



# 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](http://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 2.0

Revideret marts 2023

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.

Dette forløbsprogram skal bidrage til at skabe denne sammenhæng ved at tydeliggøre ansvar og roller for sundhedsprofessionelle på tværs af kommuner, sygehuse og almen praksis. Forløbsprogrammet er bygget op omkring de situationer, hvor mennesker med hjertesygdom er i kontakt med sundhedsvæsenet og skal kunne bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for udarbejdelse af instrukser mv. i den enkelte sektor
- Et værktøj til planlægning af indsatser, både i den enkelte sektor og på tværs af sektorer.

Mange ekspertiser har medvirket til forløbsprogrammets tilblivelse. Ud over at sundhedsprofessionelle har bragt deres faglighed i spil, har hverdagens eksperter – patienter og pårørende – bidraget med deres erfaringer fra sundheds-

væsenet og 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.

Således er der som en del af forløbsprogrammet udviklet en kommunikationspakke med nogle retningslinjer for, hvordan sundhedsprofessionelle kan kommunikere med og inddrage den enkelte patient/pårørende. Formålet med dette er at mindske antallet af situationer, hvor patienter og pårørende oplever en mangelfuld kommunikation.

En anden vigtig konsekvens af det nye forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom er, at kommunerne får en større opgave med genoptræning og patientuddannelse. Patienterne skal efter endt forløb på sygehuset have vurderet deres risiko ved at deltage i fysisk træning, og på det grundlag tages der stilling til, om genoptræningen kan foregå i kommunen eller på sygehuset. Målet er, at genoptrænings- og patientuddannelses tilbud på denne måde bliver lettere tilgængelige for mennesker med hjertesygdom, og at flere deltager i tilbuddene samtidig med, at de samlede ressourcer i vores sundhedsvæsen bliver udnyttet bedre.

Vi både håber og forventer, at det nye forløbsprogram vil være en væsentlig del af grundlaget for indsatsen for mennesker med hjertesygdom, hvad enten den foregår på sygehusene, i kommunerne eller hos de praktiserende læger.

---

Bo Libergren

Formand for Sundhedskoordinationsudvalget

Henning Ravn

Næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget

# Indholdsfortegnelse

	<b>Forord</b> . . . . .	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUKTION</b> . . . . .	<b>6</b>
	Baggrund . . . . .	6
	Formål med forløbsprogrammet . . . . .	6
	Målgruppen for forløbsprogrammet . . . . .	7
	Forløbsprogrammets anvendelse . . . . .	7
	Udarbejdelse af forløbsprogrammet . . . . .	8
	Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet. . . . .	8
	Komorbiditet og parallelle indsatser . . . . .	8
	Inddragelse af borgere og pårørende . . . . .	9
	Begrebsafklaring – Rehabilitering, forebyggelsestilbud og funktionsevne . . . . .	11
<b>2</b>	<b>BORGERRETTET FOREBYGGELSE I KOMMUNEN</b> . . . . .	<b>12</b>
	Henvi sning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelsestilbud . . . . .	13
<b>3</b>	<b>TIDLIG OPSPORING AF HJERTESYGDOM</b> . . . . .	<b>14</b>
	Almen praksis . . . . .	14
	Kommunen . . . . .	17
	Sygehuset. . . . .	17
<b>4</b>	<b>BEHANDLINGSANSVAR SAMT VURDERING AF BEHOV FOR REHABILITERING OG SÆRLIG STØTTE</b> . . . . .	<b>18</b>
	Vurdering af rette behandler ved hjertesygdom . . . . .	18
	Vurdering af behov ved rehabilitering . . . . .	19
	Vurdering af behov for særlig støtte . . . . .	19
<b>5</b>	<b>UDREDNING OG DIAGNOSTICERING I ALMEN PRAKSIS OG PÅ SYGEHUSET</b> . . . . .	<b>22</b>
	Indledende vurdering og henvi sning . . . . .	22
	Henvi sning til ambul ant udredning og behandling . . . . .	23
	Udredning og diagnosticering på sygehuset . . . . .	23
	Opgaver ved diagnosticering af hjertesygdom . . . . .	24
	Igangsætning af behandling og vurdering af patientens behov. . . . .	25
<b>6</b>	<b>Ambulant behandling og kontrol på sygehuset</b> . . . . .	<b>26</b>
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis. . . . .	26
	Kommunikation mellem sygehuset og kommunen . . . . .	27
	Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen . . . . .	28
<b>7</b>	<b>Opfølgning og kontrol i almen praksis.</b> . . . . .	<b>29</b>
	Medicinsamtaler på apotek . . . . .	30

<b>8</b>	<b>Genoptræning</b> . . . . .	<b>31</b>
	Risikovurdering . . . . .	31
	Genoptræningsplanen . . . . .	32
	Genoptræning i kommunerne . . . . .	32
	Indberetning til Dansk Hjerter Rehabiliterings Database . . . . .	33
<b>9</b>	<b>Påbegyndelse og afslutning af rehabiliterings- og forebyggelsestilbud</b> . . . . .	<b>35</b>
	Henvi sning fra almen praksis og sygehus et til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i kommunen . . . . .	35
	Afklarende samtale i kommunen . . . . .	35
	Afslutning på samlet forløb . . . . .	37
<b>10</b>	<b>Sygdomsmestring</b> . . . . .	<b>38</b>
	Tilgang og timing i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring . . . . .	38
	Indhold i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring . . . . .	39
	Sundhedsfaglige kompetencer . . . . .	40
	Inddragelse af pårørende i tilbud om sygdomsmestring . . . . .	41
<b>11</b>	<b>Fysisk træning</b> . . . . .	<b>42</b>
	Henvi sning fra almen praksis og sygehuse til tilbud om sygdomsmestring . . . . .	42
<b>12</b>	<b>Rygestop i kommunen</b> . . . . .	<b>44</b>
	Henvi sning fra almen praksis og sygehus et til rygestop i kommunen . . . . .	44
<b>13</b>	<b>Ernæringsindsatser</b> . . . . .	<b>45</b>
	Ernæringsindsatser på sygehus et . . . . .	45
	Ernæringsindsatser i kommunen . . . . .	45
	Kostvejledning . . . . .	45
	Diætbehandling . . . . .	45
	Henvi sning til ernæringsindsats i kommunen . . . . .	45
	Ernæringsindsatser til mennesker med hjertesygdom . . . . .	46
<b>14</b>	<b>Forebyggende samtale om alkohol i kommunen</b> . . . . .	<b>47</b>
<b>15</b>	<b>Indlæggelse på sygehus et</b> . . . . .	<b>48</b>
	Almen praksis . . . . .	48
	Kommunen . . . . .	48
	Den ældre medicinske patient . . . . .	46
<b>16</b>	<b>Udskrivelse fra sygehus et</b> . . . . .	<b>50</b>
	Kommunikation mellem sygehus et og kommunen . . . . .	50
	Plejeforløbsplan . . . . .	50
	Henvi sning til et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud . . . . .	52
	Kommunikation mellem sygehus et og almen praksis . . . . .	52
	Den ældre medicinske patient . . . . .	53
<b>17</b>	<b>Plejeindsats i kommunen</b> . . . . .	<b>54</b>
	Håndtering af medicin og hjælpemidler . . . . .	54
<b>18</b>	<b>Palliativ indsats i kommunen, almen praksis og på sygehuse</b> . . . . .	<b>55</b>
	<b>Litteratur</b> . . . . .	<b>56</b>
	<b>Bilag 1 – Henvi sning til kommunale forebyggelsestilbud</b> . . . . .	<b>59</b>

# 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. Samarbejdet mellem de syddanske kommuner, sygehuse og almen praksis er gradvist styrket over de seneste år.

I 2010 blev det første tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertekarsygdomme i Syddanmark vedtaget. Sammen med forløbsprogrammer for mennesker med KOL, type 2-diabetes og ryglidelser skulle dette styrke den samlede indsats for mennesker med kroniske sygdomme.

Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats i Syddanmark for mennesker med hjertesygdomme har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom<sup>1</sup>, National Klinisk Retningslinje for hjerterehabilitering<sup>2</sup>, Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom<sup>3</sup> samt Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom<sup>4</sup>. Nærværende forløbsprogram er funderet på disse nationale anbefalinger og retningslinjer.

Det er et prioriteret område i Sundhedsaftalen 2019-2023, at udarbejde nye forløbsprogrammer for en række diagnoser under titlen "Nye rammer for kronisk sygdom". Som et første skridt blev der i år 2015 udviklet og vedtaget en generisk syddansk model, som sætter rammen for udviklingen af nye forløbsprogrammer.

Forløbsprogrammerne skal bidrage til bedre overgange og sammenhæng i forløbet for patienten.

## Formål med forløbsprogrammet

Nærværende forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis, sygehuse 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.

KLIK PÅ DE GRØNNE HYPERLINKS



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

<sup>2</sup> Sundhedsstyrelsen (2013) – [National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering](#)

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

<sup>4</sup> Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#)

### 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". Hvor der er særskilte retningslinjer mv. for hhv. iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelser, hjerteklapsygdom og hjertesvigt, nævnes de separat.

Mennesker med hjertesygdomme har forskellige behov, og deres forløb skal tilrettelægges herefter. Derfor er det patientens individuelle situation og sygdomsbillede, som er udgangspunktet for den samlede indsats. I dette forløbsprogram er det derfor valgt ikke at benytte de 3 faser i hjerterehabileringen, som tidligere har været anvendt. Dette er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom 2018.

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.

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

### 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 – fx årskontroller og konsultationer i almen praksis, deltagelse i kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, ambulante behandling og kontrol i sygehusambulatoriet. Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer.

#### 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.

Enkelte afsnit – bl.a. afsnittene om borgerrettet forebyggelse og tidlig opsporing – er ikke bygget op om specifikke kontakter mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle, og kræver derfor en større grad af lokal opfølgning, før programmets intentioner kan omsættes til systematisk handling.

### Udarbejdelse af forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram er, ligesom de allerede godkendte forløbsprogrammer for mennesker med KOL og diabetes, blevet til i en struktureret, organisatorisk brugerinddragelsesproces.

Således er der 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 og patienter/pårørende samt systematisk inddragelse af patienter/pårørende i eget forløb. Til inspiration og hjælp til dette er kommunikationspakken udviklet, med fokus på timing af kommunikationen, hvor patienternes anbefalinger har vægtet højt i prioriteringen af emner.

### Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet

Implementeringsansvaret ligger hos den enkelte sundhedsklynge i Syddanmark.

Forløbsprogrammet er forankret i Følgegruppen for Forebyggelse, der løbende følger arbejdet hermed.

Forløbsprogrammet opdateres efter behov på baggrund af henvendelser til følgegruppen, som eksempelvis kan omhandle større nationale og lokale ændringer i samarbejdet om forløb med mennesker med hjertesygdom. Strategisk Sundhedsstyregruppe er ansvarlig for at sikre, at forløbsprogrammet er ajourført og tidssvarende.

Da forløbsprogrammet ikke gennemgår de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats, vil disse ikke blive monitoreret som en del af forløbsprogrammet. Ansvar for at monitorere og kvalitetssikre de specifikke indsatser ligger hos de enkelte sektorer.

Ud over overenskomsten for almen praksis pågår der andre initiativer, hvis løsninger løbende kan indarbejdes i forløbsprogrammet i takt med, at der skabes evidens for løsningernes effekt i form af øget behandlingskvalitet, patienttilfredshed, ressourceoptimering etc.

### Telemedicin og digitale løsninger:

Telemedicinske og øvrige digitale løsninger betragtes som vigtige elementer i fremtidens borgernære sundhedsvæsen og i det tværsektorielle samarbejde om mennesker med hjertesygdomme. Telemedicin tillader tidstro dataudveksling, kommunikation og monitorering, hvilket muliggør koordinerede parallelle behandlings- og rehabiliteringsindsatser på tværs af sektor og aktører.

Med afsæt i sundhedsstyrelsens anbefalinger<sup>5</sup> er der i Region Syddanmark igangsat de første aktiviteter i forhold til udbredelse af telemedicin til borgere med hjertesvigt på tværs af almen praksis, kommuner og hospitaler. Forløbsprogrammet vil derfor blive opdateret, når der foreligger godkendte dokumenter i relation til indsatsen med hensyn til ansvar og samarbejde mellem de forskellige aktører. Det forventes, at de første borgere med hjertesvigt vil kunne tilbydes telemedicin i 2024.

### 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<sup>6</sup>. 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".

### Komorbiditet og parallelle indsatser

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 – fx på tværs af sygehusafdelinger.

<sup>5</sup> Sundhedsstyrelsen – Folder om "Telemedicin til mennesker med hjertesvigt"

<sup>6</sup> Det Digitale Sundhedscenter



Komorbiditet stiller større krav til kommunikation og koordination internt og på tværs i sundhedsvæsenet.

Forløbsprogrammet har desuden fokus på, at kommuner, almen praksis og sygehuse – ved behov – skal igangsætte indsatser parallelt i forbindelse med behandling, rehabilitering og særlig støtte for borgere med hjertesygdomme.

### **Inddragelse af patienter og pårørende**

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at patienter og pårørende inddrages under hele forløbet. Inddragelse af patienternes viden og ressourcer – både i udviklingen af sundhedsvæsenets ydelser overordnet og i de individuelle forløb – kan medvirke til øget kvalitet i behandlingen og større tilfredshed.<sup>7</sup>

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:<sup>8,9</sup>

- 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<sup>10,11</sup>. 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 behandling<sup>12</sup>. Ved behandling af patienter med hjertesygdomme er inddragelse særlig relevant, dels fordi hjertesygdomme er kroniske sygdomme, som patienten normalt lever med i mange år, dels fordi en stor del af behandlingen af hjertesygdomme foretages af patienten selv eller dennes pårørende i eget hjem.

Set i lyset af de kendte effekter af inddragelse 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. Det kan eksempelvis være valg af forebyggelsesindsats som rygestop, ernæringsindsats og fysisk træning eller valg af medicinsk behandling, hvor der fx findes flere forskellige typer behandling med god forventet effekt, men med forskellige bivirkninger og indvirkning på patientens hverdag.

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

<sup>7</sup> Freil M & Knudsen JL (2009) Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Ugeskrift for Læger 171(20), 1694.

<sup>8</sup> Coulter A (2012) Patient Engagement – What Works?. The journal of Ambulatory Care Management, 35(2):80-89.

<sup>9</sup> Stacey D et al (2014) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration.

<sup>10</sup> 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

<sup>11</sup> Serrano, V. et al (2016) Shared decision-making in the care of individuals with diabetes, Diabetes Medicine. Jun;33(6):742-51

<sup>12</sup> Coulter A. (2012) Patient Engagement – What Works? The journal of Ambulatory Care Management. 35(2):80-89



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 pårørende.

Kommunikationspakken fokuserer desuden på timing af kommunikation, og baserer sig til dels på hvad patienter og pårørende har givet udtryk for på workshoppen i tilblivesprocessen af forløbsprogrammet.

### **Patientrapporterede oplysninger (PRO-data)**

PRO-data har til formål at inkludere patienternes egne oplevelser og målinger af livskvalitet, funktionsniveau, helbred mv.

Der eksisterer et nationalt skema for PRO til hjerterehabilitering (iskæmi), som indeholder områder indenfor generelt helbred, trivsel, symptomer mm. PRO-pakken, indeholdende det endelige PRO-spørgeskema og tilhørende dokumenter, kan tilgås igennem Spørgeskemabanken<sup>13</sup>.

Den nationale PRO-styregruppe har besluttet at skemaet til hjerterehabilitering (iskæmi) bør anvendes i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer. I 2022 er der påbegyndt udvikling af et PRO-skema til hjertesvigt.

---

<sup>13</sup> PRO-sekretariatet (Patientrapporterede Oplysninger) – [Spørgeskemabank](#)

**Begrebsafklaring – Rehabilitering, forebyggelsestilbud og funktionsevne**

Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig 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 tilbud, der indgår i Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og i betydningen forebyggelse med et rehabiliterende sigte, baseret på funktionsevnebegrebet. Forebyggelse skal her forstås som en delmængde af rehabilitering<sup>14</sup>.

Funktionsevne anvendes jf. WHO's model for "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)" som forståelsesramme for rehabilitering. Modellen er en biopsykosocial model. Funktionsevnen som det centrale i modellen indgår i et dynamisk samspil med helbred og kontekst (omgivelses- og personlige faktorer). 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.

---

<sup>14</sup> Sundhedsstyrelsen, 2016, Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

## 2 | Borgerrettet 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 den borgerrettede forebyggelse – særligt rammer for fysisk aktivitet (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. Det hænger sammen med, at rygning øger risikoen for åreforkalkning og blodpropper. Derudover har også passiv rygning betydning for udviklingen af iskæmisk hjertesygdom. Udsættes man for passiv rygning, øges risikoen for iskæmisk hjertesygdom med 20-30%. Forebyggelse af rygning samt rygestop er derfor en vigtig del af at forebygge iskæmisk hjertesygdom<sup>15</sup>.

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<sup>16</sup> og motion<sup>16</sup> samt på at undgå overvægt. Læs mere om forebyggelse på hjerteforeningens hjemmeside<sup>16</sup>.

Kommunen har med sin borgerrettede 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, således at iskæmisk hjertesygdom og andre livsstilsrelaterede sygdomme kan forebygges.

For at sikre en solid indsats for at forebygge iskæmisk hjertesygdom bør kommunerne leve op til anbefalingerne på grundniveau i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker om henholdsvis fysisk aktivitet<sup>17</sup>, mad og måltider<sup>17</sup>, overvægt<sup>17</sup>, tobak<sup>17</sup> samt alkohol<sup>17</sup>.

Det er kendt, at risikofaktorer er ulige fordelt i samfundet. Uligheden hænger sammen med uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, køn, civilstatus, bopæl, etnicitet mv.<sup>18</sup>. Kommunen skal derfor tilrettelægge sin forebyggende indsats, så den tager særligt højde for denne sociale ulighed.

---

<sup>15</sup> Hjerteforeningen – [Rygning](#)

<sup>16</sup> Hjerteforeningen – [Forebyggelse – Sådan lever du sundere](#)

<sup>17</sup> Sundhedsstyrelsen – [Forebyggelsespakker](#)

<sup>18</sup> Sundhedsstyrelsen (2011) – [Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser, kap. 1-3](#)



### Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelsestilbud

Mange kommuner tilbyder gratis forebyggende tilbud til borgere, der er i risiko for fx at udvikle en iskæmisk hjertesygdom – fx tilbud om fysisk træning, ernæringsindsats og rygestop. Tilbuddene fremgår af [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk). Kommunernes beskrivelser af tilbuddene er fagligt opdaterede og retvisende.

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 skal derfor tale med borgeren om muligheden for deltagelse og om borgerens motivation herfor. Ligeledes er det en stor hjælp, hvis også læger og praksispersonale i almen praksis gør dette. De sundhedsprofessionelle kan involvere borgere og deres pårørende efter behov med værktøjer som fælles beslutningstagning og lignende.

Henvisningen fra sygehus og almen praksis sker elektronisk og skal ske via MedCom-standarden XREF15 (bilag 1).

Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Der kan være enkelte tilbud i kommunerne, som ikke kræver en lægehenvi-ning, eks. de kommunale rygestoptilbud. Her kan borgerne selv henvende sig.

#### Very Brief Advice (VBA):

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 rygestatus
2. Rådgiv om den bedste måde til at opnå rygestop (kombination af støtte fra uddannede fagfolk og medicin)
3. Henvis til eksisterende rygestoptilbud ved interesse herfor

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



#### 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 bør 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 følgende undersøgelser:

- Blodtryk
- Puls
- Respiration
- Stetoskopi af hjerte og lunger
- Eventuelt blodprøver
- Eventuelt EKG

Patienten inddrages i mistanken om hjertesygdom og i resultatet af de indledende undersøgelser, således at patienten kan være med til at tage beslutning om det videre forløb. Afhængigt af vurderingen er det den praktiserende læges beslutning, om patienten skal indlægges akut eller henvises til et ambulantly udrednings- og behandlingsforløb. Læs mere herom i kapitel 5 vedr. udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset.

Den praktiserende læge vurderer samtidig behovet for at udarbejde en hjerteforløbsplan. Hjerteforløbsplanen kan oprettes for patienter med forhøjet kolesterol eller forhøjet blodtryk, der har forhøjet risiko for at udvikle hjertesygdom.

Forløbsplanerne 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.



### Kendetegn og risikofaktorer iskæmisk hjertesygdom<sup>19</sup>

#### Kendetegn

Ved iskæmisk hjertesygdom forstås en tilstand med nedsat blodforsyning til hjertemusklen i et sådant omfang, at der opstår iskæmi (iltmangel i hjertemusklen).

Typiske symptomer er brystmerter som eks. trykkende, pressende eller klemmende smerter og ubehag. Undertiden beskrives svien eller tunghed. Mere atypiske symptomer kan være åndenød, kvalme eller træthed.

#### Risikofaktorer

- Forhøjet blodtryk (Hypertension)
- Forhøjet kolesterol (hyperkolesterolæmi), familiær hyperkolesterolæmi er en stærk arvelig risikofaktor for tidlig udvikling af iskæmisk hjertesygdom, og nyere studier har påvist en højere forekomst end tidligere antaget samt en betydelig underdiagnosticering i Danmark.
- Rygning
- Alder
- Mænd har øget risiko
- Diabetes
- Arvelighed
- Overvægt som led i metabolisk syndrom
- Visse nyresygdomme

Der ses en betydelig social ulighed i forekomsten af iskæmisk hjertesygdom, og den sociale ulighed gør sig også gældende i forhold til dødelighed.



### Kendetegn og risikofaktorer hjerterytmeforstyrrelser<sup>20,21,22</sup>

#### Kendetegn

Hjerterytmeforstyrrelse (arytmi) er en forstyrrelse i hjertets elektriske ledningssystem. Nogle rytmeforstyrrelser vil være asymptomatiske, mens andre kan have symptomer som træthed, åndenød, hjertebanken og brystmerter.

#### Risikofaktorer

- Alder
- Arteriel hypertension
- Hjertesvigt
- Takykardiomyopati
- Klapsygdomme
- Kardiomyopati og ion-kanal sygdomme
- Atrioseptumdefekt
- Andre medfødte hjertesygdomme
- Iskæmisk hjertesygdom
- Hyperthyreose, også subkliniske tilstande
- Svær overvægt
- Diabetes
- Kronisk obstruktiv lungesygdom
- Søvnapnø
- Nyresvigt

<sup>19</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Stabil iskæmisk hjertesygdom](#)

<sup>20</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Atrieflimren og atrieflagren](#)

<sup>21</sup> Hjerteforeningen – [Atrieflimren-og-atrieflagren](#)

<sup>22</sup> Hjerteforeningen – [Arytmi-rytmeforstyrrelser](#)



## Kendetegn og risikofaktorer hjertesvigt<sup>23,24,25</sup>

### Kendetegn

Hjertesvigt opstår, når hjertet ikke er i stand til at pumpe nok blod rundt i kroppen. Sygdommen kan være forårsaget af mange forskellige hjertekarsygdomme, og udvikler sig som regel over mange år, men kan i sjældne tilfælde opstå pludseligt og være akut livstruende.

Symptomerne er åndenød, øget træthed og/eller væskeophobning i kroppen.

### Risikofaktorer

- Omkring halvdelen af mennesker med hjertesvigt har andre kroniske sygdomme, og nogle kombinationer af sygdomme er mere udbredte end andre
- Ca. 25 pct. af mennesker med hjertesvigt har samtidig Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og/eller type 2-diabetes, hvilket især skyldes, at hjertesygdom er en hyppig følgesygdom til KOL og type 2-diabetes
- Den hyppigste årsag til hjertesvigt er iskæmisk hjertesygdom/blodprop i hjertets kranspulsårer med tab af hjertemuskelvæv. Andre årsager er blandt andet hypertension, sygdomme i hjertemuskulaturen (kardiomyopati) og atrieflimren.

Der er observeret en social ulighed ved hjertesvigt, hvor der ses en øget dødelighed blandt mennesker med kort uddannelse.



## Kendetegn og risikofaktorer hjerteklapsygdom<sup>26,27</sup>

### Kendetegn

Hjerteklapsygdom er en fællesbetegnelse for tilstande med dysfunktion af hjerteklapperne i form af stenose (forsnævring) og/eller insufficiens (utæthed).

Fællessymptomet for alle klapsygdomme er åndenød ved fysisk aktivitet. Øvrige symptomer afhænger af, hvilken klap, der er påvirket af sygdommen. Fx kan aortastenose give angina pectoris og synkoper.

### Risikofaktorer

- Forekomsten af hjerteklapsygdom er højere blandt mænd i alle aldersgrupper – dog på nær de +85 årige, hvor der er en højere forekomst blandt kvinder
- Hjerteklapsygdom kan skyldes flere ting som fx lokal degeneration eller forkalkning af hjerteklapperne, medfødte forandringer, som følge af infektionssygdomme eller iskæmisk hjertesygdom.

Der ses en social ulighed i forekomsten, hvor mennesker med kort uddannelse har højere forekomst af hjerteklapsygdom end mennesker med lang uddannelse.

<sup>23</sup> Hjerteforeningen – [Hjerteinsufficiens/Hjertesvigt](#)

<sup>24</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Akut hjertesvigt](#)

<sup>25</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Kronisk hjertesvigt](#)

<sup>26</sup> Hjerteforeningen – [Hjerteklapsygdom](#)

<sup>27</sup> Dansk cardiologisk Selskab – [Hjerteklapsygdom](#)



### 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 kontaktoverflade 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 rehabiliterings- og forebyggelsestilbud – fx fysisk træning, ernæringsindsats, rygestop, forebyggende samtale om alkohol mv.

### Sygehuset

Der skal på sygehusene være en særlig opmærksomhed på kliniske symptomer på og risikofaktorer for hjertesygdom. Det kan også gælde fx i forbindelse med skadestuebesøg, akutte indlæggelser og ved undersøgelser forud for kirurgiske indgreb.

Generelt skal sygehuset vurdere patienters sundhedsmæssige risiko ud fra risikofaktorer og sundhedsadfærd. 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 helbredtstilstand, vejledning om forebyggelsesmuligheder, og efter aftale med patienten henvisning til kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Henvisning til kommunernes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud skal ske via MedCom-standarden XREF15 (bilag 1).

Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb.

## 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 diagnosticering, 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.

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 endvidere om at henvende sig til praktiserende læge, såfremt patienten ikke modtager en indkaldelse til undersøgelse eller behandling på sygehus inden for 8 kalenderdage.

### **Behandlingsansvar i forbindelse med ambulante forløb og indlæggelse**

For ambulante patienter er almen praksis normalt tovholder for den samlede sundhedsfag-

lige 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, såfremt det vurderes, at patienten har behov herfor.

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

### **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. Ansvaret omfatter præoperativ optimering, herunder optimering af den medicinske behandling, risikofaktormodificering og planlægning af rehabiliteringsforløb for den invasive behandling samt fremskyndelse af den invasive behandling, hvis dette vurderes nødvendigt. Såfremt 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

Den sundhedsprofessionelle, der ser et behov for rehabiliterings- eller forebyggelsesindsats hos en patient med hjertesygdom, skal altid reagere på det. Det gælder både egen læge, kommuner og sygehuse.

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 henvissende læge og/eller sygeplejerske taler med patienten om vigtigheden af rehabilitering og forebyggelse, således at rehabilitering og forebyggelse italesættes som en integreret del af behandlingen for hjertesygdommen.

Kommunens oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) er fagligt opdateret og retvisende. Hos almen praksis og på sygehusene skal der løbende være opmærksomhed på muligheden for at henvise til kommunale rehabiliteringstilbud. Henvisningen skal ske via MedCom-standarden XREF15. Henvisningen sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb. Man bør ved henvisning være opmærksom på kendte barrierer (alder, socioøkonomisk status, etnicitet, køn, komorbiditet, misbrugsproblemer, psykisk sygdom) for deltagelse og fastholdelse i hjerte-rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, og aktivt håndtere disse med henblik på at fastholde deltagere i hjerterehabilitering<sup>28</sup>.

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 (XREF 15) 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 ej<sup>29</sup>.

For patienter, der har været akut indlagt i forbindelse med hjertesygdom, kan det desuden bidrage til patientens oplevelse af trykthed, 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 15 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.

<sup>28</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering](#)

<sup>29</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering med genoptræningsplan](#)

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

Sundhedsstyrelsen<sup>30</sup> anbefaler, at patienter med behov for særlig støtte tilbydes udvidet forløbskoordination for at fastholde patienten i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Den udvidede forløbskoordination kan foregå både på sygehuset og i kommunen. Det enkelte sygehus kan eksempelvis vælge at koordinere samarbejdet med og om patienter med hjertesygdom gennem en kontaktpersonordning eller forløbskoordinerende funktion.

#### **Forløbskoordination på sygehuset skal sikre:**

- Dialog mellem sygehusafdelinger for at kombinere ambulante indkaldelser og undgå konfliktende tider, således at forløbet tilrettelægges med mest mulig hensyntagen til patienten
- Tilstrækkelig information om patientens særlige forhold i epikriser og korrespondance-meddelelser 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 forebyggelsesindsats<sup>31</sup>

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* eller *sundhedsloven*.

Generelt bør alle sundhedsprofessionelle have fokus på, hvorvidt patienterne har et behov for støtte i forhold til arbejdsmarkedstilknøytning. Nyere undersøgelser viser eksempelvis, 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 hjertesygge<sup>32,33</sup>.

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. Henvisningen sker elektronisk og skal ske via MedCom-standard XREF15. Kommunen skal i en korrespondancemeddelelse kvittere for modtagelse af henvisningen fra almen praksis og kontakter herefter patienten for en dialog om dennes behov mv.

<sup>30</sup> Sundhedsstyrelsen (2012) – [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model](#)

<sup>31</sup> Jævnfør SAM:BO – [Samarbejdsaftale mellem kommuner og region og borger/patientforløb i Region Syddanmark](#)

<sup>32</sup> Hjerteforeningen og Bisbebjerg Hospital 2016.

[Hjerteforeningens rådgivning – en undersøgelse af behov for rådgivning blandt hjertepatienter og pårørende](#)

<sup>33</sup> Rådgivende sociologer 2012 – [Hjertesygges ønsker og behov](#)



### 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 lav egenomsorgsevne

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

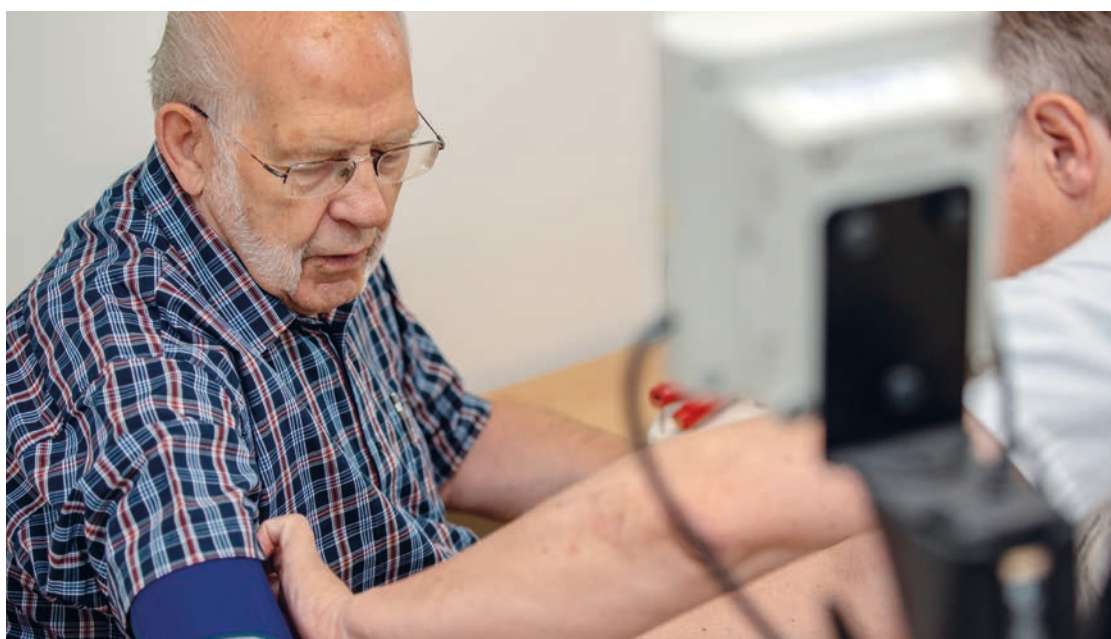
I kontakten med patienter af anden etnisk baggrund kan det være vigtigt at være opmærksom på følgende:

- 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



## 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)
- I de tilfælde hvor det vurderes relevant oprettes en hjerteforløbsplan for patienten.

Den praktiserende læge foretager en indledende klinisk vurdering<sup>34</sup> af, hvor akut/alvorlig tilstanden er. Afhængigt af denne vurdering beslutter den praktiserende læge, om patienten skal indlægges akut eller henvises til et ambulans udrednings- og behandlingsforløb.

### Behov for akut udredning og behandling

Et mindretal af patienter, der får foretaget en vurdering ved almen praksis, henvises akut til udredning og behandling under indlæggelse på sygehus. Ved akutte medicinske tilfælde, fx akut koronart syndrom (AKS), er umiddelbar transport til sygehus med ambulance væsentlig. Ambulancetransporten skal rekvireres som udrykningskørsel (kørsel1). Ved behov for akut indlæggelse bør praktiserende læge informere modtagende afdeling om hjertereanamnese, komorbiditet og andre væsentlige oplysninger. Generelt gælder det for akutte tilstande i almen praksis, at lægen skal forblive hos patienten til ambulansens ankomst, og patientens behov for ledsagelse af læge skal vurderes i det enkelte tilfælde<sup>35</sup>.

### Behov for ambulans udredning og behandling

Hovedparten af patienterne kan imidlertid udredes ambulans enten på sygehusambulatoriet, hos praktiserende speciallæge i kardiologi eller i almen praksis suppleret med undersøgelser på sygehus 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 vagthavende 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 inklusiv undersøgelsesfund med henblik på fælles beslutningstagen om det videre forløb.

<sup>34</sup> Sundhedsstyrelsen 2018 – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom](#)

<sup>35</sup> Sundhedsstyrelsen 2010 – [Vejledning om behandling af patienter med akutte atypiske brystmerter](#)

## Henvi sning til ambul ant udredning og behandling

Såfremt den indledende kliniske vurdering giver grundlag for henvi sning til ambul ant udredning og behandling på grund af mistanke om eller kendt hjertesygdom, udfylder den praktiserende læge en henvi sning. Ved henvi sning forstås en systematisk og fyldestgørende henvi sning fra almen praksis til kardiologisk speciallæge på sygehus eller til kardiologisk speciallægepraksis.



### Henvi sningen bør omfatte

- Struktureret hjerteanamnese
- Oplysninger om risikofaktorer (familiær disposition, hypertension, diabetes, kolesterolniveau og tobaksrygning)
- Kendt hjertesygdom inklusive tidligere hjerteoperationer
- 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, fx blodtryk, EKG og stetoskopisk mislyd
- 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 telefonnummer og henvi sende læges telefonnummer

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

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 henvi sningen, 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. Henvi sningsproceduren kan således foregå i to forskellige spor, men henvi sningen indeholder samme oplysninger. Som beskrevet i kapitel 4 om behandlingsansvar samt vurdering af behov for rehabilitering og særlig støtte skal det tydeligt fremgå, såfremt 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/speciallægepraksis at informere henvi sende læge herom.

## Udredning og diagnosticering på sygehuset

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

Ved hjælp af henvi sningen, som systematisk beskriver patientens hjertesymptomer, undersøgelsesfund, betydende komorbiditet og funktionsniveau, planlægger kardiologen patientens forløb på kardiologisk afdeling/speciallægepraksis i samarbejde med patienten.

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. Det påhviler den ansvarlige afdeling at udarbejde en plan for hurtig stabilisering af patienter med komorbiditet. Koordination på behandlerniveau specialerne imellem kan, udover at bidrage til et godt patientforløb, mindske risikoen for fx unødvendig polyfarmaci eller unødvendige ambulante besøg.

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](http://www.cardio.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. Lægen bør desuden hjælpe patienten og pårørende med at sortere i den information, de modtager, således at vigtigst og mest væsentlig information fremhæves (eksempelvis vigtigheden af rygestop). Dette øger trygheden og patientens og de pårørendes mulighed for at kunne tage hånd om situationen.

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre sig, at patienten og eventuelt pårørende er oplært i sygdomskontrol og medicin håndtering. Herunder skal lægen informere patienten og pårørende om, hvilke symptomer de skal være opmærksomme på, og hvordan de skal agere på disse. Apotekerne kan bistå hermed og har en national aftalt ydelse om medicinsamtale, der er gratis for alle patienter med kronisk sygdom. Den behandlingsansvarlige læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret sin medicin håndtering.

### 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 medicin efterlevelse (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.



### Igangsætning 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).

Kommunikationspakken oplister emner, der er vigtige at kommunikere til patienten på diagnosetidspunktet

Henvielse til kommunernes rehabiliterings- og forebyggelsestilbud sker elektronisk og skal ske via MedCom-standarden XREF15. Henvielsen sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb.

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

I forbindelse med diagnosticeringen kan lægen med fordel udlevere "Patientens tjekliste til kommunikation", som findes i kommunikationspakken for nydiagnosticerede patienter.



#### 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 har været indlagt, bør vedkommende gå til kontrol på sygehuset senest 14 dage efter udskrivelsen, hvor behovsvurderingen senest finder sted. Herudover bør patienten gå til en kontrol seks måneder efter udskrivelsen, hvor der tages stilling, om årskontrol skal ske hos egen læge eller i sygehusambulatoriet.

Behovsvurderingen sker i et samarbejde mellem kardiologen, patienten og eventuelt pårørende og andre relevante sundhedsprofessionelle. Den kan foregå 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, 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 i opfølgningsperioden
- 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 via epikrisen. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standarden **det gode ambulantnotat/epikrise**. Det anbefales, at sygehuset kun sender den information, som almen praksis behøver for at kunne varetage det videre forløb. 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. Notater sendes kun, hvis der er væsentlig ny information. Epikrisen farvemærkes med rødt, gult eller grønt alt efter behov for opfølgning hos egen læge.

Når behandlingsansvaret ligger hos sygehusambulatoriet, bør løbende receptfornyelse ske i forbindelse med ambulant behandling/kontrol, således at 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.



### **Kommunikation mellem sygehuset og kommunen**

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med ambulant behandling og kontrol er præciseret i Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO).

Sygehuset bør henvise borgere med behov for forebyggende- og/eller rehabiliterende sundhedstilbud (se afsnit 9) til en afklarende samtale i kommunerne. Det sker via MEDCOM standarden Kommunehenvisning (XREF15). Kommunerne følger de kvalitetsstandere der er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen (udkommer 2023). Kommunernes oversigt over tilbuddene, der kan følge en afklarende samtale, kan ses på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk). Disse er retvisende og løbende opdateret.

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

Kommunikationspakken præsenterer desuden hvilke emner der er vigtige at tale med patienten om i behandlings og rehabiliteringsindsatsen.

Patienter med komorbiditet er ofte tilknyttet flere sygehusafdelinger. Sygehusene bør 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.



## Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen

- Plan for det videre forløb med særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter ambulante 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 medicinbehandling
- Er patienten henvist til kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud?
- Komorbiditet og smerter
- Ernæringstilstand med særlig opmærksomhed på overvægt og uplanlagt væggtab
- 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

Kommunikationen vedr. genoptræning i kommunen kan ses på side 30-33.

## 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 familiedlem 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 eller afslutning af ambulat forløb 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 senest seks måneder efter udskrivelsen ved en sygehuskontrol 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 klinisk status (med CCS og NYHA klassifikationssystemerne, risikofaktorkontrol (blodtryk, lipider, diabetes, diabetes-screening, fysisk aktivitet og rygestatus) psykosocial status (angst og depression) og arbejdsfastholdelse.

Praktiserende læge anbefales at have særlig opmærksomhed på eventuelle kognitive skader efter hjertestop.

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 mod blodtrykket, hyperlipidæmi, diabetes og psykiske lidelser.

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.

Ved patienter med komorbiditet og multisygdom overdrager den kardiologiske afdeling/speciallægepraksis ansvaret for at koordinere behandlingen af disse sygdomme til de relevante afdelinger ved udskrivelsen. I den forbindelse overdrages relevant information efter aftale med patienten.

### 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. Eller hvis borgerne har fået medicin herfor i mere end 12 måneder og har udfordringer med medicin efterlevelsen.

Medicinsamtalen er gratis for patienten og har fokus på patientens kendskab til den ordinerede medicinske behandling og understøtter en højere grad af medicin efterlevelse (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.



### 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 | Genoptræning

Patienter med en hjertesygdom kan efter et sygdomsforløb have behov for genoptræning. Genoptræningen af hjertepatienter kan foregå i kommunerne eller på sygehusene. Træningsrisikoen skal vurderes som forudsætning for en beslutning om, hvorvidt patienten kan træne i kommunalt regi eller skal træne på sygehus.

### Risikovurdering

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

Patienterne kan inddeles i følgende tre grupperinger:<sup>36,37</sup>

- Patienter, der ikke vurderes at være risikopatienter i forbindelse med fysisk træning, 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 træning. Resultatet af arbejdstesten indgår i vurderingen af patientens træningsrisiko og dermed i beslutningsgrundlaget for, i hvilket regi patienten skal genoptrænes.

Patienter kan efter CABG og klapoperationer arbejdstestes jf. anbefalinger fra den nationale behandlingsvejledning<sup>36</sup> samt holdningspapiret fra Dansk Cardiologisk Selskab<sup>38</sup>.



### Patienterne kan henvises til både:

- genoptræning efter Sundhedslovens §140 og til
- forebyggelsestilbud efter Sundhedslovens §119, stk. 2

Har patienten behov for genoptræning sker henvisningen via en genoptræningsplan (GGOP).

Har patienten behov for forebyggelsestilbud og sygdomsmestring sker henvisningen via XREF15.

- Patienter, som har forhøjet risiko ved fysisk træning genoptrænes på sygehuset. Der udarbejdes en specialiseret genoptræningsplan. Det er patienter som typisk har komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnedesættelser af væsentlig betydning for et eller flere livsområder, herunder evt. alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen<sup>39</sup>.

<sup>36</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering](#)

<sup>37</sup> Denne inddeling af patienterne ud fra risikovurdering svarer til den, som Region Midtjylland anvender i deres forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom, 2015 [www.sundhedsaftalen.rm.dk](http://www.sundhedsaftalen.rm.dk). I Region Syddanmarks forløbsprogram er det fravalgt at benytte de 3 faser i hjerterehabiliteringen, som tidligere har været anvendt. Dette er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom 2018.

<sup>38</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Holdningspapir om arbejdstest](#)

<sup>39</sup> Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner nr. 9538 af 02/07/2018.



### Risikopatienter<sup>40</sup>

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

Disse fremgår af den nationale behandlingsvejledning for hjerterehabilitering<sup>41</sup>.

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

### 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).

#### Heraf fremgår at:

- Udgangspunktet i bekendtgørelsen er, at kommunen igangsætter genoptræningsforløbet inden for 7 kalenderdage efter at borgeren udskrives fra sygehuset.
- Hvis kommunen ikke kan tilbyde opstart af genoptræningen inden for 7 kalenderdage, har patienten ret til frit at vælge en privat leverandør, som er godkendt af KL.

Kilde: Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner nr. 9538 af 02/07/2018

- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet senere end de 7 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.
- Genoptræningsplanen er en lægehenvielse, som ikke kan tilsidesættes.

For patienter, hvor der er tvivl om hvorvidt, de er egnede til kommunal genoptræning, indgår en symptomlimiteret arbejdstest i grundlaget for vurderingen. Hvis arbejdstesten først kan ske efter udskrivelsen, skal der udarbejdes en specialiseret genoptræningsplan på udskrivelsestidspunktet. Patienten overgår til almen genoptræning i kommunalt regi, hvis arbejdstesten efterfølgende viser, at dette er muligt. Arbejdstesten skal udføres senest to uger efter udskrivelsen ved ambulante kontrol på sygehuset.

Herunder findes en kort oversigt over rammerne for tilbud om fysisk træning til patienter med en hjertesygdom og over den kommunikation, aktørerne skal have i forbindelse med disse ydelser. For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til Sundhedsloven og Serviceloven.

### Genoptræning i kommunerne

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

For patienter som henvises til genoptræning på basalt niveau gælder at patienten typisk har enkle og afgrænsede funktionsevnedesættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevne og/eller genoptræningsindsatsen.

For patienter som henvises til genoptræning på avanceret niveau gælder at patienten typisk har omfattende funktionsevnedesættelser, ofte af betydning for flere livsområder, herunder evt. komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

<sup>40</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering](#)

<sup>41</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering med risikovurdering](#)



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.

Med hensyn til brug af watt-max test som arbejdstest i kommunerne henvises til holdningspapiret fra Dansk Selskab for Hjerte- og lungefysioterapi<sup>42</sup>.

### Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD)

Formålet med DHRD er:

- At indsamle sundhedsfaglige data om hjerterehabiliteringen i Danmark på patientniveau og programniveau
- At danne grundlag for vurdering af kvalitet over tid/ mellem tilbud
- At optimere kvaliteten af hjerterehabiliteringen i Danmark ved feedback til afdelingerne/kommuner
- At være datakilde for forskning
- At understøtte overgange fra mellem sektorer

### Kvalitetsudvikling

Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD) medvirker til at udvikle og forbedre hjerterehabiliteringsindsatsen i Danmark på tværs af sektorgrænser. DHRD er en database i Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP) og databasen blev etableret i 2013. I forbindelse med at kommunerne skulle overtage en del af hjerterehabiliteringen fik DHRD godkendelse til indsamling af kommunale data fra 1. februar 2019.

Kommunerne har overtaget fase to hjerterehabiliteringen, hvilket betyder, at kommunerne har en forpligtigelse til at indberette data til DHRD. 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.

De kommunale data omfatter de non-farmakologiske indikatorer. DHRD udgiver hvert år en årsrapport, som viser resultaterne og indeholder regionale og kommunale data. DHRD udvikles løbende, således indikatorerne er relevante for kvalitetsarbejdet. Årsrapporter, indikatorsæt og informationer om databasen fremgår af DHRD's hjemmeside<sup>43</sup>.

For at styrke den løbende kvalitetsforbedring, får sygehusene månedligt rapporter fra RKKP omkring egne resultater, imens at det for kommuneren er det muligt at trække egne data ud af HjerteSyd og/eller at få egne data tilsendt af RKKP.

I Syddanmark anvender kommunerne HjerteSyd databasen til at indberette data til DHRD. En tværsektoriel arbejdsgruppe, i regi af Sundhedsaftalen 2019-2023, har ansvar for løbende at udvikle og opdatere HjerteSyd databasen. Arbejdsgruppen har endvidere fokus på at kvalitetssikre de data, som overføres fra HjerteSyd til DHRD, og at arbejde med kvalitetsudvikling af den tværsektorielle hjerterehabilitering på baggrund af data og praksis. Kvalitetsudviklingen skal bidrage til at sikre ensartet kvalitet og sammenhæng i hjerterehabiliteringen på tværs af sygehus og kommune i Syddanmark.

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

<sup>42</sup> Dansk Selskab for Hjerte- og lungefysioterapi – [Watt-max-testen](#)

<sup>43</sup> [Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase \(DHRD\)](#)



## Sygehuset

<b>Genoptræning under indlæggelse</b> (Sundhedsloven §5)	Sygehuset har ansvaret for genoptræning under indlæggelse.
<b>Udarbejdelse af genoptræningsplaner</b> (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 GGOP og patientens praktiserende læge, hvis patienten har givet samtykke hertil.  Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivelsestidspunktet.
<b>Varetagelse af specialiseret genoptræning</b>	Sygehuset har ansvaret for den specialiserede genoptræning.



## Kommunen

<b>Almen genoptræning</b> (Sundhedsloven §140)	Når kommunen modtager en genoptræningsplan fra et sygehus, skal kommunen tilbyde patienten genoptræning.
<b>Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse</b> (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.
<b>Vedligeholdende træning</b> (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.
<b>Forebyggende træning</b> (Sundhedsloven §119, stk. 2)	Kommunen kan tilbyde træning til patienter med hjertesygdom med henblik på at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen.

## 9 | 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, rygestop og fysisk træning <sup>44</sup>.

I henvisningen fra sygehuset til kommunen skal det fremgå, hvilke behov der tidligere er afdækket i forløbet på sygehuset. Læs mere herom i kapitel 6 ambulans behandling og kontrol på sygehuset. Behovet for øvrige indsatser (fra øvrige fagpersoner) skal afklares i den afklarende samtale.

Hvis en patient fravælger et rehabiliterings- eller forebyggelsestilbud i kommunalt regi, skal der være mulighed for, at patienten på et senere tidspunkt kan henvende sig og igen få et tilbud.

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

Når almen praksis og sygehuset henviser til kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, det skal ske elektronisk, og det skal ske via MedCom-standarden XREF15. Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb.

Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliterings- og forebyggelsestilbud ses på [www.sundhed.dk](http://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**

Rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddet skal indledes med en individuel afklarende samtale. På baggrund af henvisningen fra egen læge eller sygehuset, kontakter den sundhedsprofessionelle i kommunen patienten for at aftale tidspunkt og sted for en afklarende samtale. Den sundhedsprofessionelle kan med fordel gøre patienten opmærksom på muligheden for at tage en pårørende med til den afklarende samtale.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud og til målet med at deltage i tilbuddene. Formålet med samtalen er desuden, at den sundhedsprofessionelle støtter patienten i at prioritere de tilbud, som patienten har størst behov for.

---

<sup>44</sup> Sundhedsstyrelsen (2018) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom, kapitel 6**



For at afdække patientens behov bør den afklarende samtale omhandle fx ressourcer og udfordringer hos patienten ifm. patientens hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation. Patientens ønske om information er varierende. Det er derfor vigtigt at tage afsæt i den enkelte patient og spørge ind til dennes behov for information i starten af og løbende gennem forløbet. Det er som fagperson vigtigt løbende at foretage en vurdering i forhold til hvilken information, der bør gives. I vurderingen skal indgå en overvejelse om, hvorvidt patientens situation er stabil, og hvad information vil gøre ved patientens aktuelle situation – positiv eller negativ indflydelse.

Kommunikationspakken præsenterer hvilke emner, der kan være vigtige at kommunikere til patienten i forbindelse med rehabiliteringsindsatsen.

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

Den sundhedsprofessionelle bør også have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper.

Den afklarende samtale er indledningen på et eventuelt forløb i kommunen med deltagelse i ét eller flere rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Samtidig hermed kan der i forløbet gennemføres andre rehabiliteringsindsatser som fx socialfaglig indsats eller beskæftigelsesindsats, såfremt komplikationer ved patientens hjertesygdom nødvendiggør dette, eller hvis patientens jobtilknytning hæmmes eller umuliggøres af hjertesygdommen.

Gennem hele forløbet har kommunen et særligt ansvar for i sine tilbud at understøtte patientens motivation for at gennemføre forløbet og udbytte af at deltage, herunder motivationen for at gennemføre en forandringsproces for at indlære nye adfærdsmønstre.

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 patientens ressourcer – om det fx er muligt, at patienten selv kan varetage en del af sin rehabilitering på egen hånd.

### Afslutning på samlet forløb

Som afslutning på forløbet skal fagpersonerne afklare, om patienten har behov for opfølgning på de forskellige elementer i rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddet. Det kan ske gennem en afsluttende samtale, hvor patientens pårørende også kan inviteres med. Et eventuelt behov for opfølgning på de forskellige elementer i borgerens samlede tilbud bliver hensigtsmæssigt planlagt, koordineret og kommunikeret til både patienten og eventuelt andre involverede aktører <sup>45</sup>.

### BEMÆRK

Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom anvender ikke begrebet patientuddannelse. I stedet anvendes "kommunale forebyggelsestilbud" som et overordnet begreb, mens indholdet i tilbuddet fx kan være sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning, ernæringsindsats mv.

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

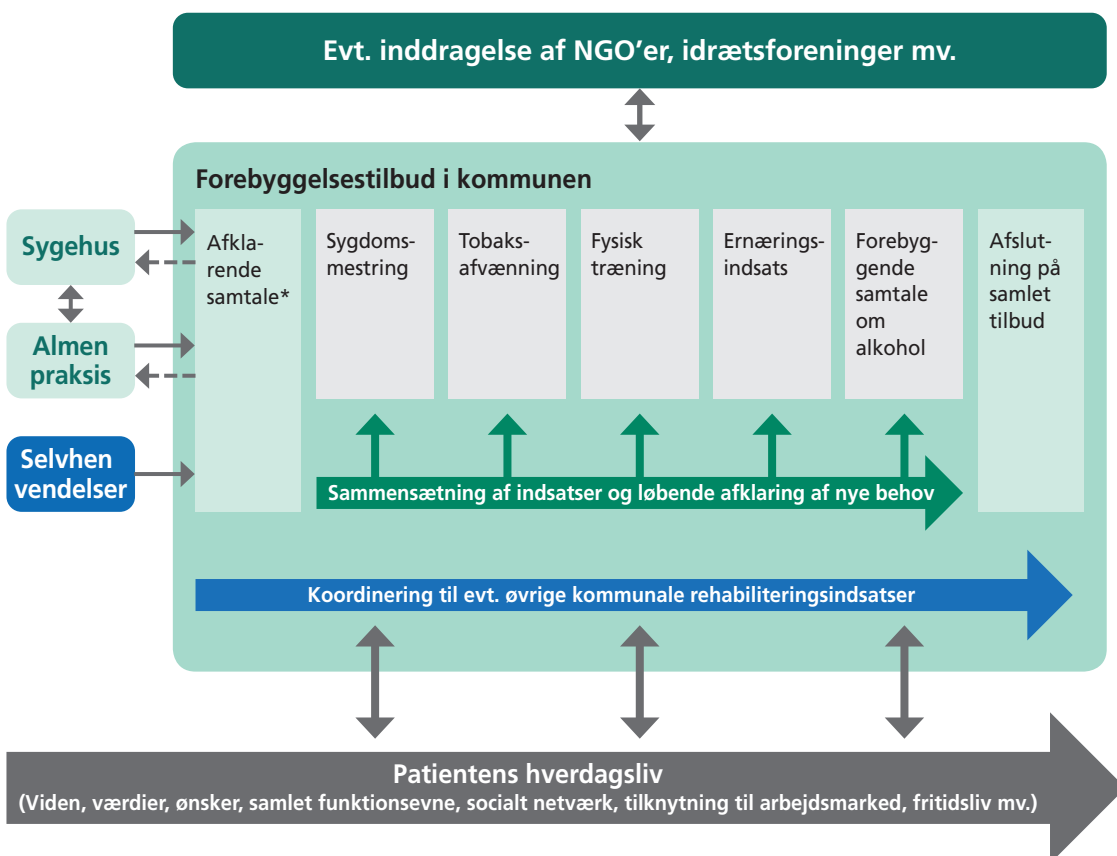


Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge.

Sundhedsstyrelsen (2016) – Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

\* Borgere, der er henvist til eller som selv har opsøgt alkoholtilbud, skal ikke gennem en afklarende samtale.

<sup>45</sup> Sundhedsstyrelsen (2016) – Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

# 10 | Sygdomsmestring



Med dette forløbsprogram får de syddanske kommuner ansvaret for en del af den sygdomsspecifikke patientuddannelse for mennesker med hjertesygdom i Region Syddanmark.

Kommunerne skal have indarbejdet dette i deres forebyggelsestilbud senest den 1. januar 2020. Ansvaret for den sygdomsspecifikke patientuddannelse gælder de strukturerede tilbud. Disse er traditionelt organiseret som gruppebaseret undervisning, men kan også være individuelle, digitale mv.

I den almindelige, individuelle dialog med patienterne ifb. m. behandling og kontrol på sygehusene og i almen praksis vil der fortsat indgå elementer af sygdomsmestring.

## Tilgang og timing i rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Det anbefales, at patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt samt klapopererede henvises til rehabiliterings- og forebyggelsestilbud. Andre patientgrupper, herunder patienter med atrieflimren og OCD enhed, kan have behov for rehabilitering og forebyggelse efter individuel behovsvurdering<sup>46</sup>.

Ved afslutning af alle behandlingsforløb skal der foretages systematisk behovsvurdering, se mere herom i kapitel 6 ambulante behandling og kontrol. Behovsvurderingen foretages sammen med patient og pårørende ved udskrivelsen eller ved ambulant besøg højst 2 uger efter udskrivelse.

Det er af afgørende betydning for patienter med kronisk sygdom, at kommunikationen times, således at 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<sup>47</sup>.

Der er derfor elementer af sygdomsmestring på både sygehuset og i kommunen. Læs mere herom i kommunikationspakken.

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) og aktivt håndtere disse med henblik på at fastholde patienter i hjerterehabilitering<sup>46</sup>.

<sup>46</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering](#)

<sup>47</sup> Friis, K (2015) Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK

### 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 meningsgibende for patienten.

For beskrivelse af forebyggelsesindsatsens formål, indhold samt generelle kompetencekrav hos de involverede fagpersoner henvises til **Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**.

#### Sygdomsmestring på sygehuset

Patientuddannelse og information i umiddelbar forlængelse af diagnosticering og behandling bør have særligt fokus på relevant undersøgelse og behandling, medicin håndteringen, 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, således at 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, således at hverdagen og arbejdsliv stadig kan opretholdes.

Det er en velkendt problemstilling, at ikke alle patienter er opmærksomme på den information, de modtager i e-boks. Derfor er det en fordel, hvis kommunerne er opmærksomme på, at det nogle gange kan være nødvendigt at kontakte patienterne telefonisk.

Anbefalinger til overordnede temaer i undervisningen kan ses i **National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering** samt **Dansk Cardiologisk Selskab**. 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<sup>48,49</sup>.

Derfor er det en opgave, som ligger både på sygehusene og i kommunerne. 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 om hjertesygdom og psykiske følger.

<sup>48</sup> Sundhedsstyrelsen (2015) – **National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering**, kapitel 8 og 9

<sup>49</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – **Hjerterehabilitering**

Til opsporing af angst og depression hos patienter med hjertesygdom bør validerede instrumenter anvendes, eksempelvis 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)<sup>50</sup>. 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.

Flere kommuner har tilbud om at lære at tackle 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. 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 diagnosetidspunktet og løbende i behandlingsforløbet<sup>51,52</sup>. 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 hjertesygdom<sup>53</sup>.

### Sundhedsfaglige kompetencer

Kommunen skal sikre, at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede til at varetage sygdomsspecifikke rehabiliterings- og forebyggelsestilbud.

### Sundhedsstyrelsen anbefaler<sup>54</sup>, at undervisningen varetages af sundhedsprofessionelle, der:

- Har mindst en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse
- Har specialviden om hjertesygdom erhvervet ved kompetenceudvikling
- Har sundhedspædagogiske og voksenpædagogiske forudsætninger for at kunne undervise med udgangspunkt i deltagernes behov og forudsætninger

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.

<sup>50</sup> Hjerteforeningen – [Rapport, Livet med en hjertesygdom](#)

<sup>51</sup> Sundhedsstyrelsen (2015) – [National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering](#), kapitel 7

<sup>52</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering](#)

<sup>53</sup> Hjerteforeningen – [Sex og samliv med hjertesygdom](#)

<sup>54</sup> Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#), kapitel 5





### **Inddragelse af pårørende i tilbud om sygdomsmestring**

Pårørendeinddragelse kan generelt bidrage til at give en bedre kvalitet i behandlingen<sup>55</sup>. Inddragelsen kan føre til højere tilfredshed hos både patienter, pårørende og personale og en mere effektiv udnyttelse af ressourcer. Kommunen bør derfor også inddrage pårørende i forbindelse med rehabiliterings- og forebyggelses-tilbud om sygdomsmestring.

Inddragelse af pårørende kan opdeles i to: Inddragelse af pårørende i patientens forløb og inddragelse med sigte på at opfylde de pårørendes egne behov.

Ved inddragelse i patientens forløb bidrager den pårørende med viden og ressourcer, der kan kvalificere forløbet. Ved inddragelse, der handler om de pårørendes egne behov, fokuseres derimod udelukkende på den pårørendes situation. De pårørende kan have behov for individuel støtte eller rådgivning, som rækker ud over det, der normalt ydes af de sundhedsprofessionelle i kommunerne. Denne støtte kan fx ske ved at afvikle møder i pårørende-grupper el. lign., hvor de pårørende har rum til samtale uden hjertepatienternes medvirken.

---

<sup>55</sup> Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (2015) – [Pårørendeinddragelse](#)

# 11 | Fysisk træning

## 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<sup>56</sup>.

Ud over genoptræning efter sundhedslovens §140 (se kapitel 8) vil et træningstilbud i kommunerne til patienter med hjertesygdom oftest blive bevilliget som et forebyggelsestilbud efter sundhedslovens §119. Tilbuddet kan både tilrettelægges gruppebaseret og individuelt.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne tilbyder individuel faglig vejledning og støtte i forbindelse med tilbud om fysisk træning, der kan foregå på hold eller individuelt tilrettelagt<sup>57</sup>.

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-transport<sup>58</sup>.

Den sundhedsprofessionelle bør have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper.

## Henvisning fra almen praksis og sygehuse til tilbud om sygdomsmestring

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunens rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring, skal det ske elektronisk og det skal ske via MedCom-standarden XREF15. Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb.

Efter et afsluttet rehabiliterings- og forebyggelsestilbud om sygdomsmestring skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion.

En oversigt over rammerne for tilbud om de forskellige former for træning til mennesker med hjertesygdom findes på side 33.

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

<sup>56</sup> Sundhedsstyrelsen (2018) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom](#), kapitel 6

<sup>57</sup> Sundhedsstyrelsen (2015) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#), kapitel 5

<sup>58</sup> Sundhedsstyrelsen (2015) – [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.



## 12 | Rygestop i kommunen

Kommunen skal udbyde rygestoptilbud til patienter med hjertesygdom. Formålet er at understøtte patientens ønske om rygestop eller motivere hertil. Alle patienter med en hjertesygdom, som ryger, skal fortløbende opfordres til rygestop og tilbydes hjælp til afvæning<sup>59</sup>.

Hos patienter med iskæmisk hjertesygdom er rygestop associeret med en betydelig og signifikant reduktion i risikoen for død og nyt hjerteinfarkt. Patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ryger, skal derfor opfordres til rygestop og tilbydes rygestopintervention som del af hjerterehabilitering.

For alle patienter med iskæmisk hjertesygdom, som er aktive rygere ved indlæggelsen, planlægges rygeophør så tidligt som muligt i forløbet. Kommunen kan selv tilrettelægge tilbuddet og/eller henvise til de nationale rygestoptilbud **Stoplinjen** og **e-kvit**.

Rygestoptilbuddet bør følge nationale anbefalinger om evidensbaserede metoder.

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

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



Tobaksafhængighed betragtes som en vedvarende tilstand, der ofte vil kræve gentagne rygestopinterventioner, før patienten fastholder sit rygestop. Det anbefales derfor, at patienter med en hjertesygdom kan deltage på kommunens rygestoptilbud mere end én gang.

Patienter som er ophørt med at ryge inden for de sidste 6 måneder støttes i fortsat rygeophør, da tilbagefaldsrisikoen fortsat er stor. Det er vigtigt at være opmærksom på barrierer for rygeophør som fx depression<sup>60</sup>.

### **Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen**

Når egen læge eller sygehuset henviser til et rygestoptilbud i kommunen, skal det ske elektronisk via MedCom-standarden XREF15 (bilag 1).

Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb. Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliterings- og forebyggelsestilbud ses på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

<sup>59</sup> Sundhedsstyrelsen (2016) – **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**, kapitel 5

<sup>60</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – **Hjerterehabilitering**

# 13 | Ernæringsindsatser

## Ernæringsindsatser på sygehuset

Diætister på sygehusene kan udføre en ernæringsmæssig screening for eksempel i forhold til udredning af familiær hyperkolesterolemie. Behandlingen heraf varetages på sygehusene.

## Ernæringsindsatser i kommunen

Kommunerne skal tilbyde patienter med en hjertesygdom en ernæringsindsats. Tilbuddet kan gå på tværs af diagnosegrupper og kan være enten individuelt eller holdbaseret. Ernæringsindsatsen kan både indeholde elementer af kostvejledning og egentlig diætbehandling. Jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom, vil hovedparten af borgere med hjertesygdom have behov for en individuel diætbehandling.

## Kostvejledning

Kostvejledning defineres som et behandlingsforløb for mennesker med behov for ernæringsindsats, som kan gennemføres individuelt eller i grupper. Kostvejledning kan suppleres med praktisk madlavning mhp. at øge patienternes handlekompentence og compliance. Kostvejledningen 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/fejlnæring). Patienten motiveres og vejledes i forhold til ændringer af kosten under hensyntagen til patientens ressourcer og barrierer<sup>61</sup>.

## Diætbehandling

Formålet med diætbehandlingen er dels, at den medvirker til, at patienten opnår de optimale behandlingsmål og dermed forebygger

forværring og dels, at patienten oplever en glæde ved at spise.

Diætbehandling skal følge de gældende ernæringsanbefalinger for den relevante patientgruppe. Individuel diætbehandling omfatter ernæringscreening (beregning og vurdering af BMI, vægtændring, nyligt kostindtag og kostanamnese), vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, diætvejledning, monitorering og evaluering samt opfølgning og evt. revidering af ernæringsplan. De enkelte elementer i diætbehandlingen dokumenteres.

Diætvejledningen kan foregå individuelt eller i et gruppebaseret forløb. Diætbehandlingen bør bestå af et længere individuelt forløb eventuelt suppleret med gruppebaserede elementer. Der bør være regelmæssige opfølgende møder med borgeren (ca. hver 2.-3. måned) samt eventuelle mellemliggende telefonkontakter. Senest efter 12 måneder genvurderes borgers behov for fortsat diætbehandling. Diætbehandling, uanset om den gennemføres individuelt eller gruppebaseret, skal gennemføres af en klinisk diætist<sup>62</sup>.

## Henvisning til ernæringsindsats i kommunen

Egen læge og sygehuslægen kan henvise elektronisk til kommunens tilbud, og det bør ske via MedCom-standarden "kommunehenvisning" XREF15. Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb.

Se kommunens opdaterede oversigt over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

<sup>61</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering](#)

<sup>62</sup> Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#), kapitel 5



### Ernæringsindsatser til mennesker med hjertesygdom

Patienter med iskæmisk hjertesygdom bør vurderes mhp. behovet for en ernæringsindsats. Vurderingen foreslås gennemført ved brug af et valideret kostscreeningsinstrument, fx Hjertekost skemaet. Ved behov for ernæringsindsats skal kostvejledning tilbydes<sup>63</sup>. Det er veldokumenteret, at patienter med iskæmisk hjertesygdom opnår en nedsat risiko for reinfarkt, hjertedød og total mortalitet ved ernæringsindsats<sup>64</sup>.

Patienter med systolisk hjertesvigt og hjerteklapopererede bør vurderes mhp. behov for en ernæringsindsats med fokus på de særlige kostforhold, som gør sig gældende (under eller fejlnæring, væskerestriktioner, saltreduktion, AK-behandling, mm.). Ved tilstedeværelse af særlige behov anbefales ligeledes, at disse patientgrupper tilbydes diætvejledning<sup>63</sup>.

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

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 diætbehandling og 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.<sup>65</sup>. Selve ernæringsindsatsen foregår i kommunen<sup>66</sup>.

Kostvejledning om de generelle kostråd bør gives af fagpersoner med ernæringsfaglig og/eller sundhedsfaglig baggrund på bachelorniveau<sup>67</sup>.

<sup>63</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Hjerterehabilitering](#)

<sup>64</sup> Kost og Ernæringsforbundet – [Rammeplan for diætbehandling af dyslipidæmi og iskæmisk hjertesygdom](#)

<sup>65</sup> Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#), kapitel 5

<sup>66</sup> Sundhedsstyrelsen (2018) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom](#), kapitel 6

<sup>67</sup> Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#), kapitel 5

## 14 | 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. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at kommunerne tilbyder forebyggende samtale om alkohol<sup>68</sup>.

Det bør afdækkes, om borgerens alkoholforbrug ligger over Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og om borger har udviklet alkoholafhængighed. Formålet er at finde borgere med storforbrug eller skadeligt alkoholforbrug.

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 (højest 10 genstande om ugen, højest 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).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at samtalerne bør foregå individuelt og varetages af medarbejdere med særlige kompetencer og erfaring inden for alkohol, alkoholbetingede sygdomme, screening og alkoholbehandling. Læs mere herom i "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom", 2016.

---

<sup>68</sup> Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, SST, 2016.

# 15 | Indlæggelse på sygehuset

Når patienter med hjertesygdomme indlægges på sygehuset, sker dette primært akut og undtagelsesvis 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 via MedCom-standarden "sygehushenvisning" XREF15.

## Kommunen

For patienter, som er kendt af den kommunale sygepleje, fremgår retningslinjerne for kommunernes kommunikation til sygehuset i **Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)**.

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/patientforløb 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

# 16 | Udskrivelse fra sygehuset

## Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Inden udskrivelsen skal patientens behov vurderes i fællesskab mellem sygehuslæge, patient og evt. pårørende, læs mere herom under behovsvurdering i kapitel 6.

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

Hvis patienten har brug for genoptræning sendes en genoptræningsplan (GGOP)

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

## Plejeforløbsplan

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivelser er præciseret i **Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb 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.



### 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	Psykiske 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	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plan for det videre forløb med de særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter udskrivning</li><li>• Kort resumé omhandlende kommunikation med patienten:<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvad er drøftet med patienten, fx motion, rygestop, kost, sygdomshåndtering, rehabilitering, symptomer, vigtigheden af at opsøge egen læge mm</li><li>• Er patienten informeret og henvist til kommunalt forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud</li></ul></li></ul>

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



Region Sydjylland

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.

### Henvisning til et rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

Henvisning fra sygehuset til de kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud sker elektronisk via MedCom-standarden XREF15.

Henvisningen 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.

Kommunens oversigt over rehabiliterings- eller forebyggelsestilbud på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) er fagligt opdateret og retvisende.

### 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 GGOP og til patientens læge, hvis patienten giver samtykke hertil. Genoptræningsplanen skal udleveres til patienten senest på udskrivningstidspunktet.

### Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Når en patient har været indlagt på et sygehus, skal sygehusafdelingen sende en epikrise til patientens praktiserende læge. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom-standarden "den gode epikrise".

Patienter udskrives hurtigere fra sygehusene end tidligere. Det er derfor vigtigt, at sygehuset hurtigst muligt – og senest tredje hverdag efter udskrivelsen – sender epikrisen til den praktiserende læge, som skal overtage behandlingsansvaret. Det anbefales desuden, at sygehuset kontakter praktiserende læge telefonisk, hvis der skal ske en umiddelbar opfølgning på udskrivelsen. Epikrisen farvemærkes med rødt, gult eller grønt alt efter behov for opfølgning hos egen læge. Den praktiserende læge følger op over for patienten ved aktivt at forholde sig til epikrisen og reagere adækvat på den udskrivende læges anbefalinger.

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

### Den ældre medicinske patient

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

DÆMP-indsatsen igangsættes af sygehuspersonalet under indlæggelsen ved at advisere kommunen i plejeforløbsplanen, og ved i epikrisen til den praktiserende læge at skrive: "Patienten vurderes i målgruppen særligt skrøbelig ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom".

Sygeplejen besøger patienten for at danne sig et overblik over problemstillingerne samt vurdere behovet for en opfølgende konsultation hos egen læge, gerne med deltagelse af hjemmesygeplejen, eller et opfølgende hjemmebesøg, hvor både sygeplejen og patientens praktiserende læge er til stede.

Egen læge vil efterfølgende blive kontaktet af den kommunale sygepleje med henblik på at drøfte behovet og evt. planlægge et besøg/konsultation.

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



#### 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

## 17 | 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.

### **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 medicin håndtering (jf. kapitel 5). Personalet bør desuden hjælpe patienten og pårørende med vejledning om regler for hjælpemidler og tilskud.

## 18 | 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 indsats.

I anbefalingerne er der konsensus om, at palliation skal 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 Danmark, så i praksis er indsatsen i høj grad rettet mod kræftpatienter<sup>69</sup>.

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 kræftpatienter<sup>70</sup>.

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. Ansvaret 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.

I forbindelse med iværksættelse og koordinering af en palliativ indsats for patienter med hjertesygdom – primært hjertesvigt – henvises til denne.

---

<sup>69</sup> Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for den palliative indsats](#)

<sup>70</sup> Dansk Cardiologisk Selskab – [Holdningspapir – Palliation ved fremskreden hjertesygdom](#)

# Litteratur

Sundhedsstyrelsen (2012): Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model  
[www.sst.dk/~media/85140414C1E24E939BCBDC43CCFCF19.ashx](http://www.sst.dk/~media/85140414C1E24E939BCBDC43CCFCF19.ashx)

Sundhedsstyrelsen (2013): National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering  
[www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~media/401919781C684EE9AAE544EB5E76847B.ashx](http://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~media/401919781C684EE9AAE544EB5E76847B.ashx)

Sundhedsstyrelsen (2018): Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom  
[www.sst.dk/~media/FD3DCF6366F543D5947CF4ECDA54C6F2.ashx](http://www.sst.dk/~media/FD3DCF6366F543D5947CF4ECDA54C6F2.ashx)

Sundhedsstyrelsen (2016): Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom  
[www.sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx](http://www.sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx)

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

Hjerteforeningen: Forebyggelse – Rygning  
[www.hjerteforeningen.dk/forebyggelse/rygning/](http://www.hjerteforeningen.dk/forebyggelse/rygning/)

Hjerteforeningen: Forebyggelse  
<https://hjerteforeningen.dk/saadan-lever-du-sundere/>

Sundhedsstyrelsen (2018): Forebyggelsespakker  
<https://www.sst.dk/da/Viden/Forebyggelse/Forebyggelsespakker-til-kommunerne>

Sundhedsstyrelsen (2011): Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser, kap. 1-3  
[www.sst.dk/~media/F674C77308FB4B0CA00EB038F17E239B.ashx](http://www.sst.dk/~media/F674C77308FB4B0CA00EB038F17E239B.ashx)



- Hjerteforeningen (2014): Kranspulsårerne  
[www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjerte-og-kredsloeb/kranspulsaarerne/](http://www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjerte-og-kredsloeb/kranspulsaarerne/)
- Dansk Cardiologisk Selskab (opdateret marts 2017): Stabil iskæmisk hjertesygdom  
<https://www.cardio.dk/>
- Hjerteforeningen (2015): Arytmi – rytmeforstyrrelser  
[www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjerte-kar-sygdomme/arytmi-rytmeforstyrrelser/](http://www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjerte-kar-sygdomme/arytmi-rytmeforstyrrelser/)
- Hjerteforeningen (2014): Hjertheinsufficiens/hjertesvigt  
[www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjerte-kar-sygdomme/hjertheinsufficiens-hjertesvigt/](http://www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjerte-kar-sygdomme/hjertheinsufficiens-hjertesvigt/)
- Dansk Cardiologisk Selskab: Hjertesygdomme  
<https://www.cardio.dk/>
- Hjerteforeningen (2014): Hjerteklapsygdom  
[www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjerte-kar-sygdomme/hjerteklapsygdom/](http://www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjerte-kar-sygdomme/hjerteklapsygdom/)
- Dansk Cardiologisk Selskab (opdateret april 2018): Hjerterehabilitering  
<https://nbv.cardio.dk/hjerterehabilitering>
- Region Syddanmark og de 22 kommuner:  
Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark  
<https://regionsyddanmark.dk/fagfolk/det-naere-sundhedsvaesen/samarbejdsaftaler/sam-bo>
- Hjerteforeningen og Bispebjerg Hospital (2016): Hjerteforeningens rådgivning.  
En undersøgelse af behov for rådgivning blandt hjertepatienter og pårørende  
<https://bocawired.ipapercms.dk/Hjerteforeningen/Rapporter/HjerteforeningensRdgivning/>
- Rådgivende sociologer (2012): Hjertesygges ønsker og behov  
<https://bocawired.ipapercms.dk/Hjerteforeningen/Rapporterm/Hjertesyggesnskerogbehov/>
- Sundhedsstyrelsen (2010): Vejledning om behandling af patienter med akutte atypiske brystsmærter  
[www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130115](http://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130115)
- Friis K, Jensen ML, Lasgaard M, Maindal HT. Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom. Temaanalyse, vol. 2, Hvordan har du det? Aarhus: CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2015
- Hjerteforeningen: Sex og samliv med hjerte- karsygdom  
[www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/livet-med-hjerte-kar-sygdom/sex-og-samliv-med-hjerte-kar-sygdom/](http://www.hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/livet-med-hjerte-kar-sygdom/sex-og-samliv-med-hjerte-kar-sygdom/)
- Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (2015): Tema: Pårørendeinddragelse  
[https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B\\_ViBIS/A\\_Rapporter%20og%20unders%C3%B8gelses/tema\\_om\\_paroerendeinddragelse.pdf](https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/A_Rapporter%20og%20unders%C3%B8gelses/tema_om_paroerendeinddragelse.pdf)

Foreningen af kliniske diætister (2011):

Klinisk retningslinje – Diætbehandling af dyslipidæmi og iskæmisk hjertesygdom

<https://kost.dk/sites/default/files/2021-02/fakd%20rammeplan%202011%20-%20Di%C3%A6tbehandling%20af%20dyslipidaemi%20og%20iskaemisk%20hjertesygdom.pdf>

Sundhedsstyrelsen (2017): Anbefalinger for den palliative indsats

[www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx](http://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx)

Dansk Cardiologisk Selskab (opdateret 2017):

Holdningspapir – Palliation ved fremskreden hjertesygdom

[www.cardio.dk/paliation-ved-fremskreden-hjertesygdom](http://www.cardio.dk/paliation-ved-fremskreden-hjertesygdom)



### **Ændringslog, marts 2023**

Forløbsprogrammet er opdateret med faktuelle ændringer jf. opdaterede vejledninger for hjerterehabilitering, sundhedsaftaler, overenskomst for almen praksis, Sundhedsstyrelsens anbefalinger etc. samt beslutninger i følgegruppen for forebyggelse.

Tilføjelse af afsnit om kvalitetsudvikling og Dansk Hjerterehabiliterings Database, herunder Hjertesyd.

# Henvisning til kommunale rehabiliterings- og forebyggelsestilbud

Kommunens oversigt over rehabiliterings- og forebyggelsestilbud på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) er fagligt opdateret og retvisende. Sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehusene skal løbende være opmærksomme på at anvende de kommunale rehabiliteringstilbud i patientforløbet.

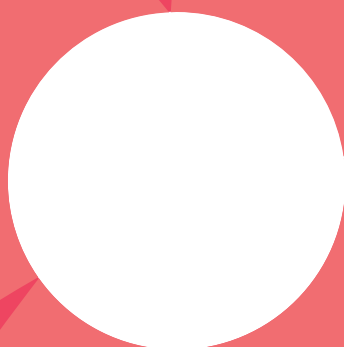
Henvisning til kommunernes forebyggelsestilbud sker elektronisk og skal ske via MedCom-standard XREF15.

#### Henvisningen skal indeholde:

- Persondata (CPR-nummer)
- Kontaktoplysninger (adresse, telefonnummer og evt. e-mailadresse)
- Eventuelle opmærksomhedspunkter angående særlige behov, eksempelvis behov for tolk

Når kommunen har modtaget henvisningen, sender kommunen en elektronisk tilbagemelding om, at henvisningen er modtaget. En medarbejder fra kommunen tager herefter kontakt til patienten for at aftale tid til en afklarende samtale med det formål at give patienten det rette forebyggelsestilbud og lave en aftale med patienten om det videre forløb. Henvisning sker altså ikke direkte til de enkelte tilbud, men til den afklarende samtale.

Ved afslutning af det samlede forløb sender kommunen et afslutningsnotat (XDIS15) til egen læge og/eller til sygehuset, hvis sygehuset er afsender på henvisningen.



Region Syddanmark  
og de 22 kommuner