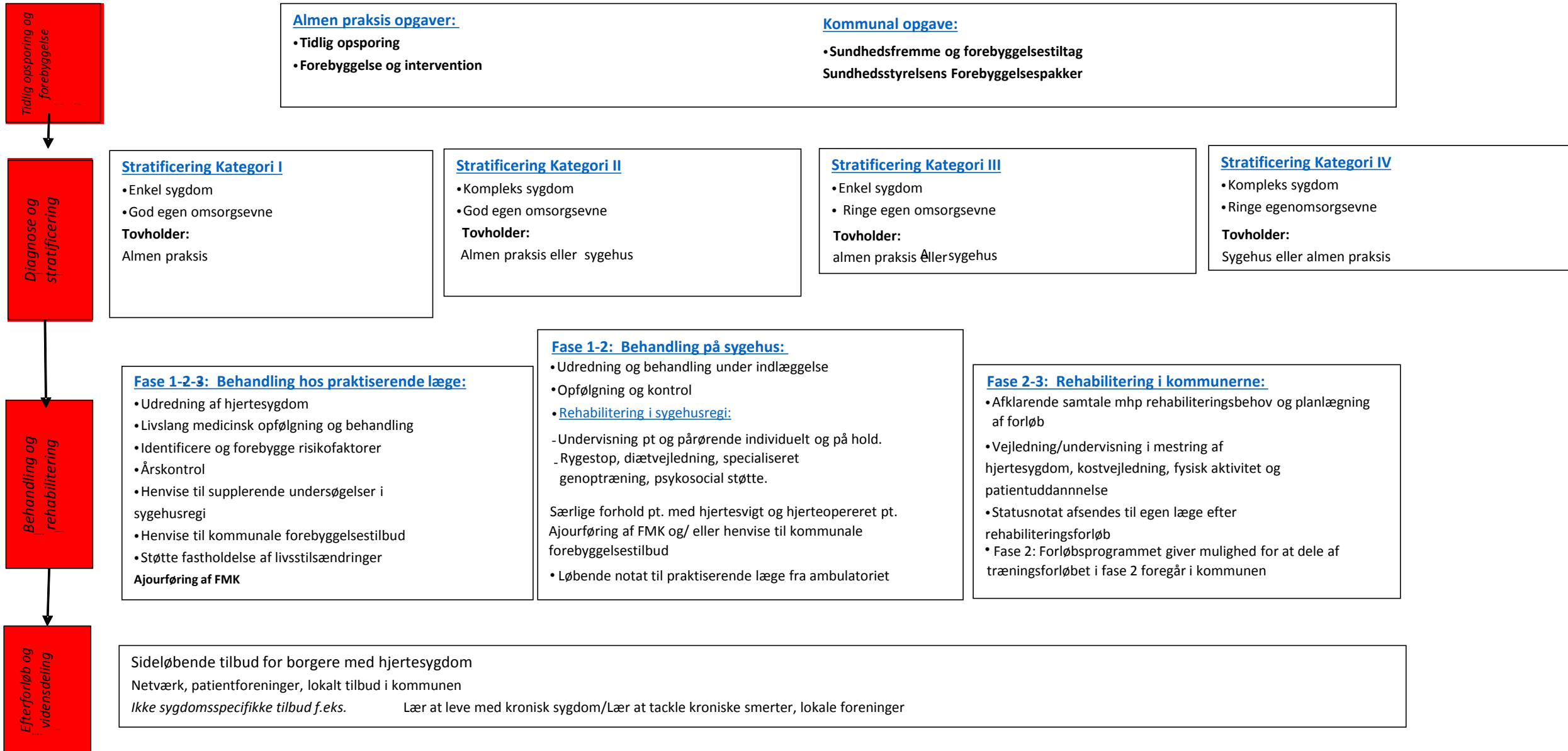


# Forløbsprogram for kronisk hjertesygdom 17.10.2017



# Sådan henviser du:

## Henvisningskriterier:

Her findes information om sundhedstilbud:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-sjaelland>

## Kommunikation

### Almen praksis til sygehus

Der henvises ifølge de regionale retningslinjer.

Se [www.praksisinformation.dk](http://www.praksisinformation.dk)

### Kommunikation fra sygehus til almen praksis

Information til den praktiserende læge i form af epikrise og ambulatorienotater.

•Blodprøver bestilt via webreq/BCC "hotelfunktion" kan tages enten i almen praksis eller på sygehuslaboratorier, Nogle blodprøver kan kun foretages på sygehuse.

## Henvisningskriterier

### Almen praksis og sygehus til kommune

Henvisningskriterier til kommunernes hjerterehabilitering gælder for borgere/patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom og/eller hjertesvigt

Henvisning bør ud over diagnose og relevante kliniske oplysninger inkl. comorbiditet indeholde evt. skånehensyn eller særlige hensyn ved træning og kostvejledning.

•Øvrige oplysninger

### Kommunikation fra almen praksis og sygehus til kommune

Henvisning til kommunerne sendes elektronisk

Fra **praksis** via sygehushenvisning(kommunehenvisning)

Fra **sygehus** via sygehushenvisning

Henvisningsprocedure fremgår af

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-sjaelland/>

### Kommunikation fra kommune til almen praksis og sygehus

Efter deltagelse i kommunalt tilbud udarbejdes statusnotat til den praktiserende læge, uanset, hvem der har været henvisende part.

Notatet skal kort beskrive, hvilken støtte borgeren fremadrettet har brug for, og hvilke indsatsområder og mål der arbejdes med.

## Tidlig opsporing og forebyggelse

Tidligere opsporing dækker over forebyggelse, der har til formål at opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt. Almen praksis har en central rolle gennem opsporing af patienter/borgere med øget risiko for hjertesygdom, håndtering af livsstilsfaktorer, hypertension og dyslipidæmi.

I Sundhedsaftalen 2015-2018 understreges vigtigheden af hurtig opsporing. Kommunalt sker dette dels ved udrulning af de nationale forebyggelsespakker samt ved aktiviteter ved Sundhedsstyrelsens kampagner.

Derfor er der oprettet kommunale sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, der kan henvises til fra almen praksis og sygehuse.

[Tilbage til flowdiagram](#)

## Kategori I – enkel sygdom / god egenomsorgsevne

Patienten har en enkelt sygdom, med en god egenomsorgsevne. Behandlingsindsatsen omfatter medicinsk behandling samt forebyggelse. Sygehusekspertise inddrages ikke eller kun i beskedent omfang. Patienten tager vare på sig selv, og praktiserende læge konsulteres typisk kun til faste kontroller.

Målet med indsatsen på dette stadium er at:

- Sikre optimale behandlingsmål for at styrke og støtte patientens egenomsorg
- Optimere behandlingen af risikofaktorer for udvikling af mikro- og makrovaskulære komplikationer

### ***Almen praksis' rolle***

Almen praksis er, som udgangspunkt, den primære tovholder og kan henvise til kommunale rehabiliteringstilbud, herunder sygdomsspecifik patientuddannelse og livsstilsundervisning.

### ***Sygehusets rolle***

Hjerreambulatoriet tilbyder rådgivning ved behov. Hvis behandlingsmål ikke opnås i almen praksis indenfor 6 måneder, kan patienten modtages til et tidsbegrænset intensiveret behandlingsforløb i hjerreambulatoriet. I denne periode overgår tovholderfunktionen til den behandlingsansvarlige kardiolog i ambulatoriet. Efter gennemført behandlingsforløb afsluttes patienten fra ambulatoriet med oplysninger om fortsat plan og behandlingsmål, herunder vurdering af behov for og henvisning til kommunale rehabilitering.

### ***Kommunens rolle***

Rehabilitering, herunder bl.a. patient/borger uddannelse, genoptræning, hjemmepleje- og/eller sygepleje afhængigt af den enkelte borgers behov.

[Tilbage til flowdiagram](#)

## Kategori II – kompleks sygdom / god egenomsorgsevne

Patienten har en kompleks sygdom og evt. flere samtidige sygdomme, men en god egenomsorgsevne. Patienten gennemgår et udredningsforløb i sygehusregi efterfulgt af tilbud om specifik patientuddannelse og kontroller på sygehuset. Sygehusets udredning danner fundament for en efterfølgende behandlingsplan hos praktiserende læge. Patienten tilbydes efterfølgende kommunalt hjerterehabilitering, herunder patientuddannelse og genoptræning suppleret med forebyggelsesaktiviteter.

Målet med indsatsen på dette stadium er at:

- Styrke og støtte patientens egenomsorg
- Optimere behandlingen af risikofaktorer
- Forebygge progressionen af komplikationer
- Symptomatisk behandling af komplikationer

### ***Almen praksis' rolle***

Almen praksis henviser patienten med behandlingskrævende, symptomgivende komplikationer til hjerteambulatoriet. Almen praksis kan fortsat varetage tovholderfunktionen i de situationer, hvor patienten ikke ønsker henvisning eller hvor patienten afsluttes fra hjerteambulatoriet som følge af, at behandlingspotentialer er fuldt udnyttet.

### ***Sygehusets rolle***

Hjerteambulatoriet varetager, som udgangspunkt, tovholderfunktionen på dette stadium, Patienten kan have en kompleks sygdomshistorik, hvor der kan være behov for koordinering af forløb og behandlinger, der foregår i andre specialer. En del af patienterne med svære komplikationer vil, med fordel, kunne ses i et fælles ambulante kontrolforløb, hvor speciallæger fra flere specialer deltager. Det bør tilstræbes, at sådanne fælles ambulante forløb udbygges, således at man fremstår med fælles behandlingsanbefalinger. Der kan være behov for rehabilitering og genoptræning. Multidisciplinære teams kan indgå i forløbet på dette stadium.

### ***Kommunens rolle***

Rehabilitering, herunder bl.a. patientuddannelse, genoptræning, hjemmepleje- og/eller sygepleje afhængigt af den enkelte borgers behov.

[Tilbage til flowdiagram](#)

## Kategori III – enkel sygdom / ringe egenomsorgsevne

Udredning af patientens sygdom sker typisk via almen praksis, evt. med henvisning fra en kommunal indsats. Sygehusekspertise inddrages ikke eller i begrænset omfang. Det videre forløb vil ske i kommunalt regi og indeholder specifik patientuddannelse, støtte og omsorg i forbindelse med egen-/ hjemmebehandling, forebyggelses- og sundhedsfremmeinitiativer. Årlig kontrol tilbydes hos praktiserende læge, der fungerer som tovholder

Målet med indsatsen på dette stadium er at:

- Styrke, støtte og fastholde patientens egenomsorg
- Optimere behandlingen af risikofaktorer
- Forebygge progressionen af komplikationer
- Symptomatisk behandling af komplikationer

### ***Almen praksis' rolle***

Almen praksis varetager tovholderfunktionen og de nødvendige kontroller med mulighed for henvisning til kommunale rehabiliteringstilbud.

### ***Sygehusets rolle***

Som udgangspunkt er hjerteambulatoriet ikke inddraget i forløbet med mindre, der er behov for second opinion eller særlige individuelle tiltag i forbindelse med fx ændret medicinering.

### ***Kommunens rolle***

Rehabilitering, herunder bl.a. patientuddannelse, genoptræning, hjemmepleje- og/eller sygepleje afhængigt af den enkelte borgers behov.

## Kategori IV – kompleks sygdom / ringe egenomsorgsevne

I sygehusregi sker et udredningsforløb efterfulgt af specifik patientuddannelse og kontroller med jævne mellemrum. Indsatsen i sygehusregi kombineres med et kommunalt forløb bestående af patient uddannelse, støtte og pleje, forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud. Det kommunale forløb koordineres af en kommunal forløbskoordinator. Tovholder er sygehus eller praktiserende læge.

Målet med indsatsen på dette stadium er at:

- Lindre symptomer og behandlingsbivirkninger
- Styrke og støtte patientens/borgerens egenomsorg
- Afhjælpe funktionstab evt. med genoptræning og rehabiliterende indsats
- Symptomatisk behandling af komplikationer, evt. i form af pallierende behandling
- Forebygge yderligere progression af komplikationer

Patienterne/borgerne kan have behov for en større grad af omsorg og hjælp i dagligdagen.

### ***Almen praksis' rolle***

Almen praksis varetager tovholderfunktionen på dette stadium, såfremt de behandlingsmæssige tilbud i sygehusregi er udtømte eller hvor der er et behov for en vedvarende understøttende behandling, som ikke kræver permanent sygehustilknytning, men ofte kommunal tilknytning.

## Kategori IV – kompleks sygdom / ringe egenomsorgsevne (fortsat)

### ***Sygehusets rolle***

Læge eller sygeplejerske på sygehuset er tovholder, så længe der er tale om aktiv regulerende behandling. Patienten kan have behov for akutte indlæggelser. Specialiseret behandling med involvering af flere specialer kan komme på tale.

Undervisning på sygehus foregår individuelt og i grupper, og afpasses den enkelte patients egenomsorgsevne og livssituation. Undervisningen bygger dels på støtte af den medicinske behandling, dels på vejledning til livsstilsintervention med KRAMS-faktorerne (kost, rygning, alkohol, motion og stress) som det grundlæggende element.

På sygehus varetages undervisning af sygeplejersker, autoriserede kliniske diætister, fysioterapeuter, og evt. læger, psykologer og præster.

### ***Kommunens rolle***

Rehabilitering, herunder bl.a. patientuddannelse, genoptræning, hjemmepleje- og/eller sygepleje afhængigt af den enkelte borgers behov.

Hvis borgeren får hjælp fra hjemmesygeplejen eller er på plejehjem, er det afgørende at sikre et tæt samarbejde mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejen/personalet på plejehjemmet. En systematisk tilgang til ovenstående samarbejde kan ofte være hensigtsmæssig. Kommunikation omkring ansvarsfordelingen mellem de kommunale medarbejdere, der er tilknyttet borgeren, og mellem almen praksis og hjemmesygepleje/sygeplejerske på plejehjem er med til at sikre en god behandling. Kommunen er ansvarlig for at have opdaterede og tilgængelige vejledninger/instrukser i medicinadministration og vejning. Eksempelvis kan der aftales ramme for ordination/delegation mellem kommune, lægelaug og praksiskonsulent angående dette.

I tovholderfunktionen indgår som led i stratificering, vurdering af egenomsorg. Ved forringet egenomsorgsevne kan henvises til en sundhedsfremmende og støttende indsats i kommunalt regi.

Patienter kan over tid bevæge sig mellem de fire kategorier i kroniker-modellen.

[Tilbage til flowdiagram](#)



## Behandling og rehabilitering – Almen praksis

Langt de fleste hjertepatienter vil have brug for livsvarig opfølgning og kontrol, og det vil som oftest være almen praksis, der vil være ansvarlig for det. Også for patienter, der fortsat følges i mere specialiserede tilbud, primært af kardiologer, har almen praksis funktionen som tovholder for patienten i forhold til hjertelidelsen. Specielt er det vigtigt i forhold til de mange patienter, som samtidig har andre lidelser, at almen praksis-påtager sig ansvaret for behandlingsstøtte og -vejledning af patienten i forhold til den samlede situation.

Almen praksis kan tage sig af følgende ikke klart adskilte opgaver:

- *Forebyggende indsats*
- *Behandling*
- *Efterfølgende kontrol og støtte*

### **Udredning og behandling**

Forløb af hjertelidelser kan være meget forskellige med glidende overgang fra risiko tilstande til egentlig sygdom til pludselig opståen af hjertelidelse og eventuel død.

De alvorlige hjertesygdomme som myokardieinfarkt, svær insufficiens og lignende foranlediger ofte akut indlæggelse, mange gange også selv ved svag mistanke, som ved brystmerter.

Brystmerter, der giver anledning til mistanke om myokardieinfarkt, bør medføre akut indlæggelse med ambulance tilkaldt via 112.

Ved stabil angina pectoris, nyopstået hjerteinsufficiens og nykonstateret hjertemislyd eller begrundet mistanke om hjerteklaplidelse kan patienten henvises via [hjertepakkerne efter de regionale vejledninger](#).

Ud over de lidelser der medfører akut indlæggelse, eller henvisning via hjertepakker, vil en række lidelser medføre behov for-kardiologisk udredning og behandling.

Ved stabile tilstande eller ved mistanke om sygdom generelt kan almen praksis foretage den primære udredning. Anamnese, klinisk vurdering, blodprøver, EKG, stetoskopi (specielt hjerte), blodtryksmåling, hjemme eller døgnblodtryksmåling, spirometri og evt. henvise til holtermånering eller arbejdstest. Dels for at tilstanden skal være så udredt, som rimeligt i forhold til tilstanden, og dels for at afklare/udelukke andre lidelser som årsag til patientens symptomer. Fx kan et symptom som dyspnø været et meget vanskeligt symptom udredningsmæssigt, fordi det kan være forårsaget af en række forskellige sygdomme og kombinationer.

De udredningsmæssige muligheder i praksis varierer noget, men hvis ikke praksis selv tilbyder ovenstående, vil der kunne henvises til kardiologiske afdelinger eller klinisk fysiologiske afdelinger.

## Behandling og rehabilitering – Almen praksis (fortsat)

### *Efterfølgende kontrol og støtte*

Almen praksis overtager tovholder funktionen, når patienten afsluttes i kardiologisk regi. Der kan også være tale om gradvis overlevering fra kardiologien til almen praksis, eller samtidig langvarig behandling begge steder. Endelig kan patienten af forskellige grunde frasige sig specialiseret behandling.

Kroniske lidelser, specielt, når de er nyopståede, påvirker et menneskes liv kraftigt. Derfor er det vigtigt, at almen praksis er opmærksom på patientens samlede situation, psykisk, socialt, arbejdsmæssigt, familiært etc. Der kan være andre sygdomme eller lidelser, som efter at ny sygdom er konstateret, kræver særlig opmærksomhed.

Almen praksis skal derfor varetage meget mere end den medicinske kontrol, og der må fortsat sammen med patienten tages stilling til, hvilken indsats der er brug for.

Ved aftale med patienten skal der, når tilstanden er stabil typisk som minimum foretages årskontroller med kontrol af relevante kliniske indikatorer, samt med patienten diskuteres om lidelsen giver behov for anden indsats i forhold til patientens samlede situation og velbefindende.

[Som klinisk vejledning](#) tages udgangspunkt i DSAMs vejledninger. I 2016 forventes en ny vejledning om hjertesygdom.

Desuden vil det være muligt at få klinisk råd og vejledning fra den initialt behandlende kardiologiske afdeling eller lokal kardiologisk afdeling telefonisk eller bedst via korrespondance meddelelse.

[Tilbage til flowdiagram](#)

## Behandling og rehabilitering – Sygehus

Den sygehusbaserede sundhedsfaglige indsats over for de kroniske hjertesygdomme bygger på evidensbaseret viden og tager udgangspunkt i gældende [national behandlingsvejledning fra Dansk Cardiologisk selskab](#) for udredning, behandling og rehabilitering af den specifikke hjertesygdom.

Behandlingen af de kroniske hjertesygdomme har for en del af sygdommene til formål at sikre bedst mulig symptomkontrol samt størst mulig prognostisk gevinst, da egentlig helbredelse af den grundlæggende sygdomsmekanisme ikke er mulig. Afhængigt af sygdommens karakter og sværhedsgrad foregår udredning og behandling under indlæggelse eller i ambulant forløb – for visse sygdommes vedkommende i ambulante pakkeforløb.

### ***Udredning og behandling***

Hvorvidt sygdommen bør udredes/behandles under indlæggelse eller ambulant, afgøres af den henvisende læge fra almen praksis eller sygehusambulatorium og er betinget af, hvor påvirket patienten er af sygdommen (smerte/åndenød/kredsløbspåvirkning) og den med sygdommen behæftede risiko for livstruende hjerterytmeforstyrrelse eller risiko for sværere følger.

En række tilstande medfører altid indlæggelse:

- Mistanke om Akut Koronart Syndrom i form af brystmerter, åndenød eller almen påvirkning, med eller uden tilstedeværelse af EKG-forandringer
- Mistanke om betydende hjertesvigt, eks. i form af sværere åndenød og almen påvirkning
- Mistanke om betydende hjerteklapsygdom, f.eks. ved åndenød, almen påvirkning og mislyd ved hjertet – evt. ledsaget af feber
- Mistanke om betydende hjerterytmeforstyrrelse i form af langsom eller meget hurtig puls

Mistanke om akut myokardieinfarkt vil udløse telemedicinsk EKG-optagelse i ambulancen (tele-EKG) med transmission til højt specialiseret hjertecenter med henblik på hurtig visitation. Ved klare tegn til stor blodprop i hjertet (STEMI) videresendes patienten akut til højt specialiseret afdeling med henblik på revaskulariserende behandling (PCI eller operation).

[Tilbage til flowdiagram](#)

FORTSÆTTER NÆSTE SIDE

## Behandling og rehabilitering – Sygehus (fortsat)

En række andre og mindre alarmerende symptomer kan efter indlæggende læges vurdering ligeledes udløse indlæggelse. Forudgående hjertesygdom er altid en skærpende omstændighed.

Patienter, der ikke skal til hjertecenter, indlægges på akutsygehus.

Det efterfølgende indlæggelsesforløb vil afhænge af diagnose og behandlingsbehov. En række forskellige scenarier kan forekomme:

- A. Kronisk hjertesygdom med akut behov for kateterbaseret eller operativ behandling påvises - Patienten overflyttes akut til højt specialiseret enhed (center) ved STEMI eller ustabil angina pectoris (UAP), der ikke kan stabiliseres. Tilbageflyttes til det lokale kardiologiske afsnit efter endt behandling til opfølgning og rehabilitering.
- B. Hjertesygdom med subakut behov for kateterbaseret behandling (NSTEMI, stabiliseret UAP) - Behandling iværksættes i henhold til gældende retningslinjer og patienten overflyttes subakut til regionsfunktionen på Roskilde sygehus med henblik på KAG/PCI indenfor 48 timer. Forløbstider er beskrevet i hjertepakke for NSTEMI, UAP.

For både A og B nedenfor gælder det, at når tilstanden tillader det, visiteres patienten til kardiologisk afsnit med henblik på færdigbehandling, ambulant opfølgning og rehabilitering.

- C. Kronisk hjertesygdom med behov for akut behandling påvises - Behandling iværksættes i henhold til gældende retningslinjer. Når tilstanden tillader det udskrives patienten til ambulant opfølgning og rehabilitering eller til almen praksis.
- D. Mistanke om akut behandlingskrævende hjertesygdom afkræftes, men yderligere kardiologisk udredning findes påkrævet. Patienten udskrives til ambulant udredning i kardiologisk regi ved, at der fremsendes en elektronisk korrespondance til det pågældende sygehus.
- E. Mistanke om kronisk hjertesygdom afkræftes - Patienten udskrives til opfølgning i almen praksis eller overgår ved mistanke om anden sygdom til udredning og behandling i andet regi.

## Behandling og rehabilitering – Sygehus (fortsat)

### **Ambulante pakkeforløb**

Formålet med pakkeforløb er at optimere patientens forløb med henblik på eliminering af unødigt ventetid, optimere samarbejdet mellem de involverede kliniske afdelinger, samt sikre optimal information til patienten. Af pakkeforløbsbeskrivelserne fremgår patientens ambulante forløb gennem udredning, behandling og rehabilitering.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet ambulante pakkeforløb for følgende hjertesygdomme: [Mistanke om stabil angina pectoris](#) og [mistanke om hjerteklapsygdom](#) og [hjertesvigt](#)

### **Visitation**

Ved henvisning til pakkeforløb eller filterfunktion fremsender lægen henvisning omfattende relevante oplysninger, som det er beskrevet på Praksisinformation Region Sjælland, med henblik på visitation ved kardiologisk speciallæge.

### **Udredning og behandling**

Indholdet af det enkelte pakkeforløb mht. visitation, udredning, behandling og rehabilitering fremgår af beskrivelserne fra Sundhedsstyrelsen og Region Sjælland. Alle pakkeforløbene indbefatter korte tidsrum til forundersøgelse og efterfølgende diagnostiske tiltag. Dette medfører et stort behov for koordination og planlægning, samt nøje information af patienten om det accelererede forløb på sygehuset. For at kunne overholde forløbstider, som angivet af Sundhedsstyrelsen i beskrivelsen af hjertepakkeforløb (henvis til hjertesvigt/klap og stabil angina pectoris) skal al 'unødigt' ventetid undgås.

### **Opfølgning**

Opfølgning efter diagnostik og behandling af kronisk hjertesygdom beror på sygdommens karakter. En række sygdomme kontrolleres i regi af almen praksis, ligesom opfølgning på rehabiliteringsforløb og risikofaktorer i mange tilfælde varetages af almen praksis. Visse sygdomme kræver dog fortsat behandling og kontrol i sygehusregi:

- Iskæmisk hjertesygdom med behov for yderligere medicinsk optimering eller revaskularisering.
- Hjertesvigt med behov for tæt og specialiseret kontrolforløb i Hjertesvigt-klinik.
- Hjerteklapsygdom med behov for ekkokardiografisk monitorering med henblik på eventuel senere operationsbehov.
- Opereret hjerteklapsygdom med henblik på ekkokardiografisk kontrol jf. gældende rekommandationer.

Kontrolhyppighed og –karakter er betinget af sygdommens karakter og fastlægges individuelt. Alle patienter med kronisk hjertesygdom bør dog kontrolleres mindst 1 gang årligt på sygehuset eller i almen praksis. Dette gælder ikke alle klappatienter.

Der skal være let adgang fra almen praksis til sygehusregi med henblik på en drøftelse af den enkelte patients behandling.

[Tilbage til flowdiagram](#)

# Rehabilitering i sygehusregi

Patienterne og pårørende undervises individuelt/på hold.

Der undervises i emnerne: anatomi, fysiologi, sygdomsforståelse, virkning og bivirkninger af de forskellige præparater, forståelse af egen indsats, hjerterigtig kost, helbredsfordele ved rygestop og motion, motivation og barrierer, psykiske reaktioner, kronisk hjertesygdom og sex, alkohol og sociale forhold. Det er ligeledes vigtigt, at patienterne får mulighed for at tale forløbet igennem. Undervisningen varetages af sundhedsfagligt personale med høj kompetence inden for kardiologi. Det vil være kardiologer, specialuddannede sygeplejersker, autoriserede kliniske diætister, fysioterapeuter og socialrådgivere, sygehuspræst/psykolog m.fl.

## ***Rygestop***

Patienten informeres om tobakkens sundhedsskadelige virkninger, samt helbredsfordele ved rygeophør. Der vejledes kort; (VBA; Very brief advice) til rygestop, såfremt patienten er motiveret for dette. Der henvises til de kommunale tilbud med henblik på egentlige rygestopkurser.

## ***Diætvejledning***

Der gives diætvejledning i hjerterigtig kost, og patienten kan henvises til individuel diætvejledning hos autoriseret klinisk diætist efter behov. Den autoriserede kliniske diætist deltager ofte i gruppe tilbud. Patientens alkoholvaner afdækkes, og der vejledes efter sundhedsstyrelsens retningslinjer for alkoholindtag. Ved yderligere behov for intervention henvises til kommunale tilbud.

## ***Specialiseret genoptræning***

Genoptræningen tager afsæt i en individuel samtale, hvor forløbet planlægges med udgangspunkt i patientens behov. Patientens testes før og efter træning med henblik på stratificering og effektmål. Der anvendes standardiseret testprotokol for at sikre størst mulig validitet i effektmålingen på tværs af sektorer(sygehus/kommune)

Genoptræningen foregår på hold og iværksættes på basis af en individuel genoptræningsplan, som er udarbejdet under ansvar af en kardiologisk speciallæge. Efter endt genoptræning tilbydes patienten en afsluttende samtale, hvor effekten af forløbet vurderes og hvor behovet for opfølgende tiltag afdækkes.

Hjerteopererede opstarter træning 4-6 uger efter operation af hensyn til opheling af cikatrice.

FORTSÆTTER NÆSTE SIDE

[Tilbage til flowdiagram](#)

## Rehabilitering i sygehusregi (fortsat)

### ***Psykosocial støtte***

Via samtaler med erfarne kardiologiske sygeplejersker, om muligt psykolog og eller sygehuspræst, håndteres problemområder som angst, søvn, træthed og rollen som hjertepatient.

Der screenes for depression i forbindelse med den ambulante kontakt med sygehuset. Der anbefales anvendelse af et scoreskema HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Almen praksis eller psykolog følger op på evt. behov for intervention.

### ***Særlige forhold for patienter med hjertesvigt***

Alle sygehuse i Region Sjælland har etableret hjertesvigtklinikker, som under ledelse af kardiologer og med specialuddannede hjertesvigtssygeplejersker varetager udredning og behandling af patienter med hjertesvigt. I hjertesvigtklinikken ligger endvidere en væsentlig del af rehabiliteringen med patientinformation og –uddannelse, intervention over for risikofaktorer, psykosocial støtte samt støtte til livsstilsændringer.

Derudover undervises hjertesvigtpatienter særligt i opmærksomhed på væskebalance, vægtændringer og åndenød.

Specielt til hjerteinsufficienspatienter med komorbiditet samt NYHA II-IV er der ofte behov for individuel diætvejledning ved klinisk diætist.

### ***Særlige forhold for hjerteopererede patienter***

I Danmark tilbydes rehabilitering til alle hjerteopererede patienter. Patienter, som er opereret for iskæmisk hjertesygdom, hjerteklapsygdomme eller anden ikke-iskæmisk hjertesygdom følger rehabiliteringstilbuddet for disse, dog med det forbehold, at fysisk træning først påbegyndes 4-6 uger efter operationen.

De øvrige behov for rehabilitering vurderes individuelt, men indbefatter altid en lægelig kontrol inkl. ekkokardiografi i forhold til retningslinje fra [Dansk Cardiologisk selskab](#).

[Tilbage til flowdiagram](#)

## Rehabilitering i kommunen

Ifølge Sundhedslovens § 119 er det kommunernes ansvar at skabe rammer for en sund levevis. Kommunerne skal etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud (borgerrettet forebyggelse), samt i samarbejde med regionerne, forestå den patientrettede forebyggelse, der finder sted uden for sygehuse og almen praksis. Dette understøttes i Sundhedsaftalen 2015-2018, hvor det understreges, at alle borgere med behov herfor, skal tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet.

### ***Indledende og afsluttende samtale***

For at sikre en individualiseret indsats, bør det kommunale rehabiliteringstilbud tage afsæt i en individuel samtale, hvor forløbet planlægges med udgangspunkt i borgerens behov og ønsker. Pårørende kan inddrages i dele af forløbet i det omfang borgerne ønsker det. Efter endt rehabiliteringsforløb tilbydes borgeren en afsluttende samtale, hvor effekten af forløbet vurderes og hvor behovet for opfølgende tiltag afdækkes.

### **Den rehabiliterende indsats kan indeholde følgende elementer**

#### *Patientuddannelse:*

At udvikle handlekompetencer, autonomi og livskvalitet i forhold til egen sundhed og hverdagsliv

At mestre sygdommen på det fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle plan

At øge kendskab til sygdommens karakter og effekten af forebyggelse og rehabilitering

At kunne håndtere forværringer af sygdom



## Rehabilitering i kommunen (fortsat)

### *Diæt- og kostvejledning:*

At få forståelse for kostens og drikkevarers (herunder alkohol) betydning for hjertesygdom

At få konkrete redskaber til at håndtere indkøb og madlavning i hverdagen

At få støtte i at vedligeholde opnåede kostændringer

### *Fysisk træning:*

At øge kondition, styrke og udholdenhed

At forbedre funktionsevnen

At få positiv erfaring med og opnå tryghed ved at udfører forskellige typer af fysisk træning

At få støtte i at integrere og fastholde fysisk aktivitet som en naturlig del af hverdagen

At få viden om fysisk aktivitet som middel til behandling og forebyggelse af komplikationer ved hjertesygdom

At få kendskab og støtte til at afprøve lokale motionstilbud i kommunen

### *Rygestop:*

At spørge systematisk ind til rygestatus og henvise til rygestop eksempelvis via VBA

At rygestoprådgiver via samtale styrker borgerens motivation for rygestop

At tilbyde borgeren individuel eller gruppebaseret rådgivning som en del af hjerterehabiliteringen

### *Seksualitet:*

At emnet seksualitet indgår som en fast del af hjerterehabiliteringen gerne med inddragelse af partner

## Rehabilitering i kommunen (fortsat)

### *Palliation:*

At palliativ indsats er et tilbud til alle patienter/borgere med en livstruende sygdom uanset hvor i sygdomsforløbet, de befinder sig. Indsatsen retter sig mod fysiske, psykiske, eksistentielle og sociale problemer.

For yderligere uddybning henvises til Sundhedsaftalen 2015-18, den palliative indsats.

### *Arbejdsfastholdelse:*

At afdække tilknytning til arbejdsmarkedet og blive støttet i at vende tilbage til arbejde/ uddannelse

At fastholde job/uddannelse

### *Psykosocial indsats:*

Der screenes for depression

Der kan eksempelvis anvendes et scoreskema HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

[Tilbage til flowdiagram](#)