprofessionelle sikrer sig, at patienten og eventuelt pårørende i videst muligt omfang får sygdomsindsigt og oplæres i medicinhåndtering. Herunder informerer den sundhedsprofessionelle patienten og pårørende om, hvilke symptomer de skal være opmærksomme på, og hvordan de skal agere på disse.



Medicinsamtaler på apotek

- Apotekerne tilbyder patienterne en medicinsamtale, hvis de har fået konstateret en kronisk sygdom, herunder hjertesygdom, inden for de seneste seks måneder og i den forbindelse har fået ordineret ny medicin.
- Medicinsamtalen er gratis for patienten og har fokus på patientens kendskab til den ordinerede medicinske behandling og understøtter en højere grad af medicnefterlevelse (compliance).
- Patienterne i målgruppen kan selv bede om en medicinsamtale, eller apoteket kan tage initiativet.
- Alternativt kan den praktiserende læge eller sygehuslægen henvise til medicinsamtalen telefonisk eller skriftligt. Lægen kan ligeledes sende en korrespondancemeddelelse til apoteket med tilsvarende oplysninger eller skrive det på recepten, når recepten oprettes på det Fælles Medicinkort (FMK).
- Desuden kan kommunen opfordre patienten til at henvende sig på apoteket om samtalen.

Igang sætning af behandling og vurdering af patientens behov

Ved igangsætning af behandlingsindsatsen bør den medicinordinerende læge udstede recepten. Løbende receptfornyelser bør ske ifm. opfølgning/kontrol, således at recepten dækker frem til næste planlagte kontakt.

I forbindelse med diagnosticeringen skal lægen (som ved enhver anden kontakt) vurdere, hvem der er den rette behandler for det videre forløb, hvilket behov patienten har for at benytte kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud samt vurdere patientens eventuelle behov for særlig støtte (jf. kapitel 4).

Det er vigtigt, at den behandlingsansvarlige læge går i dialog med patienter, som har en uhensigtsmæssig livsstil, der enten indebærer en risiko for udvikling af komplikationer eller har indflydelse på effekten af den videre behandling (som vedrører kost, rygning, motion og alkohol).

Henvi sning til kommunernes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud skal ske elektronisk.

Lægen bør vejlede patienten om muligheder for hjælpemidler og tilskud og herunder henviser til, hvor patienten kan få mere information.



Patienterne anbefaler

- Invitér nogle i mit netværk med og inkludér dem i samtalen
- Spørg ind til mine sundhedsvaner flere gange
- Husk at det er min sygdom, når mine pårørende inddrages
- Husk at fortælle mig, hvem der er min kontaktperson, hvordan jeg kommer i kontakt med denne og hvordan jeg kan bruge vedkommende
- Spørg mig, hvad der fylder mest for mig
- Husk der er grænser for, hvad jeg kan rumme af information. Udlevér gerne information til mig på skrift, som jeg nemt kan læse og forstå
- Tag det ikke for givet, at jeg forstår informationen første gang, jeg får den
- Husk at være fleksibel med hensyn til mødetidspunkter, så jeg stadig kan passe min hverdag i videst muligt omfang
- Signalér at der er god tid... også selv om det ikke er tilfældet
- Informer mig om mit samlede forløb, så jeg ved, hvad der skal ske nu og fremadrettet

6 | Ambulant behandling og kontrol på sygehuset

Når et behandlingsforløb på en kardiologisk afdeling eller i en speciallægepraksis bliver afsluttet, skal der ske en systematisk vurdering af patientens behov. Det gælder, hvad enten behandlingen er sket under indlæggelse eller ambulant.

I situationer, hvor patienten er indlagt, vurderes det, om det videre udrednings- og behandlingsforløb hensigtsmæssigt kan fortsætte ambulant i sygehus regi. Hvis det er tilfældet, sikres kontinuitet i forløbet ved udskrivelsen.

Ved indlæggelse med kendt hjertesygdom vurderes om, der er efterfølgende ambulante opfølgingsopgaver i sygehusregi eller der kan afsluttes til praksis med anbefalet plan.

Behovsvurderingen sker i et samarbejde mellem kardiologen, patienten og eventuelt pårørende og andre relevante sundhedsprofessionelle. Den sker fortløbende i forbindelse med udskrivelse eller ved en ambulant konsultation. Det er som udgangspunkt det sygehus, der udskriver patienten til eget hjem, der skal gennemføre behovsvurderingen. Behovsvurderingen skal sikre, at patienten får en individuelt tilrettelagt rehabilitering, palliation og behandlingsopfølgning.

Behovsvurderingen skal fastsætte individuelle behandlingsmål på grundlag af diagnose, prognose, risikoprofil (herunder komorbiditet) funktionsniveau og patientens præferencer, ligesom der skal ske en vurdering af behovet i relation til:

- Farmakologisk behandling af hjertesygdommen og tilhørende opfølgning. Den lægelige ansvarsfordeling skal fremgå klart, og det anbefales som udgangspunkt, at en kardiologisk afdeling/speciallægepraksis har det

lægelige ansvar indtil sygdommen er stabil eller behandlingsmålet er opnået. Herefter overgår behandlingsansvaret til almen praksis.

- Risikofaktorkontrol – plan med behandlingsstrategi og mål for risikofaktorerne
- Hyppige kliniske problemstillinger, herunder lavt blodtryk, langsom puls, søvnproblemer og seksuelle problemstillinger
- Rehabilitering og forebyggelse i regionalt og kommunalt regi (skal tidligere igangsatte indsatser fortsættes eller andet iværksættes?)
- Palliation (er der behov for basal eller specialiseret indsats?)

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis resultatet af ambulante behandlinger og kontrol. Ved afslutning udarbejdes epikrisen i henhold til MedCom standarden det gode ambulantnotat/epikrise³⁶. Plan for det videre forløb og behandling skal stå først i det ambulante notat, og det skal fremgå tydeligt, hvad almen praksis skal handle på.

Når behandlingsansvaret ligger hos sygehusambulatoriet, bør løbende receptfornyelse ske i forbindelse med ambulant behandling/kontrol, så recepten dækker frem til patientens næste planlagte kontakt. Det bemærkes, at noget hjertemedicin kun kan udskrives af en kardiolog, hvilket betyder, at patienten vil være i kontakt med sygehuset i forbindelse med receptudstedelsen, også i de tilfælde hvor den videre kontrol i øvrigt er henlagt til almen praksis.

³⁶ MedCom – Guide til den gode epikrise



Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med ambulant behandling og kontrol er bl.a. præciseret i Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO samt i sundhedslovens §119 og §140³⁷.

Sygehuset bør henvise borgere med behov for forebyggende- og/eller rehabiliterende sundhedstilbud (se afsnit 12) til en afklarende samtale i kommunerne.

Kommunerne følger de kvalitetsstandarder der er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Kommunernes oversigt over tilbuddene, der kan følge en afklarende samtale, kan ses på sundhed.dk.

Patienten og dennes pårørende skal inddrages i beslutninger vedr. den videre behandlingsplan, herunder hvilke kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, der kan være relevante.

Patienter med komorbiditet er ofte tilknyttet flere sygehusafdelinger. Sygehusene skal i samarbejde med patienter og pårørende tilstræbe en god intern planlægning mellem afdelingerne for at skabe sammenhæng i forløbet og mindske belastning af patienten og sygehuset. Nedenfor fremgår en række elementer vedr. behandlingen af patienter med hjertesygdom, som kommunikeres til kommunen. Sygehusene skal vurdere, om alle elementerne er relevante i forhold til den enkelte patient.

³⁷ Jævnfør SAM:BO – Samarbejdsaftale mellem kommuner og region og borger/patientforløb i Region Syddanmark



Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen

- Plan for det videre forløb med særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter ambulant behandling og kontrol
- Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten: Hvad er drøftet med patienten, fx behandlingsmål, symptomer, sygdomshåndtering, vigtigheden af monitorering, rehabilitering m.v.
- Instruktion i medicin håndtering
- Er patienten henvist til kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud?
- Komorbiditet og smerter
- Ernæringstilstand med særlig opmærksomhed på overvægt og uplanlagt vægttab
- Psykiske problemstillinger, herunder angst og accept af sygdommen
- Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
- Rygestatus
- Misbrug af alkohol og rusmidler
- Udfordringer i forhold til kommunikation med patienten, fx behov for tolkebistand

Patienterne anbefaler – sygehuset

- Spørg mig, hvad der er vigtigt for mig lige nu
- Bliv ved med at motivere mig til at tage hånd om min sygdom
- Tag højde for, hvor meget information jeg kan rumme, og på hvilket niveau jeg og mine pårørende involveres i min behandling
- Inviter pårørende med til samtaler og undersøgelser i ambulatoriet. I indkaldelsesbrevet kan I fx skrive "Det er en god idé, hvis du tager et familiemedlem eller en god ven med..." i stedet for "Du er velkommen til at tage en pårørende med..."
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med viden om min hverdag (fx søvn, appetit, fysisk og mentalt overskud)
- Tal med mig og mine pårørende, om hvordan forværringer af min sygdom kan forebygges og håndteres
- Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
- Hvis jeg skal overveje noget til næste ambulatoriebesøg, så skriv det ned til mig på et kort

7 Opfølgning og kontrol i almen praksis

Efter udskrivelsen fra sygehuset varetages den videre opfølgning og kontrol for nogle patienters vedkommende i ambulant sygehusregi/i speciallægepraksis, mens andre patienter afsluttes til fortsat lægelig kontrol hos egen læge. Den fortsatte farmakologiske behandling med henblik på risikofaktorkontrol kan ligeledes foregå i begge regi.

Når patienten har været indlagt, bør der tages stilling til, om videre kontrol skal ske i sygehusambulatoriet eller hos den praktiserende læge.

Hvis almen praksis varetager opgaven, skal kardiologisk afdeling/speciallægepraksis videreformidle behandlingsmål til praksislægen og – såfremt disse ikke er nået – udarbejde forslag

til videre behandling. Desuden anbefales som minimum årlig kontrol hos den praktiserende læge med vurdering af den samlede kliniske status.

Optimeringen af den farmakologiske behandling er vigtig både for patientens prognose og for rehabiliteringsforløbet – særligt i forhold til den fysiske træning. Farmakologisk risikofaktorkontrol retter sig først og fremmest mod blodtrykket, hyperlipidæmi og diabetes.

Patienter med risikoadfærd i form af rygning, ikke hjertevenlig kost og inaktivitet har, som udgangspunkt, altid behov for rehabiliterings- og forebyggelsestilbud tilbud som rygestop, ernæringsindsats, fysisk træning m.v.



Patienterne anbefaler – Almen praksis

- Sæt fokus på mine mål for forløbet og det, som er vigtigt for mig lige nu
- Bliv ved med at motivere mig til at tage hånd om min sygdom
- Tal med mig om, at der er en fordel, at jeg tager mine pårørende med. De kan være "ekstra ører" og bidrage med viden om mig og min hverdag. Så kan vi også tale om deres behov for støtte, når de skal støtte mig
- Fortæl om mine muligheder for at deltage i tilbud om motion m.v. – fx i kommunerne og Hjerteforeningen
- Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
- Tag højde for, hvor meget information jeg kan rumme, og på hvilket niveau jeg og mine pårørende involveres i min behandling
- Afstem forventninger med mig om, hvad udbyttet af årskontrollerne kan være, da det kan motivere mig til at møde op
- Hvis du henviser mig til fx sygehusambulatoriet eller et kommunalt forebyggelsestilbud, så fortæl mig, hvad du skriver i henvisningen på en måde, så jeg forstår det – og giv mig det i papirform, så jeg kan tage det med mig

8 | Overlevelse efter hjertestop

Patienter, der overlever et hjertestop

If. Dansk Hjertestopregister (DHSR) får mere end 5000 danskere hvert år hjertestop uden for hospitalet, og af dem overlever omkring hver syvende – svarende til 14 %. Kognitive vanskeligheder forekommer hos ca. hver tredje efter et hjertestop³⁸.

Graden af eventuelle mén efter hjertestop varierer betydeligt. Under indlæggelse tilsigtes det, at alle patienter, der har haft hjertestop, screenes for kognitiv skade og vurderes om patienten evt. skal henvises til neuropsykolog eller neurorehabiliteringsforløb. Genoptræningsforløbet kan også foregå ved ergoterapeut i kommunen med fokus kognitive deficits. Hjerterafdelingen vurderer evt. kognitive og mentale deficit og beskriver dem i epikrisen sammen med hvilke tiltag der igangsættes eller henvises til.

Det er afgørende, at der følges op på patienten efter udskrivelsen for at sikre den nødvendige støtte selvom symptomerne på skade ikke var markante under indlæggelsen. Særlig opmærksomhed bør rettes mod de patienter der oplever kognitiv dysfunktion med symptomer i form af koncentrationsbesvær, hukommelsesbesvær, øget træthed/udmattelse, hurtigere udtrætning og/eller følelsesmæssig påvirkning - disse kan have gavn af henvisning til ergoterapeut eller evt. energiforvaltning i kommunen.

Andre potentielle udfordringer kan inkludere mentale vanskeligheder som fatigue, angst, depression, traume- og/eller belastningsreaktion, som kan være invaliderende i forhold til

at genoptage hverdagslivet. Her kan patienten ved behov henvises til hjertepsykolog eller opfordres til at tage kontakt til egen læge.

REPHA – Videnscenter for rehabilitering og palliation har et gratis program "**Videre i livet efter hjertestop**", rettet mod de patienter, der har haft hjertestop uden for hospital og som oplever hukommelses- og koncentrationsbesvær, træthed/udmattelse, følelsesmæssig påvirkning. Dette program er åbent for borgerne i hele landet sammen med deres nærmeste pårørende³⁹.

I arbejdet med patienter, der har overlevet et hjertestop, er det afgørende at anerkende den stressbelastning, som de pårørende kan opleve under denne traumatiske situation. Denne belastning kan omfatte øget angst og bekymring samt højere grad af ansvarsfølelse. Det er vigtigt at alt sundhedspersonale også er opmærksomme på disse mentale udfordringer hos de pårørende til hjertestopoverlevende. Se yderligere hos **Center for pårørende-inddragelse**.

Da særligt kognitive udfordringer først bliver demaskeret når patienten vender tilbage til hverdagslivet er alle parter, praktiserende læge, hjerterafdeling og kommune ligeligt opmærksomme på potentielle kognitive vanskeligheder og psykiske reaktioner hos hjertestop-overlevende.

³⁸ Clinical pathophysiology of hypoxic ischemic brain injury after cardiac arrest: a "two-hit" model (Sekhon, 2017)

³⁹ REPHA – **Videnscenter for rehabilitering og palliation**

9 | Indlæggelse på sygehuset

Når patienter med hjertesygdomme indlægges på sygehuset, sker dette primært akut og undertagelsesvis elektivt. Det er oftest egen læge eller vagtlægen, der henviser til indlæggelse af patienten, men patienten kan også blive bragt til sygehuset af ambulanceberedskabet og indlægges via Fælles Akutmodtagelse (FAM).

For patienter, som indlægges akut, og hvor der sker mange handlinger hurtigt, er det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle informerer løbende om, hvad der observeres, og hvilke tiltag der skal ske, således at patienter og pårørende føler sig informeret og inddraget i de beslutninger, der træffes.

Almen praksis

Praktiserende læger og vagtlæger kan elektronisk henvise patienter med hjertesygdomme til indlæggelse på sygehuset.

Kommunen

Når en patient er indlagt og samtidigt tilknyttet andre forløb på sygehuset, er der behov for at være opmærksom på intern kommunikation mellem afdelingerne – fx ikke at gentage undersøgelser. Den enkelte sygehusafdeling har ansvaret for, at de sundhedsprofessionelle orienterer sig herom i patientens journal.

Vurderes det under indlæggelsen, at der er behov for yderligere undersøgelser på sygehuset, skal den behandlingsansvarlige læge viderehenvise patienten til yderligere undersøgelser inden udskrivelsen og informere almen praksis herom via epikrisen.

Retningslinjer for sygehusets kommunikation til kommunen i forbindelse med indlæggelse er præciseret i [Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patient-forløb i Region Syddanmark \(SAM:BO\)](#).

Den ældre medicinske patient

Sygehuset kan ved behov anbefale en særlig styrket indsats i primærsektoren over for svækkede ældre medicinske patienter (DÆMP) med hjertesygdomme. Målet med indsatsen er at mindske risikoen for genindlæggelse ved at styrke sammenhængen og koordinationen i patientforløbet mellem sygehus, kommune og almen praksis.

Indsatsen igangsættes under indlæggelse af sygehuspersonalet på følgende måde:

- **Plejeforløbsplanen til kommunen**
Opstart af DÆMP-forløb sker via Plejeforløbsplanen – feltet "behov for sygepleje" markeres med "ja" Under nøgleordet "Sygeplejefaglige problemområder" skrives i feltet "Viden og udvikling":
"DÆMP – Anbefaling om særlig opfølgning på grund af..." (fx stort funktionstab)
- I epikrisen til den praktiserende læge noteres at:
"Patienten vurderes i målgruppen ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom"



På baggrund af ovenstående vil den kommunale visitator give besked til sygeplejen om patientens behov for styrket forløbskoordination. Sygeplejen besøger patienten for at vurdere og danne sig et overblik over problemstillingerne samt vurdere behovet for et opfølgende hjemmebesøg, hvor både sygeplejen og patientens praktiserende læge er til stede.

Er der behov for et opfølgende hjemmebesøg, kontakter sygeplejen patientens praktiserende læge for at planlægge afholdelsen af et sådant.

Patientens praktiserende læge kan ligeledes, på baggrund af epikrisen, initiere et opfølgende hjemmebesøg, og tager i den forbindelse kontakt til hjemmesygeplejen for at planlægge afholdelsen af et sådant.



Patienterne anbefaler

- Snak løbende med mig og mine pårørende om, hvad vi har brug for af information – jeg har måske ikke de samme behov som andre
- Informer mig og mine pårørende om, hvad næste skridt er i forløbet
- Tag tidligt i indlæggelsesforløbet initiativ til en dialog med mig om, hvad der sker, når jeg skal udskrives
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med fortællinger om hverdagen, fx hvad der gik forud for min indlæggelse
- Orienter mig om mine pårørende om vagtskifter og ændringer af, hvem der er min kontaktperson
- Når jeg indlægges akut, sker alt meget hurtigt, og det er fint – men husk at informere mig, så jeg og mine pårørende føler os inddraget i de beslutninger, der træffes

10 | Udskrivelse fra sygehuset

Inden udskrivelsen skal patientens behov vurderes i fællesskab mellem stuegangsgående læge, kontaktsygeplejerske, patient og evt. pårørende, læs mere herom under behovsvurdering i kapitel 4.

Medicinlisten gennemgås nøje med patient og evt. pårørende ved udskrivelsen. Det sikres, at patient eller evt. pårørende er informeret om ny medicin og medicinjusteringer; herunder evt. ophør med tidligere ordineret medicin før indlæggelsen.

Det afklares om der er behov for hjælp til medicindosering.

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Hvis patienten har behov for sygepleje eller personlig/praktisk hjælp sendes en plejeforløbsplan.

Ved behov anmodes om hjælp til medicin dosering.

Hvis patienten har brug for genoptræning sendes en genoptræningsplan (GOP).

Hvis patienten har brug for et rehabilitering- eller forebyggelsestilbud sendes en henvisning til en afklarende samtale.



Særligt vigtige elementer, som skal indgå i plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten

Bevægeapparatet	Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
Ernæringstilstand	Vægt, sammensætning af maden
Psykosociale forhold	Psyriske problemstillinger, angst og bekymring, depression, oplevelse af tab, manglende accept af sygdommen
Respiration og cirkulation	Rygestatus, dyspnøe, saturation
Smerter og sanseindtryk	Komorbiditet, smerter
Viden og udvikling	- Plan for det videre forløb med de særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter udskrivning - Kort resumé omhandlende kommunikation med patienten: - Hvad er drøftet med patienten, fx motion, rygestop, kost, sygdomshåndtering, rehabilitering, symptomer, vigtigheden af at opsøge egen læge mm - Er patienten informeret og henvist til kommunalt forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud

Sygeplejefaglige problemområder i udskrivelsesrapporten af særlig relevans for patienter med hjertesygdom.



Region Syddanmark

Indgang efter kl. 22 →



Rygning forbudt
foran
hovedindgangen
-der henvises
til rygepavillon



Kommunikation med patienten

I forbindelse med patientens udskrivelse er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle sikrer, at patienter og eventuelle pårørende har forstået den information, der er givet. Det drejer sig konkret om anbefalinger omkring rygestop, kost, motion, sygdomshåndtering, rehabilitering, hvilke symptomer de skal reagere på, samt hvor de kan/skal henvende sig ved symptomer mm. Det er vigtigt, at patienterne forstår, at der i efterforløbet kan komme psykiske reaktioner som bl.a. angst.

Plejeforløbsplan

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivelser er præciseret i **Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patient forløb i Region Syddanmark (SAM:BO)**.

Plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten danner rammen om kommunikationen mellem sygehus og kommune. De sundhedsprofessionelle på sygehuset skal udfylde alle relevante felter i udskrivningsrapporten.

Når en patient har været indlagt af anden årsag end sin hjertesygdom, suppleres plejeforløbsplan og udskrivningsrapport med de, for sygdommen, relevante data.

Henvi sning til et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

Henvi sning fra sygehuset til de kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud skal ske elektronisk.

Henvi sningen sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb. Kommunen tager kontakt til patienten for at vurdere, hvilket tilbud, der er bedst egnet. Kommunen informerer ligeledes egen læge om patientens opstart i rehabiliterings- eller forebyggelsestilbuddet.

Hvis der er brug for henvi sning til en forebyggende samtale om alkohol eller nikotin-afvænning, kan patienten henvises direkte til kommunalt tilbud⁴⁰. Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliterings- og forebyggelsestilbud ses på www.sundhed.dk. Det samme er gældende for hjemmemonitoreringsindsatsen (side 43) – her henvises også direkte.

Særlig støtte

Kommunen skal være opmærksom på, om patientens situation efter udskrivelsen har ændret sig, således at der er behov for en koordinerende indsats med andre forvaltningsområder, fx arbejdsmarkeds- eller socialområdet.

Genoptræning

Vurderes det af den behandlingsansvarlige læge, at patienten efter udskrivelsen har et behov for genoptræning, udarbejdes der en genoptræningsplan. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan og sender den til patientens bopælskommune via MedCom-standarden GOP og til patientens læge, hvis patienten giver samtykke hertil. Genoptræningsplanen skal udleveres til patienten senest på udskrivningstidspunktet.

⁴⁰ Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Senest tre hverdage efter udskrivelse, sender sygehusafdelingen en epikrise til patientens praktiserende læge, der overtager behandlingsansvaret. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom-standarden "den gode epikrise".

Det anbefales, at sygehuset kontakter praktiserende læge telefonisk, hvis der skal ske en umiddelbar opfølgning på udskrivelsen. Epikrisen farvemarkeres med rødt, gult eller grønt alt efter behov for opfølgning hos egen læge. Ved rød epikrise kontakter sygehuset den praktiserende læge. Den praktiserende læge følger op over for patienten ved aktivt at forholde sig til epikrisen og reagere adækvat på den udskrivende læges anbefalinger.

Det skal fremgå tydeligt af epikrisen, om det fulde behandlingsansvar overgår til egen læge.

Ved planlagt opfølgning i sygehusregi orienteres om det specifikke opfølgningsprogram.

Ved udskrivelse skal sygehuset udskrive recepter på medicin for perioden frem til næste planlagte lægekontakt (i sygehusambulatoriet eller hos egen læge).



Patienterne anbefaler

- Tag tidligt en dialog med mig og mine pårørende om min udskrivelse og de næste skridt efter udskrivelsen – det giver mig tryghed
- Fortæl mig, hvor vigtigt det er, at jeg deltager i et forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i min kommune
- Inddrag mine pårørende i planlægningen af min udskrivelse, når det er muligt
- Tal med mig og mine pårørende om praktiske forhold som, hvem jeg kontakter med spørgsmål (min egen læge, vagtlægen, sygehuset eller kommunen). Husk at give mig et telefonnummer på den/dem, jeg kan kontakte, hvornår jeg skal til opfølgende kontrol på ambulatoriet eller hos min egen læge (fx hvad der skal kontrolleres, og hvem booker konsultationen)
- Tal med mig og mine pårørende om, hvordan jeg kan forebygge og håndtere symptomer på og forværringer af min sygdom

11 | Genoptræning

En betydelig andel af hjertepatienter anbefales at deltage i genoptræning som en del af behandlingen. Genoptræningen af hjertepatienter kan foregå i kommunerne eller på sygehusene. Det er et lægefagligt ansvar at risikovurdere patienten ift. fysisk genoptræning.

Risikovurdering

Risikovurderingen foretages altid af sygehuset og foretages inden udskrivelse eller ambulant senest 2 uger efter udskrivelse.

Patienterne kan inddeles i følgende to grupperinger⁴¹:

- Patienter, der ikke vurderes at være risiko - kan træne kommunalt og der udarbejdes en genoptræningsplan.
- Patienter, der kan have forhøjet risiko i forbindelse med fysisk træning, gennemgår en symptomlimiteret arbejdstest i sygehusregi og vurderes efterfølgende af en kardiolog, inden opstart af fysisk træning⁴².
- Patienter, som har forhøjet risiko ved fysisk-træning genoptrænes på sygehuset. Der udarbejdes en specialiseret genoptræningsplan.



Patienterne kan henvises til både:

- Genoptræning efter Sundhedslovens § 140 – henvisning sker via en genoptræningsplan (GOP)
- Forebyggelsestilbud efter Sundhedslovens § 119, stk. 2 – henvisningen sker elektronisk.

⁴¹ Dansk Cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering](#)

⁴² Dansk Cardiologisk Selskab – [Holdningspapir om arbejdstest](#)



Risikopatienter

Der er en række patientkategorier, som klassificeres som potentielle risikopatienter og bør derfor systematisk vurderes af kardiolog inden henvisning til fysisk genoptræning.

Behandlingsvejledningen revideres årligt; for udspecificering af patientkategorier henvises til denne.

Disse fremgår af den nationale behandlingsvejledning for hjerterehabilitering⁴³.

Genoptræning i kommunerne

Ved modtagelse af genoptræningsplanen skal kommunen vurdere, om der skal tilbydes almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau.

Genoptræningen skal følge den gældende behandlingsvejledning fra Dansk Cardiologisk Selskab samt gældende nationale kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen. En del af dette er at sikre, at patienterne testes og retestes for at følge fremgangen af træningen. Det anbefales, at kommunerne benytter sig af den samme test før og efter forløbet. Testen skal være valid til at teste hjertepatienters arbejdskapacitet.

Genoptræningsplanen

Hensigten med genoptræningsplanen er at sikre relevant information til de sundhedspersoner, der skal yde genoptræningsydelsen, samt sikre information til patienten, alment praktiserende læge, hjemkommune og evt. anden leverandør af genoptræningsydelser.

De nærmere regler om udarbejdelsen af genoptræningsplaner er fastsat i Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 918 af 22. juni 2018)⁴⁴.

⁴³ Dansk Cardiologisk Selskab – [Behandlingsvejledning i Hjerterehabilitering](#)

⁴⁴ [Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet](#)



Sygehuset

Genoptræning under indlæggelse (Sundhedsloven §5)	Sygehuset har ansvaret for genoptræning under indlæggelse.
Udarbejdelse af genoptræningsplaner (Sundhedsloven §84)	Den behandlingsansvarlige læge har ansvaret for at vurdere, om patienten efter udskrivelse eller behandling på ambulatoriet har et behov for tilbud om genoptræning. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan og sender denne til patientens bopælskommune via MedCom-standarden GOP og patientens praktiserende læge, hvis patienten har givet samtykke hertil. Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivelsestidspunktet.
Varetagelse af specialiseret genoptræning	Sygehuset har ansvaret for den specialiserede genoptræning.



Kommunen

Almen genoptræning (Sundhedsloven §140)	Når kommunen modtager en genoptræningsplan fra et sygehus, skal kommunen tilbyde patienten genoptræning. Træningen kan evt. foregå digitalt..
Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)	Patienter, som har fysisk nedsat funktionsevne efter en sygdomsperiode uden indlæggelse, tilbydes kommunal genoptræning. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med patienten og evt. pårørende. Træningen kan evt. foregå digitalt.
Vedligeholdende træning (Serviceloven §86, stk. 2)	Kommunen skal tilbyde hjælp til patienter, som har brug for en indsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Tilbuddet gives til patienter, som har brug for en individuel træningsindsats. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med patienten og evt. pårørende. Kommunen sender handlingsplanen til patientens praktiserende læge.
Forebyggende træning (Sundhedsloven §119, stk. 2)	Kommunen kan tilbyde træning til patienter med hjertesygdom med henblik på at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen. Træningen kan evt. foregå digitalt.

12 | Påbegyndelse og afslutning af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

Kommunerne skal tilrettelægge rehabiliterings- og forebyggelsestilbud til mennesker med hjertesygdom. Målgruppen er særligt mennesker med iskæmisk hjertesygdom, men også de øvrige diagnosegrupper kan have gavn af et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

Rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene har til formål at styrke patientens egenomsorg og mestring af sygdommen samt bidrage til en hensigtsmæssig livsstil. Rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene til mennesker med hjertesygdom omfatter fx sygdomsmestring, nikotinafvænning og fysisk træning. Se figuren på side 40⁴⁵.

I henvisningen fra sygehuset til kommunen skal det fremgå, hvilke aktuelle behov i den videre rehabilitering borgeren kan profitere af. Læs mere herom i kapitel 6 ambulante behandling og kontrol på sygehuset. Behovet for øvrige indsatser kan afdækkes i den afklarende samtale.

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i kommunen

Når almen praksis og sygehuset henviser til kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, skal det ske elektronisk.

Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliterings- og forebyggelsestilbud ses på www.sundhed.dk. I flere syddanske kommuner kan patienten selv henvende sig til kommunen for at deltage i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud uden forudgående henvisning fra egen læge eller sygehuset.

Afklarende samtale i kommunen

På baggrund af henvisningen fra egen læge eller sygehuset, kontakter den sundhedsprofessionelle i kommunen borgeren. Den individuelle afklarende samtale kan foregå digitalt eller ved fremmøde.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud og til målet med at deltage i tilbuddene.

For at afdække borgerens behov bør den afklarende samtale omhandle fx ressourcer og udfordringer hos borgeren ifm. vedkommendes hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation. Borgerens ønske om information kan være varierende.

Som led i samtalen skal den sundhedsprofessionelle afklare, om det er relevant for borgeren at benytte et tilbud i en anden kommune. Det kan fx gælde borgere, der bor tæt på kommunegrænsen og transportmæssigt har nemmere ved at benytte et tilbud i nabokommunen.

Den sundhedsprofessionelle er opmærksom på, om borgeren kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Dette er vigtigt for at fastholde gode vaner, når forløbet i kommunen stopper.

Den afklarende samtale er indledningen på et eventuelt forløb i kommunen. Samtidig hermed kan der i forløbet gennemføres andre rehabiliteringsindsatser som fx socialfaglig indsats eller beskæftigelsesindsats.

⁴⁵ Sundhedsstyrelsen – Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder



De sundhedsprofessionelle har et særligt ansvar i forhold til særligt sårbare patienter med en lav grad af egenomsorgsevne og mestringskompetence.

Som en del af den afklarende samtale bør kommunen have opmærksomhed på borgerens ressourcer – om det fx er muligt, at borgeren selv kan varetage en del af sin rehabilitering på egen hånd.

Monitorering

Den kommunale rehabiliterings- og forebyggelsesindsats registreres i HjerteSyd databasen. De kommunale data omfatter non-farmakologiske indikatorer. HjerteSyd databasen er etableret for det primære formål at videreformidle de kommunale data videre til DHRD. Årsrapporter, indikatorsæt og informationer om databasen fremgår af [DHRD's hjemmeside](#).

Afslutning på samlet forløb

Som afslutning på forløbet skal fagpersonerne afklare, om borgeren har behov for opfølgning på de forskellige elementer i rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddet. Det kan ske gennem en afsluttende samtale, hvor borgerens pårørende også kan inviteres med.

Efter et afsluttet rehabiliterings- og forebyggelsestilbud skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion. Er sygehuset henvissende part, skal kommunen desuden sende et afslutningsnotat til sygehuset.

For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til sundhedsloven og serviceloven.

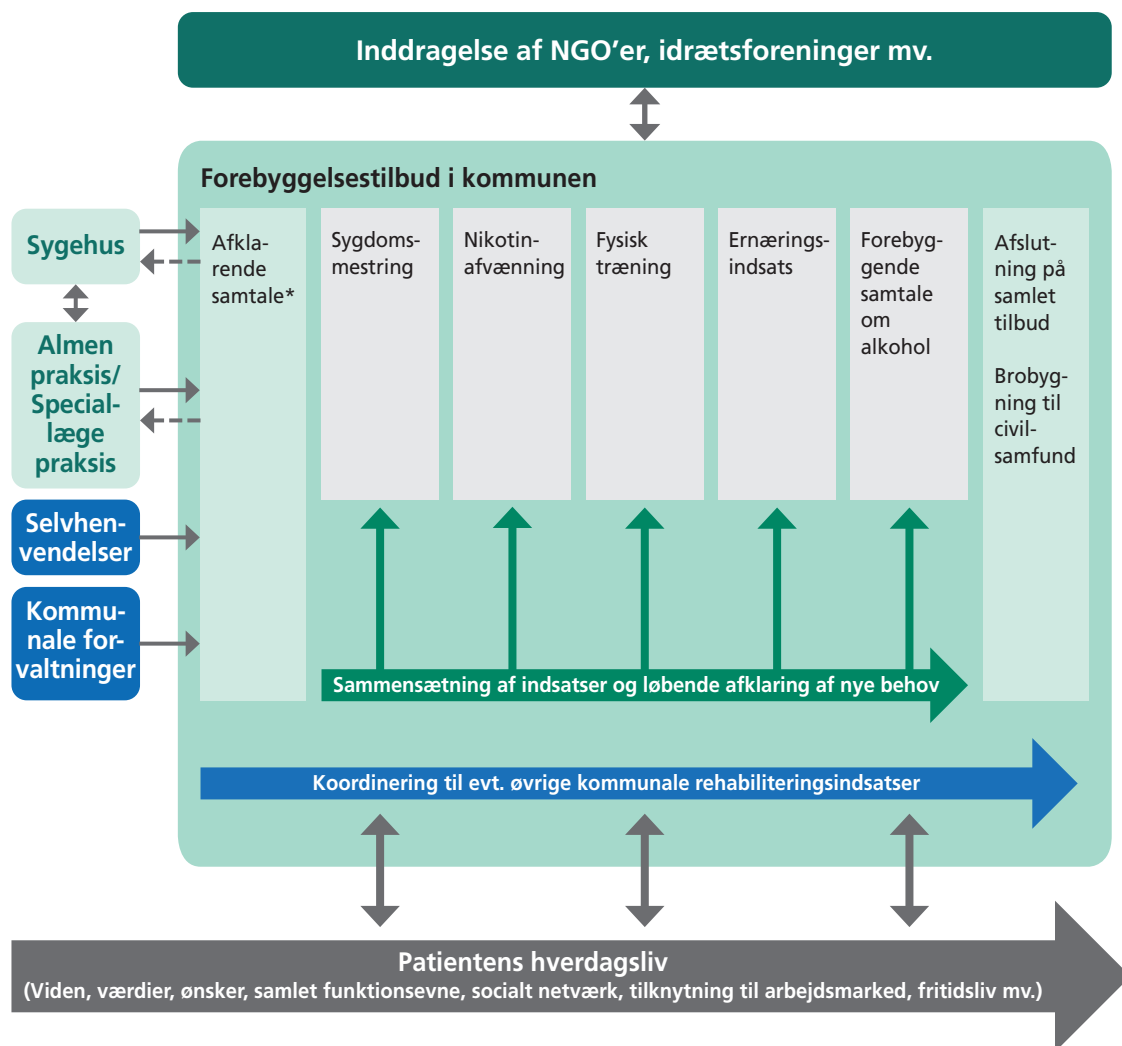


Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge.

Sundhedsstyrelsen 2024 – Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom s. 10

* Såfremt en borger har behov for en forebyggende samtale om alkohol eller nikotinafvænning, skal vedkommende i udgangspunktet ikke henvises til en afklarende samtale, men henvises direkte til den forebyggende samtale om alkohol, egentlig alkoholbehandling eller nikotinafvænning

13 | Sygdomsmestring

Tilgang og timing i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Det anbefales, at patienter med iskæmisk hjertesygdom, SCAD (spontan koronararterie dissektion) hjertesvigt samt klapopererede henvises til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, jf. kap. 12. Andre patientgrupper, herunder patienter med atrieflimren og ICD-enhed, kan have behov for rehabilitering og forebyggelse efter individuel behovsvurdering⁴⁶. Endvidere kan patienter med hjertesvigt have behov for en hjemmemonitoreringsindsats jf. afsnit om Telehjerter på side 43.

Ved afslutning af alle behandlingsforløb skal der foretages systematisk behovsvurdering, se mere herom i kapitel 6 ambulant behandling og kontrol. Behovsvurderingen foretages sammen med patient og pårørende ved udskrivelsen eller ved ambulant besøg efter udskrivelse.

Det er af afgørende betydning for patienter med kronisk sygdom, at kommunikationen times, så de sundhedsprofessionelle giver de rette informationer på det tidspunkt, hvor patienten har brug for det.

Dette indebærer blandt andet, at tilstrækkelig information om sygdom og sygdomshåndtering gives tidligt i forløbet under hensyntagen til og tilpasset den enkelte patient med hjertesygdom og dennes netværks ressourcer og behov.

Der er derfor elementer af sygdomsmestring på både sygehuset og i kommunen og i almen praksis.

Både sygehuse og kommuner skal være opmærksomme på kendte barrierer for deltagelse og fastholdelse i hjerterehabiliteringen (alder, socioøkonomisk status, etnicitet, køn, komorbiditet, misbrugsproblemer, psykisk sygdom, praktiske udfordringer) og aktivt håndtere disse med henblik på at fastholde patienter i hjerterehabilitering⁴⁶.

Sundhedsfaglige kompetencer

Kommunen skal sikre, at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede til at varetage sygdomsspecifikke rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. I forbindelse med undervisning af patienter, stiller Sundhedsstyrelsen en række krav og anbefalinger til underviserne samt indholdet af undervisningen (**Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder**)

Ved at anvende sundhedspædagogiske metoder understøttes patientens deltagelse i rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddet. Samtidig styrkes de handlekompetencer, som patienten behøver for at håndtere sygdommen og agere i hverdagslivet med en hjertesygdom.

⁴⁶ Dansk Cardiologisk Selskab – **Hjerterehabilitering**

Indhold i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Et struktureret rehabiliterings- og forebyggelsestilbud bør bygges op om centrale sygdomsspecifikke elementer samt mere generelle mestringselementer. Tilbuddet skal bidrage til at give patienten viden om sygdommens karakter, herunder udvikling, komplikationer og om mulighederne for forebyggelse, behandling og rehabilitering.

Der bør i undervisningen tages udgangspunkt i patientens hverdagsliv og problemstillinger, så undervisningen bliver konkret og meningssskabende for patienten.

For hjertesvigtspatienter kan hjemmemonitorering være et redskab til understøttelse af egenmestring jf. afsnit om Telehjerte på side 45. For beskrivelse af forebyggelsesindsatsens formål, indhold samt generelle kompetencekrav hos de involverede fagpersoner henvises til nationale kliniske retningslinjer, Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder samt Dansk Cardiologisk Selskab.

Sygdomsmestring på sygehuset

Patientuddannelse og information i umiddelbar forlængelse af diagnosticering og behandling bør have særligt fokus på relevant undersøgelse og behandling, medicinhåndteringen, genkendelse af advarselssignaler ved forværring eller akut sygdom, psykiske reaktioner i forbindelse med sygdommen og deres håndtering samt rygestop.

Sygdomsmestring i kommunen

Kommunerne skal udbyde strukturerede rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, der indeholder elementer af sygdomsmestring målrettet patienter med hjertesygdom. Tilbuddet har til formål at styrke patientens egenomsorg, så patientens helbred og livskvalitet forbedres.

Det kan være en fordel at målrette sygdomsmestringen kun til hjertepatienter, da det har stor betydning for patienter, at de kan spejle sig i medkursisterne.

Sygdomsmestringen kan foregå på tværs af diagnoserne inden for hjertesygdom. Dette med henblik på at sikre tilstrækkelige volumen og kontinuitet i mestringstilbuddet.

Afstand samt tidspunkt på dagen har betydning for deltagelse. Det er en fordel, hvis rehabiliteringen kan passe ind, så hverdagen og arbejdsliv stadig kan opretholdes.

Indholdet i tilbuddene ska leve op til krav og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, der beskrives i "**Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**". Hos patienter med hjertesygdom skal der som en del af sygdomsmestringen være særligt fokus på den psykosociale indsats samt på seksualitet.

Psykosocial indsats

Patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapopererede skal som en del af sygdomsmestringen tilbydes en psykosocial indsats, herunder opsporing af angst og depression. Det anbefales, at opsporing af angst og depression indledes i begyndelsen af rehabiliteringsforløbet, og at proceduren gentages løbende, da angst og depression også kan opstå på et senere tidspunkt i forløbet.

Derfor er det en opgave, som ligger både på sygehusene og i kommunerne. Psykiske reaktioner relateret til hjertesygdom kan med fordel behandles hos hjertepsykologerne ansat på regionens hjertemedicinske afdelinger.

Har patienten symptomer på angst og depression, opfordres patienten til at gå til egen læge, som har ansvaret for at forestå diagnostik og behandling af angst og depression.

Vurderingen med henblik på behov for særlig psykosocial indsats bør foretages af sundhedsprofessionelle (minimum mellemlang sundhedsfaglig uddannelse) med særlig viden og relevant efteruddannelse om hjertesygdom og psykiske følger.

Til opsporing af angst- og depressions-symptomer hos patienter med hjertesygdom bør validerede instrumenter anvendes, f.eks. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) eller kombinationen af testene trivselsindekset WHO-5, Anxiety Symptom Scale 2 (ASS-2) og Major Depression Inventory 2 (MDI-2)⁴⁷.

Screeningsværktøjer kan medvirke til at åbne for samtalen med patienten om de emner, der kan være angstfremkaldende, og hvor samtale herom kan give patienten viden og øget tryghed. Screeningsværktøjerne kan ikke stå alene, men kan danne udgangspunkt for dialog. Screeningsværktøjerne indgår i PRO Hjerterehabilitering og PRO Hjertesvigt kan med fordel anvendes aktivt i denne sammenhæng. Se uddybning af PRO i kapitel 1.

Flere kommuner har mestringstilbud om at lære at mestre angst og depression samt tilbud om samtaler med fx coach og psykoterapeut. Patienter med behov kan deltage i disse tilbud. Hvis patientens situation kræver egentlig behandling, skal det ske ved læge og/eller psykolog.

Patienterne vil ofte udvikle egne strategier til at håndtere angst og skabe tryghed. Ressourcestærke patienter kan have nemmere ved at udvikle sådanne strategier og finde digitale løsninger, der støtter dem i forløbet. De sundhedsprofessionelle bør være opmærksomme på patienternes forskellige evner til at skabe tryghed for sig selv.

Seksualitet

Seksualitet er et relevant tema at drøfte med patienter med hjertesygdom og dennes eventuelle partner både ved diagnostidspunktet og løbende i behandlingsforløbet. Patienter med en hjertesygdom kan opleve, at sexlivet ændrer sig. For nogle patienter forsvinder det helt, men sådan behøver det ikke at være. Derfor er det relevant at drøfte emnet i forbindelse med tilbuddet om sygdomsmestring. Emnet kan tages op af sundhedsprofessionelle med særlig viden om hjertesygdom⁴⁸.

Digitale tilbud

Nogle borgere har svært ved at møde frem på fastlagte tidspunkter, for eksempel pga. et aktivt arbejdsliv, udfordringer med transport eller manglende overskud. Disse borgere kan profiteres af de digitale tilbud, der gør det muligt at tilrettelægge og tilpasse forløbene, så de passer borgeren, og som supplerer de øvrige tilbud i sundhedsvæsenet. Borgerne kan deltage i de digitale tilbud hjemmefra, når det passer i forhold til dagligdag og overskud.

Det Digitale Sundhedscenter

I et samarbejde mellem Region Syddanmark, syddanske kommuner og patientforeninger samles en række digitale løsninger til inspiration, vejledning og sparring i Det Digitale Sundhedscenter. Der er en side for borgere og en for fagpersoner.

Livsstilsforløbene under Lev Livet med hjertesygdom kan tilgås via [hjemmesiden](#) eller via app'en "Mit liv – min sundhed".

TeleHjerte: et nationalt telemedicinsk hjemmemonitoreringstilbud

TeleHjerte er et digitalt sundhedstilbud til borgere med hjertesvigt, og er som udgangspunkt et supplement til de eksisterende behandlingsformer og aftaler.

TeleHjerte er et ikke-akut tilbud, hvor borgere/patienter med hjertesvigt får udleveret en tablet og måleudstyr til at måle blodtryk, puls og vægt. Borgerne udfører selv – efter oplæring – målingerne derhjemme, og en monitoreringsansvarlig følger op på målingerne.

Formålet med den nationale udbredelse af telemedicin til borgere med hjertesvigt er at medvirke til positive effekter af både sundhedsfaglig og samfundsøkonomisk karakter. Det handler fx om, at den enkelte borger med hjertesvigt forstår og handler på egne symptomer for herved at kunne opnå en øget livskvalitet, tilfredshed og tryghed mv. og deraf færre og/eller kortere konsultationer, indlæggelser og genindlæggelser.

⁴⁷ Valideringsrapport, Sundhedsdatastyrelsen

⁴⁸ Hjertereforeningen – Sex og samliv med hjertesygdom



Det telemedicinske tilbud starter som regel i forbindelse med forløbet i hjertesvigt-klinikken, hvor data fra patientens målinger i hjemmet følges, håndteres og korrigeres. Det telemedicinske tilbud giver mulighed for tæt opfølgning og en mere accelereret optitrering af den prognoseforbedrende medicinske behandling for de patienter, der klinisk kan tolerere dette.

Når den enkelte patient/borger afsluttes fra hjertesvigt-klinikken, overgår ansvaret til den kommunale monitoreringsansvarlige. Det er i denne fase den praktiserende læge, der har behandlingsansvaret, men i det daglige er det kommunen, der håndterer det telemedicinske tilbud. Dette kan suppleres med eksisterende kommunale rehabiliteringsindsatser.

Det telemedicinske tilbud er ikke nødvendigvis et livslangt tilbud, men et tilbud det bør tilbydes til borgeren i de sygdomsfaser, hvor det er meningsfyldt.

På [Fælles Telemedicin i Syds hjemmeside](#) findes yderligere information, bl.a. svar på ofte stillede spørgsmål om TeleHjerte.

14 | Fysisk træning

Fysisk træning har gavnlige effekter i behandlingen af hjertesygdom. Det vurderes, at hovedparten af patienter med hjertesygdom ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold har gavn af fysisk træning som en del af den rehabiliterende indsats.

Ud over genoptræning efter sundhedslovens § 140 (se kapitel 11) kan et træningstilbud i kommunerne til patienter med hjertesygdom oftest blive bevilliget som et forebyggelsestilbud efter sundhedslovens § 119. Tilbuddet kan både tilrettelægges gruppebaseret og individuelt.

På baggrund af behovsafdækningen i den afklarende samtale, tilbyder kommunerne individuel faglig vejledning og støtte om fysisk træning. Tilbuddet foregår enten på hold eller individuelt⁴⁹.

Kommuner bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om fysisk træning på en måde, så det også er tilgængeligt for patienter, der er erhvervsaktive.

Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. patientens deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved, at patienten kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen. Det kan fx gælde ved en særlig jobsituation, eller hvis der er særlige geografiske hensyn at tage.

Den sundhedsprofessionelle, der varetager og superviserer den fysiske træning, bør have særlig viden om hjertesygdom – herunder de symptomer, der kan opstå hos patienter med hjertesygdom under fysisk træning og håndtering af disse symptomer, inkl. førstehjælp. Der skal under træningen være umiddelbar adgang til hjertestarter og let adgang for ambulance-transport⁵⁰.

Den sundhedsprofessionelle bør have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Den sundhedsprofessionelle kan med fordel hjælpe patienten med at finde et tilbud, der matcher vedkommendes behov. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper.

⁴⁹ Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder, kap. 6

⁵⁰ Sundhedsstyrelsen (2018) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom**, kapitel 6



Kommunen

Forebyggende træning
(Sundhedsloven §119, stk. 2)

Kommunen kan tilbyde træning til patienter med hjertesygdom med henblik på at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen.



15 | Nikotinafvenning i kommunen

Kommunen skal udbyde nikotinafvenning til patienter med hjertesygdom. Formålet er at understøtte patientens ønske om ryge- og nikotinstop eller motivere hertil⁵¹.

Hos patienter med iskæmisk hjertesygdom er ryge- og nikotinstop associeret med en betydelig og signifikant reduktion i risikoen for død og nyt hjerteinfarkt. Patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ryger eller bruger nikotinprodukter, skal derfor opfordres til at stoppe og tilbydes nikotinafvenning som del af hjerterehabiliteringen.

Kommunen kan selv tilrettelægge tilbuddet og/eller henvise til de nationale stoptilbud **Stoplinien**, **ekvit** eller andre digitale stoptilbud.

Nikotinafvenningstilbuddet bør følge nationale anbefalinger om evidensbaserede metoder.

Tilbuddet kan være individuelt såvel som hold baseret alt efter patientens præferencer. Patienter kan selv henvende sig til kommunen med henblik på at deltage i et nikotinafvenningstilbud. Kommunen bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud på en måde, så de også er tilgængelige for patienter der er erhvervsaktive.



Efter et afsluttet forløb anbefales det, at kommunen sender et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle. Patienten skal give samtykke til dette.

Tobaks- og nikotinafhængighed betragtes som en vedvarende tilstand, der ofte vil kræve gentagne stopinterventioner, før patienten fastholder sit rygestop. Det anbefales derfor, at patienter med en hjertesygdom kan deltage på kommunens tilbud mere end én gang.

⁵¹ Sundhedsstyrelsen (2024) – **Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder**, Kapitel 5

Very Brief Advice (VBA):

Egen læge samt sygehuset anbefales at anvende VBA metoden i forbindelse med opsporing af ryge- og/eller nikotinafhængighed.

Når egen læge eller sygehuset henviser til nikotinafvænning i kommunen, skal det ske elektronisk.

Såfremt der er brug for henvisning til en forebyggende samtale om alkohol eller nikotinafvænning, kan patienten henvises direkte til det konkrete tilbud på Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliterings- og forebyggelsestilbud ses på www.sundhed.dk.

VBA er en kort henvisningsmetode og kan karakteriseres som en såkaldt forebyggende samtale mellem en sundhedsprofessionel og dennes patient.

VBA-metoden indeholder tre delelementer:

1. Spørg patienten om ryge- eller nikotinstatus
2. Oplys om, at rådgivning øger chancen for ryge/nikotinstop
3. Henvis til eksisterende stoptilbud ved interesse herfor

VBA-metoden kan nemt og hurtigt anvendes ved alle borger- og patientkontakter i alle sektorer.



16 | Ernæringsindsatser

Uhensigtsmæssige mad- og måltidsvaner kan forværre kronisk sygdom og øge risikoen for tilstødende sygdomme. Derfor er fokus på ernæring en væsentlig del af borgernes samlede forløb.

Det er vigtigt for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen, at patienter med hjertesygdom får den rigtige ernæring. Patienter, der ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af en ernæringsindsats, bør tilbydes dette. Ernæringsindsatserne kan bestå af diæt behandling og -vejledning samt kostvejledning.

Ernæringsindsatsen bør understøttes af et tværfagligt samarbejde med de relevante sundhedsprofessionelle, der indgår i den enkelte patients forløb – herunder fx læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, hjemmeplejen, hjemmesygeplejerske mv.⁵²

Diætbehandling på sygehuset

Diætister på sygehusene anvendes til patienter ud fra en individuel vurdering. For patienter med familiær hyperkolesterolæmi eller patienter, der er under udredning for dette tilbydes diætbehandling. Behandlingen foretages i overensstemmelse med Rammeplan – Diætbehandling af voksne med iskæmisk hjertesygdom og/eller dyslipidæmi⁵³.

Ernæringsindsatser i kommunen

Kommunerne skal tilbyde en ernæringsindsats til patienter med en hjertesygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af indsatsen. Indsatsen differentieres på baggrund af

borgerens ressourcer og behov⁵⁴. Tilbuddet kan gå på tværs af diagnosegrupper og kan være enten individuelt eller holdbaseret.

Ernæringsindsatsen kan både indeholde elementer af kostvejledning og egentlig diætvejledning. Jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom, vil hovedparten af borgere med hjertesygdom have behov for en diætvejledning⁵².

Ernæringsindsatsen bør fokusere på flere kostkomponenter og vaner frem for en enkelt komponent. Der skal tages udgangspunkt i patientens dagligdagskost, øvrige risikoprofil og behandlingsbehov (fedme, diabetes, forhøjet kolesterol, forhøjet blodtryk, AK-behandling, underernæring/fejlernæring). Patienten motiveres og vejledes i forhold til ændringer af kosten under hensyntagen til patientens ressourcer, barrierer og vaner⁵⁶.

Henvisning til ernæringsindsats i kommunen

Egen læge og sygehuslægen skal henvise elektronisk til kommunens tilbud.

Se kommunens opdaterede oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk

Efter et afsluttet forløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

⁵³ FaKD Rammeplan – **Diætbehandling af iskæmisk hjertesygdom og dyslipidæmi**

⁵⁴ **Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder** kap. 7

⁵⁵ Dansk Cardiologisk Selskab – **Hjerterehabilitering**

⁵² Sundhedsstyrelsen (2018) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom**, kap. 6

17 | Forebyggende samtale om alkohol i kommunen

Alkohol har negativ betydning for hjertesygdom, og er en af de enkeltfaktorer, som har størst betydning for den samlede sygdomsbyrde. Kommunerne skal tilbyde en forebyggende samtale om alkohol til borgere, der henvises fra almen praksis, sygehus eller andre kommunale forvaltningsområder, hvor der foregår tidlig opsporing og samtaler om alkohol⁵⁶.

Målgruppen er borgere med storforbrug eller skadeligt forbrug af alkohol. Der kan dog også være borgere, der drikker under genstandsgrænsen, men som har et problematisk alkoholdrikkemønster og som kan have gavn af indsatsen.

Typen af alkoholforbrug har betydning for, hvilken indsats der er den rette at tilbyde.

I denne sammenhæng er følgende tre begreber væsentlige:

Storforbrug af alkohol: Der er tale om et storforbrug, når forbruget ligger over Sundhedsstyrelsens anbefalinger for indtag af alkohol (højst 10 genstande om ugen, højst 4 genstande samme dag).

Skadeligt alkoholforbrug: Skadeligt alkoholforbrug defineres som et forbrug, der har medført helbredsskade eller social skade, og hvor borgeren ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed. (Definition i henhold til International Classification Diagnose System (ICD 10)).

Alkoholafhængighed: Alkoholafhængighed er en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige og kognitive forstyrrelser associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol indtager en dominerende plads i dagligdagen (Kriterierne for diagnosen fremgår af ICD 10).

Henvisning

Forebyggende samtale om alkohol tilbydes direkte uden en forudgående afklarende samtale til borgere med ønske om at ændre alkoholforbrug- og vaner, da det er vigtigt, hurtigt at imødekomme den motivation, der er for adfærdsændring.

I forløbet kan der tilbydes en afklarende samtale, hvis der viser sig behov for at undersøge om andre forebyggelsestilbud er relevante. Forebyggede samtale om alkohol kan også tildeles på baggrund af den afklarende samtale.

⁵⁶ Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder, kapitel 8

18 Plejeindsats i kommunen

Plejesektoren i kommunen spiller en vigtig rolle i at bistå patienter med hjertesygdom i at håndtere livet med en kronisk sygdom. Det gælder bl.a. personlig pleje og praktisk hjælp og medicinadministration.

De involverede dele af plejesektoren er visitationen, hjemme- og sygeplejen samt plejecentrene.

Indsatsen bør involvere forebyggelse af gradvise forværringer af sygdommen og understøttelse af den samlede plejeindsats. Personalet bør følge patientens samlede sygdoms- og livssituation og reagere på ændringer, der kan have betydning for sygdomsudviklingen og patientens håndtering af sygdommen.

Ændringerne kan fx vedrøre:

- Begyndende følgesygdomme, fx ophobning af væske pga. dårlig hjertefunktion
- Ændret sygdomsmønster
- Faldende aktivitets- og funktionsniveau
- Generelt øget behov for pleje og omsorg
- Komorbiditet i forbindelse med opblussen af anden sygdom end hjertesygdom
- Forringet almen ernæringstilstand, herunder pludseligt vægttab
- Kognitive forringelser ifm. almen alderssvækkelse, demens, depression mv.

Når sådanne ændringer bemærkes, er det vigtigt, at personalet i dialog med patienten og pårørende igangsætter rehabiliterende tiltag, som bidrager til, at patienten bryder den negative udvikling og fastholder højest muligt funktionsniveau.

I denne situation bør der søges dialog med patientens egen læge via en korrespondance-meddelelse med de mest centrale oplysninger vedrørende patientens situation.

Sygeplejen bør være opmærksom på muligheden for en opfølgende konsultation hos egen læge eller anmode den praktiserende læge om at deltage i et opfølgende hjemmebesøg, når der er tale om en ældre, alvorligt syg patient eller et kompliceret forløb. Indholdet af ydelsen fremgår af aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse.

For mennesker med hjertesvigt vil ovenstående kunne følges i hjemmemonitoreringsindsatsen jf. afsnit om Telehjerte på side 43, hvorfor også de monitoreringsansvarlige sundhedspersoner i kommunen kan involveres.

Håndtering af medicin og hjælpemidler

Det sundhedsfaglige personale skal bidrage til, at patienten får taget sin medicin korrekt. Ved behov kan personalet desuden foreslå patienten at henvende sig på apoteket for at få vejledning i korrekt medicinbehandling (jf. boks på side 22). Personalet bør desuden hjælpe patienten og pårørende med vejledning om regler for hjælpemidler og tilskud.

19 | Palliativ indsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset

Flere patienter lever i dag længere med forskellige livstruende sygdomme. Samtidig er der en anerkendelse af, at en tidlig palliativ indsats har værdi og effekt for hele patientforløbet jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats⁵⁷ og til Dansk Cardiologisk Selskabs holdningspapir "Palliation ved fremskreden hjertesygdom"⁵⁸.

Palliation tilbydes alle patienter, som lider af livstruende sygdom. Palliativ indsats til patienter med non-malign livstruende sygdom er først i de senere år blevet et fokusområde i Danmark⁵⁷.

Undersøgelser viser, at patienter med kronisk hjertesvigt har en række symptomer og udækkede palliative behov af både fysisk, psykisk, social og eksistentiel karakter. Ved fremskreden sygdom hos hjertesvigtpatienterne er der i klinisk praksis ikke noget der tyder på, at tilgangen hos hjertesvigtpatienter skal være radikalt anderledes end hos kræftpatienter⁵⁸.

Patienter med hjertesygdom – primært hjertesvigt – skal opleve en sammenhængende palliativ indsats. Det stiller store krav til kommunikation, fleksibilitet, kontinuitet, koordinering og samarbejde på tværs af sektorer. Ansvar for at koordinere forløbet er en fælles opgave, der skal løses af sygehuset, almen praksis, kommunen og evt. hospice i samarbejde med patienter og pårørende.

Med det formål at styrke samarbejdet om den palliative indsats i Syddanmark har region, kommuner og almen praksis indgået en **samarbejdsaftale om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og kort forventet levetid**. Aftalen beskriver krav til samarbejde, kommunikation og patientinformation især med fokus på sektorovergange i det palliative forløb.

⁵⁷ Sundhedsstyrelsen (2017) – **Anbefalinger for den palliative indsats**

⁵⁸ Dansk Cardiologisk Selskab – **Holdningspapir – Palliation ved fremskreden hjertesygdom**

| Litteratur

Sundhedsstyrelsen (2012): Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model

Sundhedsstyrelsen (2013): National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

Sundhedsstyrelsen (2018): Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Sundhedsstyrelsen (2024) – Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder

Sundhedsdatastyrelsen

Sundhed.dk – Hjerte-kar-sygdomme

Fælles Telemedicin i Syd

Freil M & Knudsen JL (2009) Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet Ugeskrift for Læger 171(20), 1694.

Coulter A (2012) Patient Engagement – What Works?. The journal of Ambulatory Care Management, 35(2):80-89.

Stacey D et al (2014) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration.

Buhse S. et al. (2015) Informed shared decision-making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2-diabetes: a randomized controlled trial, BMJ Open. Nov 13;5(11):e009116

Serrano, V. et al (2016) Shared decision-making in the care of individuals with diabetes, Diabetes Medicine. Jun;33(6):742-51

Coulter A. (2012) Patient Engagement – What Works? The journal of Ambulatory Care Management. 35(2):80-89

Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS)– Danske Patienter

Center for Pårørendeinddragelse, Region Syddanmark

Center for Fælles Beslutningstagning, Sygehus Lillebælt

Hjerteforeningen

Sundhedsstyrelsen (2018): Forebyggelsespakker

Sundhedsstyrelsen (2011): Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser

Dansk Cardiologisk Selskab

Region Syddanmark og de 22 kommuner: SAM:BO Samarbejde om borger/patientforløb

Medcom.dk

Clinical pathophysiology of hypoxic ischemic brain injury after cardiac arrest: a "two-hit" model (Sekhon, 2017)

Videnscenter for rehabilitering og palliation

Fagligt Selskab af Kliniske diætister

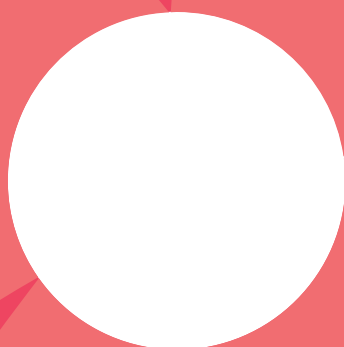
Sundhedsstyrelsen (2017) – Anbefalinger for den palliative indsats



Ændringslog, april 2025

Spor 2 revidering jf. model for revidering af tværsektorielle aftaler.

Dette indebærer en opdatering og tilpasning af alle afsnit i forløbsprogrammet jf. fagligt indhold og eksisterende praksis.



Region Syddanmark
og de 22 kommuner