

Indhold

Indledning	4
Manualens indhold og anvendelse	5
Hjertekarrehabilitering.....	6
• Faser i hjertekarrehabilitering	6
• Ens for grundrehabilitering og udvidet rehabilitering	6
• Grundrehabilitering.....	8
• Udvidet rehabilitering	8
Retningslinier og skemaer	11
• Start på rehabilitering	11
• Forudsætninger for optimal rehabilitering.....	11
• Mål for rehabilitering	13
• Patienter, der ikke tilbydes rehabilitering.....	13
• Screeningsspørgsmål vedrørende udvidet rehabilitering	15
• Diagnostisk screening for angst og depression.....	16
• Kostvejledning	21
• Introduktion til fysisk træning.....	23
• Hjertereforeningens tilbud	25
Eksempler på skriftlig information til patient og praktiserende læge	
• Visitkort til patienten	27
• Patientbreve – beskrivelse af rehabiliteringsforløbet.....	28
• Patientbrev – afsluttende information til patienten.....	32
• Brev til praktiserende læge – beskrivelse af patientens rehabiliteringsforløb.....	34
• Patientbrev – Brev om telefonopkald.....	36
• Patientbrev – Brev om 1 års opfølgning	37
Litteratur om hjertekarrehabilitering	38

Indledning

Det er dokumenteret, at lav social klasse, få år i uddannelsessystemet eller manglende erhvervsuddannelse øger risikoen for at få en hjertekarsygdom og dø af den. Ufaglærte arbejdere, enlige, socialt isolerede, patienter med belastninger i livet og med stress har en højere risiko for hjertesygdom og død.

Personer med kort uddannelse har tillige dårligere prognose efter blodprop i hjertet. Efter en blodprop har de højere dødelighed efter udskrivelsen og større risiko for fornyet blodprop end patienter, der er højt uddannede.

Også mennesker, der lever alene, har sværere ved at komme sig efter blodprop i hjertet. Patienter, som har fået deres første blodprop i hjertet, mangler social støtte, oplever belastninger i livet, bor alene eller mangler fortrolige i deres sociale netværk, har en mindre god prognose efter hjertesygdom.

Det er vigtigt at tilbyde et sammenhængende rehabiliteringsprogram for alle patienter, også for lavt uddannede og for patienter, som oplever belastninger i livet ud over den akutte sygdom. Et sammenhængende og fuldt udbygget rehabiliteringsforløb efter blodprop i hjertet øger patientens chance for at fastholde og forbedre sit fysiske, psykosociale og erhvervsmæssige funktionsniveau. Patienten forbedrer muligheden for at vende tilbage til et meningsfuldt liv efter blodprop i hjertet.

Mange hjertekarpatienter oplever angst og udvikler depression i tilknytning til deres hjerteproblemer og nogle hjertekarpatienter har brug for en særlig indsats.

Disse patienter er:

- patienter med faglært uddannelse eller mindre
- patienter, der bor uden voksen samlever
- patienter, der oplever depression
- patienter, der også har anden sygdom

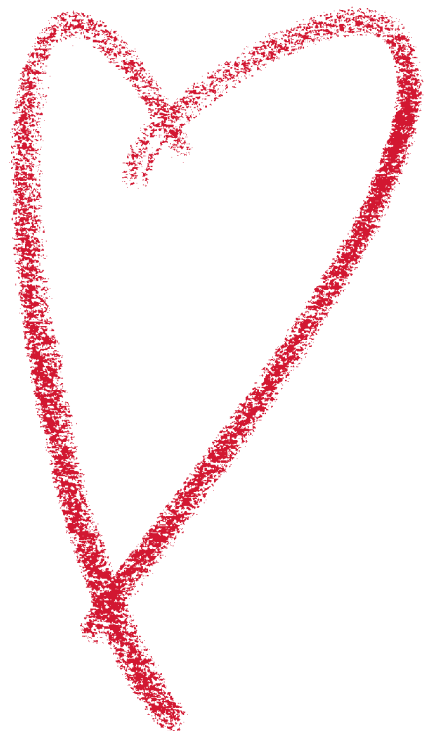
Det er muligt at give disse patienter et udvidet tilbud om rehabilitering, som har effekt.

Patienter, der oplever store psykologiske belastninger i rehabiliteringsperioden, kan identificeres umiddelbart efter blodprop i hjertet og bør tilbydes ekstra støtte og eventuelt behandling for depression.

En betingelse for en indsats mod social ulighed i sundhed er, at alle patienter rehabiliteres – uanset eventuelle andre sygdomme. De fleste patienter evner at deltage i et individuelt tilpasset forløb.

Det har stor betydning for hjertesundheden hos lavt uddannede og belastede patienter, at visitationen til rehabilitering sættes i system, og at patienterne fastholdes gennem hele rehabiliteringsforløbet. Det er vigtigt at udvikle metoder, som kan opspore, motivere, fastholde og hjælpe disse patienter til et positivt udbytte. Det sker ved at imødekomme deres behov for et individuelt tilpasset tilbud.

Indsatsen skal også tilbydes patienter med dårligt socialt netværk, med tegn på angst og depression og med andre belastninger, der øger barriererne for at tage ordineret medicin og ændre livsstil.



Manualens indhold og anvendelse

Denne manual giver et bud på, hvordan man i rehabiliteringsprocessen kan visitere alle patienter i en given diagnosegruppe til etablere et socialt differentieret rehabiliteringstilbud. Manualen tager udgangspunkt i projektet "I gang igen efter blodprop i hjertet – et socialt differentieret rehabiliteringstilbud til hjertepatienter" gennemført i perioden september 2002 til december 2005 ved medicinsk kardiologisk afdeling A140 på Århus Sygehus. Vi henviser til rapporten "I gang igen efter blodprop i hjertet. Socialt differentieret hjerterehabilitering."

Manualen beskriver grund- og udvidet rehabilitering og indeholder en række dokumenter og skabeloner, som er udarbejdet på baggrund af projektmateriale. Ved hvert dokument er angivet, hvordan det kan anvendes.

På den vedlagte cd-rom findes manualens indhold. Her er det muligt at indføre egne oplysninger, fx adresser, navne samt relevant logo på de dokumenter og skabeloner, man ønsker at bruge, og udskrive dem. I enkelte dokumenter er der kommentarer i tekstbokse, som bør slettes ved udskrivning.

Manualen kan desuden læses og downloades på <http://www.hjerterforeningen.dk/sw28322.asp> og på www.folkesundhed-midt.dk.

Den kan også bestilles på disse web-adresser eller på telefon nr. 3393 1788 (Hjerterforeningen) og telefon nr. 8728 4750 (Center for Folkesundhed) samt på mail: helen.kibreab-tella@stab.rm.dk.

Hjertekarrehabilitering

Faser i hjertekarrehabilitering

Fase 1 Indledende del - indlæggelsen

- Orientering om risikofaktorer
- Visitation til efterbehandling (rehabilitering)

Fase 2 Tidlig efterbehandling

- Optimering af symptomatisk behandling
- Vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling (medicinsk rehabilitering)
- Fysisk træning
- Psykosocial støtte
- Livsstilsintervention (rygning, kost og motion)
- Patientuddannelse

Fase 3 Vedligeholdelse

- Vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling
- Vedligeholdelse af ændringer i livsstil
- Fortsat psykosocial støtte efter behov
- Fortsat fysisk træning efter behov

Ens for grundrehabilitering og udvidet rehabilitering

Fase 1

Under indlæggelsen påbegyndes ud over den medicinske og eventuelt akutte kirurgiske behandling samtaler om medicin, rygning, kost og motion, og der gives psykisk og social støtte til patienten og dennes familie.

Fase 1 er ens ved grundrehabilitering og udvidet rehabilitering. Det er i denne fase, at patienterne screenes med henblik på hvilken type rehabilitering, de skal visiteres til.

Diagnosticering

I fase 1 er det vigtigt med klar diagnosticering med henblik på tilbud om rehabilitering.

Diagnostik af Akut Koronart Syndrom (AKS) hviler på 3 grundpiller:

- Klassiske symptomer (brystsmerter og/eller dyspnø)
- Typiske EKG forandringer
- Måling af biokemiske markører

AKS inddeles i:

- Akut myokardieinfarkt med ledsagende ST-segment elevation i EKG (STEMI)
- Myokardieinfarkt uden ST-segment elevation i EKG (NSTEMI)
- Ustabil angina (UAP).

Patienterne bør vurderes med henblik på rehabilitering allerede under indlæggelsen. I praksis inden for de første tre døgn.

Det er vigtigt, at alle patienter systematisk tilbydes rehabilitering. Vær opmærksom på at specifikke omstændigheder kan være en barriere for tilbud om rehabilitering. Det gælder:

- Patienter, som akut eller inden for de første døgn overføres til specialafdeling med henblik på PCI eller bypass, og som udskrives fra denne specialafdeling
- Patienter, som udskrives fra ikke-kardiologisk afdeling med AKS som komplikation til anden sygdom
- Patienter, som har primær indlæggelse i udlandet eller på andet sygehus end hjemsygehus ifølge optageområde

Screening af patienter til grundrehabilitering eller udvidet rehabilitering

Kriterierne for udvidet rehabilitering er:

- Patienten har ingen erhvervsuddannelse eller en uddannelse, som er lavere end eller lig med faglært inden for håndværk, handel eller kontor
- Patienten bor alene

Udvidet rehabilitering tilbydes, hvis et eller begge kriterier er opfyldt.

Patienter med anden alvorlig sygdom, misbrug, demens eller andre tilstande, som forhindrer dem i at følge et normalt rehabiliteringsforløb, tilbydes i stedet hjemmebesøg.

I figur 1 nedenfor ses kriterierne for socialt differentieret hjertekarrehabilitering. På side 18 findes et skema med spørgsmål svarende til kriterierne. Skemaet kan bruges ved vurderingen af egnet rehabiliteringstilbud.

Tilbydes grundrehabilitering	Tilbydes udvidet rehabilitering
Erhvervsuddannelse • Alle patienter med mere end faglært uddannelse • Patienter > 55 år med faglært uddannelse og Socialt netværk • Patienter som bor med partner eller ægtefælle	Erhvervsuddannelse • Patienter ≤ 55 år med faglært uddannelse • Alle patienter med mindre end faglært uddannelse eller Socialt netværk • Patienter uden samlever • Patienter i beskyttet bolig eller på plejehjem eller Patienter med lavt niveau af social støtte i kombination med subjektivt vurderet høj belastning i livet vedrørende • Økonomi • Boligproblemer • Arbejdsproblemer • Relation til partner • Relation til familie eller børn • Anden sygdom • Sygdom i nær familie
Tilbydes ikke rehabilitering, men sygeplejerskebesøg i hjemmet Patienter med: Anden alvorlig sygdom Svær apopleksi Demens Psykiatrisk sygdom Retardering Alkoholmisbrug	

Figur 1. Kriterier for socialt differentieret rehabilitering

Grundrehabilitering

Fase 2: Tidlig efterbehandling

Der tilbydes et fem til seks ugers program bestående af:

- Tre samtaler med læge. Arbejdstest, medicinsk behandling, blodtryksmåling og om nødvendigt røntgen af hjerte og lunger
- Fire samtaler, fx ved sygeplejerske. Samtale om fysiologi ved blodprop i hjertet, medicin, symptomer, fysisk tilstand, psykosocial støtte samt motion og eventuelt rygestop
- To samtaler om kost, fx ved diætist: Kostanamnese og patientens ønsker til kostændringer samt en opfølgning på disse ændringer og evt. ønsker om vægttab
- Fysisk trænings forløb på 6-12 uger. Denne del af rehabiliteringen fortsætter efter samtalerne og kan tidsmæssigt overlappe eventuel tilbagevenden til arbejde
- Screening for angst og depression. Samtale om psykiske påvirkninger og eventuel behandling for depression. Egen læge har mulighed for at henvise til delvist finansieret (60 % offentligt betalt og 40 % patientbetalt) psykologforløb på op til 10 konsultationer op til et år efter opstået livstruende sygdom.

Til screeningen for angst og depression benyttes et diagnostisk scoreskema. Patienten hjælpes, hvis der er problemer med at udfylde skemaet. Skemaet om angst og depression skal gennemgås med patienten, hvis der er udslag ifølge scoresystemet. Screening skal ske hos læge. For nærmere beskrivelse af screening for angst og depression se side 16.

Det tilstræbes, at patienten har kontakt med de samme personer gennem hele forløbet. Der udleveres telefonnummer og navn på kontaktpersoner, så patienten altid ved, hos hvem han/hun kan få råd, hvis der opstår et problem.

På side 27 finder du en skabelon til et visitkort, der kan udleveres til patienten.

Ved særlige behov kan der tilbydes ekstra samtaler. Tilbuddet sammensættes individuelt efter den enkelte patients behov og ønsker.

Fase 3: Vedligeholdelse

- Patienter henvises til opfølgning hos egen læge og informeres om tilbud lokalt, fx i kommunen og Hjertereforeningens rådgivningscentre.
- Det anbefales, at alle patienter indkaldes til lægesamtale et år efter indlæggelsen. Mange patienter føler fortsat, at deres hjertesygdom giver problemer på dette tidspunkt. Der kan være behov for justeringen af medicinen, ligesom rygestop, kost og fysisk aktivitet bør drøftes.

Udvidet rehabilitering

Fase 2: Tidlig efterbehandling – rehabilitering

Tilbud om et samlet forløb på seks til otte uger.

Ud over grundrehabiliteringsprogrammet består udvidet rehabilitering af:

- en ekstra samtale med fx sygeplejerske
- videregivelse af patientens rehabiliteringsbeskrivelse til egen læge

Den ekstra samtale består i en afslutningssamtale, hvor patienten vurderer det gennemgående forløb og beskriver ønsker om, hvad der skal arbejdes videre med. Ved særligt behov fortsættes med samtaler

Ved afslutningssamtalen gennemgår patient og kontaktperson, hvilke dele af hjertekarrehabiliteringstilbuddet patienten har deltaget i, og hvilke ændringer patienten har foretaget siden indlæggelsen. Formålet er at give patienten feedback og synliggøre, hvad patienten har gjort for sig selv. Det er ofte mere, end patienten selv tror. Eventuelle vanskeligheder med ændringer og livet efter AKS noteres.

Herefter er det patientens planer for tredje rehabiliteringsfase, der er i fokus. Patienten opstiller egne mål. Det kan være overordnede mål som tilstand efter rehabilitering, arbejde, livsstil, social deltagelse eller andet. Patienten skal konkretisere, hvordan målene kan nås.

Patienten og kontaktpersonen lægger en handlingsplan for målene. Det er vigtigt, at det er patienten selv, der foreslår og planlægger, hvad han/hun vil gøre. Det kan for eksempel være hvad patienten selv kan gøre i relation til livsstilsændringer, arbejde, familie og fritidsaktiviteter. Målet er at få et samlet billede af, hvordan patienten trives bedst muligt.

Patienten skal desuden prøve at formulere, hvad der skal tages op med egen læge, så lægen kender patientens forventninger til den videre behandling. Handlingsplanen skrives ned sammen med patienten og gives til patienten i form af et afsluttende informationsbrev (se s. 32). En kopi af handlingsplanen kan formidles til patientens læge.

Det aftales med patienten, om kontaktpersonen eller han/hun selv bestiller tid til en forebyggende helbredssamtale (½ times konsultation hos egen læge, hvor handlingsplanen følges op).

Patientens rehabiliteringsbeskrivelse, gennemførte ændringer og vanskeligheder i efterforløbet samt fx ønsker til fremtidig livsstilsændring sendes til praktiserende læge (se brev s. 34)

Den praktiserende læges rolle i efterbehandlingen er bl.a.:

- Diagnose og behandling ved positivt testresultat for angst og depression
- Henvielse til psykolog på indikation

Særlige behov

Der vil i gruppen af rehabiliterede patienter og ikke-rehabiliterede patienter være nogle, som har store problemer med at fastholde kontakten til fx socialrådgiver eller egen læge. Det er kontaktpersonens

opgave at afdække sådanne kontinuitetsbrist eller misforståelser og genetablere kontakten.

Patienter med behov for hjælp til kontakt med socialrådgiver i kommunen hjælpes med dette. Der etableres kontakt til aktiviteter, som kan opfylde et specifikt behov hos den enkelte patient, fx aflastningsophold på højskole, kontakt til ældreklub eller andre aktiviteter.

Patientens kontaktperson står for at etablere første henvendelse og understøtte, at disse kontakter gennemføres under rehabiliterings fase 2. Det er således en vigtig funktion hos kontaktpersonen at sikre sammenhæng over fag- og sektorgrænser for patienter i udvidet rehabilitering.

Fase 3: Vedligeholdelse

- Patienten henvises til egen læge til en halv times forebyggende helbredssamtale.
- Patienten henvises til andre relevante programmer og aktiviteter for vedligeholdelsesfasen eksempelvis i kommunen eller Hjerterforeningens rådgivningscentre.
- På baggrund af patientens rehabiliteringsbeskrivelse, ændringer i livsstil, medicinering og ønsker til fremtiden kan egen læge følge op på rehabiliteringen.
- To måneder efter rehabiliteringsforløbets afslutning – fire måneder efter indlæggelsen – gennemfører kontaktpersonen en telefonisk opfølgning på patientens hjertemæssige trivsel, patientens kontakt til de anviste elementer i tredje rehabiliteringsfase og en vurdering af, om der er behov for andre tilbud

Temaer er fx:

- hjertemæssig trivsel
- kontakt til fx egen læge, socialvæsen
- arbejde
- fritid
- familie
- specifik livsstil efter behov, hvis det er nævnt i handlingsplanen
- uopfyldte behov
- nye behov
- urealistiske planer i den gamle handlingsplan
- justeret handlingsplan

	Grundrehabilitering	Udvidet rehabilitering
Fase 1:	• Orientering om risikofaktorer • Visitation til efterbehandling (rehabilitering)	
Fase 2:	Fem til seks ugers program: • Tre samtaler med læge • Fire samtaler, fx ved sygeplejerske • To samtaler om kost, fx ved diætist • Fysisk træningsforløb på 6-12 uger • Screening for angst og depression	Seks til otte ugers program: • Tre samtaler med læge • Fire samtaler, fx ved sygeplejerske • To samtaler om kost, fx ved diætist • Fysisk træningsforløb på 6-12 uger • Screening for angst og depression • Afslutningssamtale med fx en sygeplejerske • Beskrivelse af patientens rehabiliteringsforløb videregives til den praktiserende læge
Fase 3:	• Patienter henvises til opfølgning hos egen læge og informeres om tilbud lokalt, fx i kommunen og Hjertereforeningens rådgivningscentre. • Det anbefales at alle patienter indkaldes til lægesamtale et år efter indlæggelsen.	• På baggrund af patientens rehabiliteringsbeskrivelse, ændringer i livsstil, medicinering og ønsker til fremtiden kan egen læge følge op på rehabiliteringen. • Patienten henvises til andre relevante programmer og aktiviteter eksempelvis i kommunen eller Hjertereforeningens rådgivningscentre. • Telefonisk opfølgning to måneder efter rehabiliteringsforløbets afslutning. • Det anbefales, at alle patienter indkaldes til lægesamtale et år efter indlæggelsen.

Figur 2. Forløb for grundrehabilitering og udvidet rehabilitering

Hjemmebesøg

Patienter, der ikke kan deltage i rehabilitering, kontaktes telefonisk med tilbud fx om hjemmebesøg fx når det skønnes relevant i forhold til anden sygdom og patientens situation.

Indholdet i hjemmebesøgene svarer til grundrehabiliteringsforløbet. Patienten har mulighed for at gennemgå sit indlæggelsesforløb, fortælle om tiden og tanker efter hjemkomsten og at få medicinen gennemgået. Antallet af besøg er afhængigt af behov. Patienter tilbydes ligeledes deltagelse i akti-

viteter som fx hjertesund madlavning, væggtab, rygeafvænning, afspænding og motion i tredje rehabiliteringsfase.

Hvis patienten er ude af stand til selv at deltage i samtaler, kan de pårørende eller plejepersonalet i kommunen tilbydes rådgivning.

Hjemmebesøg er vigtigt for at give patienten en chance for at starte hjertekarrehabilitering på hjemmebane og eventuelt at genoptage et afvist forløb i andet regi.

Retningslinjer og skemaer

Start på rehabilitering

Identifikation af patienter

- Identifikation og registrering af alle patienter med diagnosen AKS
- Visitation til rehabilitering
- Samtale med alle patienter inden udskrivelsen
- Via patientoplysninger om erhvervsuddannelse, civilstand og journaloplysninger afgøre, om patienter skal tilbydes
 - Grundrehabilitering
 - Udvidet rehabilitering
 - Hjemmebesøg

Orientering til patienten

- Udlevere information om rehabilitering
- Orienter patienten om betydningen af eget netværk.
- I forbindelse med visitation til hjertekarrehabilitering har sygeplejersken en kort samtale med patienten om at vedligeholde kontakten til patientens sociale netværk. Der er tre vigtige grunde til den korte samtale allerede under indlæggelsen: 1) Patienter, som bevarer kontakt til deres netværk, har en bedre prognose. 2) Patienter, som kan modtage emotionel og praktisk støtte, klarer sig bedre. 3) Patientens pårørende fornemmer, at personalet er klar over, at også de pårørende belastes af patientens sygdom.
- Opringning hurtigst muligt, hvis patienten har forladt afdelingen inden visitation til hjertekarrehabilitering.

Informationsfolder om hjertekarrehabilitering samt tidspunkt for første aktivitet sendes til patienten umiddelbart efter telefonsamtalen.

Forudsætninger for optimal rehabilitering

Hjertekarrehabilitering har til formål at forbedre patienternes funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet og gøre det muligt for hjertepatienten at

vende tilbage til en personligt tilfredsstillende rolle i samfundet.

Der er behov for efterbehandling, rådgivning/information og støtte for at patienterne opnår handlekompetence og compliance i forhold til sundhed, sygdom og behandling.

Ved compliance forstås patienternes evne og vilje til at følge behandlingen. Compliance er afhængig af fagpersonernes evne til at motivere patienten og formidle viden.

Ved handlekompetence forstås patientens evne til at reagere hensigtsmæssigt på symptomer, fx på bivirkninger af behandlingen.

Det anbefales, at første aktivitet i rehabiliteringen finder sted en til to uger efter udskrivelse fra sengeafsnit. Den samme person er så vidt muligt kontaktperson under hele forløbet. Samtaler med patienten foregår individuelt og i enrum. Samtalerne varer ca. 30-45 minutter.

Sygeplejersker eller andre ansvarlige kontaktpersoner arbejder tværfagligt med læger, diætister, fysioterapeuter og evt. socialrådgiver.

For kontaktpersonen forudsætter det, at han/hun:

- har ajourført viden om sygepleje og behandling af patienter med AKS
- anvender viden om pædagogik, der sætter hende i stand til at vurdere patientens behov
- kender og bruger forskellige kommunikationsformer inklusive skriftligt materiale (fx dialog, aktiv lytning og tolkning) samt kender og anvender kriseteorier
- kender patienternes sædvanlige indlæggelsesforløb på sygehus (behandlings- og undervisningstilbud samt informationer under indlæggelsen)
- anvender viden om motivation og forandringsprocesser
- så vidt muligt arbejder evidensbaseret
- kender Hjertebogens (Hjerteforeningen) indhold og bogens anvendelse
- kender pjecer, som er relevante - herunder medicinvejledninger

Ved samtale med patienten må patientens viden, færdigheder og holdninger samt aktuelle livssituation afdækkes, så forløbet kan planlægges og afvikles mest hensigtsmæssigt. Det vægtes, at patienten får mulighed for at fortælle om sine oplevelser og forventninger. Selvom der er tale om samme hoveddiagnose, er hver patientsituation individuel og unik. Eventuel ægtefælle eller andre pårørende opfordres til at deltage i samtaler.

Kontaktpersonen bør:

- Forud for aktiviteten, så vidt muligt, orientere sig om patientens indlæggelsesforløb og problemstillinger, fx ved hjælp af journal og sygeplejefjournal fra senge- eller behandlingsafsnit
- Afdække patientens viden, færdigheder og holdninger i forhold til sundhed, sygdom og behandling
- Vurdere patientens behov for rehabilitering. Patientens vægtning af problemstillinger prioriteres og de områder, hvor patienten udtrykker motivation, støttes
- Hjælpe med at prioritere livsstilsændringer (rygning, kost, motion og stress) ved behov
- Informere og undervise ud fra patientens behov og ressourcer
- Sørge for at dialogen er fremadrettet og har fokus på forebyggelse og livsstil samt vedligeholdelse af livsstilsændringer
- Være opmærksom på, at støtte patientens bearbejdning af sygdomsforløbet.

Følgende emner bør gennemgås:

Indlæggelsesperioden

- Elementær fysiologi ved AKS
- Vejledning i given medicin (indikation, virkning, bivirkning). Eventuelt udfylde medicinvejledning.
- Symptomer (angina pectoris, ødemer, dyspnø)

Reaktionsperioden

- Fysisk tilstand (smerter, dyspnø, træthed, aktivitetsniveau, nitroglycerinforbrug, sexliv)
- Psykisk tilstand (egne og pårørendes oplevelser og reaktioner, nye roller, skyldfølelse, depression, angst)

Fremtid

- Risikofaktorer (rygning, dyslipidæmi, overvægt, stress, inaktivitet)
- Livsstil (døgnrytme, motionsvaner og aktivitetsniveau, kostvaner, arbejde, søvn og hvile)

Kontaktpersonen informerer om diverse tilbud fx fysisk træning, kostvejledning, rygeafvænning.



Mål for rehabiliteringsforløbet

- Patienten føler sig tryk og respekteret under rehabiliteringsforløbet og bliver derved åben om sin sygdom og i stand til at modtage information
- Patienten oplever støtte, vejledning og motivation i forhold til eventuelle livsstilsændringer og vedligeholdelse af disse
- Patienten oplever kontinuitet i forløbet
- Patienten påbegynder bearbejdning af sygdomsforløbet og oplever støtte til at komme videre
- Patienten kender og accepterer plan og formål for det videre forløb
- Patienten kender sin medicin og ved, hvordan den administreres, og reagerer ved eventuelle bivirkninger (inklusive nitroglycerin)
- Patient og pårørende er forberedt på, hvad de skal gøre ved eventuel akut forværring af sygdommen

Patienter der ikke tilbydes rehabilitering

Det er vigtigt at følge samtlige patienter for at minimere frafald og samtidig fastlægge tilbud til patienter, der ikke tager imod rehabilitering.

For patienter, der ikke tilbydes rehabilitering, beskrives årsager og patientens vurdering af sin situation. På side 14 findes et notat for patienter der ikke tilbydes rehabilitering. Notatet udfyldes eventuelt via kontakt til plejepersonale fra anden afdeling.

Patienten tilbydes hjemmebesøg eller ringes op efter udskrivelse med tilbudet, når eventuel anden alvorlig sygdom er under kontrol. Patienter, der afviser at deltage i rehabilitering, ringes op cirka en måned efter udskrivelsen.

Hjemmebesøg kan eventuelt erstattes af orientering af samlever eller plejepersonale om særlige hjertemæssige aspekter i plejen.

Notater for patienter, der ikke tilbydes rehabilitering

Tilbudt hjemmebesøg dato: _____

☐ ønsker IKKE hjemmebesøg ☐ ønsker hjemmebesøg dato: _____

(begrundelse)

Patienten socialt (enlig/gift - andet)

Patientens vurdering af det hjertemæssige i forhold til andre problemer

Hvad er etableret for patienten (fx lokalcenter, hjemmepleje osv.)?

Dato:

Navn / Kontaktperson:

Screeningsspørgsmål vedrørende udvidet rehabilitering

Kriterierne for inklusion til udvidet rehabilitering

- ☐ Har ingen erhvervsuddannelse eller har en uddannelse, som er lavere end eller lig med faglært inden for håndværk, handel, kontor
- ☐ Bor alene

Udvidet rehabilitering tilbydes, hvis et eller begge kriterier er opfyldt.

På baggrund af enkle spørgsmål om skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og samliv kombineret med viden om patientens alder visiteres alle patienter til grundrehabilitering, udvidet rehabilitering eller hjemmebesøg. Patienten informeres om, at omfanget af rehabiliteringstilbuddet vurderes ud fra patientens uddannelse og livsomstændigheder.

Henvi sning til rehabilitering og samtale om baggrund foretages, inden patienten udskrives fra akut hjerteafsnit. Hvis patienten udskrives fra anden afdeling eller kommer senere af anden grund, kan screening til grund- eller udvidet rehabilitering foregå i tilknytning til første rehabiliteringsaktivitet.

Alle patienter med lav uddannelse (mindre end studentereksamen eller mindre end kort videregående uddannelse) henvises til udvidet rehabilitering.

Patienter > 55 år, som har uddannelse svarende til faglært inden for håndværk, handel, kontor m.v., og som er gift eller har fast samlever, henvises til grundrehabilitering.

Alle patienter, der ikke bor fast sammen med voksen partner, tilbydes udvidet rehabilitering. Store hjemmeboende børn kategoriseres ikke som voksen partner.

Diagnostisk screening for angst og depression

Der foretages en diagnostisk screening halvanden måned efter indlæggelsen. Den diagnostiske screening bør gennemføres i samarbejde med enten læge eller psykolog.

Screeningen foretages ved, at patienten udfylder spørgeskemaet om angst og depression samt afhængighed af alkohol. Se spørgeskemaet s 18.

Spørgeskema 1 omhandler psykisk sygdom, angst og depression, mens spørgeskema 2 omhandler afhængighed af alkohol. Der indgår otte spørgsmål i screening for psykisk sygdom generelt og seks spørgsmål i screening for depression. To spørgsmål (spørgsmål g og h) inkluderes både i sumscore for psykisk sygdom generelt og for depression. Sumscore for alkoholafhængighed er medtaget for at belyse eventuel selvmedicinering ved psykiske problemer.

Det er nødvendigt, at **alle** patienter udfylder screeningsspørgsmål om angst og depression. Man kan ikke nødvendigvis se på patienten, at der kan være problemer af depressionsmæssig karakter. Når alle patienter udfylder spørgeskemaet, signalerer det, at psykisk trivsel indgår naturligt i samtalerne under rehabiliteringen. Spørgsmål om alkoholafhængighed indgår, da mange patienter med angst og depression bruger alkohol som selvbehandling.

Generel screening for psykisk sygdom

De otte spørgsmål, der indgår i en generel screening for psykisk sygdom, er a, b, c, d, e, f, g og h. Screeningen omfatter angst, depression og psykologisk stress.

Vær opmærksom på, at fysiske symptomer i forbindelse med psykisk sygdom nemt kan forveksles med symptomer på organisk sygdom. AKS udløser sædvanligvis en reaktion af nogle få ugers varighed, hvor patienten følelsesmæssigt reagerer med nedtrykthed, ængstelse eller eventuelt vrede.

Angst

Hjertesygdom kan udløse angst. Hvis der kun optræder få angst-positive svar, uden at der samtidig optræder depressions-positive svar, kan man se tiden lidt an. Sig fx til patienten, at det er almindeligt at reagere med bekymring/ ængstelse/nervøsitet efter at have oplevet et AKS. Angst viser sig især ved bekræftende svar inden for kategorierne:

- "Nervøsitet eller indre uro"
- "At bekymre sig for meget"
- "At føle sig ængstelig"

Der kan være tale om mere omfattende angsttilstande, fx panikangst. Vær derfor specielt opmærksom på, om patienten vedvarende er 'angst-positiv'.

Angst kan imidlertid også dække over en depression. Hvis der samtidig med angst-positive svar optræder depressions-positive svar, bør man reagere.

Depression

I screening for depression indgår de seks spørgsmål g, h, i, j, k og l

Diagnostiske kriterier for depression - ICD-10

Kernesymptomer > 2 uger

- Nedtrykthed
- Nedsat lyst/interesse
- Træthed/energiløshed

Ledsagesymptomer > 2 uger:

- Søvnforstyrrelse
- Appetit- og vægtændring
- Tænke- eller koncentrationsbesvær/ubeslutsomhed
- Psykomotorisk uro eller hæmning
- Nedsat selvtillid eller selvfølelse
- Urimelige selvbefejdelser eller skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord

Diagnose:

Let depression

4-5 symptomer, heraf mindst 2 kernesymptomer

Moderat depression

> 6 symptomer, heraf mindst 2 kernesymptomer

Svær depression

> 8 symptomer, heraf mindst 3 kernesymptomer

En læge diagnosticerer og tager stilling til eventuel behandling.

Vurdering af besvarelse

Masken med diagnostisk screening for generel psykisk sygdom, depression og alkoholafhængighed bruges som grundlag for vurdering. Herefter følges vejledningen i sumscoreskema s. 20.

En læge vurderer sumscoreskemaet. Hvis sumscore viser udslag, tager lægen det op med patienten og vurderer, om der er grundlag for igangsættelse af behandling.

Yderligere informationer om diagnostisk screening for angst og depression kan findes på:
<http://www.sundhed.dk> (søge ord: diagnostisk hjælp)



Spørgeskema

1. I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af:

(Sæt ét kryds i hver linie)

	Slet Ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
a. Nervøsitet eller indre uro?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b. At bekymre dig for meget?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c. At føle dig ængstelig?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d. At føle dig uden håb for fremtiden?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e. En følelse af, at alting er anstrengende?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f. Anfald af rædsel eller panik?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g. At føle dig nedtrykt?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h. En følelse af ingenting at være værd?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
i. Tanker om at gøre en ende på dit liv?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
j. En følelse af at være fanget i en fælde?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
k. At føle dig ensom?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
l. Selvbefejdelser?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. Har du nogensinde inden for det sidste år ...

(Sæt ét kryds i hver linie)

	Nej	Ja
a. Tænkt, at du skulle skære ned på dit alkoholforbrug?	☐ 1	☐ 2
b. Ladet dig irritere over, at andre kritiserede dit alkoholforbrug?	☐ 1	☐ 2
c. Følt skyld over dit alkoholforbrug?	☐ 1	☐ 2
d. Straks fra morgenstunden taget en genstand, for at berolige nerverne eller for at komme dig over dine tømmermænd?	☐ 1	☐ 2

Maske til spørgeskema

Klinisk sygdom		Slet Ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Generelt						
Depression subskala						

Alkoholafhængighed

Nej	Ja

Note – slettes ved udskrivning

Masken til placering oven på det besvarede spørgeskema skal udskrives, så den er gennemsigtig, eventuelt på overheadfilm.

Sumscoreskema til spørgsmål vedrørende psykisk sygdom samt alkoholafhængighed

Hvor sikker er diagnostisk screening for psykiatrisk sygdom?

De anvendte skalaer er validerede.

Et standardspørgeskema kan ikke i sig selv stille en sikker diagnose, men angive en sandsynlighed for en given sygdom. På den måde adskiller standardspørgeskemaer sig ikke væsentligt fra andre parakliniske undersøgelser. Det er lægen, som foretager en samlet vurdering og stiller de endelige diagnoser. Det medfølgende flowchart kan være en hjælp til dette.

Hvordan gør man konkret?

Resultatet af diagnostisk screening fremkommer ved at placere masken (side 19) oven på spørgsmålene omhandlende angst og depression (skema 1) eller spørgsmålene omhandlende alkoholafhængighed (skema 2) og tælle antallet af krydser i de **RØDE** felter. De røde felter omhandler for psykisk sygdom følgende svar: *noget*, *en hel del* og *virkelig meget*. De røde felter for alkoholafhængighed omhandler besvarelsen *ja*.

De enkelte resultater vil altid **kun være vejledende og erstatter IKKE en klinisk relevant undersøgelse**. Efter aflæsning drøftes besvarelsen og den videre behandling med patienten.

Navn: _____ CPR-nr.: _____ Dato: _____

PSYKISK SYGDOM

Generelt (ref 1)

Sandsynlighed for psykisk sygdom generelt

< 15% 50% 70% 85%

Score 0 1 2 3 4 5 6 7 8

☐
normalt = 0

Depression subskala

Overvej depression hvis score >0

☐
normalt = 0

ALKOHOLAFHÆNGIGHED (ref. 2)

Sandsynlighed for alkoholafhængighed

< 15% 50% 60% 75% 90%

Score 0 1 2 3 4

☐
normalt = 0

BEMÆRK:

Manglende eller delvis besvarelse af patientspørgeskemaet bør drøftes med patienten (mental forstyrrelse, (u)bevidst undvigen etc.).

Referencer:

1. Psykisk lidelse: Fink, P. et al: Psychiatric morbidity in primary public healthcare. A Nordic multicenter investigation. Part I: Method and prevalence of psychiatric morbidity. Acta Psych Scan 1995; 92: 409-418.
2. Alkoholafhængighed: Fink, P.: Personlig meddelelse.

Kostvejledning

Kostens betydning for iskæmisk hjertesygdom

Motions- og Ernæringsrådet har foretaget en samlet vurdering af en lang række kostinterventioner søgelser og konkluderer, at effekten af kostændring kan være betragtelig og af samme størrelsesorden som den, der er opnået med medicinsk behandling. Via kostændring er det muligt at reducere blodets kolesterolindhold med 8-15%. Det har vist sig, at kosten ikke kun påvirker sygdomsforløbet via de traditionelle risikofaktorer som blodets lipidprofil, blodtryk og overvægt, men at hjertevenlig kost har en forebyggende effekt udover det, der kan måles. Eksempelvis har grøntsager, frugt, fuldkorn og fisk en selvstændig beskyttende effekt, som nedsætter sygelighed og dødelighed af iskæmisk hjertesygdom.

Endvidere har kostinterventionen en forebyggende effekt over for en række andre sygdomme, bl.a. overvægt og fedme, forhøjet blodtryk og diabetes mellitus, uanset om det er type 1 eller type 2.

Overordnede mål med kostvejledning

Målene for kostvejledning er at sikre den anbefalede fedtmængde og fedtsyresammensætning, begrænse salt- og alkoholindtagelsen og øge indtaget af fuldkorn, fisk - især de fede fisk - frugt og grøntsager. Er patienten overvægtig, og har patienten et stort abdominalomfang - taljemål større end 94 cm for mænd og 80 cm for kvinder - anbefales energibegrænsning.

Kostvejledningen er nærmere beskrevet i "Diætbehandling ved forebyggelse og behandling af atherosklerose", Foreningen af Kliniske Diætister.

Kostvejlederen (fx en diætist) og patienten finder i fællesskab frem til kortsigtede og eventuelt langsigtede mål for ændring af kostvaner. Målene er altid individuelle, og der tages udgangspunkt i patientens aktuelle situation, viden, færdigheder og motivation. Der udarbejdes konkrete forslag/mål.

Formål

Formålet med kostvejledningen er at fremme patientens sundhed og mindske risikoen for forværring af sygdom og for tidlig død.

Kostvejledningen skal:

- Styrke patientens vidensniveau og sikre patientens forståelse for kostens betydning for at udvikle/forebygge iskæmisk hjertesygdom
- Afdække og styrke patientens motivation og handlekompetence til ændringer af kostvaner
- Sikre at patienten reflekterer over egne kostvaner i relation til fakta og egne værdier, mål og muligheder
- Hjælpe patienten til at prioritere og sætte mål for egen indsats vedrørende ændringer i livsstil og kostvaner
- Støtte patienten i at vedligeholde opnåede ændringer i kostvaner

Vejledningsforløbet

Patienten opfordres til, at ægtefælle eller anden pårørende deltager i kostvejledningen.

Kostvejledningen strækker sig oftest over to samtaler.

Første samtale varer cirka 60 minutter. Opfølgende samtale finder sted 2-3 uger senere og varer cirka 30 minutter.

Ved behov kan yderligere opfølgende samtaler tilbydes. Det er især nødvendigt til overvægtige patienter og patienter, som øger vægten i forbindelse med rygestop.

Det videre forløb hos kostvejlederen varierer i forhold til patientens behov, ressourcer og motivation.

Alle patienter bør tilbydes opfølgning hvert eller hvert andet år.

Kostanamnesen

Kostanamnesen optages med fokus på:

- Indtagelse af fedtstoffer herunder anvendelse af:
 - Separerede fedtstoffer (mængder/typer)
 - Kød/pålæg/fjerkræ/ost/mælkeprodukter (mængde og type)
 - Produkter med hærdede fedtstoffer, bl.a. kager, kiks, chokolade, færdige bagblandinger mm.
 - Snacks og lignende
- Indtagelse af:
 - Kulhydrater og fuldkorn
 - Brød/gryn/pasta/ris/tørrede bælgrugter
 - Kartoffler, grønt og frugt
 - Fisk (mængde/type)
 - Kulhydratholdige drikkevarer/sukker
 - Alkohol
 - Ufiltreret kaffe
 - Anvendelse af kosttilskud
 - Måltidsfrekvens

Informationsmateriale

Den individuelle samtale suppleres efter behov med skriftligt informationsmateriale om sund kost.

Materiale fra Hjerteforeningen

- Indkøbsguide (lille kort)
- 13 sunde vaner til at forebygge hjertekarsygdomme (folder)

Henvis eventuelt til hjemmesiderne

- www.hjerteforeningen.dk
- www.meraadet.dk
- www.altomkost.dk
- www.diaetist.dk
- www.diabetes.dk

Kogebøger fra Hjerteforeningen

- Hjertens God Mad
- Mad til rigtige mænd
- Slank med Hjerteforeningen

Introduktion til fysisk træning for patienter med AKS

Effekt af fysisk træning på iskæmisk hjertesygdom:

Der er stor effekt af fysisk træning for patienter med iskæmisk hjertesygdom. Fysisk træning reducerer dødeligheden som følge af hjertesygdom med 26% blandt patienter med iskæmisk hjertesygdom. Den samlede dødelighed reduceres med 20%.

Fysisk træning nedsætter kolesteroltallet, tri-glyceridniveauet samt det systoliske blodtryk.

Der er størst erfaring med superviseret træning i hospitalsmiljø, og det er ikke undersøgt, om ikke-superviseret træning i hjemmet påvirker dødeligheden lige så effektivt. Men det er vist, at træning i hjemmet har positiv effekt på både risikofaktorer, angst, livskvalitet og patienternes fysiske formåen.

Formål:

Formålet med den fysiske træning er at øge patienternes daglige fysiske aktivitetsniveau og dermed forbedre deres fysiske form. Det gøres ved 1) at give patienterne viden om sammenhængen mellem fysisk aktivitet og hjertesygdom 2) i en periode at give superviseret træning. Patienten vejledes i træningsprogrammerne, og patienternes psykiske og fysiske reaktioner "afprøves", så de senere kan træne på egen hånd.

Proces:

Et fysisk træningsforløb kan indeholde:

Tilrettelæggelse af et individuelt forløb – ca. en uge efter henvisning

- Samtale med fx fysioterapeut
- Funktionstest, fx cykeltest

Intensiv hjertekarrehabilitering - 6 til 12 ugers forløb

- Superviseret fysisk træning
- Teoretisk undervisning

Kontrol og opfølgning

- Samtale med fx fysioterapeut
- Funktionstest

Indledende samtale:

Træningsforløbet indledes med en samtale mellem træner og patient. Indholdet afhænger af patientens forudgående motivation for og kendskab til træning. Samtalen skal primært sikre, at patienten informeres om det kommende forløb. Angst for fysisk aktivitet kan med fordel drøftes i denne samtale.

Funktionstest:

En funktionstest er en test, som skal bestemme patientens maksimale puls. Den udføres som regel på en kondicykel. Når træneren/fysioterapeuten kender den maksimale puls, kan han/hun bruge denne viden, så træningen foregår ved en intensitet på 60-80% af maksimalpuls, hvilket anbefales.

Teoretisk undervisning:

Der kan fx undervises i:

- Betydningen af motion
- Hjertets kredsløb
- Fysisk aktivitet i dagligdagen
- Forholdsregler ved fysisk træning
- Tegn på træning ved for høj intensitet

Eksempel på superviseret træningsprogram

Uge 1: Der trænes 2 gange om ugen	Uge 2: Der trænes 3 gange om ugen	Uge 3-8: Der trænes 3 gange om ugen	Uge 9: Der trænes 3 gange om ugen
• 10 minutters opvarmning • 10 minutter noget anstrengende træningsaktivitet (forpustet, men muligt at samtale) • 5 minutter ret let træning <i>Dette gentages 2 gange</i>	• 10 minutters opvarmning • 10 minutter noget anstrengende træningsaktivitet (forpustet, men muligt at samtale) • 5 minutter ret let træning <i>Dette gentages 3 gange</i>	• 10 minutters opvarmning • 10 minutter noget anstrengende træningsaktivitet (forpustet, men muligt at samtale) • 5 minutter ret let træning <i>Dette gentages 4 gange</i>	• 10 minutter opvarmning • 5 minutter noget anstrengende træningsaktivitet (forpustet, men muligt at samtale) • 5 minutter ret let træning <i>Dette gentages 4 gange.</i>

De 10 minutters *opvarmning* kan bestå af lette bevægelser med arme og ben, eksempelvis gymnastikøvelser eller gang med armbevægelser

De 10 minutters *noget anstrengende* aktivitet kan fx være styrkeøvelser med træningselastikker (store, kraftige elastikker med flere tykkelser). 25 gentagelser med en arm ad gangen, et ben ad gangen, ryg for sig og mave for sig.

De 5 minutters afsluttende øvelser - *ret let* aktivitet – kan fx være lette bevægelser med arme og ben (som opvarmning).

Motivation og glæde ved træning

Da målet er at påvirke patienterne til at holde aktivitetsniveauet resten af livet, bør patienterne opleve, at træning er sjovt, hyggeligt, energigivende og en kilde til gode sociale oplevelser. Det kan ske ved at variere øvelserne og ved at tænke i socialt samvær/gruppetræning, bruge god musik etc.

Hjerteforeningens tilbud

Hjerteforeningens rådgivningscentre har en række tilbud til hjertekarpatienter og deres pårørende:

- Støttegrupper for patienter og pårørende med vejledning fra professionelt sundheds-personale
- Individuelle samtaler
- Individuelle kostsamtaler
- Individuelle rygestopsamtaler
- Blodtryksmåling
- Ankelblodtryksmåling
- Kolesterolmåling
- Måling af lipid-profil
- Blodsuktermåling
- Kulitemåling
- Hjertestartkurser
- Kurser i livsstilsændring
- Patientuddannelse (grupper)
- Hjertecafeer (undervisning samt mulighed for at møde andre patienter i samme situation)

Desuden tilbyder centrene motion for hjertekar-patienter og holder møder og foredrag med emner, der er særlig relevante for hjertekarsyge og pårørende.

Rådgivningscentrene

Rådgivningscenter Aalborg
Vesterbro 81
9000 Aalborg
Tlf. 9816 1816
aalborg@hjerteforeningen.dk

Rådgivningscenter Århus
Jægergårdsgade 64-66
8000 Århus C
Tlf. 8618 5510
aarhus@hjerteforeningen.dk

Rådgivningscenter Esbjerg
Jyllandsgade 79 C
6700 Esbjerg
Tlf. 7613 1640
esbjerg@hjerteforeningen.dk

Rådgivningscenter Kolding
Sydbanegade 4
6000 Kolding
Tlf. 7552 7628
kolding@hjerteforeningen.dk

Rådgivningscenter Odense
Kongensgade 65
5000 Odense C
Tlf. 6591 9935
odense@hjerteforeningen.dk

Rådgivningscenter København
Hauser Plads 20
1127 København K
Tlf. 3311 0312
kbh@hjerteforeningen.dk

Rådgivningscenter Næstved
Apotekerstræde 4 A
4700 Næstved
Tlf. 5573 5009
naestved@hjerteforeningen.dk

Gratis foldere fra Hjerteforeningen

[Arvelige hjertekarsygdomme](#)

[Avanceret genoplivning](#)

[Ballonudvidelse](#)

[Bevæg dig sund](#)

[Bypassoperation](#)

[Endokardit - betændelse i hjertet](#)

[Forhøjet blodtryk](#)

[Hjerteanfald og hjertestop](#)

[Indkøbsguide](#)

[Kvinde kend dit hjerte](#)

[Kend dit kolesterol](#)

[Kost og AK behandling](#)

[Kronisk hjertesvigt](#)

[Lær at redde liv](#)

[Naturlægemidler og blodtryk](#)

[Når det gør ondt at gå - åreforsnævring i benene](#)

[Psykologisk førstehjælp](#)

[Rygning og dit hjerte](#)

[Sex og samliv](#)

[Stress](#)

[Åreforsnævring - En sygdom med mange sympto-mer](#)

[13 sunde vaner](#)

Et relevant udvalg af disse foldere samt Hjerkebogen fra Hjertereforeningen kan gives til patienten.

De gratis foldere kan downloades og rekvireres på Hjertereforeningen hjemmeside, www.hjertereforeningen.dk, samt på telefon nr. 3393 1788.

Sundhedsfagligt personale kan desuden rekvirere Hjerkebogen ved henvendelse til Hjertereforeningen på tlf. nr. 3393 1788.

Visitkort til patienten

Kontaktperson:

Arbejdssted:

Telefonnummer:

Jeg kan kontaktes: (tidspunkt)

Andre muligheder for kontakt:
(fx egen læge, kardiologisk afdeling, sundhedscenter)

Note – slettes ved udskrivning

*Patienten skal altid
have et visitkort med
telefonnummer til sin
aktuelle kontaktperson.*

Kontaktperson:

Arbejdssted:

Telefonnummer:

Jeg kan kontaktes: (tidspunkt)

Andre muligheder for kontakt:
(fx egen læge, kardiologisk afdeling, sundhedscenter)

Kontaktperson:

Arbejdssted:

Telefonnummer:

Jeg kan kontaktes: (tidspunkt)

Andre muligheder for kontakt:
(fx egen læge, kardiologisk afdeling, sundhedscenter)

Patientbrev

Beskrivelse af rehabiliteringsforløbet - Grundrehabilitering

(Afsenderadresse indsættes)

(Modtagernavn og -adresse indsættes)

Dato xx/xx-xxxx

Kære: (patientens navn indsættes)

Velkommen til

(Afsenders oplysninger indsættes)

_____ dag den _____ kl. _____

Hjem igen

Der er tilrettelagt et efterforløb, som begynder, når du har været hjemme nogle dage. Forhåbentlig vil det hjælpe dig og din familie igennem tiden efter din blodprop.

Efterforløbet består af et fem til seks ugers program.

Ved hver aktivitet taler du med

(Her kan fx stå sygeplejersken eller anden kontaktperson)

Hvad sker der i efterforløbet?

- Kontrol af din behandling og din medicin
- Vi taler om forebyggelse
- Kolesterol
- Rygning
- Motion
- Mad
- Hverdagen efter en blodprop
- (Eventuelt andet)

Note – slettes ved udskrivning

Det er vigtigt, at patienten inden udskrivelsen får nøjagtig besked om rehabiliteringens forløb og får en dato for første aktivitet i rehabiliteringsforløbet inden for to-tre uger efter udskrivelsen.

Første aktivitet - Varighed: 2-3 timer

(Her kan fx stå:

Sygeplejersken og lægen vil tale med dig om din indlæggelse og fortælle dig om det videre forløb.

Din ægtefælle eller en anden pårørende er altid velkommen til at deltage.

Medicin: Du bedes medbringe den medicin, du får, og evt. medicinskema)

Kontakt

Du er velkommen til at ringe til

(Her indsættes oplysninger på fx kontaktperson, sted mv.)

_____dag til _____dag mellem kl. _____og kl. _____

Telefonnr. _____

Med venlig hilsen

(Afsender indsættes)

Sådan finder du vej

(Her kan indsættes rutebeskrivelse/transportmidler og/eller kort, der viser placering af sygehus og afdeling, sundhedscenter eller lign.)



Patientbrev

Beskrivelse af rehabiliteringsforløbet – Udvidet rehabilitering

Dato xx/xx-xxxx

(Afsenderadresse indsættes)

(Modtagernavn og -adresse indsættes)

Kære: (patientens navn indsættes)

Velkommen til (afsenderens oplysninger indsættes)

_____ dag den _____ kl. _____

Hjem igen

Der er tilrettelagt et efterforløb, som begynder, når du har været hjemme nogle dage. Forhåbentlig vil det hjælpe dig og din familie igennem tiden efter din blodprop.

Efterforløbet består af et seks til otte ugers program.

Ved hver aktivitet taler du med
(Her kan fx stå sygeplejerske eller kontaktperson)

Hvad sker der i efterforløbet?

- Kontrol af din behandling og din medicin
- Vi taler om forebyggelse
- Kolesterol
- Rygning
- Motion
- Mad
- Hverdagen efter en blodprop
- (Eventuelt andet)

Første aktivitet - Varighed: 2-3 timer

(Her kan fx stå:

Sygeplejersken og lægen vil tale med dig om din indlæggelse og fortælle dig om det videre forløb.

Din ægtefælle eller en anden pårørende er altid velkommen til at deltage.

Medicin: Du bedes medbringe den medicin, du får, og evt. medicinskema)

Vi holder kontakten

Et par måneder efter din sidste aktivitet i _____ ringer vi for at høre, hvordan du har det.

Kontakt

Du er velkommen til at ringe mellem aktiviteterne til
(Her indsættes oplysninger på fx kontaktperson, sted mv.)

_____ dag til _____ dag mellem kl. _____ og kl. _____

Telefonnr.: _____

Praktiserende læge

Din læge får besked om din behandling under indlæggelsen samt medicinsk behandling og hjertekarrehabilitering (efterbehandling).

Hvis du ønsker det, kan du få en tid til en forebyggende helbredssamtale hos din praktiserende læge.

Du kan altid gå til din praktiserende læge, hvis du har spørgsmål.

Aktiviteter i lokale rådgivningscentre og/eller sundhedscentre eller lignende

Her kan indsættes lokale aktiviteter

Med venlig hilsen

(Afsender indsættes)



Patientbrev

Afsluttende information til patienten

Dato xx/xx-xxxx

(Afsenderadresse indsættes)

(Modtagernavn og -adresse indsættes)

Kære: (patientens navn indsættes)

I forbindelse med din efterbehandling, har du fået tilbudt følgende:

- Samtale med læge
- Samtaler om:
 - reaktioner på hjertesygdom
 - behandling og livsstilsændringer efter blodprop
- Samtale om kost
- Fysisk træning
- Rygestop-samtale
 - hvis du røg før indlæggelsen

Note – slettes ved udskrift

Ved at opsummere patientens deltagelse i rehabilitering og de gennemførte livsstilsændringer får patienten et overblik over hvor stor en indsats, han eller hun faktisk har ydet. Desuden bliver det tydeligt, hvad patienten vil have godt af at arbejde videre med i tredje rehabiliteringsfase. Opsummeringen og aftalerne videregives til patientens læge efter aftale med patienten.

Patienten bør indkaldes til en opfølgende samtale med læge efter 1 år til optimering og justering af medicinsk behandling samt samtale om rygestop, kostvaner og fysisk aktivitet. En sådan aftale om opfølgning kan indsættes i dette brev.

Med venlig hilsen

(Afsender indsættes)

I GANG IGEN EFTER BLODPROP I HJERTET



Under samtalerne talte vi bl.a. om hvad, det er vigtigt for dig at være opmærksom på i den kommende tid:

Medicin:

Motion:

Mad:

Rygning:

Andet:

Du bør kontakte din egen læge for at få ½ times forebyggende helbredssamtale om hjertesygdom, så han/hun kan følge op på efterbehandlingen.

Du kan altid bestille en tid hos din praktiserende læge.

Note – slettes ved udskrift

(Aftale om et års opfølgning kan evt. indsættes her: Et år efter din indlæggelse indkaldes du til....)

Du er altid velkommen til at ringe, hvis du har spørgsmål.

(Afsender og eventuel kontaktperson indsættes)

Telefonnr.



Brev til praktiserende læge

Kort beskrivelse af patientens rehabiliteringsforløb

(Afsenderadresse indsættes)

(Lægens navn og adresse indsættes)

Dato xx/xx-xxxx

Navn og CPR.nr.: _____

Har deltaget i rehabilitering efter AKS på (sygehus/afdeling indsættes)
i perioden: d. _____ med følgende tilbud:

Samtaler om reaktioner, behandling, livsstilsændringer mv. efter AKS.

Bemærkninger:

Samtaler med kostvejleder

☐ har deltaget

☐ har ikke deltaget

Bemærkninger:

Fysioterapi

☐ har deltaget

☐ har ikke deltaget

Bemærkninger:

Rygestopsamtale

☐ ja

☐ nej

Bemærkninger:

Opfølgning/ fremtidige rehabiliteringsmuligheder:

Fx

- Er anbefalet at kontakte praktiserende læge for ½ times forebyggende helbredssamtale
- Er anbefalet at tage kontakt til fx sundhedscenter
- Bliver kontaktet telefonisk 2 måneder efter afslutning af (kontaktperson indsættes)

(Afsender indsættes)

I GANG IGEN EFTER BLODPROP I HJERTET



Note – slettes ved udskrift

I brevet til den praktiserende læge indføres korte og klare bemærkninger under de angivne rehabiliteringselementer. Bemærkningerne skrives ud fra den handlingsplan, som er udarbejdet med patienten (se side xx).

Bemærkningerne angiver kort, hvad der kan være behov for at følge op på. Det kan for eksempel være:

Generelle bemærkninger:

Fortsat meget træt, større søvnbehov end tidligere. Patientens store problem er kroniske muskelsmerter.

Kost - Bemærkninger:

Forsøger at fastholde ændringer i kosten. Mål: Vægttab på 5-6 kg.

Fysisk aktivitet - Bemærkninger:

Er meget fysisk aktiv med daglig gåtur på 5 km og træning i fitnesscenter to gange om ugen

Patientbrev (udvidet rehabilitering)

Brev om telefonopkald 4 mdr. efter indlæggelse/2 mdr. efter afslutning af fase 2 i rehabiliteringsforløb

(Afsenderadresse indsættes)

(Modtagernavn og -adresse indsættes)

Dato xx/xx-xxxx

Kære patientens navn indsættes

Som aftalt ved sidste kontakt i (sted/afdeling indsættes) vil jeg ringe dig op for at høre, hvordan du har haft det siden sidst:

_____ dag den _____ ca. kl. _____

Du kan forvente, at samtalen varer godt ½ time.

Hvis du ikke kan være hjemme på den aftalte tid, vil jeg bede dig ringe mig op - så finder vi en ny tid.

Med venlig hilsen

(Afsender indsættes)

Telefonnr. _____

Note – slettes ved udskrivning

Det er vigtigt at sikre overgangen til vedligeholdelsesfasen fx via et telefonopkald. Det aftales med patienten, hvornår man cirka vil ringe op. En til to uger før den aftalte tid sendes et brev om det nøjagtige tidspunkt. Opringning efter endt rehabilitering fungerer som en overgang til rehabiliteringens vedligeholdelsesfase hos egen læge m.fl.

I GANG IGEN EFTER BLODPROP I HJERTET



Patientbrev

1 års opfølgning

(Afsenderadresse indsættes)

(Modtagernavn og adresse indsættes)

Dato xx/xx-xxxx

Kære patientens navn indsættes

Det er nu ved at være et år siden, du var indlagt med en blodprop i hjertet, og vi anbefaler 1 års lægekontrol på/hos (afsender indsættes).

Lægesamtale

Dato: _____

Ca. 1 uge før lægesamtalen skal du have taget en blodprøve og et hjertediagram på (sted for undersøgelserne)

- Åbningstiden er dagligt fra kl. (tidspunkt)
- Du skal møde fastende

Passer datoen dig ikke, kan du ringe på tlf.

Med venlig hilsen

(Afsender)

Tlf.

Note – slettes ved udskrivning

Det anbefales at indkalde patienten til lægesamtale et år efter indlæggelsen. Mange patienter føler fortsat, at deres hjertesygdom giver problemer på dette tidspunkt. Der kan være behov for justering af medicinen efter et år, ligesom rygestop, kost og fysisk aktivitet bør drøftes.

HUSK at medbringe din medicin eller medicinlisten til lægesamtalen

I GANG IGEN EFTER BLODPROP I HJERTET



Litteratur om hjertekarrehabilitering

Rehabilitering og forebyggelse af hjertekar-sygdom - samarbejde med Hjertereforeningen

Hjertereforeningen, september 2006

Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen

Hjertereforeningen og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, juli 2007

Hjerterehabilitering på danske sygehuse

Netværk af forebyggende sygehuse, Kardiologisk Selskab og Hjertereforeningen, april 2004

I gang igen efter blodprop i hjertet.

Socialt differentieret hjerterehabilitering

Region Midtjylland, Center for Folkesundhed, Meillier, L.

Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse

Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse og Enhed for Planlægning, 2004

Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling

Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003

Hjerterehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget

Zwisler A-D, Nissen NK, Madsen M, DANREHAB-gruppen. Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006

Hjerterehabilitering – Rationale, arbejdsmetoder og erfaringer fra Bispebjerg Hospital

Zwisler, Schou og Sørensen, 2003

www.hjerterehabilitering.dk