



# National kortlægning af hjerterehabilitering på tværs af sektorer – metodebeskrivelse

Bilagsnotat

## **National kortlægning af hjerterehabilitering – metodebeskrivelse. Bilagsnotat**

Forfattere: Maiken Bay Ravn, Henriette Knold Rossau, Tina Broby Mikkelsen og Cecilie Lindström Egholm.

Copyright © 2020

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til REHPA.

REHPA, notat nr. 20

Juni 2020

ISBN: 978-87-93356-47-4 (online)

Forside: REHPA

### **REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation**

Vestergade 17

5800 Nyborg

Telefon 21 81 10 11

Mail: [rehpa@rsyd.dk](mailto:rehpa@rsyd.dk)

[www.rehpa.dk](http://www.rehpa.dk)

REHPA-metodenotater følger op på områder, som efterspørges af myndigheder, samarbejdspartnere, fagfæller, forskere, praktikere og andre målgrupper, som videncentret deler interesser med.

Udarbejdelsen af og baggrunden for notatet fremgår af forordet.

Notaterne udkommer ad hoc som elektroniske dokumenter og kan downloades fra [www.rehpa.dk](http://www.rehpa.dk).

## Indhold

Bilag 1: Spørgeskemaer til hospitaler i 2018 .....	5
Bilag 1a. Spørgeskema om hjerterehabilitering med fokus på den sygeplejefaglige indsats .....	5
Indhold af hjerterehabilitering på dit hospital.....	6
Kostintervention og ernæringsindsats .....	8
Patientuddannelse.....	9
Psykosocial indsats .....	11
Arbejdsfastholdelse .....	12
Hjerteforeningen .....	13
Screening for angst/depression .....	14
Støtte til rygestop-intervention .....	16
Dokumentation, kvalitetssikring og personalekompetencer .....	17
Afslutning og viderevisitering .....	18
Uddybende kommentarer .....	19
Afslutning af spørgeskemaet .....	19
Bilag 1b. Spørgeskema om hjerterehabilitering med fokus på fysisk træning .....	20
Indhold af fysisk træning på dit hospital .....	21
De følgende spørgsmål omhandler rehabilitering til patienter med Claudicatio Intermittens.....	24
Uddybende kommentarer .....	27
Afslutning af spørgeskema .....	28
Bilag 1c. Spørgeskema om hjerterehabilitering med fokus på kostintervention og ernæringsindsats .....	29
Kostintervention og ernæringsindsats .....	30
Uddybende kommentarer .....	31
Afslutning af spørgeskema .....	32
Bilag 2: Spørgeskemaer til kommuner i 2018.....	33
Bilag 2a. Spørgeskema om hjerterehabilitering med fokus på organiseringen af hjerterehabilitering .....	33
Indhold af hjerterehabilitering på i din kommune .....	34
Kostintervention og ernæringsindsats .....	36
Patientuddannelse.....	37
Psykosocial indsats .....	39
Arbejdsfastholdelse .....	40
Hjerteforeningen .....	41
Screening for angst/depression .....	42
Støtte til rygestop-intervention .....	44

Dokumentation, kvalitetssikring og personalekompetencer .....	45
Afslutning og viderevisitering .....	47
Uddybende kommentarer .....	47
Afslutning af spørgeskemaet .....	47
Bilag 2b. Spørgeskema om hjerterehabilitering med fokus på fysisk træning .....	48
Indhold af fysisk træning i din kommune .....	50
Uddybende kommentarer .....	55
Afslutning af spørgeskema .....	56
Bilag 2c. Spørgeskema om hjerterehabilitering med fokus på kostintervention og ernæringsindsats .....	57
Kostintervention og ernæringsindsats .....	58
Uddybende kommentarer .....	60
Afslutning af spørgeskema .....	60

## Farvemarkeringer i spørgeskemaerne

Jf. notatet opbevares dele af data hos Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og kan søges til forskningsbrug som en del af Dansk Hjerterehabileringsdatabase. De variable, som findes hos RKKP, er markerede orange i spørgeskemaerne i dette Bilagsnotat:

Blå	Spørgsmålet kan have enkelte under-spørgsmål eller svarkategorier, der findes hos RKKP – disse er i givet fald markerede lys orange
Orange	Spørgsmålets variable findes hos RKKP
Lys orange	Variable som findes hos RKKP

## Bilag 1: Spørgeskemaer til hospitaler i 2018

### Bilag 1a. Spørgeskema om hjerterehabilitering med fokus på den sygeplejefaglige indsats

Dette elektroniske spørgeskema handler om fase II af almen hjerterehabilitering med fokus på den sygeplejefaglige indsats på dit hospital. Dine besvarelser vil bidrage til kortlægning af de strukturelle forhold omkring hjerterehabilitering i Danmark med tilknytning til Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD). For at opnå ensartede og sammenlignelige svar på tværs af hospitaler og kommuner er svarmulighederne tilpasset således, at de passer til både hospitals- og kommunalt regi, hvorfor nogle af valgmulighederne kan fremstå irrelevante i hospitalsregi.

Det tager omkring 25 minutter at udfylde spørgeskemaet. Du kan gemme og forlade skemaet undervejs. Hvis du ser tegnet (i) i spørgeskemaet, så har du mulighed for at få ordet uddybet ved at føre musen hen på tegnet. Skemaet er først afleveret når de sidste spørgsmål er udfyldt og du har trykket "afslut".

Har du spørgsmål eller behov for hjælp til at udfylde skemaet, er du velkommen til at ringe eller skrive til forskningsassistent Maiken Bay Ravn tlf. 3058 3605/e-mail [maiken.bay.ravn@rsyd.dk](mailto:maiken.bay.ravn@rsyd.dk).

Indledningsvist har vi brug for nogle enkelte informationer om dig, som udfylder det elektroniske spørgeskema.

Er du den person, som spørgeskemaet oprindeligt var sendt til?
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej

*Du har i det foregående spørgsmål svaret, at det ikke er dig, som spørgeskemaet oprindeligt er sendt til. Vi vil derfor bede dig angive dit navn og e-mailadresse, så vi ved hvem der har besvaret spørgeskemaet i din afdeling.*

Angiv venligst dit navn: \_\_\_\_\_

Angiv venligst din e-mailadresse: \_\_\_\_\_

Angiv venligst et telefonnummer vi kan træffe dig på, såfremt der er behov for uddybning af dine besvarelser: \_\_\_\_\_

Telefonnummeret vil kun blive anvendt til eventuel opfølgning.

Hvilken funktion har du i forhold til hjerterehabilitering på dit hospital?
<input type="checkbox"/> Leder/chef for afdelingen <input type="checkbox"/> Leder/chef for hjerterehabiliteringsgruppen/-teamet <input type="checkbox"/> Sygeplejerske med ansvar for hjerterehabilitering i dagligdage <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____

### Indhold af hjerterehabilitering på dit hospital

De første spørgsmål handler om det overordnede indhold af hjerterehabilitering på dit hospital, som det ser ud lige nu.

I de følgende afsnit vil du blive bedt om at svare på spørgsmål om elementerne i hjerterehabiliteringen på dit hospital. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

Hvilke komponenter indgår i hjerterehabiliteringstilbuddet hos jer?				
	Det varetager vi	Det varetager vi delvist	Det forventes varetaget i kommunen	Andet (uddyb venligst)
Systematisk henvisning af patienter til rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuel vurdering og tilrettelægning af rehabiliteringsforløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Hjælp til håndtering af barrierer med henblik på fastholdelse af rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Fysisk træning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Patientuddannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Psykosocial indsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Opsporing af angst og depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Kostintervention og ernæringsindsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Rygestop-intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Systematiseret indsats med henblik på arbejdsfastholdelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuel afslutning og viderevisitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____

Indgår der andre komponenter i hjerterehabiliteringstilbuddet hos jer?
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej
Du har i det foregående spørgsmål svaret, at følgende komponenter forventes varetaget i kommunen. Her vil vi bede dig uddybe om I har nogle bestemt tværasektorielle arbejdsgange for dette og i så fald, hvilke?
Systematisk henvisning af patienter til rehabilitering: _____
Individuel vurdering og tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb: _____
Hjælp til håndtering af barrierer med henblik på fastholdelse af rehabilitering: _____
Fysisk træning: _____
Patientuddannelse: _____
Psykosocial indsats: _____
Opsporing af angst og depression: _____
Kostintervention og ernæringsindsats: _____
Rygestop-intervention: _____
Systematiseret indsats med henblik på arbejdsfastholdelse: _____
Individuel afslutning og viderevisitering: _____

Vil patienter med følgende problemstillinger blive indkaldt til tilbud om hjerterehabilitering hos jer?					
	Ja	Nej	Ved ikke		
Ikke-dansktalende personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Personer med kognitive udfordringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Personer som har et betydeligt alkoholoverforbrug eller andet misbrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Har I særlige hjerterehabiliteringstilbud/programmer til socialt udsatte patienter?					
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke					
Har I særlige hjerterehabiliteringstilbud/programmer til patienter med anden etnisk baggrund?					
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke					
Bliver hjertepatienter tilbudt en indledende individuel samtale med henblik på individuel tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløbet?					
<input type="checkbox"/> Ja, individuel samtale med en sygeplejerske <input type="checkbox"/> Ja, individuel samtale med en fysioterapeut <input type="checkbox"/> Ja, samtale med andet personale, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej					
Bliver hjertepatienter screenet for følgende i rehabiliteringsforløbet?					
	Ja, i kommunalt regi	Ja, i hospitalsregi	Ja, af praktiserende læge	Andet sted	Nej
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Dyslipædimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>

### Kostintervention og ernæringsindsats

Her følger en række spørgsmål om den kostintervention og ernæringsindsats til hjertepatienter, som tilbydes hos jer. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

Hvilke hjertepatientgrupper bliver vurderet for behovet for kostintervention og ernæringsindsats?			
	Ja	Nej	Ved ikke
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Non-STEMI/post ustabil angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjertestop overlevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Får andre hjertepatientgrupper tilbud om kostintervention eller ernæringsindsats?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej				
<b>Hvilke spørgeskemaer bruger de sundhedsprofessionelle til indsamling af PRO i forbindelse med kostintervention og ernæringsindsats hos jer? (Sæt gerne flere krydser)</b>				
<input type="checkbox"/> Hjertekostskemaet <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Ved ikke				
<b>Du har i det foregående spørgsmål svaret, at følgende spørgeskemaer bliver brugt i forbindelse med kostintervention og ernæringsindsats. I hvilken sammenhæng bruger I dem? (Sæt gerne flere krydser)</b>				
	Som screeningsredskab til at tilrettelægge den kliniske behandling/forløb	Som et redskab til patientinddragelse	Som et redskab til at vurdere patientens udvikling igennem rehabiliteringsforløbet	Som et redskab til at evaluere og videreudvikle rehabiliteringsforløbet
Hjertekostskemaet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Patientuddannelse

Her følger en række spørgsmål om den patientuddannelse som hjertepatienter, tilbydes hos jer. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

<b>Hvilke hjertepatientgrupper får tilbudt patientuddannelse hos jer?</b>			
	Ja	Nej	Ved ikke
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Non-STEMI/post ustabil angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertestop overlevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Får andre hjertepatientgrupper tilbud om patientuddannelse?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej			
<b>Hvilke tiltag gør I for at fastholde socialt udsatte patienter eller patienter med anden etnisk baggrund i patientuddannelse? (Sæt gerne flere krydser)</b>			
<input type="checkbox"/> Vi samarbejder md forløbskoordinator/tovholder <input type="checkbox"/> Vi samarbejder med socialsygeplejerske/gadesygeplejerske <input type="checkbox"/> Vi benytter flersproget informationsmateriale <input type="checkbox"/> Vi benytter påmindelsesservices (SMS, e-mail, telefonopkald, etc.) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen			
<b>Har patienter, som taler lidt eller intet dansk adgang til tolkede samtaler i forbindelse med patientuddannelse?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
<b>Hvordan er patientuddannelsen tilrettelagt hos jer? (Sæt gerne flere krydser)</b>			
<input type="checkbox"/> Individuel undervisning <input type="checkbox"/> Undervisning på hold <input type="checkbox"/> Praktisk træning f.eks. indkøb, madlavning mm. <input type="checkbox"/> E-learning <input type="checkbox"/> Telemedicin <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____			
<b>Hvilke kompetencer/uddannelser skal have for at kunne varetage patientuddannelse hos jer? (Sæt gerne flere krydser)</b>			
<input type="checkbox"/> Sundhedspædagogiske kompetencer <input type="checkbox"/> Diplom- eller masteruddannelse <input type="checkbox"/> Specifikke hjerterehabiliteringskurser <input type="checkbox"/> Mangeårig klinisk erfaring med kardiologiske hjertepatienter <input type="checkbox"/> Kardiologisk efteruddannelse <input type="checkbox"/> Sidemandsoplæring <input type="checkbox"/> Der kræves ingen specifikke kompetencer <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____			
<b>Hvilke emner indgår i afdelingens patientuddannelse? (Sæt gerne flere krydser)</b>			
<input type="checkbox"/> Betydning af livsstil (kost, rygestop, alkohol, motion) <input type="checkbox"/> Motivation og livsstilsændring <input type="checkbox"/> Undervisning i hjertesygdomme <input type="checkbox"/> Håndtering af hjertesygdomme <input type="checkbox"/> Undervisning i seksualitet og hjertesygdomme			

<input type="checkbox"/> Psykiske reaktioner <input type="checkbox"/> Medicinskbehandling <input type="checkbox"/> Råd og vejledning om sociale forhold <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Her kan du komme med uddybende kommentarer til patientuddannelse som tilbydes hjertepatienter på dit hospital</b>

### Psykosocial indsats

Her følger en række spørgsmål om den psykosociale indsats til hjertepatienter, som tilbydes hos jer. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

Hvilke hjertepatientgrupper modtager tilbuddet om psykosocial indsats hos jer?			
	Alle patienter	Nogen patienter	Ingen patienter
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Non-STEMI/post ustabil angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertestop overlevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Får andre hjertepatientgrupper tilbud om psykosocial indsats?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej			
<b>Hvilke tiltag gør I for at fastholde socialt udsatte patienter eller patienter med anden etnisk baggrund i den psykosociale indsats? (Sæt gerne flere krydser)</b>			
<input type="checkbox"/> Vi samarbejder md forløbskoordinator/tovholder <input type="checkbox"/> Vi samarbejder med socialsygeplejerske/gadesygeplejerske <input type="checkbox"/> Vi benytter flersproget informationsmateriale <input type="checkbox"/> Vi benytter påmindelsesservices (SMS, e-mail, telefonopkald, etc.) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen			
<b>Har patienter, som taler lidt eller intet dansk adgang til tolkede samtaler i forbindelse med patientuddannelse?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

<b>Hvordan foregår tilbuddet om psykosocial indsats på dit hospital? (Sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Individuelle samtaler <input type="checkbox"/> Gruppeundervisning <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Hvordan foregår tilbuddet om psykosocial indsats på dit hospital? (Sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Psykologer <input type="checkbox"/> Sygeplejersker <input type="checkbox"/> Læger <input type="checkbox"/> Fysioterapeuter <input type="checkbox"/> Ergoterapeuter <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Hvilke emner indgår i jeres psykosociale indsats? (Sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Håndtering af fjendtlighed og vredesfølelse <input type="checkbox"/> Håndtering af vanskelige sociale situationer (arbejde, sygemelding, forsikring, økonomi) <input type="checkbox"/> Håndtering af fravær af social støtte <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Her kan du komme med uddybende kommentarer til psykosociale indsats, som tilbydes hjertepatienter på dit hospital</b>

## Arbejdsfastholdelse

Her følger en række spørgsmål om støtte til arbejdsfastholdelse til hjertepatienter, som tilbydes hos jer. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

<b>Afdækker I patienternes tilknytning til arbejdsmarkedet?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, vi afdækker alle patienters tilknytning til arbejdsmarkedet <input type="checkbox"/> Ja, vi afdækker nogle patienters tilknytning til arbejdsmarkedet <input type="checkbox"/> Nej, vi afdækker ingen patienters tilknytning til arbejdsmarkedet <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Tilbyder I patienter information omkring tilbagevenden på arbejde?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Er jeres tilbud differentieret ift. personer som er i beskæftigelse (sygemeldte), og personer som ikke er i beskæftigelse (kontanthjælp, ledige, ressourceforløb ol.)?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Har I socialfaglige personer ansat, som en del af jeres rehabiliteringsteam f.eks. socialrådgivere?</b>

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Samarbejder I med, eller videresender I patienter til jobcenteret</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Her kan du komme med uddybende kommentarer til arbejdsfastholdelse, som tilbydes hjertepatienter på dit hospital</b>

## Hjerteforeningen

De følgende spørgsmål omhandler dit hospitals kendskab til en screeningsguide, som blev udarbejdet af Hjerteforeningen, REHPA og Professionshøjskolen Metropol i 2017. Guiden er målrettet sundhedsprofessionelle, der arbejder med opfølgning og rehabilitering af hjertepatienter på hospitaler og i kommuner, og er tænkt som et redskab og inspirationsmateriale til at implementere eller optimere systematisk screening for angst og depression blandt hjertepatienter.

Du kan se guiden her: [link](#)

<b>Først er vi interesseret i at få uddybet hvorvidt screening for angst og depression varetages hos jer.</b>
<b>Du har i et foregående spørgsmål svaret, at screening for angst og depression forventes varetaget i kommunen eller "andet". Har I tidligere varetaget screening for angst og depression?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Du har i et foregående spørgsmål svaret, at screening for angst og depression varetages hos jer. Hvornår påbegyndte I screening for angst og depression hos jer?</b>
Årstal: _____ [specificeret fra rulleliste 1980-2018] Måned: _____ [specificeret fra rulleliste jan-dec]
<b>Hvornår startede I med at screene for angst og depression hos Jer?</b>
Årstal: _____ [specificeret fra rulleliste 1980-2018] Måned: _____ [specificeret fra rulleliste jan-dec]
<b>Hvornår afsluttede I med at screene for angst og depression hos Jer?</b>
Årstal: _____ [specificeret fra rulleliste 1980-2018] Måned: _____ [specificeret fra rulleliste jan-dec]
<b>Kender I førnævnte screeningsguide fra Hjerteforeningen på din afdeling?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, vi kender guiden og har fundet den anvendelig for vores screeningsindsats (f.eks. ved implementering, optimering af processer, til uddannelse, til inspiration for bedre håndtering af screeningsopgaven, screeningssamtalen e. lign) <input type="checkbox"/> Ja, vi kender guiden, men har ikke fundet den anvendelig <input type="checkbox"/> Nej, vi kender ikke guiden

<b>Hvad er den primære årsag til, at guiden ikke er anvendelig på dit hospital?</b>
<input type="checkbox"/> Vi screener allerede systematisk og guiden har ikke givet os ny inspiration eller viden <input type="checkbox"/> Screeningsopgaven varetages ikke af os <input type="checkbox"/> Vi kender ikke indholdet af guiden godt nok til at vurdere anvendeligheden <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Uanset dit kendskab til guiden, har din afdeling/enhed over de seneste 1-2 år igangsat initiativer for at optimere screening for angst og depression? (F.eks. vedr. rollefordeling/arbejds gange, kendskab til/brug af screeningsværktøj, undervisning m.v.)</b>
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke

### Screening for angst/depression

Her følger en række spørgsmål om screening for angst/depression af hjertepatienter, som tilbydes hos jer. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

<b>Hvilke hjertepatientgrupper bliver screenet for angst/depression hos Jer?</b>			
	Alle patienter	Nogen patienter	Ingen patienter
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Non-STEMI/post ustabil angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertestop overlevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bliver andre hjertepatientgrupper screenet for angst/depression?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej			
<b>Hvilke tiltag gør I for at screene socialt udsatte patienter eller patienter med anden etnisk baggrund for angst/depression? (Sæt gerne flere krydser)</b>			
<input type="checkbox"/> Vi samarbejder md forløbskoordinator/tovholder <input type="checkbox"/> Vi samarbejder med socialsygeplejerske/gadesygeplejerske <input type="checkbox"/> Vi benytter flersproget informationsmateriale <input type="checkbox"/> Vi benytter påmindelsesservices (SMS, e-mail, telefonopkald, etc.) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen			

<b>Har patienter, som taler lidt eller intet dansk adgang til tolkede samtaler i forbindelse med screening for angst/depression?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
<b>Hvor mange gange screenes hjertepatienter for angst/depression i rehabiliteringsforløbet?</b>				
<input type="checkbox"/> 1 gang <input type="checkbox"/> 2-3 gange <input type="checkbox"/> Mere end 3 gange <input type="checkbox"/> De screenes ikke				
<b>Hvornår i rehabiliteringsforløbet foretages første screening for angst/depression?</b>				
<input type="checkbox"/> 0-2 uger inde i rehabiliteringsforløbet <input type="checkbox"/> 2-4 uger inde i rehabiliteringsforløbet <input type="checkbox"/> 4-6 uger inde i rehabiliteringsforløbet <input type="checkbox"/> 6+ uger inde i rehabiliteringsforløbet				
<b>Hvornår i rehabiliteringsforløbet foretages anden screening for angst/depression?</b>				
<input type="checkbox"/> 0-2 uger inde i rehabiliteringsforløbet <input type="checkbox"/> 2-4 uger inde i rehabiliteringsforløbet <input type="checkbox"/> 4-6 uger inde i rehabiliteringsforløbet <input type="checkbox"/> 6+ uger inde i rehabiliteringsforløbet				
<b>Hvilke spørgeskemaer bruger de sundhedsprofessionelle til indsamling af PRO (i) i forbindelse med angst/depression hos jer? (Sæt gerne flere krydser)</b>				
<input type="checkbox"/> Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) <input type="checkbox"/> Prime MD <input type="checkbox"/> Beck Depression Inventory (BDI/BDI-II) <input type="checkbox"/> Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) <input type="checkbox"/> Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen				
<b>Du har i foregående spørgsmål svaret, at følgende spørgeskemaer bliver brugt i forbindelse med angst/depression. I hvilken sammenhæng bruger I dem? (Sæt gerne flere krydser)</b>				
	Som screeningsredskab til at tilrettelægge rehabiliteringsforløbet	Som et understøttende redskab i dialogen med borgeren	Som et redskab til at vurdere borgers udvikling igennem rehabiliteringsforløbet	Som et redskab til at evaluere og videreudvikle rehabiliteringsforløbet
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prime MD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beck Depression Inventory (BDI/BDI-II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet, uddyb venligst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Her kan du komme med uddybende kommentarer til screening for angst/depression, som tilbydes hjertepatienter på dit hospital</b>				

### Støtte til rygestop-intervention

Her følger en række spørgsmål om tilbuddet om rygestop-intervention til hjertepatienter, som tilbydes hos jer. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

<b>Registrerer I rygestatus hos alle jeres patienter med hjertesygdom?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
<b>Hvilke hjertepatientgrupper får tilbud om støtte til rygestop-intervention?</b>			
	Alle patienter	Nogen patienter	Ingen patienter
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Non-STEMI/post ustabil angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertestop overlevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Får andre hjertepatientgrupper tilbud om rygestop-intervention?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej			
<b>Hvilke tiltag gør I for at fastholde socialt udsatte patienter eller patienter med anden etnisk baggrund i rygestop-interventionen? (sæt gerne flere krydser)</b>			
<input type="checkbox"/> Vi samarbejder md forløbskoordinator/tovholder <input type="checkbox"/> Vi samarbejder med socialsygeplejerske/gadesygeplejerske <input type="checkbox"/> Vi benytter flersproget informationsmateriale			



<input type="checkbox"/> Vi benytter påmindelsesservices (SMS, e-mail, telefonopkald, etc.) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen
<b>Har patienter, som taler lidt eller intet dansk adgang til tolkede samtaler i forbindelse med rygestop-interventionen?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Hvordan er tilbuddet om støtte til rygeophør tilrettelagt på dit hospital? (sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Rygestopkursus på hold <input type="checkbox"/> Individuelle samtaler med henblik på rygeophør <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Hvad er den gennemsnitlige varighed a rygestopinterventionen hos Jer?</b>
<input type="checkbox"/> Mindre end 1 måned <input type="checkbox"/> 1-2 måneder <input type="checkbox"/> 2-3 måneder <input type="checkbox"/> Mere end 3 måneder
<b>Indgår et eller flere elementer i tilbuddet om rygestop-interventionen i hjerterehabiliteringen? (sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Systematisk fagerstrømscore <input type="checkbox"/> Nikotinsubstitution ordination <input type="checkbox"/> Udlevering af nikotinsubstitution under behandling <input type="checkbox"/> Måling af CO2 i udåndingsluft <input type="checkbox"/> Måling af spyt-continin <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Her kan du komme med kommentarer til den rygestop-intervention, som tilbydes på dit hospital</b>

## Dokumentation, kvalitetssikring og personalekompetencer

De næste spørgsmål handler om hvordan hjerterehabilitering dokumenteres og kvalitetssikres i dit hospital.

<b>Hvilke parametre indgår i kvalitetssikring af indsatsen? (sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Der foretages ikke systematisk kvalitetssikring <input type="checkbox"/> Ændringer i risikofaktorer/livsstil <input type="checkbox"/> Ændringer i fysisk funktion vurderet ved funktionstest <input type="checkbox"/> Ændringer i selvvurderet helbred/livskvalitet <input type="checkbox"/> Patienttilfredshed <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Hvilke spørgsmål bruger de sundhedsprofessionelle til indsamling af PRO (i) i forbindelse med selvvurderet helbred/livskvalitet hos Jer? (sæt gerne flere krydser)</b>

<input type="checkbox"/> SF36 <input type="checkbox"/> SF12 <input type="checkbox"/> EQ5D <input type="checkbox"/> MacNew <input type="checkbox"/> HeartQoL <input type="checkbox"/> Enkelte udvalgte spørgsmål fra eksisterende spørgeskemaer <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen				
<b>Du har i foregående spørgsmål svaret, at følgende spørgeskemaer bliver brugt i forbindelse med selvvurderet helbred/livskvalitet. I hvilken sammenhæng bruger I dem? (Sæt gerne flere krydser)</b>				
	Som screeningsredskab til at tilrettelægge rehabiliteringsforløbet	Som et understøttende redskab i dialogen med borgeren	Som et redskab til at vurdere borgerens udvikling igennem rehabiliteringsforløbet	Som et redskab til at evaluere og videreudvikle rehabiliteringsforløbet
SF36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EQ5D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MacNew	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HeartQoL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enkelte udvalgte spørgsmål fra eksisterende spørgeskemaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet skema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hvor langt tid bruges i gennemsnit per patient på at dokumentere og kvalitetssikre hjerterehabileringsindsatsen hos Jer? (angiv antal minutter)</b>				
<b>Her kan du komme med uddybende kommentarer til hospitalets dokumentation og kvalitetssikring</b>				

## Afslutning og viderevisitering

Her følger nogle spørgsmål om afslutning af rehabiliteringsforløbet og viderevisitering.

<b>Foregår der en systematisk viderevisitering af patienterne ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, der skrives en specifik hjerterehabiliteringsepikrive til egen læge
<input type="checkbox"/> Ja, udvalgte patienter henvises til tilbud i kommunen
<input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<input type="checkbox"/> Nej
<b>Afsluttes hjerterehabiliteringsforløbet med en individuel samtale?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, altid
<input type="checkbox"/> Ja, for udvalgte patienter
<input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<input type="checkbox"/> Nej

### Uddybende kommentarer

Du er nu ved at være færdig med spørgeskemaet med fokus på den sygeplejefaglige indsats på dit hospital. Som afslutning vil vi bede dig om at overveje, om der er nogle oplysninger eller udfordringer ved netop jeres rehabiliteringstilbud, som vi ikke har fået belyst tilstrækkeligt i de stillede spørgsmål.

<b>Her kan du komme med uddybende kommentarer til hjerterehabiliteringstilbuddet på dit hospital</b>

### Afslutning af spørgeskemaet

Tak for din deltagelse. Du er nu færdig med spørgeskemaet om hjerterehabilitering med fokus på den sygeplejefaglige indsats på dit hospital. Husk at trykke "afslut" inden du forlader siden. Har du spørgsmål eller kommentarer til kortlægningen af de strukturelle forhold omkring hjerterehabilitering på danske hospitaler, er du velkommen til at ringe eller skrive til forskningsassistent Maiken Bay Ravn tlf. 3058 3605/e-mail: [maiken.bay.ravn@rsyd.dk](mailto:maiken.bay.ravn@rsyd.dk).

## Bilag 1b. Spørgeskema om hjerterehabilitering med fokus på fysisk træning

Dette elektroniske spørgeskema handler om fase II af almen hjerterehabilitering med fokus på fysisk træning på dit hospital. Dine besvarelser vil bidrage til kortlægning af de strukturelle forhold omkring hjerterehabilitering i Danmark med tilknytning til Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD). For at opnå ensartede og sammenlignelige svar på tværs af hospitaler og kommuner er svarmulighederne tilpasset således, at de passer til både hospitals- og kommunalt regi, hvorfor nogle af valgmulighederne kan fremstå irrelevante i hospitalsregi.

Det tager omkring 10 minutter at udfylde spørgeskemaet. Du kan gemme og forlade skemaet undervejs. Hvis du ser tegnet (i) i spørgeskemaet, så har du mulighed for at få ordet uddybet ved at føre musen hen på tegnet. Skemaet er først afleveret når de sidste spørgsmål er udfyldt og du har trykket "afslut".

Har du spørgsmål eller behov for hjælp til at udfylde skemaet, er du velkommen til at ringe eller skrive til forskningsassistent Maiken Bay Ravn tlf. 3058 3605/e-mail [maiken.bay.ravn@rsyd.dk](mailto:maiken.bay.ravn@rsyd.dk).

Indledningsvist har vi brug for nogle enkelte informationer om dig, som udfylder det elektroniske spørgeskema.

### Er du den person, som spørgeskemaet oprindeligt var sendt til?

- Ja
- Nej

*Du har i det foregående spørgsmål svaret, at det ikke er dig, som spørgeskemaet oprindeligt er sendt til. Vi vil derfor bede dig angive dit navn og e-mailadresse, så vi ved hvem der har besvaret spørgeskemaet i din afdeling.*

Angiv venligst dit navn: \_\_\_\_\_

Angiv venligst din e-mailadresse: \_\_\_\_\_

Angiv venligst et telefonnummer vi kan træffe dig på, såfremt der er behov for uddybning af dine besvarelser: \_\_\_\_\_

Telefonnummeret vil kun blive anvendt til eventuel opfølgning.

### Hvilken funktion har du i forhold til hjerterehabilitering på dit hospital?

- Leder/chef for afdelingen
- Leder/chef for hjerterehabiliteringsgruppen/-teamet
- Sygeplejerske med ansvar for hjerterehabilitering i dagligdagen
- Andet, uddyb venligst: \_\_\_\_\_

Hvilke komponenter indgår i hjerterehabiliteringstilbuddet hos jer?				
	Det varetager vi	Det varetager vi delvist	Det forventes varetaget i kommunen	Andet (uddyb venligst)
Systematisk henvisning af patienter til rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuel vurdering og tilrettelægning af rehabiliteringsforløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Hjælp til håndtering af barrierer med henblik på fastholdelse af rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Fysisk træning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Patientuddannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Psykosocial indsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Opsporing af angst og depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Kostintervention og ernæringsindsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Rygestop-intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Systematiseret indsats med henblik på arbejdsfastholdelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuel afslutning og viderevisitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Indgår der andre komponenter i hjerterehabiliteringstilbuddet hos jer?				
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej				

### Indhold af fysisk træning på dit hospital

De første spørgsmål handler om selve indholdet af fysisk træning på dit hospital, som det ser ud lige nu. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

Hvilke hjertepatientgrupper får tilbud om fysisk træning?			
	Alle patienter	Nogen patienter	Ingen patienter
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Non-STEMI/post ustabil angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertestop overlevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Får andre hjertepatientgrupper tilbud om fysisk træning?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej
<b>Hvordan er det fysisk træningstilbud?</b>
<input type="checkbox"/> Træning på hold <input type="checkbox"/> Superviseret træning i hjemmet <input type="checkbox"/> Superviseret selvtræning <input type="checkbox"/> Telerehabilitering <input type="checkbox"/> Individuel træning på hospitalet <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Følger I de nationale kliniske retningslinjer indenfor de enkelte patientgrupper?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke

<b>Angiv antal træningsgange og varighed i træningsforløbet</b>
<b>Over hvor mange uger foregår træningen?</b>
<b>Hvor mange gange om ugen?</b>
<b>Hvor lang er træningssessionen typisk i minutter?</b>
<b>Uddybende kommentarer</b>

<b>Gennemføres en fysisk funktionstest før træningsforløbet?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
<b>Gennemføres en fysisk funktionstest efter træningsforløbet?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
<b>Hvilke fysisk funktionstest gennemføres før træningsforløbet?</b>				
			Hvis ja	
	Ja	Nej	Med VO2 bestemmelse	Uden VO2 bestemmelse
Symptomlimiterende arbejdstest på ergometercykel med sikkerhedsmonitorering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomlimiterende arbejdstest på gangbånd med sikkerhedsmonitorering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Submaksimal test (ex. Borg 15, 6 min gangtest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 minutters gangtest (6MWT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sit-Stand test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gennemføres der andre fysiske funktionstest før træningsforløbet?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej				
<b>Hvilke fysisk funktionstest gennemføres efter træningsforløbet?</b>				
			Hvis ja	
	Ja	Nej	Med VO2 bestemmelse	Uden VO2 bestemmelse
Symptomlimiterende arbejdstest på ergometercykel med sikkerhedsmonitorering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomlimiterende arbejdstest på gangbånd med sikkerhedsmonitorering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Submaksimal test (ex. Borg 15, 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

min gangtest)				
6 minutters gangtest (6MWT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sit-Stand test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gennemføres der andre fysiske funktionstest efter træningsforløbet?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej				
<b>Tester i patienterne med de samme tests før og efter træningsforløbet?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja, altid <input type="checkbox"/> Ja, nogle gange <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke				
<b>Har de sundhedsprofessionelle en særlig viden omkring hjertesygdom, inkl. de symptomer, der kan opstå under fysisk træning?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke				
<b>Har de sundhedsprofessionelle en særlig viden omkring håndtering heraf, herunder førstehjælp?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke				
<b>Findes der en hjertestarter eller defibrillator, hvor der foregår fysisk træning?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke				

### De følgende spørgsmål omhandler rehabilitering til patienter med Claudicatio Intermittens

De følgende spørgsmål er med henblik på at kortlægge de nuværende rehabiliteringstilbud til patienter med Claudicatio Intermittens i den offentlige sektor, samt dine anbefalinger til udformning af et fremtidigt rehabiliteringsforløb. Med Claudicatio Intermittens menes der "Vindueskiggersyndrom". Det er en lidelse hvor man pga. forsnævring i underekstremiteternes arterier, får smerter i forbindelse med gang. Disse smerter ophører/mindskes efter en kort pause, hvorefter man kan gå videre igen.

<b>Behandler I patienter med Claudicatio Intermittens i jeres dagligdag?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Hvor mange patienter med Claudicatio Intermittens behandler I årligt, cirka?</b>



Hvordan tilrettelægges I rehabiliteringstilbud målrettet patienter med Claudicatio Intermittens?					
<input type="checkbox"/> De får det samme rehabiliteringstilbud som hjertepatienter <input type="checkbox"/> De får et særligt rehabiliteringstilbud <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____					
Indgår følgende komponenter i jeres rehabiliteringstilbud til patienter med Claudicatio Intermittens? (sæt gerne flere krydser)					
	Ja, individuelt	Ja, på hold	Ja, telebehandling	Andet, uddyb venligst	Nej
Indledende samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Fysisk træning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Patientuddannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Psykosocial indsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Rygestop-intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Kostintervention og ernæringsindsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>

Du har i det foregående spørgsmål svaret, at der tilbydes fysisk træning til patienter med Claudicatio Intermittens. Du bedes venligst uddybe dette i følgende spørgsmål:

Over hvor mange uger foregår den superviserede træning?
Hvor mange gange om ugen?
Hvor lang er træningssessionen typisk i minutter?
Hvor stor en procentdel af den fysisk træning er superviseret gangtræning på løbebånd?

<b>Hvor mange gangbånd har I til rådighed på afdelingen?</b>
<b>Hvor stor en procentdel er gangtræning andet steds, da I ikke har gangbånd til rådighed?</b>
<b>Du har i et foregående spørgsmål svaret, at der tilbydes patientuddannelse til patienter med Claudicatio Intermittens. Du bedes venligst uddybe hvad undervisningen går ud på: (Sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Generel information vedr. Claudicatio Intermittens ætiologi <input type="checkbox"/> Effekt af gangtræning og fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> Self-management strategier (f.eks. rygestop, kostvejledning) <input type="checkbox"/> Identifikation og adressering af personlige barrierer ift. fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> Individuel målsætning (f.eks. med udgangspunkt i "Den motiverende samtale") <input type="checkbox"/> Mulige hjælpemidler til monitorering (f.eks. skridttæller eller anden form for monitorering) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Du har i et foregående spørgsmål svaret, at der tilbydes patientuddannelse til patienter med Claudicatio Intermittens. Du bedes venligst uddybe hvad undervisningen går ud på: (Sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Generel information vedr. Claudicatio Intermittens ætiologi <input type="checkbox"/> Effekt af gangtræning og fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> Self-management strategier (f.eks. rygestop, kostvejledning) <input type="checkbox"/> Identifikation og adressering af personlige barrierer ift. fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> Individuel målsætning (f.eks. med udgangspunkt i "Den motiverende samtale") <input type="checkbox"/> Mulige hjælpemidler til monitorering (f.eks. skridttæller eller anden form for monitorering) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Hvilke kompetencer haves i træningsteamet for at kunne varetage behandlingen af patienter med Claudicatio Intermittens?</b>
<input type="checkbox"/> Specifikke kompetencer rettet imod Claudicatio Intermittens <input type="checkbox"/> Generelle kompetencer Rettet imod diverse kredsløbsproblematikker <input type="checkbox"/> der er ikke nogen med kompetencer inden for Claudicatio Intermittens <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Er rehabiliteringsafdelingen bekendt med anbefalingerne i den nationale behandlingsvejledning til patienter med Claudicatio Intermittens?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Vælg din afdeling være interesseret i at arbejde med et standardiseret evidensbaseret rehabiliteringsforløb til patienter med Claudicatio Intermittens hvis et sådant bliver udviklet?</b>

<input type="checkbox"/> Ja, vi vil gerne høre mere <input type="checkbox"/> Nej, vi føler at vi lever op til anbefalingerne <input type="checkbox"/> Nej, det er ikke en patientgruppe vi beskæftiger os med <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Eventuelle kommentarer</b>
<b>Hvilke elementer tænker du bør indgå i et rehabiliteringsforløb til patienter med Claudicatio Intermittens? (sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Individuelle indledende samtaler <input type="checkbox"/> Fysisk træning <input type="checkbox"/> Patientuddannelse <input type="checkbox"/> Psykosocial indsats for eksempel rettet imod isolation på grund af smerter og træthed stress eller bekymringer <input type="checkbox"/> Rygestop-intervention <input type="checkbox"/> Kostintervention og ernæringsindsats <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Hvordan tænker du den fysiske træning skal tilrettelægges til patienter med Claudicatio Intermittens? (sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Superviseret <input type="checkbox"/> Ikke-superviseret <input type="checkbox"/> Generel fysisk træning <input type="checkbox"/> Primært gangtræning <input type="checkbox"/> Holdtræning <input type="checkbox"/> Individuel træning <input type="checkbox"/> Telerehabilitering <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ved ikke

### Uddybende kommentarer

Du er nu ved at være færdig med spørgeskemaet om fysisk træning på dit hospital.

Som afslutning vil vi bede dig om at overveje, om der er nogle oplysninger eller udfordringer ved fysisk træning, som vi ikke har fået belyst tilstrækkeligt i de stillede spørgsmål.

**Her kan du komme med uddybende kommentarer til den fysiske træning, som tilbydes hjerte patienter eller patienter med Claudicatio Intermittens på dit hospital**

## **Afslutning af spørgeskema**

Tak for din deltagelse. Du er nu færdig med spørgeskemaet om hjerterehabilitering med fokus på fysisk træning på dit hospital. Husk at trykke "afslut" inden du forlader siden.

Har du spørgsmål eller kommentarer til kortlægningen af de strukturelle forhold omkring hjertehabilitering på danske hospitaler er du velkommen til at ringe eller skrive til forskningsassistent Maiken Bay Ravn tlf. 3058 3605/e-mail: [maiken.bay.ravn@rsyd.dk](mailto:maiken.bay.ravn@rsyd.dk).

## Bilag 1c. Spørgeskema om hjerterehabilitering med fokus på kostintervention og ernæringsindsats

Dette elektroniske spørgeskema handler om fase II af almen hjerterehabilitering med fokus på kostintervention og ernæringsindsats på dit hospital. Dine besvarelser vil bidrage til kortlægning af de strukturelle forhold omkring hjerterehabilitering i Danmark med tilknytning til Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD). For at opnå ensartede og sammenlignelige svar på tværs af hospitaler og kommuner er svarmulighederne tilpasset således, at de passer til både hospitals- og kommunalt regi, hvorfor nogle af valgmulighederne kan fremstå irrelevante i hospitalsregi.

Det tager omkring 5-10 minutter at udfylde spørgeskemaet. Du kan gemme og forlade skemaet undervejs. Skemaet er først afleveret når de sidste spørgsmål er udfyldt og du har trykket "afslut".

Har du spørgsmål eller behov for hjælp til at udfylde skemaet er du velkommen til at ringe eller skrive til forskningsassistent Maiken Bay Ravn tlf. 3058 3605/e-mail: [maiken.bay.ravn@rsyd.dk](mailto:maiken.bay.ravn@rsyd.dk).

Indledningsvist har vi brug for nogle enkelte informationer om dig, som udfylder det elektroniske spørgeskema.

### Er du den person, som spørgeskemaet oprindeligt var sendt til?

- Ja
- Nej

Angiv venligst dit navn: \_\_\_\_\_

Angiv venligst din e-mailadresse: \_\_\_\_\_

Angiv venligst et telefonnummer vi kan træffe dig på, såfremt der er behov for uddybning af dine besvarelser: \_\_\_\_\_

Telefonnummeret vil kun blive anvendt til eventuel opfølgning.

### Hvilken funktion har du i forhold til hjerterehabilitering på dit hospital?

- Leder/chef for afdelingen
- Leder/chef for hjerterehabiliteringsgruppen/-teamet
- Sygeplejerske med ansvar for hjerterehabilitering i dagligdage
- Andet, uddyb venligst: \_\_\_\_\_

Hvilke komponenter indgår i hjerterehabiliteringstilbuddet hos jer?				
	Det varetager vi	Det varetager vi delvist	Det forventes varetaget i kommunen	Andet (uddyb venligst)
Systematisk henvisning af patienter til rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuel vurdering og tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Hjælp til håndtering af barrierer med henblik på fastholdelse af rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Fysisk træning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Patientuddannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Psykosocial indsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Opsporing af angst og depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Kostintervention og ernæringsindsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Rygestop-intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Systematiseret indsats med henblik på arbejdsfastholdelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuel afslutning og viderevisitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Indgår der andre komponenter i hjerterehabiliteringstilbuddet hos jer?				
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej				

### Kostintervention og ernæringsindsats

Her følger en række spørgsmål, om hvordan kostintervention og ernæringsindsats er tilrettelagt hos jer. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

Hvilke hjertepatientgrupper bliver vurderet for behovet for kostintervention og ernæringsindsats ?			
	Alle patienter	Nogle patienter	Ingen patienter
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Post Non-STEMI/post ustabil angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hjertestop overlevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Bliver andre hjerte patientgrupper vurderede for behovet for kostintervention og ernæringsindsats?</b>						
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej						
<b>Hvordan er tilbuddet om kost intervention og ernæringsindsats tilrettelagt hos jer? (sæt gerne flere krydser)</b>						
<input type="checkbox"/> Træning på hold <input type="checkbox"/> Superviseret træning i hjemmet <input type="checkbox"/> Superviseret selvtræning <input type="checkbox"/> Telerehabilitering <input type="checkbox"/> Individuel træning på hospitalet <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____						
<b>Hvilke personalegrupper indgår i jeres forskellige tilbud om kostintervention og ernæringsindsats+ (sæt gerne flere krydser)</b>						
	Klinisk diætist	Professionsbachelor i ernæring og sundhed	Cand.scient i klinisk ernæring	Økonomaer	Sygeplejersker	Andet, uddyb venligst
Individuelle forløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Gruppeundervisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuelle forløb + gruppe undervisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Praktisk træning i kostomlægning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____

### Uddybende kommentarer

Du er nu ved at være færdig med spørgeskemaet om kostintervention og ernæringsindsats på dit hospital. Som afslutning vil vi bede dig om at overveje, om der er nogle oplysninger eller udfor-

dringer ved netop jeres kostintervention og ernæringsindsats, som vi ikke har fået belyst tilstrækkeligt i de stillede spørgsmål.

**Her kan du komme med uddybende kommentarer til den kostintervention og ernæringsindsats som tilbydes til hjertepatienter på dit hospital.**

#### **Afslutning af spørgeskema**

Tak for din besvarelse. Du er nu færdig med spørgeskemaet om hjerterehabilitering med fokus på kostintervention og ernæringsindsats. Husk at trykke "afslut" inden du forlader siden.

Har du spørgsmål eller kommentarer til kortlægningen af de strukturelle forhold omkring hjerte-rehabilitering på danske hospitaler, er du velkommen til at ringe eller skrive til forskningsassistent Maiken Bay Ravn tlf. 3058 3605/e-mail: [maiken.bay.ravn@rsyd.dk](mailto:maiken.bay.ravn@rsyd.dk).



## Bilag 2: Spørgeskemaer til kommuner i 2018

### Bilag 2a. Spørgeskema om hjerterehabilitering med fokus på organiseringen af hjerterehabilitering

Dette elektroniske spørgeskema handler om fase II af almen hjerterehabilitering med fokus på organiseringen af hjerterehabilitering i din kommune. Dine besvarelser vil bidrage til kortlægning af de strukturelle forhold omkring hjerterehabilitering i Danmark med tilknytning til Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD). For at opnå ensartede og sammenlignelige svar på tværs af hospitaler og kommuner er svarmulighederne tilpasset således, at de passer til både hospitals- og kommunalt regi, hvorfor nogle af valgmulighederne kan fremstå irrelevante i kommunalt regi.

Det tager omkring 25 minutter at udfylde spørgeskemaet. Du kan gemme og forlade skemaet undervejs. Hvis du ser tegnet (i) i spørgeskemaet, så har du mulighed for at få ordet uddybet ved at føre musen hen på tegnet. Skemaet er først afleveret når de sidste spørgsmål er udfyldt og du har trykket "afslut".

Har du spørgsmål eller behov for hjælp til at udfylde skemaet er du velkommen til at ringe eller skrive til forskningsassistent Maiken Bay Ravn tlf. 3058 3605/e-mail [maiken.bay.ravn@rsyd.dk](mailto:maiken.bay.ravn@rsyd.dk).

Indledningsvist har vi brug for nogle enkelte informationer om dig, som udfylder det elektroniske spørgeskema.

**Er du den person, som spørgeskemaet oprindeligt var sendt til?**

- Ja
- Nej

*Du har i det foregående spørgsmål svaret, at det ikke er dig, som spørgeskemaet oprindeligt er sendt til. Vi vil derfor bede dig angive dit navn og e-mailadresse, så vi ved hvem der har besvaret spørgeskemaet i din kommune.*

Angiv venligst dit navn: \_\_\_\_\_

Angiv venligst din e-mailadresse: \_\_\_\_\_

Angiv venligst et telefonnummer vi kan træffe dig på, såfremt der er behov for uddybning af dine besvarelser: \_\_\_\_\_

Telefonnummeret vil kun blive anvendt til eventuel opfølgning.

Hvilken funktion har du i forhold til hjerterehabilitering på dit hospital?
<input type="checkbox"/> Leder/chef med ansvar for det samlede rehabiliteringstilbud rettet mod hjertesygge borgere
<input type="checkbox"/> Leder/chef for en del af den samlede regering tilbud rettet mod hjertesygge borgere
<input type="checkbox"/> Medarbejder i rehabiliteringstilbuddet rettet mod hjertesygge borgere
<input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____

### Indhold af hjerterehabilitering på i din kommune

De første spørgsmål handler om det overordnede indhold af hjerterehabilitering i din kommune, som det ser ud lige nu.

I de følgende afsnit vil du blive bedt om at svare på spørgsmål om elementerne i hjerterehabiliteringen på dit hospital. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

Hvilke komponenter indgår i hjerterehabiliteringstilbuddet hos jer?				
	Det varetager vi	Det varetager vi delvist	Det forventes varetaget i kommunen	Andet
Systematisk henvisning af patienter til rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuel vurdering og tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Hjælp til håndtering af barrierer med henblik på fastholdelse af rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Fysisk træning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Patientuddannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Psykosocial indsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Opsporing af angst og depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Kostintervention og ernæringsindsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Rygestop-intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Systematiseret indsats med henblik på arbejdsfastholdelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuel afslutning og viderevisitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____

<b>Indgår der andre komponenter i hjerterehabiliteringstilbuddet hos jer?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej
<b>Du har i det foregående spørgsmål svaret, at følgende komponenter forventes varetaget i kommunen. Her vil vi bede dig uddybe om I har nogle bestemt tværsektorielle arbejdsgange for dette og i så fald, hvilke?</b>
Systematisk henvisning af patienter til rehabilitering: _____
Individuel vurdering og tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb: _____
Hjælp til håndtering af barrierer med henblik på fastholdelse af rehabilitering: _____
Fysisk træning: _____
Patientuddannelse: _____
Psykosocial indsats: _____
Opsporing af angst og depression: _____
Kostintervention og ernæringsindsats: _____
Rygestop-intervention: _____
Systematiseret indsats med henblik på arbejdsfastholdelse: _____
Individuel afslutning og viderevisitering: _____

Vil borgere med følgende problemstillinger blive indkaldt til tilbud om hjerterehabilitering hos jer?					
	Ja	Nej	Ved ikke		
Ikke-dansktalende personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Personer med kognitive udfordringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Personer som har et betydeligt alkoholoverforbrug eller andet misbrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Har I særlige hjerterehabiliteringstilbud/programmer til socialt udsatte borgere?					
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke					
Har I særlige hjerterehabiliteringstilbud/programmer til borgere med anden etnisk baggrund?					
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke					
Bliver de hjertesygge borgere tilbudt en indledende individuel samtale med henblik på individuel tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløbet?					
<input type="checkbox"/> Ja, individuel samtale med en sygeplejerske <input type="checkbox"/> Ja, individuel samtale med en fysioterapeut <input type="checkbox"/> Ja, samtale med andet personale, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej					
Bliver hjertesygge borgere screenet for følgende i rehabiliteringsforløbet?					
	Ja, i kommunalt regi	Ja, i hospitalregi	Ja, af praktiserende læge	Andet sted	Nej
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Dyslipædimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>

### Kostintervention og ernæringsindsats

Her følger en række spørgsmål om den kostintervention og ernæringsindsats til hjertesygge borgere, som tilbydes hos jer. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

Hvilke hjertepatientgrupper bliver vurderet for behovet for kostintervention og ernæringsindsats?			
	Alle borgere	Nogle borgere	Ingen borgere
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Non-STEMI/post ustabil angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjertestop overlevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Får andre hjertepatientgrupper tilbud om kostintervention eller ernæringsindsats?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej				
<b>Hvilke spørgeskemaer bruger de sundhedsprofessionelle til indsamling af PRO i forbindelse med kostintervention og ernæringsindsats hos jer? (Sæt gerne flere krydser)</b>				
<input type="checkbox"/> Hjertekostskemaet <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Ved ikke				
<b>Du har i det foregående spørgsmål svaret, at følgende spørgeskemaer bliver brugt i forbindelse med kostintervention og ernæringsindsats. I hvilken sammenhæng bruger I dem? (Sæt gerne flere krydser)</b>				
	Som screeningsredskab til at tilrettelægge den kliniske behandling/forløb	Som et redskab i dialogen med borgeren	Som et redskab til at vurdere borgerens udvikling igennem rehabiliteringsforløbet	Som et redskab til at evaluere og videreudvikle rehabiliteringsforløbet
Hjertekostskemaet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Patientuddannelse

Her følger en række spørgsmål om den patientuddannelse som hjertesygge borgere, tilbydes hos jer.

Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

<b>Hvilke hjertepatientgrupper får tilbudt patientuddannelse hos jer?</b>			
	Alle borgere	Nogle borgere	Ingen borgere
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Non-STEMI/post ustabil angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertestop overlevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Får andre hjertepatientgrupper tilbud om patientuddannelse?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej			
<b>Hvilke tiltag gør I for at fastholde socialt udsatte borgere eller borgere med anden etnisk baggrund i patientuddannelse? (Sæt gerne flere krydser)</b>			
<input type="checkbox"/> Vi samarbejder md forløbskoordinator/tovholder <input type="checkbox"/> Vi samarbejder med socialsygeplejerske/gadesygeplejerske <input type="checkbox"/> Vi benytter flersproget informationsmateriale <input type="checkbox"/> Vi benytter påmindelsesservices (SMS, e-mail, telefonopkald, etc.) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen			
<b>Har borgere, som taler lidt eller intet dansk adgang til tolkede samtaler i forbindelse med patientuddannelse?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
<b>Hvordan er patientuddannelsen tilrettelagt hos jer? (Sæt gerne flere krydser)</b>			
<input type="checkbox"/> Individuel undervisning <input type="checkbox"/> Undervisning på hold <input type="checkbox"/> Praktisk træning f.eks. indkøb, madlavning mm. <input type="checkbox"/> E-learning <input type="checkbox"/> Telemedicin <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____			
<b>Hvilke kompetencer/uddannelser skal have for at kunne varetage patientuddannelse hos jer? (Sæt gerne flere krydser)</b>			
<input type="checkbox"/> Sundhedspædagogiske kompetencer <input type="checkbox"/> Diplom- eller masteruddannelse <input type="checkbox"/> Specifikke hjerterehabiliteringskurser <input type="checkbox"/> Mangeårig klinisk erfaring med kardiologiske hjertepatienter <input type="checkbox"/> Kardiologiske efteruddannelse <input type="checkbox"/> Sidemandsoplæring <input type="checkbox"/> Der kræves ingen specifikke kompetencer <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____			
<b>Hvilke emner indgår i afdelingens patientuddannelse? (Sæt gerne flere krydser)</b>			
<input type="checkbox"/> Betydning af livsstil (kost, rygestop, alkohol, motion) <input type="checkbox"/> Motivation og livsstilsændring <input type="checkbox"/> Undervisning i hjertesygdomme <input type="checkbox"/> Håndtering af hjertesygdomme <input type="checkbox"/> Undervisning i seksualitet og hjertesygdomme			

<input type="checkbox"/> Psykiske reaktioner <input type="checkbox"/> Medicinskbehandling <input type="checkbox"/> Råd og vejledning om sociale forhold <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Her kan du komme med uddybende kommentarer til patientuddannelse som tilbydes til hjertesygge borgere i din kommune</b>

## Psykosocial indsats

Her følger en række spørgsmål om den psykosociale indsats til hjertepatienter, som tilbydes hos jer. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

Hvilke hjertepatientgrupper modtager tilbuddet om psykosocial indsats hos jer?			
	Alle borgere	Nogle borgere	Ingen borgere
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Non-STEMI/post ustabil angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertestop overlevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får andre hjertepatientgrupper tilbud om psykosocial indsats?			
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej			
Hvilke tiltag gør I for at fastholde socialt udsatte borgere eller borgere med anden etnisk baggrund i den psykosociale indsats? (Sæt gerne flere krydser)			
<input type="checkbox"/> Vi samarbejder md forløbskoordinator/tovholder <input type="checkbox"/> Vi samarbejder med socialsygeplejerske/gadesygeplejerske <input type="checkbox"/> Vi benytter flersproget informationsmateriale <input type="checkbox"/> Vi benytter påmindelsesservices (SMS, e-mail, telefonopkald, etc.) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen			
Har borgere, som taler lidt eller intet dansk adgang til tolkede samtaler i forbindelse med patientuddannelse?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Hvordan foregår tilbuddet om psykosocial indsats i din kommune? (Sæt gerne flere krydser)			

<input type="checkbox"/> Individuelle samtaler <input type="checkbox"/> Gruppeundervisning <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Hvem foretager vurderingen om, hvorvidt borgeren skal tilbydes en psykosocial indsats? (sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Psykologer <input type="checkbox"/> Sygeplejersker <input type="checkbox"/> Læger <input type="checkbox"/> Fysioterapeuter <input type="checkbox"/> Ergoterapeuter <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Hvilke emner indgår i jeres psykosociale indsats? (Sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Håndtering af fjendtlighed og vredesfølelse <input type="checkbox"/> Håndtering af vanskelige sociale situationer (arbejde, sygemelding, forsikring, økonomi) <input type="checkbox"/> Håndtering af fravær af social støtte <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Her kan du komme med uddybende kommentarer til psykosociale indsats, som tilbydes hjerte-patienter i din kommune</b>

## Arbejdsfastholdelse

Her følger en række spørgsmål om støtte til arbejdsfastholdelse til hjertesygge borgere, som tilbydes hos jer. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

<b>Afdækker I borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, vi afdækker alle patienters tilknytning til arbejdsmarkedet <input type="checkbox"/> Ja, vi afdækker nogle patienters tilknytning til arbejdsmarkedet <input type="checkbox"/> Nej, vi afdækker ingen patienters tilknytning til arbejdsmarkedet <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Tilbyder I borgere information omkring tilbagevenden på arbejde?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Er jeres tilbud differentieret ift. personer som er i beskæftigelse (sygemeldte), og personer som ikke er i beskæftigelse (kontanthjælp, ledige, ressourceforløb ol.)?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Har I socialfaglige personer ansat, som en del af jeres rehabiliteringsteam f.eks. socialrådgivere?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej



<b>Samarbejder I med, eller videresender I borgere til jobcenteret?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Her kan du komme med uddybende kommentarer til arbejdsfastholdelse, som tilbydes hjertesygge borgere i din kommune</b>

## Hjerteforeningen

De følgende spørgsmål omhandler dit hospitals kendskab til en screeningsguide, som blev udarbejdet af Hjerteforeningen, REHPA og Professionshøjskolen Metropol i 2017. Guiden er målrettet sundhedsprofessionelle, der arbejder med opfølgning og rehabilitering af hjertepatienter på hospitaler og i kommuner, og er tænkt som et redskab og inspirationsmateriale til at implementere eller optimere systematisk screening for angst og depression blandt hjertepatienter.

Du kan se guiden her: [link](#)

<b>Først er vi interesseret i at få uddybet hvorvidt screening for angst og depression varetages hos jer.</b>
<b>Du har i et foregående spørgsmål svaret, at screening for angst og depression forventes varetaget i kommunen eller "andet". Har I tidligere varetaget screening for angst og depression?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Du har i et foregående spørgsmål svaret, at screening for angst og depression varetages hos jer. Hvornår påbegyndte I screening for angst og depression hos jer?</b>
Årstal: _____ [ <i>specificeret fra rulleliste 1980-2018</i> ] Måned: _____ [ <i>specificeret fra rulleliste jan-dec</i> ]
<b>Hvornår startede I med at screene for angst og depression hos Jer?</b>
Årstal: _____ [ <i>specificeret fra rulleliste 1980-2018</i> ] Måned: _____ [ <i>specificeret fra rulleliste jan-dec</i> ]
<b>Hvornår afsluttede I med at screene for angst og depression hos Jer?</b>
Årstal: _____ [ <i>specificeret fra rulleliste 1980-2018</i> ] Måned: _____ [ <i>specificeret fra rulleliste jan-dec</i> ]
<b>Kender I førnævnte screeningsguide fra Hjerteforeningen i din kommune?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, vi kender guiden og har fundet den anvendelig for vores screeningsindsats (f.eks. ved implementering, optimering af processer, til uddannelse, til inspiration for bedre håndtering af screeningsopgaven, screeningsamtalen e. lign) <input type="checkbox"/> Ja, vi kender guiden, men har ikke fundet den anvendelig <input type="checkbox"/> Nej, vi kender ikke guiden
<b>Hvad er den primære årsag til, at guiden ikke er anvendelig i din kommune?</b>

<input type="checkbox"/> Vi screener allerede systematisk og guiden har ikke givet os ny inspiration eller viden <input type="checkbox"/> Screeningsopgaven varetages ikke af os <input type="checkbox"/> Vi kender ikke indholdet af guiden godt nok til at vurdere anvendeligheden <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Uanset dit kendskab til guiden, har din afdeling/enhed over de seneste 1-2 år igangsat initiativer for at optimere screening for angst og depression? (F.eks. vedr. rollefordeling/arbejdsgange, kendskab til/brug af screeningsværktøj, undervisning m.v.)</b>
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke

### Screening for angst/depression

Her følger en række spørgsmål om screening for angst/depression af hjertepatienter, som tilbydes hos jer. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

Hvilke hjertepatientgrupper bliver screenet for angst/depression hos Jer?			
	Alle borgere	Nogle borgere	Ingen borgere
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Non-STEMI/post ustabil angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertestop overlevere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bliver andre hjertepatientgrupper screenet for angst/depression?			
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej			
Hvilke tiltag gør I for at screene socialt udsatte patienter eller patienter med anden etnisk baggrund for angst/depression? (Sæt gerne flere krydser)			
<input type="checkbox"/> Vi samarbejder md forløbskoordinator/tovholder <input type="checkbox"/> Vi samarbejder med socialsygeplejerske/gadesygeplejerske <input type="checkbox"/> Vi benytter flersproget informationsmateriale <input type="checkbox"/> Vi benytter påmindelsesservices (SMS, e-mail, telefonopkald, etc.) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen			

<b>Har borgere, som taler lidt eller intet dansk adgang til tolkede samtaler i forbindelse med screening for angst/depression?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
<b>Hvor mange gange screenes hjertesygge borgere for angst/depression i rehabiliteringsforløbet?</b>				
<input type="checkbox"/> 1 gang <input type="checkbox"/> 2-3 gange <input type="checkbox"/> Mere end 3 gange <input type="checkbox"/> De screenes ikke				
<b>Hvornår i rehabiliteringsforløbet foretages første screening for angst/depression?</b>				
<input type="checkbox"/> 0-2 uger inde i rehabiliteringsforløbet <input type="checkbox"/> 2-4 uger inde i rehabiliteringsforløbet <input type="checkbox"/> 4-6 uger inde i rehabiliteringsforløbet <input type="checkbox"/> 6+ uger inde i rehabiliteringsforløbet				
<b>Hvornår i rehabiliteringsforløbet foretages anden screening for angst/depression?</b>				
<input type="checkbox"/> 0-2 uger inde i rehabiliteringsforløbet <input type="checkbox"/> 2-4 uger inde i rehabiliteringsforløbet <input type="checkbox"/> 4-6 uger inde i rehabiliteringsforløbet <input type="checkbox"/> 6+ uger inde i rehabiliteringsforløbet				
<b>Hvilke spørgeskemaer bruger de sundhedsprofessionelle til indsamling af PRO (i) i forbindelse med angst/depression hos jer? (Sæt gerne flere krydser)</b>				
<input type="checkbox"/> Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)				
<input type="checkbox"/> Prime MD <input type="checkbox"/> Beck Depression Inventory (BDI/BDI-II) <input type="checkbox"/> Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) <input type="checkbox"/> Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen				
<b>Du har i foregående spørgsmål svaret, at følgende spørgeskemaer bliver brugt i forbindelse med angst/depression. I hvilken sammenhæng bruger I dem? (Sæt gerne flere krydser)</b>				
	Som screeningsredskab til at tilrettelægge rehabiliteringsforløbet	Som et understøttende redskab i dialogen med borgeren	Som et redskab til at vurdere borgers udvikling igennem rehabiliteringsforløbet	Som et redskab til at evaluere og videreudvikle rehabiliteringsforløbet
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prime MD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beck Depression Inventory (BDI/BDI-II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet, uddyb venligst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Her kan du komme med uddybende kommentarer til screening for angst/depression, som tilbydes hjertesyggeborgere i din kommune</b>				

### Støtte til rygestop-intervention

Her følger en række spørgsmål om tilbuddet om rygestop-intervention til hjertesygge borgere tilbydes hos jer. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

Registrerer I rygestatus hos alle jeres hjertesygge borgere?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Hvilke hjertepatientgrupper får tilbud om støtte til rygestop-intervention?			
	Alle patienter	Nogen patienter	Ingen patienter
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Non-STEMI/post ustabil angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertestop overlevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får andre hjertepatientgrupper tilbud om rygestop-intervention?			
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej			
Hvilke tiltag gør I for at fastholde socialt udsatte borgere eller borgere med anden etnisk baggrund i rygestop-interventionen? (sæt gerne flere krydser)			
<input type="checkbox"/> Vi samarbejder md forløbskoordinator/tovholder <input type="checkbox"/> Vi samarbejder med socialsygeplejerske/gadesygeplejerske <input type="checkbox"/> Vi benytter flersproget informationsmateriale			

<input type="checkbox"/> Vi benytter påmindelsesservices (SMS, e-mail, telefonopkald, etc.) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen
<b>Har borgere, som taler lidt eller intet dansk adgang til tolkede samtaler i forbindelse med rygestop-interventionen?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Hvordan er tilbuddet om støtte til rygeophør tilrettelagt i din kommune? (sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Rygestopkursus på hold <input type="checkbox"/> Individuelle samtaler med henblik på rygeophør <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Hvad er den gennemsnitlige varighed af rygestop-interventionen hos Jer?</b>
<input type="checkbox"/> Mindre end 1 måned <input type="checkbox"/> 1-2 måneder <input type="checkbox"/> 2-3 måneder <input type="checkbox"/> Mere end 3 måneder
<b>Indgår et eller flere elementer i tilbuddet om rygestop-interventionen i hjerterehabiliteringen? (sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Systematisk fagerstrømscore <input type="checkbox"/> Nikotinsubstitution ordination <input type="checkbox"/> Udlevering af nikotinsubstitution under behandling <input type="checkbox"/> Måling af CO2 i udåndingsluft <input type="checkbox"/> Måling af spyt-continin <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Her kan du komme med kommentarer til den rygestop-intervention, som tilbydes i din kommune</b>

## Dokumentation, kvalitetssikring og personalekompetencer

De næste spørgsmål handler om hvordan hjerterehabilitering dokumenteres og kvalitetssikres i dit hospital.

<b>Hvilke parametre indgår i kvalitetssikring af indsatsen? (sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Der foretages ikke systematisk kvalitetssikring <input type="checkbox"/> Ændringer i risikofaktorer/livsstil <input type="checkbox"/> Ændringer i fysisk funktion vurderet ved funktionstest <input type="checkbox"/> Ændringer i selvvurderet helbred/livskvalitet <input type="checkbox"/> Patienttilfredshed <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Hvilke spørgsmål bruger de sundhedsprofessionelle til indsamling af PRO (i) i forbindelse med selvvurderet helbred/livskvalitet hos Jer? (sæt gerne flere krydser)</b>

<input type="checkbox"/> SF36 <input type="checkbox"/> SF12 <input type="checkbox"/> EQ5D <input type="checkbox"/> MacNew <input type="checkbox"/> HeartQoL <input type="checkbox"/> Enkelte udvalgte spørgsmål fra eksisterende spørgeskemaer <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ingen				
<b>Du har i foregående spørgsmål svaret, at følgende spørgeskemaer bliver brugt i forbindelse med selvvurderet helbred/livskvalitet. I hvilken sammenhæng bruger I dem? (Sæt gerne flere krydser)</b>				
	Som screeningsredskab til at tilrettelægge rehabiliteringsforløbet	Som et understøttende redskab i dialogen med borgeren	Som et redskab til at vurdere borgerens udvikling igennem rehabiliteringsforløbet	Som et redskab til at evaluere og videreudvikle rehabiliteringsforløbet
SF36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EQ5D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MacNew	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HeartQoL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enkelte udvalgte spørgsmål fra eksisterende spørgeskemaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet skema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hvor langt tid bruges i gennemsnit per borger på at dokumentere og kvalitetssikre hjerterehabiliteringsindsatsen hos Jer? (angiv antal minutter)</b>				
<b>Her kan du komme med uddybende kommentarer til kommunens dokumentation og kvalitetssikring</b>				

## Afslutning og viderevisitering

Her følger nogle spørgsmål om afslutning af rehabiliteringsforløbet og viderevisitering.

<b>Foregår der en systematisk viderevisitering af borgerne ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, der skrives en specifik hjerterehabiliteringsepikrive til egen læge
<input type="checkbox"/> Ja, udvalgte patienter henvises til tilbud i kommunen
<input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<input type="checkbox"/> Nej
<b>Afsluttes hjerterehabiliteringsforløbet med en individuel samtale?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, altid
<input type="checkbox"/> Ja, for udvalgte patienter
<input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<input type="checkbox"/> Nej

## Uddybende kommentarer

Du er nu ved at være færdig med spørgeskemaet med fokus på den sygeplejefaglige indsats på dit hospital. Som afslutning vil vi bede dig om at overveje, om der er nogle oplysninger eller udfordringer ved netop jeres rehabiliteringstilbud, som vi ikke har fået belyst tilstrækkeligt i de stillede spørgsmål.

<b>Her kan du komme med uddybende kommentarer til hjerterehabiliteringstilbuddet i din kommune</b>

## Afslutning af spørgeskemaet

Tak for din deltagelse. Du er nu færdig med spørgeskemaet om hjerterehabilitering med fokus på organiseringen af hjerterehabilitering i din kommune. Husk at trykke "afslut" inden du forlader siden. Har du spørgsmål eller kommentarer til kortlægningen af de strukturelle forhold omkring hjerterehabilitering i danske kommuner, er du velkommen til at ringe eller skrive til forskningsassistent Maiken Bay Ravn tlf. 3058 3605/e-mail maiken.bay.ravn@rsyd.dk.

## Bilag 2b. Spørgeskema om hjerterehabilitering med fokus på fysisk træning

Dette elektroniske spørgeskema handler om fase II af almen hjerterehabilitering med fokus på fysisk træning i din kommune. Dine besvarelser vil bidrage til kortlægning af de strukturelle forhold omkring hjerterehabilitering i Danmark med tilknytning til Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD). For at opnå ensartede og sammenlignelige svar på tværs af hospitaler og kommuner er svarmulighederne tilpasset således, at de passer til både hospitals- og kommunalt regi, hvorfor nogle af valgmulighederne kan fremstå irrelevante i kommunalt regi.

Det tager omkring 10 minutter at udfylde spørgeskemaet. Du kan gemme og forlade skemaet undervejs. Hvis du ser tegnet (i) i spørgeskemaet, så har du mulighed for at få ordet uddybet ved at føre musen hen på tegnet. Skemaet er først afleveret når de sidste spørgsmål er udfyldt og du har trykket "afslut".

Har du spørgsmål eller behov for hjælp til at udfylde skemaet, er du velkommen til at ringe eller skrive til forskningsassistent Maiken Bay Ravn tlf. 3058 3605/e-mail [maiken.bay.ravn@rsyd.dk](mailto:maiken.bay.ravn@rsyd.dk).

Indledningsvist har vi brug for nogle enkelte informationer om dig, som udfylder det elektroniske spørgeskema.

**Er du den person, som spørgeskemaet oprindeligt var sendt til?**

- Ja  
 Nej

*Du har i det foregående spørgsmål svaret, at det ikke er dig, som spørgeskemaet oprindeligt er sendt til. Vi vil derfor bede dig angive dit navn og e-mailadresse, så vi ved hvem der har besvaret spørgeskemaet i din afdeling.*

Angiv venligst dit navn: \_\_\_\_\_

Angiv venligst din e-mailadresse: \_\_\_\_\_

Angiv venligst et telefonnummer vi kan træffe dig på, såfremt der er behov for uddybning af dine besvarelser: \_\_\_\_\_

Telefonnummeret vil kun blive anvendt til eventuel opfølgning.



Hvilken funktion har du i forhold til hjerterehabilitering på i din kommune?
<input type="checkbox"/> Leder/chef med ansvar for det samlede rehabiliteringstilbud rettet mod hjertesygge borgere <input type="checkbox"/> Leder/chef for en del af den samlede regering tilbud rettet mod hjertesygge borgere <input type="checkbox"/> Medarbejder i rehabiliteringstilbuddet rettet mod hjertesygge borgere <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____

Hvilke komponenter indgår i hjerterehabiliteringstilbuddet hos jer?				
	Det varetager vi	Det varetager vi delvist	Det forventes varetaget i kommunen	Andet (uddyb venligst)
Systematisk henvisning af patienter til rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuel vurdering og tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Hjælp til håndtering af barrierer med henblik på fastholdelse af rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Fysisk træning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Patientuddannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Psykosocial indsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Opsporing af angst og depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Kostintervention og ernæringsindsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Rygestop-intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Systematiseret indsats med henblik på arbejdsfastholdelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuel afslutning og viderevisitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Indgår der andre komponenter i hjerterehabiliteringstilbuddet hos jer?				
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej				

## Indhold af fysisk træning i din kommune

De første spørgsmål handler om selve indholdet af fysisk træning i din kommune, som det ser ud lige nu. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

Hvilke hjertepatientgrupper får tilbud om fysisk træning?			
	Alle patienter	Nogen patienter	Ingen patienter
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Non-STEMI/post ustabil angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertestop overlevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Får andre hjertepatientgrupper tilbud om fysisk træning?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej			
<b>Hvordan er det fysisk træningstilbud?</b>			
<input type="checkbox"/> Træning på hold <input type="checkbox"/> Superviseret træning i hjemmet <input type="checkbox"/> Superviseret selvtræning <input type="checkbox"/> Telerehabilitering <input type="checkbox"/> Individuel træning på hospitalet <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____			
<b>Følger I de nationale kliniske retningslinjer indenfor de enkelte patientgrupper?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke			
<b>Angiv antal træningsgange og varighed i træningsforløbet</b>			
<b>Over hvor mange uger foregår træningen?</b>			
<b>Hvor mange gange om ugen?</b>			
<b>Hvor lang er træningssessionen typisk i minutter?</b>			

<b>Uddybende kommentarer</b>				
<b>Gennemføres en fysisk funktionstest før træningsforløbet?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
<b>Gennemføres en fysisk funktionstest efter træningsforløbet?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
<b>Hvilke fysisk funktionstest gennemføres før træningsforløbet?</b>				
			Hvis ja	
	Ja	Nej	Med VO2 bestemmelse	Uden VO2 bestemmelse
Symptomlimiterende arbejdstest på ergometercykel med sikkerhedsmonitorering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomlimiterende arbejdstest på gangbånd med sikkerhedsmonitorering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Submaksimal test (ex. Borg 15, 6 min gangtest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 minutters gangtest (6MWT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sit-Stand test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gennemføres der andre fysiske funktionstest før træningsforløbet?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej				
<b>Hvilke fysisk funktionstest gennemføres efter træningsforløbet?</b>				
			Hvis ja	
	Ja	Nej	Med VO2 bestemmelse	Uden VO2 bestemmelse
Symptomlimiterende arbejdstest på ergometercykel med sikkerhedsmonitorering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomlimiterende arbejdstest på gangbånd med sikkerhedsmoni-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

torering				
Submaksimal test (ex. Borg 15, 6 min gangtest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 minutters gangtest (6MWT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sit-Stand test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gennemføres der andre fysiske funktionstest efter træningsforløbet?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej				
<b>Tester i borgerne med de samme tests før og efter træningsforløbet?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja, altid <input type="checkbox"/> Ja, nogle gange <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke				
<b>Har de sundhedsprofessionelle en særlig viden omkring hjertesygdom, inkl. de symptomer, der kan opstå under fysisk træning?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke				
<b>Har de sundhedsprofessionelle en særlig viden omkring håndtering heraf, herunder førstehjælp?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke				
<b>Findes er en hjertestarter eller defibrillator, hvor der foregår fysisk træning?</b>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke				

## Spørgsmål vedrørende rehabilitering af borgere med Claudicatio Intermittens

De følgende spørgsmål er med henblik at kortlægge de nuværende rehabiliteringstilbud til borgere med Claudicatio Intermittens i den offentlige sektor, samt dine anbefalinger til udformning af et fremtidigt rehabiliteringsforløb. Med Claudicatio Intermittens menes der "Vindueskiggersyndrom". Det er en lidelse hvor man pga. forsnævring i underekstremiteternes arterier, får smerter i forbindelse med gang. Disse smerter ophører/mindskes efter en kort pause, hvorefter man kan gå videre igen.

<b>Behandler I borgere med Claudicatio Intermittens i jeres dagligdag?</b>					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
<b>Hvor mange borgere med Claudicatio Intermittens behandler I årligt, cirka?</b>					
<b>Hvordan tilrettelægger I rehabiliteringstilbud målrettet borgere med Claudicatio Intermittens?</b>					
<input type="checkbox"/> De får det samme rehabiliteringstilbud som hjertepatienter <input type="checkbox"/> De får et særligt rehabiliteringstilbud <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____					
<b>Indgår følgende komponenter i jeres rehabiliteringstilbud til patienter med Claudicatio Intermittens? (sæt gerne flere krydser)</b>					
	Ja, individuelt	Ja, på hold	Ja, telebehandling	Andet, uddyb venligst	Nej
Indledende samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Fysisk træning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Patientuddannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Psykosocial indsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Rygestop-intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>
Kostintervention og ernæringsindsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____	<input type="checkbox"/>

*Du har i det foregående spørgsmål svaret, at der tilbydes fysisk træning til borgere med Claudicatio Intermittens. Du bedes venligst uddybe dette i følgende spørgsmål:*

<b>Over hvor mange uger foregår den superviserede træning?</b>
<b>Hvor mange gange om ugen?</b>
<b>Hvor lang er træningssessionen typisk i minutter?</b>

<b>Hvor stor en procentdel af den fysiske træning er superviseret gangtræning på løbebånd?</b>
<b>Hvor mange gangbånd har I til rådighed på afdelingen?</b>
<b>Hvor stor en procentdel er gangtræning andet steds, da I ikke har gangbånd til rådighed?</b>
<b>Du har i et foregående spørgsmål svaret, at der tilbydes patientuddannelse til borgere med Claudicatio Intermittens. Du bedes venligst uddybe hvad undervisningen går ud på: (Sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Generel information vedr. Claudicatio Intermittens ætiologi <input type="checkbox"/> Effekt af gangtræning og fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> Self-management strategier (f.eks. rygestop, kostvejledning) <input type="checkbox"/> Identifikation og adressering af personlige barrierer ift. fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> Individuel målsætning (f.eks. med udgangspunkt i "Den motiverende samtale") <input type="checkbox"/> Mulige hjælpemidler til monitorering (f.eks. skridttæller eller anden form for monitorering) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____
<b>Hvorfra henvises borgere med Claudicatio Intermittens?</b>
<input type="checkbox"/> Henvisning fra sygehuset <input type="checkbox"/> Henvisning fra praktiserende læge <input type="checkbox"/> Personer med Claudicatio Intermittens henvender sig selv til visitator <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Hvilke kompetencer haves i træningsteamet for at kunne varetage behandlingen af borgere med Claudicatio Intermittens?</b>
<input type="checkbox"/> Specifikke kompetencer rettet imod Claudicatio Intermittens <input type="checkbox"/> Generelle kompetencer rettet imod diverse kredsløbsproblematikker <input type="checkbox"/> der er ikke nogen med kompetencer inden for Claudicatio Intermittens <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Er kommunen bekendt med anbefalingerne i den nationale behandlingsvejledning til patienter med Claudicatio Intermittens?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke

<b>Vil din kommune være interesseret i at arbejde med et standardiseret evidensbaseret rehabiliteringsforløb til patienter med Claudicatio Intermittens hvis et sådant bliver udviklet?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, vi vil gerne høre mere <input type="checkbox"/> Nej, vi føler at vi lever op til anbefalingerne <input type="checkbox"/> Nej, det er ikke en patientgruppe vi beskæftiger os med <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Eventuelle kommentarer</b>
<b>Hvilke elementer tænker du bør indgå i et rehabiliteringsforløb til borgere med Claudicatio Intermittens? (sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Individuelle indledende samtaler <input type="checkbox"/> Fysisk træning <input type="checkbox"/> Patientuddannelse <input type="checkbox"/> Psykosocial indsats for eksempel rettet imod isolation på grund af smerter og træthed stress eller bekymringer <input type="checkbox"/> Rygestop-intervention <input type="checkbox"/> Kostintervention og ernæringsindsats <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Hvordan tænker du den fysiske træning skal tilrettelægges til borgere med Claudicatio Intermittens? (sæt gerne flere krydser)</b>
<input type="checkbox"/> Superviseret <input type="checkbox"/> Ikke-superviseret <input type="checkbox"/> Generel fysisk træning <input type="checkbox"/> Primært gangtræning <input type="checkbox"/> Holdtræning <input type="checkbox"/> Individuel træning <input type="checkbox"/> Telerehabilitering <input type="checkbox"/> Andet, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Ved ikke

### Uddybende kommentarer

Du er nu ved at være færdig med spørgeskemaet om fysisk træning i din kommune. Som afslutning vil vi bede dig om at overveje, om der er nogle oplysninger eller udfordringer ved fysisk træning, som vi ikke har fået belyst tilstrækkeligt i de stillede spørgsmål.

<b>Her kan du komme med uddybende kommentarer til den fysiske træning, som tilbydes hjerte hjertesygge borgere og borgere med Claudicatio Intermittens på dit hospital</b>

## Afslutning af spørgeskema

Tak for din deltagelse. Du er nu færdig med spørgeskemaet om hjerterehabilitering med fokus på fysisk træning i din kommune. Husk at trykke "afslut" inden du forlader siden. Har du spørgsmål eller kommentarer til kortlægningen af de strukturelle forhold omkring hjerterehabilitering i danske kommuner er du velkommen til at ringe eller skrive til forskningsassistent Maiken Bay Ravn tlf. 3058 3605/e-mail: [maiken.bay.ravn@rsyd.dk](mailto:maiken.bay.ravn@rsyd.dk).



## Bilag 2c. Spørgeskema om hjerterehabilitering med fokus på kostintervention og ernæringsindsats

Dette elektroniske spørgeskema handler om fase II af almen hjerterehabilitering med fokus på kostintervention og ernæringsindsats i din kommune. Dine besvarelser vil bidrage til kortlægning af de strukturelle forhold omkring hjerterehabilitering i Danmark med tilknytning til Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD). For at opnå ensartede og sammenlignelige svar på tværs af hospitaler og kommuner er svarmulighederne tilpasset således, at de passer til både hospitals- og kommunalt regi, hvorfor nogle af valgmulighederne kan fremstå irrelevante i kommunalt regi.

Det tager omkring 5-10 minutter at udfylde spørgeskemaet. Du kan gemme og forlade skemaet undervejs. Skemaet er først afleveret når de sidste spørgsmål er udfyldt og du har trykket "afslut".

Har du spørgsmål eller behov for hjælp til at udfylde skemaet, er du velkommen til at ringe eller skrive til forskningsassistent Maiken Bay Ravn tlf. 3058 3605/e-mail: [maiken.bay.ravn@rsyd.dk](mailto:maiken.bay.ravn@rsyd.dk).

Indledningsvist har vi brug for nogle enkelte informationer om dig, som udfylder det elektroniske spørgeskema.

### Er du den person, som spørgeskemaet oprindeligt var sendt til?

- Ja
- Nej

*Du har i det foregående spørgsmål svaret, at det ikke er dig, som spørgeskemaet oprindeligt er sendt til. Vi vil derfor bede dig angive dit navn og e-mailadresse, så vi ved hvem der har besvaret spørgeskemaet i din kommune.*

Angiv venligst dit navn: \_\_\_\_\_

Angiv venligst din e-mailadresse: \_\_\_\_\_

Angiv venligst et telefonnummer vi kan træffe dig på, såfremt der er behov for uddybning af dine besvarelser: \_\_\_\_\_

Telefonnummeret vil kun blive anvendt til eventuel opfølgning.

### Hvilken funktion har du i forhold til hjerterehabilitering på dit hospital?

- Leder/chef med ansvar for det samlede rehabiliteringstilbud rettet mod hjertesygge borgere
- Leder/chef for en del af den samlede regering tilbud rettet mod hjertesygge borgere
- Medarbejder i rehabiliteringstilbuddet rettet mod hjertesygge borgere
- Andet, uddyb venligst: \_\_\_\_\_

Hvilke komponenter indgår i hjerterehabiliteringstilbuddet hos jer?				
	Det varetager vi	Det varetager vi delvist	Det forventes varetaget i kommunen	Andet (uddyb venligst)
Systematisk henvisning af patienter til rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuel vurdering og tilrettelægning af rehabiliteringsforløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Hjælp til håndtering af barrierer med henblik på fastholdelse af rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Fysisk træning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Patientuddannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Psykosocial indsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Opsporing af angst og depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Kostintervention og ernæringsindsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Rygestop-intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Systematiseret indsats med henblik på arbejdsfastholdelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuel afslutning og viderevisitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Indgår der andre komponenter i hjerterehabiliteringstilbuddet hos jer?				
<input type="checkbox"/> Ja, uddyb venligst: _____ <input type="checkbox"/> Nej				

### Kostintervention og ernæringsindsats

Her følger en række spørgsmål, om hvordan kostintervention og ernæringsindsats er tilrettelagt hos jer. Hvis jeres tilbud ikke passer helt ind i de foruddefinerede kategorier, vil vi bede dig om at beskrive tilbuddet så godt som muligt i de åbne svarmuligheder.

Hvilke hjertepatientgrupper bliver vurderet for behovet for kostintervention og ernæringsindsats ?			
	Alle borgere	Nogle borgere	Ingen borgere
Post-AMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post Non-STEMI/post ustabil angina pec-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

toris			
Post-CABG/PCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinsufficiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteklapopererede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertestop overlevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bliver andre hjertepatientgrupper vurderede for behovet for kostintervention og ernæringsindsats?**

- Ja, uddyb venligst: \_\_\_\_\_  
 Nej

**Hvordan er tilbuddet om kost intervention og ernæringsindsats tilrettelagt hos jer? (sæt gerne flere krydser)**

- Træning på hold  
 Superviseret træning i hjemmet  
 Superviseret selvtræning  
 Telerehabilitering  
 Individuel træning på hospitalet  
 Andet, uddyb venligst: \_\_\_\_\_

**Hvilke personalegrupper indgår i jeres forskellige tilbud om kostintervention og ernæringsindsats? (sæt gerne flere krydser)**

	Klinisk diætist	Professionsbachelor i ernæring og sundhed	Cand.scient i klinisk ernæring	Økonomaer	Sygeplejersker	Andet, uddyb venligst
Individuelle forløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Gruppeundervisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Individuelle forløb + gruppen undervisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Praktisk træning i kostomlægning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> : _____

## Uddybende kommentarer

Du er nu ved at være færdig med spørgeskemaet om kostintervention og ernæringsindsats i din kommune. Som afslutning vil vi bede dig om at overveje, om der er nogle oplysninger eller udfordringer ved netop jeres kostintervention og ernæringsindsats, som vi ikke har fået belyst tilstrækkeligt i de stillede spørgsmål.

**Her kan du komme med uddybende kommentarer til den kostintervention og ernæringsindsats som tilbydes til hjertesygge borgere i din kommune**

## Afslutning af spørgeskema


Tak for din besvarelse. Du er nu færdig med spørgeskemaet om hjerterehabilitering med fokus på kostintervention og ernæringsindsats. Husk at trykke "afslut" inden du forlader siden.

Har du spørgsmål eller kommentarer til kortlægningen af de strukturelle forhold omkring hjerterehabilitering i de danske kommuner, er du velkommen til at ringe eller skrive til forskningsassistent Maiken Bay Ravn tlf. 3058 3605/e-mail: [maiken.bay.ravn@rsyd.dk](mailto:maiken.bay.ravn@rsyd.dk).

# REHPA

Videncenter for  
Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17  
5800 Nyborg  
21 81 10 11  
rehpa@rsyd.dk  
www.rehpa.dk

 [www.facebook.com/REHPA.dk](http://www.facebook.com/REHPA.dk)

 [www.twitter.com/rehpa\\_dk](http://www.twitter.com/rehpa_dk)

 [www.linkedin.com/company/3306677](http://www.linkedin.com/company/3306677)

SDU 

  
Region  
Syddanmark