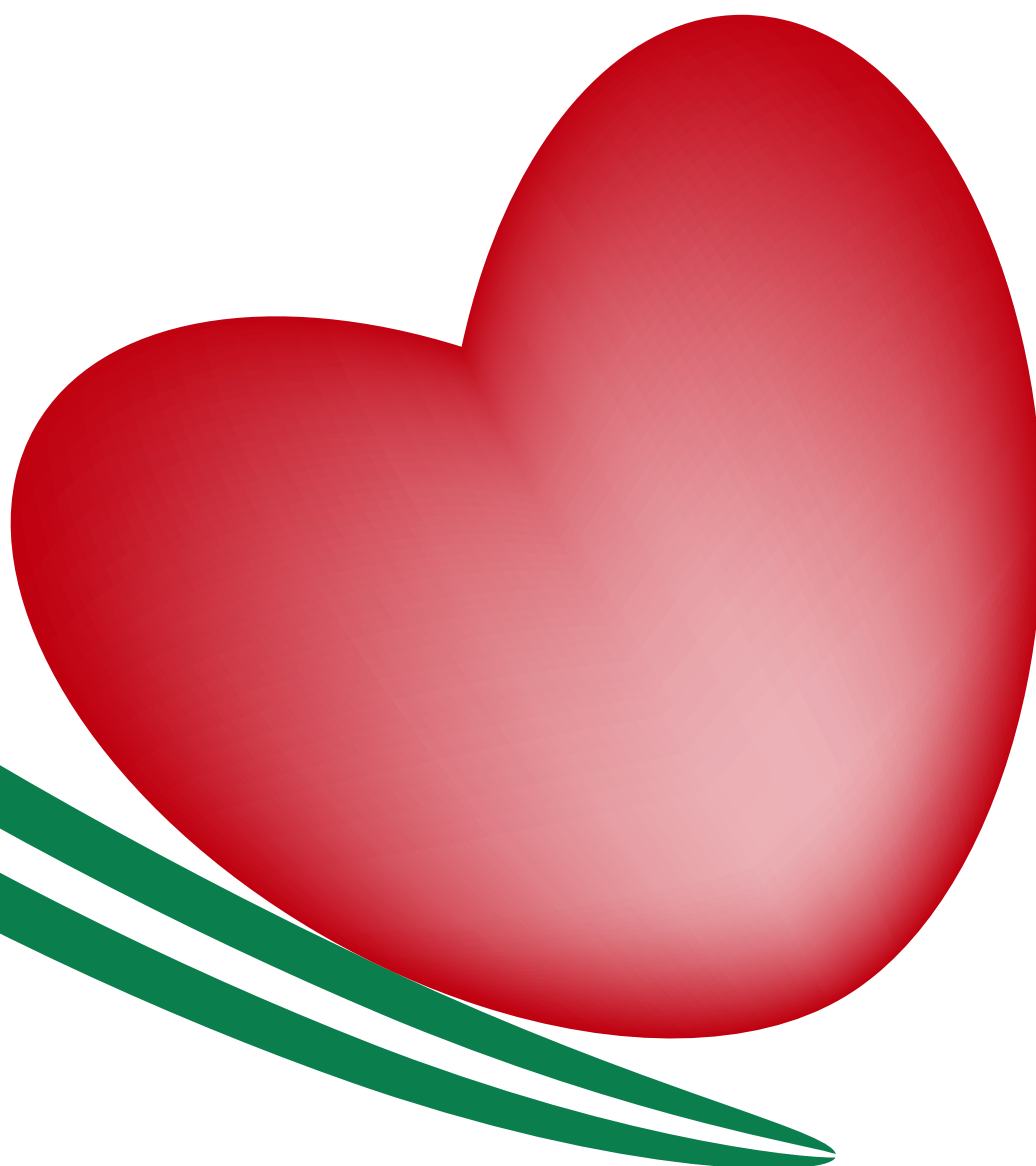


Hjerterehabilitering på danske sygehuse



*Netværk
af forebyggende
sygehuse i Danmark*



HJERTEFORENINGEN



Hjerterehabilitering på danske sygehuse

ISBN: 87-988376-5-6

Hjerterehabilitering på danske sygehuse er udarbejdet af netværksgruppen "Hjerterehabilitering" under Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark.

Udgivet af:

Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark

Bispebjerg Hospital
Bispebjerg Bakke 23
2400 København NV
Tlf: 35 31 24 38 Fax: 35 31 63 17
Email: dh08@bbh.hosp.dk
www.forebyggendesygehuse.dk

og

Hjerteforeningen

Hauser Plads 10
1127 København K
Tlf: 33 93 17 88 Fax: 33 93 12 45
Email: post@hjerteforeningen.dk
www.hjerteforeningen.dk

i samarbejde med

Dansk Cardiologisk Selskab

Sekretariat
Hauser Plads 10, 2
1127 København K
Tlf: 33 91 79 60 Fax: 33 91 79 64
Email: dcs@dadlnet.dk
www.cardio.dk

April 2004

Layout: Martin Savery, Marusa Design
Tryk: Glumsø Bogtrykkeri A/S

Indhold

Netværksgruppens medlemmer	6
Forord	7
Resumé og anbefalinger	8

Kapitel 1 11

Indledning	11
Baggrund	11
Kommissorium	11
Afgrænsning af opgaven	12
Litteratur	12

Kapitel 2 13

Definition af hjerterehabilitering	13
Definition og indhold	13
Hjerterehabiliteringens faser	14
Hjerterehabiliteringens aktører	14
Målgruppe for hjerterehabilitering	15
Litteratur	15

Kapitel 3 17

Evidens for effekten af hjerterehabilitering	17
Evidens for effekten af et hjerterehabiliteringsprogram	18
Evidens for nonfarmakologisk behandling	19
Evidens for medicinsk efterbehandling	21
Litteratur	24

Kapitel 4 27

Implementering af hjerterehabiliteringens elementer	27
Hvad omfatter et hjerterehabiliteringsprogram?	27
Patientinformation og undervisning	28
Hjælp til rygeophør	30
Kostomlægning	31
Fysisk træning	32
Psykosocial omsorg	35
Symptomatisk og forebyggende medicinsk efterbehandling	36
Kontrol, opfølgning og visitation til primærsektoren	38
Litteratur	39

Kapitel 5 41

Ledelsesmæssige overvejelser	41
Formelle grundlag for rehabilitering af hjertepatienter	41
Standarder for forebyggelse og sundhedsfremme på sygehus	41
Sygehusledelsens overvejelser	42
Hjerterehabilitering som teknologi	42
Patienten i hjerterehabilitering	43
Organisering af hjerterehabilitering	43
Hjerterehabiliteringens økonomi	43
Hvad koster hjerterehabilitering?	44
Kvalitet i hjerterehabilitering	44
Litteratur	44

Kapitel 6 47

Forebyggelse og sundhedsfremme i hjerterehabiliteringen – teorier om forandring	47
Motivation	47
Mestringsstrategier	48
Social støtte	48
Forskellige afsendere af sundhedsbudskaber i rehabiliteringen	49
Litteratur	49

Kapitel 7 51

Implementering af hjerterehabilitering på afdelingen – forhold der skal tænkes ind i en ny indsats	51
Almene betragtninger	51
Fordele og ulemper ved forandring	51
Forenelighed med kultur på afdelingen	51
Kompleksitet af samlede indsats	52
Mulighed for afprøvning	52
Mulighed for løbende modifikation	52
Formidling af hjerterehabilitering i det faglige miljø	52
Ejerskab for flere faggrupper	53
Kvalitetssikring	53
Cirkulær tænkning i udvikling	53
Litteratur	53

Netværksgruppens medlemmer

Lene Pilegaard Andreassen, *sygeplejerske*, Kolding og Fredericia Sygehuse
Lone Boysen, *sygeplejerske*, Aabenraa Sygehus
Jytte Heidmann, *projektsygeplejerske*, Hobro/Terndrup Sygehus
Dagmar Herholdt, *sygeplejerske*, Amtssygehuset i Glostrup
Hanne Højland, *sygeplejerske*, Aalborg Sygehus
Lisbeth Jensen, *oversygeplejerske*, Sygehus Fyn Svendborg
Lis Tangsgaard Jensen, *fysioterapeut*, Esbjerg Sygehus
Randi Werliin Jensen, *fysioterapeut*, Sygehus Fyn Rudkøbing, Sundhedscentret
Finn Breinholt Larsen, *sundhedskonsulent*, Århus Amt, Sundhedsfremmeenheden
Mogens Lytken Larsen, *overlæge, dr.med.*, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
Erling Birk Madsen, *lægelig direktør, dr.med., MPA*, H:S Frederiksberg Hospital
Lucette Meillier, *projektkoordinator*, Århus Amt, Sundhedsfremmeenheden
Mette Møllerup, *udviklingssygeplejerske*, Odense Universitetshospital
Hanne Mørthorst, *fysioterapeut*, Amtssygehuset i Glostrup
Lone Schou, *sygeplejerske, cand.scient.soc.*, H:S Bispebjerg Hospital
Anne Marie Simper, *sygeplejerske*, Sygehus Vestsjælland
Anette Sjø, *overlæge*, H:S Frederiksberg Hospital
Jørgen Videbæk, *forskningschef*, Hjerteforeningen
Kirsten Vinther-Jensen, *ledende sundhedskonsulent*, Århus Amt, Sundhedsfremmeenheden
Ingrid Willaing, *projektleder, MPH*, Københavns Amts Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Amtssygehuset i Glostrup
Ann-Dorthe Zwisler, *læge, ph.d.-studerende*, H:S Bispebjerg Hospital og Statens Institut for Folkesundhed

Redaktionsgruppen

Lisbeth Jensen, *oversygeplejerske*, Sygehus Fyn Svendborg
Mogens Lytken Larsen, *overlæge, dr.med.*, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
Lucette Meillier, *projektkoordinator*, Århus Amt, Sundhedsfremmeenheden
Anette Sjø, *overlæge*, H:S Frederiksberg Hospital
Jørgen Videbæk, *forskningschef*, Hjerteforeningen
Ingrid Willaing, *projektleder, MPH*, Københavns Amts Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Amtssygehuset i Glostrup

Forord

Denne publikation er udarbejdet af netværksgruppen ”Hjerterehabilitering”, en tværfaglig arbejdsgruppe under Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Beslutningen om at nedsætte netværksgruppen ”Hjerterehabilitering” blev truffet af Netværkets repræsentantskab, og alle med interesse i denne tværfaglige opgave blev inviteret til at deltage i netværksgruppen efter henvendelse til Netværkets medlemssygehuse. Netværksgruppen blev herefter etableret i samarbejde med Hjerteforeningen og Dansk Cardiologisk Selskabs arbejdsgruppe vedrørende hjerterehabilitering. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital, har ydet netværksgruppen væsentlig bistand til den faglige sekretariatsfunktion.

Publikationen er godkendt af Netværkets forretningsudvalg og repræsentantskab, Hjerteforeningen samt Dansk Cardiologisk Selskabs bestyrelse med henblik på fælles udgivelse.

Publikationen er tænkt som en praktisk vejledning ved indførelse af et systematisk rehabiliteringstilbud til alle patienter med iskæmisk hjertesygdom på danske sygehuse i overensstemmelse med såvel danske som internationale retningslinjer.

Publikationen indeholder en gennemgang af evidensen for de kliniske retningslinjer samt forslag til implementering med vægten lagt på praktiske værktøjer til de forskellige behandlere, der er involverede i hjerterehabilitering på sygehusene. Der er imidlertid også lagt vægt på at beskrive forhold omkring organisering, implementering og kvalitetssikring på såvel afdelingsledelses- som sygehusledelsesniveau.

Vi håber, at rapporten vil blive anvendt på de danske sygehuse til at få implementeret fuldt udbyggede rehabiliteringsforløb til danske hjertepatienter.

God fornøjelse

Redaktionsgruppen

Resumé og anbefalinger

Denne rapport gennemgår evidensen for de kliniske retningslinjer for indførelsen af et systematisk rehabiliteringstilbud til alle patienter med iskæmisk hjertesygdom på danske sygehuse. Der er lagt vægt på at beskrive forhold omkring organisering, implementering og kvalitetssikring samt praktiske værktøjer til de forskellige behandlere.

Kapitel 1 **Indledning**

De første danske retningslinjer for hjerterehabilitering blev udgivet i 1997, men kun en tredjedel af landets hjerteafdelinger har et samlet rehabiliteringsprogram. På denne baggrund etablerede Netværk af forebyggende sygehuse en tværfaglig netværksgruppe om hjerterehabilitering i samarbejde med Hjertereforeningen og Dansk Cardiologisk Selskab med henblik på at opdatere retningslinjer for hjerterehabilitering. Ønsket om en mere systematisk udvikling og organisering af hjerterehabiliteringsområdet er i overensstemmelse med regeringens program ”Sund hele Livet” og lov om Sygehusvæsen, der indebærer, at alle hjertepatienter skal informeres om muligheder for rehabilitering.

Kapitel 2 **Definition af hjerterehabilitering**

Hjerterehabiliteringsforløbet inddeles i tre faser: Fase I der omfatter den akutte behandling indtil udskrivelsen; Fase II der omfatter perioden fra udskrivelsen, til patienten igen er blevet i stand til at klare hverdagens aktiviteter uden hjælp, og Fase III der er den sene opfølgings- og vedligeholdelsesfase. Formålet med rehabiliteringen er at forbedre patientens funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet og gøre det muligt for patienten at vende tilbage til en personligt tilfredsstillende rolle i samfundet (WHO). Det skal ske ved at tilrettelægge et individuelt hjertereha-

biliteringstilbud på baggrund af patientens behov og ressourcer. Tilbuddet skal indeholde patientinformation og undervisning, hjælp til rygeophør og kostomlægning samt tilbud om fysisk træning sammen med symptomatisk og forebyggende medicinsk behandling. Før afslutning bør der foreligge planer for den videre kontrol i den primære sundhedssektor.

Kapitel 3
Evidens for effekten af hjerterehabilitering
Evidensen for effekten af hjerterehabilitering, de nonfarmakologiske indsatsområder og den forebyggende medicinske efterbehandling er gennemgået på baggrund af den foreliggende litteratur. På denne baggrund finder man, at hjerterehabilitering og indsatsområderne patientundervisning, hjælp til rygeophør, kostomlægning og fysisk træning medfører en reduktion i total mortalitet og kardiovaskulær mortalitet. Evidensgrundlaget for den medicinske efterbehandling med acetylsalicylsyre, betablokkere, ACE-hæmmere og lipidregulerende midler er ligeledes meget solidt.

Kapitel 4 **Implementering af hjerterehabiliteringens elementer**

Et fuldt udbygget hjerterehabiliteringsprogram på et dansk sygehus i dag kræver en omlægning fra traditionel ambulant lægelig opfølgning af patienter med iskæmisk hjertesygdom til et integreret helhedsorienteret efterbehandlingstilbud, der udover lægelig opfølgning omfatter tværfaglig indsats bestående af patientundervisning, støtte til livsstilsændringer, fysisk træning og psykosocial omsorg. Kardiologen er ansvarlig for hjerterehabiliteringsprogrammet og bør indtage en aktiv rolle i koordinationen af faggrupperne. Det tværfaglige holds medlemmer bør have viden om hjerterehabilitering, og der bør etableres et samarbejde med primærsektoren. Ved implementering

af hjerterehabiliteringen bør man overveje, hvordan de enkelte elementer skal prioriteres i de enkelte faser (I-III). I dette kapitel gennemgås elementerne med henblik på de kliniske anbefalinger, der er tænkt som et praktisk værktøj til de forskellige behandlere.

Kapitel 5

Ledelsesmæssige overvejelser

Det er lovpligtigt, at alle hjertepatienter skal informeres om mulighederne for rehabilitering, også selv om dette ikke kan tilbydes lokalt, og det er ligeledes lovpligtigt, at der konkret skal udarbejdes en genoptræningsplan for alle patienter, herunder også patienter med iskæmisk hjertelidelse. Det er et ledelsesansvar, at sygehusets tilbud lever op til patienternes behov og til de krav, der stilles i sygehusloven. Der er på den baggrund ikke tvivl om, at der skal være et hjerterehabiliteringstilbud på alle sygehuse, der behandler hjertepatienter. De nyudviklede standarder for forebyggelse og sundhedsfremme i sygehuse, som Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark har stillet til rådighed for sundhedsmyndighederne, kan anvendes til at understøtte implementeringen.

Det er vigtigt, at sygehusledelsen inddrages på et meget tidligt tidspunkt i forbindelse med planer om at etablere hjerterehabilitering, så der gives mulighed for at foretage en passende vurdering. Hjerterehabilitering omfatter en tværfaglig indsats fra flere afdelingers side, koordineret i en samlet organisation på sygehuset. En driftsøkonomisk analyse af udgifter ved etablering og drift af hjerterehabilitering er vigtig for at vurdere de ressourcemæssige konsekvenser.

Kapitel 6

Forebyggelse og sundhedsfremme i hjerterehabiliteringen – teorier om forandring

Forebyggelse og sundhedsfremme er lige så vigtige som den medicinske behandling. I denne sammenhæng inde-

bærer forebyggelse og sundhedsfremme at give patienten de bedste redskaber til at tilegne sig og vedligeholde en hjertesund livsstil og til at genvinde psykisk og social trivsel. Patienten skal lære noget nyt, men også aflære noget gammelt for at komme dertil. I kapitlet gennemgås forskellige læringsteorier med henblik på motivation og mestring af egen sygdom samt betydningen af social støtte. Det forebyggende arbejde skal tilrettelægges, så det i højere grad tilgodeser de socialt udsatte og sårbare patienter og deres familier.

Kapitel 7

Implementering af hjerterehabilitering på afdelingen – forhold der skal tænkes ind i en ny indsats

Ikke alle nye indsatsområder lader sig indføre lige nemt. Et større program medfører involvering af flere faggrupper og større kompleksitet. Det medfører et absolut krav om skrevne og let tilgængelige retningslinjer. Heldigvis kan næsten alle rehabiliteringens elementer afprøves og særskilt vurderes, det letter muligheden for at eksperimentere med indholdet. For at det kan fungere, skal afdelingen etablere et forum, der løbende kigger på praksis, evaluerer og sætter nye mål. Dokumentation og forbedringer af kvalitetsniveauet er en afgørende forudsætning for tiltroen til et sundhedsvæsens formåen i dag. Erfaringer viser, at netop implementering af forbedringer og fastholdelse af god kvalitet er den del af kvalitetsudviklingsprocessen, der er vanskeligst at gennemføre. Der bør derfor anvendes en del energi og ressourcer på dette område.

Indledning

Baggrund

De første danske retningslinjer for hjerterehabilitering på danske sygehuse blev udgivet i 1997, på initiativ af Hjerteforeningen, Dansk Cardiologisk Selskab og Sundhedsministeriet. Denne rapport blev i høj grad accepteret og brugt af sygeplejersker og fysioterapeuter, men mødte mindre opbakning fra lægelige og administrative kredse på sygehusene. Samtidig har de økonomiske ressourcer til hjerterehabilitering været begrænsede de seneste år. En opgørelse fra 1999 bekræftede, ikke overraskende, at kun en tredjedel af landets sygehuse, der modtager akutte hjertepatienter, havde et samlet rehabiliteringsprogram. To tredjedele af sygehusene havde imidlertid delelementer af et rehabiliteringsprogram, uden at man i øvrigt tog stilling til indhold og kvalitet af rehabiliteringstilbuddene.

I 1999 udgav den daværende regering ”Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008”, der omtaler igangværende forebyggende aktiviteter for hjertepatienter. Denne udvikling inden for sundhedsvæsenet ønskede man fra politisk side videreført og forstærket, således at egentlige forebyggende ydelser kan tilbydes alle relevante hjertepatienter ved hjælp af:

- 1) kliniske vejledninger for god forebyggelsespraksis for almen praksis og sygehusvæsenet
- 2) kvalitativt gode rehabiliteringstilbud til hjertepatienter.

Med den nuværende regerings program ”Sund hele Livet” udgivet i 2002 videreføres væsentlige mål fra den tidligere regerings folkesundhedsprogram, men med særlig fokus på de store folkesygdomme og behovet for patientrådgivning, -støtte og -rehabilitering, herunder tilbud om integreret individuel tilrettelagt hjerterehabilitering. Endvidere opfordrer regeringen nu til samarbejde med private organisationer.

Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark blev etableret i 1999 og havde blandt andet til formål:

- 1) at sætte fokus på sygehusenes rolle og ansvar for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme

- 2) at samarbejde om udvikling og organisering af tilbud og programmer for forebyggelse og rehabilitering.

Dette nationale netværk har p.t. tilslutning fra 40 sygehuse, som dækker mere end halvdelen af de sygehuse, der modtager akutte hjertepatienter i Danmark. På denne baggrund fandt Netværkets repræsentantskab det naturligt at tage initiativ til at formulere et kommissorium og etablere en tværfaglig netværksgruppe om hjerterehabilitering, der i samarbejde med Dansk Cardiologisk Selskab og Hjerteforeningen skulle udarbejde opdaterede retningslinjer for hjerterehabilitering på danske sygehuse.

Dette ønske om en mere systematisk udvikling og organisering af hjerterehabiliteringsområdet fandtes i overensstemmelse med Dansk Cardiologisk Selskabs seneste klaringsrapport, der anbefaler, ”at alle patienter med et akut koronart syndrom, som er i stand til at gennemføre et rehabiliteringsprogram, bør tilbydes rehabilitering”. Initiativet fandtes yderligere i god overensstemmelse med Hjerteforeningens ”aktivitets- og handlingsplan for årene 2000-2004”, hvor behovet for opdaterede retningslinjer for hjerterehabilitering påpeges.

Kommissorium

Netværksgruppen blev etableret i 2000 med deltagelse fra 13 medlemssygehuse i Netværket samt eksterne samarbejdspartnere fra Århus Amt, Dansk Cardiologisk Selskab og Hjerteforeningen. I gruppens kommissorium formuleres følgende arbejdsopgaver:

- udarbejdelse af kliniske retningslinjer med vægt på et praktisk værktøj til de forskellige behandlere, som er involverede i hjerterehabilitering på sygehusene
- beskrivelse af organisation, implementering og kvalitetssikring af hjerterehabiliteringsindsatsen på landets sygehuse i fremtiden, herunder definering og afgrænsning af mindstekravene for, at et sygehus kan defineres som havende hjerterehabilitering.

Afgrænsning af opgaven

De gældende internationale såvel som nationale retningslinjer for hjerterehabilitering retter sig mod en bredere målgruppe og omfatter også patienter med hjertesvigt, hjerteopererede patienter og patienter i høj risiko for udvikling af manifest iskæmisk hjertesygdom. En samlet rehabiliteringsrapport, der dækker alle disse patientgrupper med hjertekarsygdom, har været et ønske fra netværksgruppens side, men gruppen har af hensyn til afgrænsning af opgaven valgt udelukkende at arbejde med hjerterehabilitering af patienter med iskæmisk hjertesygdom. Mange af de praktiske anbefalinger i denne rapport kan overføres til andre patientgrupper, men der foreligger en større opgave på dokumentationssiden, hvis alle de nævnte grupper skal inkluderes.

Litteratur

Akut koronart syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Klaringsrapport nr. 3. Dansk Cardiologisk Selskab. Lægeforeningens Forlag 2001.

Giannuzzi P et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation. Position paper of the working group on cardiac rehabilitation and exercise physiology of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2003;24:1273-1278.

Møller L. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Månedsskr Prak Lægegering 2002;7:987-995.

Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Sundhedsministeriet 1999.

Rehabilitering af hjertepatienter. Retningslinier. Hjertereforeningen 1997.

Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002.

Videbæk J, Madsen M. Hjertestatistik 1999. Hjertereforeningen og SIF 1999.

Definition af hjerterehabilitering

Definition og indhold

I midten af 1950'erne opstod tanken om et rehabiliteringsprogram for patienter med akut myokardieinfarkt (AMI), men først i 1964 pegede en WHO-rapport på behovet for at udvikle rehabiliteringsprogrammer og for at fremme forskningen inden for området. Den danske behandlings-tradition i 1960'erne var det såkaldte "coronarregime" med to ugers fast sengeleje efterfulgt af gradvis mobilisering under fire ugers hospitalsophold samt for de fleste patienter indstilling til invalidepension ved udskrivelsen. Først i 1976 blev der herhjemme foreslået tidlig mobilisering og en aktiv indsats i efterforløbet af den akutte sygdom.

WHO-rapporten medførte, at forskningsprogrammer blev sat i gang i en række lande. Formålet med disse undersøgelser var primært at vise risikoen ved og effekten af fysiske træningsprogrammer på mortaliteten hos patienter, der havde overlevet et myokardieinfarkt. WHO definerede dengang rehabilitering som: *"at hjælpe hjertepatienten til hurtigt at genoptage en normal livsstil eller livsstilen før sygdom samt at vende tilbage til en produktiv, aktiv og tilfredsstillende rolle i samfundet"*. Det viste sig imidlertid hurtigt, at den fysiske genoptræning kun udgjorde et enkelt betydende element i hjerterehabiliteringen og ikke klart kunne adskilles fra de psykosociale elementer eller fra såvel den nonfarmakologiske som den farmakologiske efterbehandling.

På denne baggrund ændrede WHO i 1992 sin definition af hjerterehabilitering til: *"Rehabilitering af hjertepatienter har som formål at forbedre patientens funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet og gøre det muligt for hjertepatienten at vende tilbage til en personligt tilfredsstillende rolle i samfundet."*

Afdelinger, der modtager akutte hjertepatienter, har ansvaret for og forpligtigelse til, at patienterne tilbydes et rehabiliteringsprogram med det formål:

- at der under den akutte indlæggelse gennemføres en systematisk vurdering af alle hjertepatienter med

henblik på forebyggelse af tilbagefald og tilrettelæggelse af et individualiseret rehabiliteringsprogram

- at sikre bedst mulig symptomatisk behandling, herunder invasiv behandling
- at identificere modificerbare risikofaktorer, så man gennem livsstilsændringer og medicinsk behandling kan hæmme progressionen af den tilgrundliggende sygdom
- at motivere patienten til at foretage varige ændringer i den eksisterende adfærd hen mod et hjertemæssigt sundere liv
- at skabe mulighed for at fastholde og om muligt forbedre patientens fysiske, psykosociale og erhvervs-mæssige funktionsniveau
- at sikre, at der gennem samarbejdsaftaler etableres en effektiv rehabiliteringsindsats, selv om patienten i den akutte fase behandles på flere sygehuse
- at sikre, at rehabiliteringsindsatsen fortsætter i forbindelse med overgang til den fortsatte kontrol i den primære sundhedssektor.

Som det fremgår af ovenstående, skal et hjerterehabiliteringsprogram i dag omfatte et samlet og velkoordineret tilbud om en indsats på en række områder, der omfatter følgende delelementer i et hjerterehabiliteringsprogram:

- (1) Visitation til og planlægning af et individuelt program
- (2) Patientinformation og undervisning
- (3) Rygeophør
- (4) Kostomlægning
- (5) Fysisk træning
- (6) Psykosocial omsorg
- (7) Symptomatisk og forebyggende medicinsk behandling
- (8) Kontrol, opfølgning og vedligeholdelse.

Behandlingstilbuddet i hjerterehabiliteringen skal derfor tilrettelægges individuelt på baggrund af patientens behov og ressourcer i relation til de enkelte elementer. Indsatsen skal være integreret og baseret på et tværfagligt koordineret behandlingsforløb. Det kræver, at man på den enkelte afdeling har en fast forankret organisation, der sikrer effektive patientforløb.

Hjerterehabiliteringens faser

På baggrund af WHO's definition har European Society of Cardiology (ESC) valgt at inddele hjerterehabiliteringsforløbet i tre faser:

Fase I: Den akutte behandling af akut myokardieinfarkt indtil udskrivelsen

Fase II: Fra udskrivelsen indtil patienten er tilbage i erhverv eller er blevet i stand til at klare hverdagens aktiviteter uden hjælp. Fase II er identisk med den tidlige intensive hjerterehabiliteringsfase

Fase III: Den sene opfølgingsfase og vedligeholdelsesfase.

Hjerterehabiliteringen bør allerede begynde under indlæggelsen (fase I) med en vurdering af mulighederne for forebyggelse, information om risikofaktorer og planlægning af ambulant opfølgning. Tiden mellem fase I og fase II bør ikke overstige 1-2 uger, da tidlig opfølgning nedsætter risikoen for angst og depression. Det ambulante rehabiliteringsforløb (fase II) bør ifølge ESC strække sig over 6-12 uger og varetages i hospitalsregi. Den sene opfølgingsfase (fase III) bør ske i samarbejde med patientens praktiserende læge og patientforeninger med henblik på at sikre, at den medicinske efterbehandling følges op og de opnåede livsstilsændringer vedligeholdes (fig. 2.1).

Hjerterehabiliteringens aktører

Patienten er den centrale aktør i hjerterehabiliteringen. Uden patientens aktive og personlige indsats kan rehabiliteringsforløbet ikke gennemføres tilfredsstillende. Forståelse af patientens ønsker, behov og ressourcer danner grundlaget for, at hjerterehabiliteringsforløbet kan blive succesfuldt.

Pårørende spiller ligeledes en vigtig rolle i hjerterehabiliteringen og bør inddrages som aktive partnere i det samlede forløb. Det er vist i flere studier, at patienter med god familiær støtte og et godt netværk bedre kan fastholdes i hjerterehabiliteringen og gennemføre livsstilsændringer end patienter uden denne støtte. Pårørende har også et selvstændigt behov for støtte til at komme igennem den tidlige fase af akut sygdom i familien på grund af magtesløshed og angst i forbindelse med en ægtefælles sygdom. En øget støtte og information til pårørende har vist, at de pårørende hurtigere kommer ovenpå og tidligere kan bidrage med støtte til den syge.

Behandlerne i hjerterehabiliteringen udgør et tværfagligt team. Primært består det af de personer, der har den daglige og direkte kontakt med patienterne. Teamet omfatter almindeligvis faggrupperne: læge, sygeplejerske, fysioterapeut og diætist. Alle medlemmer af dette team bør have kardiologisk specialviden og praktisk erfaring i undervisning og livsstilsintervention.

Herudover kan andre professionelle støttepersoner inddrages. Disse personer bør være aktivt involverede samarbejdspartnere, der har kendskab til hjerterehabiliteringens formål og indhold. Disse personer omfatter psykiater, psykolog, socialrådgiver, præst og, ikke mindst, den praktiserende læge.

Fig. 2.1. Samarbejdspartnere i hjerterehabiliteringens tre faser

Fase I (dage)	Fase II (uger-måneder)	Fase III (måneder-år)
Akut hjerteafsnit Invasive hjertecentre	Hjerterehabiliteringsafsnit - læge - sygeplejerske - diætist - fysioterapeut - (psykolog/socialrådgiver) - praktiserende læge	- praktiserende læge - hjemmepleje - lokalcentre - sygehusambulatorium - patientforeninger

Den primære sundhedssektor spiller en vigtig rolle i det samlede efterbehandlingsforløb. Patientens praktiserende læge er ofte den, der har henvist patienten til indlæggelse eller vurdering, og efter udskrivelsen vil patienten ofte henvende sig til sin praktiserende læge med henblik på sygdomsoplysning, receptspørgsmål og problemer af såvel fysisk som psykosocial karakter. Patientens læge bør derfor være velinformeret under hele forløbet og tages med på råd ved behov. For de patienter, der modtager offentlig hjælp i hjemmet, vil hjemmeplejen og lokalcentret ligeledes være vigtige aktører både under og ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet.

Målgruppe for hjerterehabilitering

Målgruppen for hjerterehabilitering er i dag i internationale retningslinjer udvidet til at omfatte alle patienter med iskæmisk hjertesygdom, herunder patienter, der har fået foretaget en ballonudvidelse eller bypassoperation samt patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom. Andre grupper af hjertepatienter (hjertesvigtpatienter, pacemakerpatienter, hjerteklapopererede og hjertetransplanterede m.m.) har et tilsvarende behov for integrerede hjerterehabiliteringsforløb, hvor mange af de samme forebyggende indsatsområder kan indgå.

Litteratur

Balady GJ et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2000;102:1069-1073.

Giannuzzi P et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation. Position paper of the working group on cardiac rehabilitation and exercise physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003;24:1273-1278.

Gohlke H, Gohlke-Bärwolf C. Cardiac rehabilitation. *European Heart J* 1998;19:1004-1010.

Gohlke H, Gohlke-Bärwolf C. Cardiac rehabilitation: Where are we going? *European Heart J* 1998; 19 (suppl. O): O5-O12.

Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries. Technical Report Series no. 831. World Health Organization Expert Committee 1993.

Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Technical Report Series, no. 270. World Health Organization 1964.

Evidens for effekten af hjerterehabilitering

Der har blandt danske læger været nogen skepsis over for evidensgrundlaget for effekten af hjerterehabilitering. Det skyldes især, at hovedparten af de randomiserede undersøgelser er gennemført i 80'erne og begyndelsen af 90'erne før indførelsen af især den trombolytiske og den invasive behandling i kombination med medicinsk efterbehandling. Litteraturen er yderligere præget af, at forståelsen af hjerterehabilitering og dens målgruppe har ændret sig over årene, således at typen af intervention varierer betydeligt fra undersøgelse til undersøgelse. Endelig er mange studier observationelle undersøgelser uden kontrolgruppe. Disse forhold tilsammen svækker således kvaliteten af den foreliggende litteratur og vanskeliggør metaanalyser på området.

Alligevel foreligger der en ganske betydelig videnskabelig dokumentation af effekten af hjerterehabilitering, og antallet af publikationer inden for området har været støt stigende, således at der i dag foreligger mindst 36 randomiserede, kontrollerede studier. Tidligere rehabiliteringsstudier blev overvejende udført blandt yngre mænd, men der publiceres i dag studier, der undersøger effekten hos kvinder og ældre aldersgrupper, ligesom der fokuseres mere på de patofysiologiske virkningsmekanismer.

I 1997 blev den videnskabelige dokumentation på området gennemgået systematisk i forbindelse med udarbejdelse af danske retningslinjer for hjerterehabilitering. Herudover er

dokumentationen for farmakologisk og nonfarmakologisk efterbehandling gennemgået systematisk som en del af Dansk Cardiologisk Selskabs publicerede retningslinjer for behandling af iskæmisk hjertesygdom samt i et referenceprogram fra Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (Sundhedsstyrelsen).

Anbefalingerne og den bagvedliggende dokumentation er gennemgået kritisk af netværksgruppen og suppleret med en systematisk søgning på PubMed publikationer samt Cochrane Library for perioden 1997 til april 2004. Netværksgruppen har etableret en litteraturlibrary, der kan findes på Netværkets hjemmeside: www.forebyggendesygehuse.dk.

Den efterfølgende gennemgang af evidensen for effekten af hjerterehabilitering, de nonfarmakologiske indsatsområder og den forebyggende medicinske efterbehandling er baseret på den foreliggende litteratur. Evidensen er vurderet således, at metaanalyser (f.eks. Cochrane) eller andre systematiske oversigtsarbejder tillægges det højeste evidensniveau, Ia. Velgennemførte randomiserede studier har evidensniveau Ib etc., som anført i tabel 3.1. Anbefalinger vedrørende en behandling er klassificeret A, B, C eller D, hvor A er den stærkeste anbefaling. Disse anbefalinger bygger på den samlede evidens for denne behandling og kan være baseret på flere artikler med forskelligt evidensniveau.

Publikationstype	Evidens	Styrke
Metaanalyse, systematisk oversigt	Ia	A
Randomiseret, kontrolleret studie (RCT)	Ib	B
Kontrolleret, ikke-randomiseret studie	IIa	B
Kohorteundersøgelse	IIb	
Case-kontrolundersøgelse	III	C
Beslutningsanalyse		
Deskriptiv undersøgelse		
Mindre serier, oversigtsartikel	IV	D
Ekspertvurdering, ledende artikel		

Tabel 3.1.

Evidens for effekten af et hjerte-rehabiliteringsprogram

A: Det anbefales, at alle patienter med iskæmisk hjertesygdom deltager i et udbygget, integreret hjerterehabiliteringsforløb. Programmet bør indeholde alle delelementerne og være tværfagligt koordineret. Hjerterehabilitering medfører en reduktion i kardiovaskulær mortalitet (Ia og Ib).

Den seneste store metaanalyse er en Cochrane-analyse, der blev publiceret i 2002. Metaanalysen sammenlignede effekten af 1) hjerterehabilitering baseret på fysisk træning sammenlignet med standard efterbehandling og 2) udvidet hjerterehabilitering (fysisk træning kombineret med psykosocial støtte og/eller undervisning) sammenlignet med standard efterbehandling. Analysen omfattede 7.683 patienter fra 36 randomiserede, kontrollerede undersøgelser, og de primære effektmål var total mortalitet, kardiovaskulær dødelighed, nonfatale myokardieinfarkter og "Health related quality of life" (HRQoL). De sekundære effektmål var de modificerbare risikofaktorer tobaksrygning, blodtryk og blodlipider. En samlet oversigt over effekten af henholdsvis træningsbaseret hjerterehabilitering og udvidet hjerterehabilitering på disse effektmål er fremstillet i tabel 3.2.

I Cochrane-analysen fandtes både efter træningsbaseret hjerterehabilitering og udvidet hjerterehabilitering et signifikant fald i kardiovaskulær død på henholdsvis 31% og 26%. Faldet i total mortalitet var 27% og 13% og kun signifikant for den træningsbaserede rehabilitering. Der blev ikke påvist nogen effekt på forekomsten af nonfatale myokardieinfarkter, men i forbindelse med den udvidede hjerterehabilitering fandt man et signifikant fald i serum total og LDL kolesterol.

Sluttelig foretog man en analyse af de kombinerede endepunkter mortalitet, nonfatale myokardieinfarkter og revaskulariserende procedurer og fandt, at såvel træningsbaseret rehabilitering (OR 0.81 (CI 0.65-1.01)) som udvidet hjerterehabilitering (OR 0.81 (CI 0.69-0.96)) medførte en 20% reduktion i risikoen for nye kliniske hændelser.

Tidligere undersøgelser har vist samme tendens. En metaanalyse fra 1989 konkluderede, at hjerterehabilitering med fysisk genoptræning nedsætter risikoen for kardiovaskulær død og fatale myokardieinfarkter med 20% i mindst tre år efter infarkt. Andre undersøgelser, herunder to randomiserede undersøgelser og en metaanalyse, har belyst effekten af hjerterehabilitering på genindlæggelser og livskvalitet. Metaanalysen viste, at hjerterehabilitering medførte en signifikant reduktion af antallet af genindlæggelser med 16% samt en bedre livskvalitet blandt patienter, der havde deltaget i et rehabiliteringsprogram. Der foreligger tre langtidsstudier med 11-15 års opfølgning. De to

Tabel 3.2

Samlet oversigt over effekten, fundet i Cochrane-analysen, af henholdsvis træningsbaseret hjerterehabilitering og udvidet hjerterehabilitering (fysisk træning kombineret med psykosocial støtte og/eller undervisning).

	Fysisk træning alene	Udvidet hjerterehabilitering
Total dødelighed	↓	(↓)
Kardiovaskulær mortalitet	↓	↓
Nonfatale reinfarkter	↔	↔
Revaskularisering og genindlæggelser	*	*
Samlede antal kardiale hændelser	↓	↓
Livskvalitet og psykosocial funktion (HRQoL samt angst og depression)	(↑) ↔	↑
Modificerbare risikofaktorer:		
Rygning	↔	(↓)
Hypertension	↔	↓
T-Cholesterol	↔	↓
LDL	↔	↓
HDL	↔	↔

(* sparsomt belyst i de inkluderede undersøgelser)

omfattede alene træningsbaseret rehabilitering og viste ingen effekt på total mortalitet, hvorimod det tredje, der var et udvidet rehabiliteringsprogram, fandt en signifikant reduktion i forekomsten af såvel total mortalitet som kardial død.

Evidens for nonfarmakologisk behandling

Hjerterehabilitering på danske sygehuse bør som anført være et integreret forløb, der bygger på de beskrevne delelementer. Den nonfarmakologiske forebyggelse, der omfatter patientundervisning, rygeophør, kostomlægning, fysisk træning og psykosocial omsorg, er imidlertid meget uensartet beskrevet i de mange undersøgelser, der eksempelvis indgår i Cochrane-analysen af effekten af hjerterehabilitering. Netværksgruppen har derfor valgt at gennemgå evidensgrundlaget for effekten af de enkelte delelementer.

Patientundervisning

A: Alle patienter med iskæmisk hjertesygdom bør tilbydes strukturerede undervisningsforløb, der sigter mod positive ændringer i risikofaktorer. Undervisning af hjertepatienter har medført signifikant reduktion i total mortalitet og kardiovaskulær mortalitet (*1a og 1b*).

Patientundervisning udgør et vigtigt led i hjerterehabiliteringen med henblik på at bevidstgøre patienten om betydningen af risikofaktorer som rygning, usunde kostvaner og fysisk inaktivitet. Undervisningen skal også øge patientens forståelse for den medicinske efterbehandling (komplians). To metaanalyser har vurderet effekten af undervisning af hjertepatienter og fandt signifikant reduktion af total mortalitet, kardial mortalitet og reinfarkt hos patienter, der havde modtaget undervisning, sammenlignet med patienter, der ikke modtog undervisning. Adfældsorienterede interventioner fandtes mere effektive end didaktisk orienterede interventioner. Kvaliteten af interventionen og ikke antallet af kontakter/undervisningstimer beskrives som den væsentligste faktor for en effektiv intervention.

Rygeophør

B: Alle patienter med iskæmisk hjertesygdom bør tilrådes rygeophør, da ophør med rygning vil nedsætte risikoen for akut myokardieinfarkt eller pludselig død (*11a*).

A: Kortvarig støtte og rådgivning med evt. supplerende behandling med nikotinerstatning medfører signifikant højere rygeophørsrater. Bør tilbydes til alle patienter (*1a*).

Det er i dag generelt accepteret, at rygning er en væsentlig risikofaktor for udvikling af hjertekarsygdom hos såvel mænd som kvinder. Flere undersøgelser har vist, at mindst 25-30% af hjerteinfarkter i Danmark er forårsaget af rygning.

Effekten af rygeophør på overlevelsen efter myokardieinfarkt er aldrig blevet undersøgt i en randomiseret undersøgelse, og med vores nuværende viden ville det være uetisk at gennemføre en sådan. Derimod har observationelle studier vist, at ophør med rygning efter et myokardieinfarkt vil nedsætte risikoen for et nyt infarkt eller pludselig hjertedød med 50% i de første to år sammenlignet med fortsat rygning. En metaanalyse af 12 kohortestudier har yderligere vist, at der blandt patienter med akut myokardieinfarkt var en signifikant lavere mortalitetsrate blandt de patienter, der var ophørt med tobaksrygning (OR 0,54 (CI 0,46-0,62)). I gruppen, der fortsatte med tobaksrygning, var den estimerede mortalitetsrate 20%.

Effekten af rygeafvænnning i form af struktureret støtte og rådgivning påbegyndt under indlæggelse med ambulant opfølgning er grundigt undersøgt og fører til signifikant højere ophørsrater. Selv om nogle af de højeste spontane rygeophørsrater er fundet blandt patienter med myokardieinfarkt, findes der også blandt disse en høj tilbagefaldsrate kort efter indlæggelsen. Såvel individuel rådgivning som gruppeundervisning er effektivt udført af læger, sygeplejersker eller andet personale med kendskab til rygestopvejledning (rygestopinstruktører).

En Cochrane-analyse af randomiserede, kontrollerede undersøgelser har vist, at nikotinsubstitution med tyggegummi, plaster, næsespray, inhalator eller sublingual-tablet er effektiv for storrygere i kombination med rådgivning (OR 1.71 (CI 1.60-1.82)). Nikotinsubstitutionsbehandling medfører ingen øget risiko hos hjertepatienter, der ønsker hjælp til rygeophør.

Effekten af behandling med antidepressiva som støtte til rygeophør er undersøgt i 12 randomiserede undersøgelser,

og en Cochrane-analyse af disse undersøgelser finder, at sandsynligheden for rygeophør mere end fordobles ved behandling med bupropion (Zyban) i kombination med rådgivning hos rygere uden kendt depression.

Kostomlægning

A: Alle patienter med iskæmisk hjertesygdom skal tilbydes vejledning i hjerterigtig kost hos en klinisk diætist. Kostændring i form af mere frugt og grønt, mere fisk og mindre fedt fra mejeriprodukter og kød medfører en reduktion i total og kardiovaskulær mortalitet (*1a og 1b*).

Ernæringsrådet har gennemgået en række undersøgelser vedrørende kostbehandling af patienter med iskæmisk hjertesygdom, og rådet fandt det dokumenteret, at en kostændring i form af mere frugt og grønt, mere fisk og mindre fedt fra mejeriprodukter og kød kan nedsætte risikoen for reinfarkt, hjertedød og den totale mortalitet. Den gavnlige effekt kan imidlertid ikke alene forklares ud fra effekten på de traditionelle risikofaktorer som serum kolesterol, blodtryk og kropsvægt.

Evidensgrundlaget bygger primært på tre store, randomiserede interventionsstudier, hvor effekten af generel kostomlægning blev undersøgt hos patienter med iskæmisk hjertesygdom.

I DART-undersøgelsen indgik mere end 2.000 patienter, der blev fordelt ved lodtrækning til at modtage eller ikke modtage råd om 1) reduktion af indtag af fedt og en øgning i forholdet mellem flerumættet og mættet fedt, 2) en øgning i indtagelsen af fede fisk eller fiskeolie og 3) en øgning i indtaget af kostfibre. Patienterne blev fulgt i to år, og en signifikant lavere mortalitet blev fundet alene hos de mænd, der havde modtaget råd om 2-3 portioner fed fisk om ugen eller tilsvarende tilskud af n-3 fedtsyrer.

I Lyon-studiet, der omfattede ca. 600 patienter med AMI, instruerede man patienterne i interventionsgruppen i en modificeret middelhavskost rig på brød, rodfrugter, grøntsager, frugt og fisk i kombination med et tilskud af linolinsyre givet i en speciel margarine. Kontrolgruppen modtog ikke kostråd. Efter to år fandtes en signifikant lavere dødelighed i interventionsgruppen.

Den tredje randomiserede undersøgelse er gennemført i en indisk patientpopulation, hvor man efter kostråd med fokus på opløselige kostfibre og antioxidanter i form af frugt, grøntsager, bælgrugter, nødder og fisk fandt en

reduktion i reinfarkter og død. Studiepopulationen er imidlertid meget forskellig fra danske hjertepatienter.

Usikkerheden om virkningsmekanismen ved kostintervention skaber et praktisk klinisk problem, der gør det svært at vurdere, om den enkelte patient overholder kostrådene på en sådan måde, at chancerne for overlevelse forbedres. En nyere undersøgelse har øget fokus på indholdet af n-3 fedtsyrer i kosten, fordi man kunne påvise 10-15% reduktion i total mortalitet og pludselig hjertedød hos patienter med AMI, der fik et dagligt kosttilskud med 1 g flerumættede fedtsyrer i en 3 års periode.

I den seneste metaanalyse indgår 27 undersøgelser med i alt 40 interventionsarme. Den viser fortsat ikke signifikant effekt ved ændring af kostens fedtindtag på total mortalitet, men på reinfarkter og kardial død (OR 0.84 (CI 0.72-0.99)). Blandt de undersøgelser, der havde en varighed over to år, fandt man imidlertid også en signifikant reduktion i kardiovaskulære hændelser og en tendens til reduktion i total mortalitet.

Fysisk træning

A: Alle patienter med iskæmisk hjertesygdom skal have vurderet deres fysiske funktionsniveau og tilbydes et 8-12 ugers ambulant træningsprogram med henblik på at opnå enten et øget funktionsniveau eller at fastholde et tidligere højt funktionsniveau. En metaanalyse af træningsbaserede rehabiliteringsprogrammer har vist reduktion i total og kardiovaskulær mortalitet sammenlignet med manglende genoptræning (*1a*).

Et stort kohortestudie har tidligere vist, at hjertepatienter har nedsat fysisk funktionsniveau sammenlignet med patienter, der ikke er hjertesygge. Dette gælder både mænd, kvinder, yngre og ældre. Det nedsatte funktionsniveau kan dels tilskrives nedsat fysisk arbejdskapacitet på grund af hjertesygdom, dels angsten for at bevæge sig efter et akut hjertetilfælde og dermed lavere træningsaktivitet.

Der er særdeles god evidens for effekten af fysisk træning af patienter med iskæmisk hjertesygdom. I den omtalte Cochrane-analyse af træningsbaseret hjerterehabilitering kunne man påvise en signifikant reduktion i såvel total mortalitet som kardial mortalitet på henholdsvis 27% (OR 0.73 (CI 0.54-0.98)) og 31% (OR 0.69 (CI 0.51-0.94)).

Der er størst erfaring med aerob træning i mindst 12 uger i et hospitalsmiljø, og effekten kan formodentlig tilskrives flere faktorer. Randomiserede undersøgelser har kunnet

viser, at patienter, der har deltaget i et træningsprogram efter AMI, har øget deres fysiske ydeevne. Samtidig fandtes i denne patientgruppe en større tendens til at genoptage erhverv og en øget livskvalitet. Den fysiske træning medfører også en forbedring af glukose- og lipidmetabolismen.

Sikkerheden ved fysisk træning af hjertepatienter er grundigt undersøgt, og risikoen for komplikationer er minimal. Ud fra opgørelser foretaget helt tilbage fra 1978 er det beregnet, at synkoper, arytmier eller pludselig død forekommer med en frekvens på 2-3/100.000 træningstimer i forbindelse med superviserede rehabiliteringsprogrammer. Dødsfald i forbindelse med træning forekommer med en frekvens på 1/784.000 træningstimer. Ved ikke-kontrolleret selvtræning, særligt blandt utrænede, stiger risikoen for død til 1/60.000 træningstimer.

Psykosocial omsorg

B: Psykosociale risikofaktorer er forbundet med øget mortalitet og nedsat livskvalitet og bør evalueres og inddrages i rehabiliteringen efter akut myokardieinfarkt med henblik på at diagnosticere og behandle angst og depression og mobilisere den bedst mulige sociale støtte (IIa). Effekten af psykosocial intervention med henblik på at reducere kardiovaskulær mortalitet er ikke entydigt dokumenteret.

Undersøgelser har vist, at psykosociale faktorer har afgørende betydning for hjertepatientens prognose både på kortere og længere sigt. Der eksisterer således et tværfagligt forskningsområde mellem kardiologi og psykologi, hvorfra der er opstået en erkendelse af, at det ikke er tilstrækkeligt at stole på objektive kliniske observationer, men at psykosociale faktorer samt patientens egen opfattelse af helbredsstatus og livskvalitet spiller en afgørende rolle for prognosen.

Af de psykosociale faktorer, der ser ud til at have nævneværdig betydning for prognosen uafhængigt af sygdommens sværhedsgrad, kan nævnes depression, vital udbrændthed, manglende social støtte samt personlighedsfaktorer. Disse psykosociale risikofaktorer har alle vist sig at være forbundet med en øget mortalitet efter AMI hos både mænd og kvinder, uafhængigt af andre risikofaktorer. Der er ikke tradition for at undersøge for disse psykosociale faktorer på danske hjerteafdelinger, men undersøgelser herhjemme har vist, at depression og post-traumatisk stress-syndrom optræder hos mellem 20-30% af danske patienter efter AMI.

En metaanalyse fra 1996 fandt, at psykosocial intervention forbedrede overlevelsen efter AMI, men to efterfølgende store randomiserede, kontrollerede undersøgelser viste ingen overbevisende effekt. Området er imidlertid vanskeligt, og den anvendte form for intervention meget forskellig. Alt i alt giver de foreliggende data ikke et entydigt billede af effekten af psykosocial intervention efter AMI med henblik på muligheden for at nedsætte den kardiovaskulære mortalitet.

På nuværende tidspunkt bør man i fremtidige hjerterehabiliteringsprogrammer søge at foretage psykologiske evalueringer og inddrage psykosociale faktorer med henblik på at diagnosticere og behandle angst og depression, mobilisere den bedst mulige sociale støtte og lade oplysninger om socioøkonomisk status og psykosociale risikofaktorer indgå i risikovurderingen af den enkelte patient.

Evidens for medicinsk efterbehandling

A: Acetylsalicylsyre anbefales som langtidsbehandling til patienter med iskæmisk hjertesygdom (Ia).

A: Beta-receptorblokerende midler anbefales som langtidsbehandling til patienter med iskæmisk hjertesygdom (Ia).

A: ACE-hæmmer-behandling anbefales som langtidsbehandling efter akut myokardieinfarkt med nedsat venstre ventrikelfunktion (Ia). Behandlingen bør også overvejes til patienter uden hjertesvigt (Ib).

A: Lipidregulerende behandling anbefales som langtidsbehandling til patienter med iskæmisk hjertesygdom (Ia og Ib).

Den medicinske behandling af patienter med akut koronart syndrom og akut myokardieinfarkt omfatter den akutte symptombegrænsende, den antiiskæmiske og den antitrombotiske behandling. De fleste patienter vil i det akutte forløb få foretaget invasiv undersøgelse og behandling, og disse forløb indebærer i sig selv forskellig supplerende medicinsk behandling. Tilrettelæggelsen af og ansvaret for denne behandling ligger hos de enkelte hjerteafdelinger i Danmark i overensstemmelse med gældende retningslinjer.

Udover den symptomatiske behandling omfatter den medicinske efterbehandling også behandlingen af anden

tilgrundliggende sygdom samt den egentlige forebyggende medicinske efterbehandling, der retter sig mod forbedring i livskvalitet samt forebyggelse af nye indlæggelser og død.

Evidensgrundlaget for den medicinske efterbehandling er meget solidt på baggrund af mange velgennemførte kontrollerede langtidsundersøgelser med behandling med acetylsalicylsyre, beta-receptorblokerende midler og Angiotensin I konverteringsenzym-hæmmere (ACE-hæmmere) til patienter efter AMI. Herudover er der evidens for forebyggende behandling af tilgrundliggende dyslipidæmi, hypertension og diabetes mellitus.

Acetylsalicylsyre (ASA)

Der foreligger næsten 200 randomiserede, kontrollerede undersøgelser med mere end 140.000 patienter, hvoraf hovedparten havde haft AMI. I en metaanalyse af disse undersøgelser fandt man en signifikant reduktion af den samlede risiko for en ny kardiovaskulær hændelse med 25% (OR 0.75 (CI 0.72-0.78)) hos patienter efter AMI behandlet med ASA. Total mortalitet og kardiovaskulær mortalitet var reduceret med 15%. I analysen fandt man, at den optimale dosis var 75-100 mg/døgn, og der er i dag international konsensus om, at denne dosis bør gives som langtidsbehandling (livslang) til alle patienter med iskæmisk hjertesygdom.

Beta-receptorblokerende midler

Allerede i 1965 kunne man vise, at anvendelsen af beta-receptorblokerende midler til patienter med AMI kunne nedsætte dødeligheden. Der blev efterfølgende gennemført mange kontrollerede undersøgelser, der bekræftede dette fund. Mange af undersøgelseerne er således fra tiden før trombolyse og invasiv behandling blev indført. Evidensgrundlaget for langtidsbehandling med beta-receptorblokerende midler er imidlertid ganske overbevisende. I en metaanalyse af 31 langtidsstudier med beta-receptorblokerende midler i 1-4 år fandt man signifikant reduktion af reinfarkter, pludselig død og total mortalitet (OR 0.70 (CI 0.70-0.84)). I lighed med acetylsalicylsyrebehandlingen er der således international konsensus om, at livslang behandling med beta-receptorblokerende midler bør tilbydes alle patienter med iskæmisk hjertesygdom, der kan tolerere behandlingen.

ACE-hæmmere

Store randomiserede kliniske undersøgelser har vist, at behandling med ACE-hæmmere forbedrer overlevelsen for patienter med AMI med efterfølgende tegn på hjertesvigt eller nedsat venstre ventrikelfunktion (Ejection Fraction < 40%).

I en metaanalyse af 15 store undersøgelser med sammenlagt mere end 15.000 patienter fandt man, at behandlingen nedsatte den totale mortalitet med 17% (OR 0.83 (CI 0.71-0.97)) på grund af reduceret risiko for kardiovaskulær død (OR 0.82 (CI 0.69-0.97)).

Nyere data fra en stor velgennemført randomiseret undersøgelse tyder på, at også patienter med iskæmisk hjertesygdom og normal venstre ventrikelfunktion kan have gavn af ACE-hæmmer-behandling.

Undersøgelseerne viste en signifikant effekt på et sammensat endepunkt bestående af kardiovaskulær død, apopleksi eller nyt AMI. Indførelsen af denne udvidede indikation for anvendelsen af ACE-hæmmer til patienter efter AMI er ikke generelt accepteret i alle internationale guidelines. Derimod er der fuldstændig enighed om, at alle patienter med AMI og nedsat venstre ventrikelfunktion bør sættes i forebyggende behandling med ACE-hæmmer.

Behandling af dyslipidæmi

Iskæmisk hjertesygdom er forbundet med dyslipidæmi, det vil sige kvantitative og kvalitative ændringer i blodets indhold af lipider. Den almindeligste form er hyperlipidæmi med forhøjede koncentrationer af kolesterol og/eller triglycerid i plasma.

Der foreligger i dag en række randomiserede, kontrollerede undersøgelser, der viser, at lipidregulerende behandling med HMG CoA reduktase-hæmmer (statiner) til patienter, der har haft et AMI, kan nedsætte risikoen for reinfarkter og kardiovaskulær død.

I en systematisk oversigt over de tre første store interventionsundersøgelser fandt man således, at statinbehandling nedsatte den totale mortalitet (OR 0.70 (CI 0.70-0.85)), kardiovaskulær død (OR 0.73 (CI 0.66-0.82)) og kardial død (OR 0.71 (CI 0.63-0.80)).

En efterfølgende stor undersøgelse omfattede mere end 20.000 patienter, hvoraf 8.500 havde haft AMI. Denne undersøgelse kunne også påvise en reduktion i risikoen for en ny kardiovaskulær katastrofe med ca. 25%. Denne effekt kunne ses hos såvel mænd og kvinder som yngre og ældre (op til 80 år). Der var endvidere effekt, selv om patienterne inden behandling havde normalt indhold af kolesterol i blodet (serum kolesterol mindre end 5 mmol/l). En enkelt undersøgelse har belyst effekten hos patienter med kombineret dyslipidæmi i form af forhøjet triglycerid og lavt HDL kolesterol. Behandling med gemfibrozil hos disse patienter med AMI viste effekt i form af en reduktion af

risikoen for nonfatalt reinfarkt eller kardial død med 20% (OR 0.80 (CI 0.68-0.94)).

Der er på denne baggrund international enighed om, at alle patienter med AMI bør have målt blodets indhold af lipider med henblik på efterfølgende kostinstruktion og lipidregulerende behandling. På mange hjertemedicinske afdelinger iværksættes den lipidregulerende behandling med statin allerede under den akutte indlæggelse med henblik på opfølgning i hjerterehabiliteringen.

Behandling af hypertension og diabetes mellitus

Skønsmæssigt har to tredjedele af patienterne, der har haft AMI, også behandlingskrævende hypertension, og en tredjedel har type 2 diabetes. Disse patienter har ofte ganske svær tilgrundliggende iskæmisk hjertesygdom og en betydelig risiko for at udvikle en forværring af sygdommen. De ovenfor beskrevne forebyggende interventioner har om muligt endnu større effekt på disse patienter, i særdeleshed diabetespatienterne. En optimering af behandlingen af patientens hypertension og/eller diabetes er imidlertid også meget vigtig for prognosen og skal tilpasses det øvrige rehabiliteringsprogram. Eksempelvis vil mange af de non-farmakologiske tiltag også medføre ændringer i den metaboliske kontrol og nødvendiggøre tættere overvågning og medicinjusteringer.

Behandling af hypertension som sekundær forebyggelse hos patienter med iskæmisk hjertesygdom er meget dår-

ligt belyst. Prospektive epidemiologiske undersøgelser har imidlertid vist, at blodtrykket fortsætter med at være en risikofaktor for kardiovaskulær sygdom hos patienter, som allerede har haft et myokardieinfarkt. Det ultimative mål for den antihypertensive behandling er derfor reduktion af den med blodtryksforhøjelsen forbundne risiko for kardiovaskulær og cerebrovaskulær død.

Det er i store interventionsundersøgelser vist, at en sådan risikoreduktion kan opnås ved medicinsk forebyggende behandling. På denne baggrund anbefales et blodtryksniveau hos patienter efter AMI på under 140/90 mmHg (og under 130/85 mmHg ved samtidig diabetes mellitus).

Behandling af diabetes mellitus bør ske i samarbejde med diabetolog med henblik på at optimere den metaboliske regulation. Forekomsten af kliniske komplikationer, herunder risikoen for akut myokardieinfarkt, er signifikant associeret til graden af hyperglykæmi. Der foreligger imidlertid meget få undersøgelser af betydningen af glykæmisk kontrol efter AMI.

I et enkelt stort, randomiseret studie med 620 diabetespatienter med AMI medførte akut insulin-glukoseinfusion efterfulgt af subkutan insulinbehandling i mere end tre måneder, sammenlignet med konventionel peroral medicinsk behandling og/eller diætbehandling, en 29% mortalitetsreduktion efter et år og 11% mortalitetsreduktion efter tre år.

Tabel 3.3

Evidensgrundlaget for hjerterehabiliteringens elementer

Intervention	Evidens	Styrke
Integreret hjerterehabiliteringsforløb	Ia, Ib	A
Patientundervisning	Ia, Ib	A
Rygeophør	IIa	B
Rygeophør med støtte (+ nikotinsubstitution)	Ia	A
Kostomlægning	Ia, Ib	A
Fysisk træning	Ia	A
Psykosocial omsorg	IIb	B
Medicinsk efterbehandling (hjertemagnyl, betablokker, ACE-hæmmer, statiner)	Ia	A

Litteratur

Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Eng J Med* 2001;345:892-902.

Burr ML, Fehily AM, Gilbert JF et al. Effects of changes in fat, fish, and fibre intakes on death and myocardial infarction: diet and reinfarction trial (DART). *Lancet* 1989;2:757-761.

Campbell NC, Thain J, Deans HG et al. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: randomised trial effect on health. *BMJ* 1998;316:1434-1437.

Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy. I: Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. Antiplatelet Trialists' Collaboration. *BMJ* 1994;308:81-106.

de Lorgeril, Salen P, Martin JL et al. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation* 1999;99:779-785.

Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S et al. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999;18:506-519.

Flather MD, Yusuf S, Kober L et al. Long-term ACE-inhibitor therapy in patients with heart failure or left-ventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients. ACE-Inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group. *Lancet* 2000;355:1575-1581.

Frasure-Schmidt N, Lesperance F, Prince RH et al. Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet* 1997;350:473-479.

Freemantle N, Cleland J, Young P et al. Beta blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. *BMJ* 1999;318:1730-1737.

Hemmingway H, Marmot M. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: a systematic review of prospective cohort studies. *BMJ* 1999;318:1460-7.

Hildebrandt P, Gøtzsche C. Akut koronart syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Klaringsrapport nr. 3. Lægeforeningens Forlag 2001.

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(4): CD000031.

Jolliffe JA, Rees K, Tayler RS et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Update Software 2001.

Lancaster T, Stead L, Silagy C et al. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000;321:355-358.

Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 1996;156:745-752.

Linden W. Psychological treatments in cardiac rehabilitation: a review of rationales and outcomes. *J Psychosom Res* 2000;48:443-454.

Matzen P. Evidensbaseret medicin. I: Lorentzen I, Bendixen G, Hansen NE (red.): Medicinsk Kompendium. København 1999:15.

McAlister FA, Lawson FME, Teo KK et al. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *BMJ* 2001;323:957-962.

MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002;360:7-22.

Mullen PD, Mains DA, Velez R. A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. *Patient Educ Couns*. 1992;19:143-62.

Oldridge NB, Guyatt GH, Fischer ME et al. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: combined experience of randomised clinical trials. *JAMA* 1988;260:945-50.

O'Connor GT, Burning JE, Yusuf S et al. An overview of randomised trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 1989;80:234-44.

Referenceprogram for behandling af patienter med akut koronart syndrom uden ledsagende ST-segmentelevation i ekg'et. Sekretariat for Referenceprogrammer, SFR. Lægeforeningens Forlag 2002.

Rehabilitering af hjertepatienter – retningslinier. Hjerteforeningen 1997.

Soriano JB, Hoes AW, Meems L et al. Increased survival with beta-blockers: importance of ancillary properties. *Prog Cardiovasc Dis* 1997;39:445-456.

Wilson K, Gibson N, Willan A et al. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. Arch Intern Med 2000;160:939-944.

Yusuf S, Sleight P, Pogue J et al. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. N Eng J Med 2000;342:145-153.

Implementering af hjerterehabiliteringens elementer

Behandling af patienter med akut myokardieinfarkt eller akut koronart syndrom har forandret sig på mange måder igennem de sidste tyve år. Indlæggelsesforløbene har tilsvarende ændret sig fra indlæggelser af 1-2 ugers varighed med gradvis mobilisering til i dag, hvor en patient med akut myokardieinfarkt med ukompliceret forløb ofte udskrives efter mindre end fem dage, hvorunder der i mange tilfælde har været foretaget invasiv undersøgelse med PCI-behandling, eller der er planlagt et opfølgende invasivt undersøgelsesprogram. Denne udvikling har medført et tilsvarende behov for at udvikle hjerterehabiliteringen og den medicinske behandling. Elementerne i den enkelte patients rehabiliteringsprogram er i det væsentlige uændret, men med de meget korte indlæggelsesforløb er det meget begrænset, hvad man kan nå at informere om og undervise patienterne i inden udskrivelsen til hjemmet. Det er også meget begrænset, hvor megen information patienten kan overkomme at modtage i denne periode. Ligeså kræver meget af den forebyggende medicinske behandling, der iværksættes under indlæggelsen, at der foretages klinisk kontrol med supplerende laboratorieanalyser og justering af doseringen af lægemidlerne. Den bedste løsning er derfor **et individuelt integreret** hjerterehabiliteringsprogram.

I de øvrige kapitler er hele evidensgrundlaget for elementerne i hjerterehabiliteringen omhyggeligt gennemgået (kapitel 3). Der er gjort rede for organisatoriske og sundhedsøkonomiske overvejelser (kapitel 5) og det teoretiske grundlag for forebyggelse og sundhedsfremme i hjerterehabiliteringen (kapitel 6), efterfulgt af overvejelser om organisatoriske forhold ved indførelsen af nye indsatsområder (kapitel 7). I det følgende gennemgås de enkelte elementer af hjerterehabiliteringen med henblik på kliniske retningslinjer, der er tænkt som et praktisk værktøj til de forskellige behandlere, der arbejder med hjerterehabilitering på danske sygehuse.

Hvad omfatter et hjerterehabiliteringsprogram?

Et fuldt udbygget hjerterehabiliteringsprogram på et dansk sygehus i dag kræver en omlægning fra traditionel ambulant lægelig opfølgning af patienter med iskæmisk hjertesygdom til et integreret helhedsorienteret efterbehandlingstilbud, der udover lægelig opfølgning omfatter en tværfaglig indsats bestående af patientundervisning, støtte til livsstilsændringer, fysisk træning og psykosocial omsorg.

Kardiologen er ansvarlig for hjerterehabiliteringsprogrammet og bør indtage en aktiv rolle i koordinationen mellem faggrupperne. Det tværfaglige holds medlemmer bør have speciel viden om hjerterehabilitering, og der bør etableres et samarbejde med primærsektoren.

I tilrettelæggelsen af et hjerterehabiliteringsprogram bør man, som gennemført i disse retningslinjer, overveje, hvordan de enkelte elementer i hjerterehabiliteringen skal prioriteres i de enkelte faser I-III.

Fase I vil oftest være præget af det akutte forløb, men hjerterehabiliteringen begynder allerede fra første indlæggelsesdøgn. I det omfang patienten kan overskue det, påbegyndes almen information med henblik på sygdomsforståelse og forebyggelse. Det er vigtigt, at man allerede under indlæggelsen motiverer patienten til et planlagt rehabiliteringsprogram og dets sammenhæng med den øvrige efterbehandling. En del patienter vil i dagens Danmark blive overflyttet i fase I til invasive centre og udskrevet derfra. Det er derfor vigtigt, at den enkelte hjerteafdeling får etableret en procedure, så aftale om opfølgende hjerterehabilitering på hjemsygehuset allerede er truffet før overflytning eller iværksættes i forbindelse med udskrivelsen fra det invasive center.

Fase II er det egentlige rehabiliterings- og efterbehandlingsforløb, der bør iværksættes umiddelbart (højest 1-2 uger) efter udskrivelsen. Tilrettelæggelsen afhænger selvfølgelig meget af de enkelte hjerteafdelingers struktur og størrelse. Rammerne kan variere fra mindre ambulatorier til store daghospitalet, men mindstekravene til forløbet bør være:

- at der ved første besøg i rehabiliteringen tilrettelægges et individuelt integreret forløb
- at ægtefæller opfordres til at deltage sammen med patienten
- at forløbet indeholder obligatoriske, individuelle samtaler med læge, sygeplejerske og diætist
- at forløbet indeholder mulighed for patientundervisning, hjælp til rygeafvænning og kostomlægning, fysisk træning og psykosocial omsorg samt kontrol og optimering af den medicinske symptomatiske og forebyggende behandling.

Fase III omfatter den videre kontrol, dels med henblik på at fastholde eventuelle livsstilsændringer, og dels med henblik på kontrol af den kliniske status og medicinske behandling. Hjerterpatienter, der har afsluttet et rehabiliteringsforløb, er stadig i høj risiko for at udvikle forværring af deres sygdom, og regelmæssig kontrol er fortsat nødvendig. Denne efterkontrol bør tilrettelægges i et samarbejde med patientens praktiserende læge, men det enkelte hjerterehabiliteringsafsnit bør også være opmærksom på, hvad der findes af lokale forebyggelsestiltag i nærsamfundet.

Patientinformation og undervisning

Formålet med patientinformation og undervisning er at sikre patienten viden om:

- det normale kredsløb og det syge hjertes funktion som forudsætning for at forstå egen sygdom
- risikofaktorer for hjertekarsygdom og nødvendigheden af eventuelle livsstilsændringer for at opnå et hjertemæssigt sundere liv
- hensigtsmæssig adfærd ved hjertesymptomer og forståelse af den medicinske behandling.

Erfaringsmæssigt ved flertallet af patienter ikke meget om kroppens og de enkelte organers funktion. En større forståelse kan opnås gennem konkret og letforståelig undervisning i hjertesygdommens natur og risikofaktorenes betydning. Viden og uddannelse er selvfølgelig ikke nok i sig selv, men det styrker patientens muligheder for at tage stilling til problemerne og øger derigennem motivationen for at ændre adfærd. I kapitel 6 findes en beskrivelse af flere af de læringsteorier, man bruger i dag, når man arbejder med sundhedsadfærd. Til klinisk brug har man udviklet en "model for ændringsprocessen" (fig. 4.1). De fleste mennesker gennemgår den såkaldte "motivationscirkel" flere gange, før det lykkes dem at ændre adfærd, men modellen kan anvendes i hjerterehabiliteringens undervisning til at vælge den rette indsats på et givet tidspunkt.

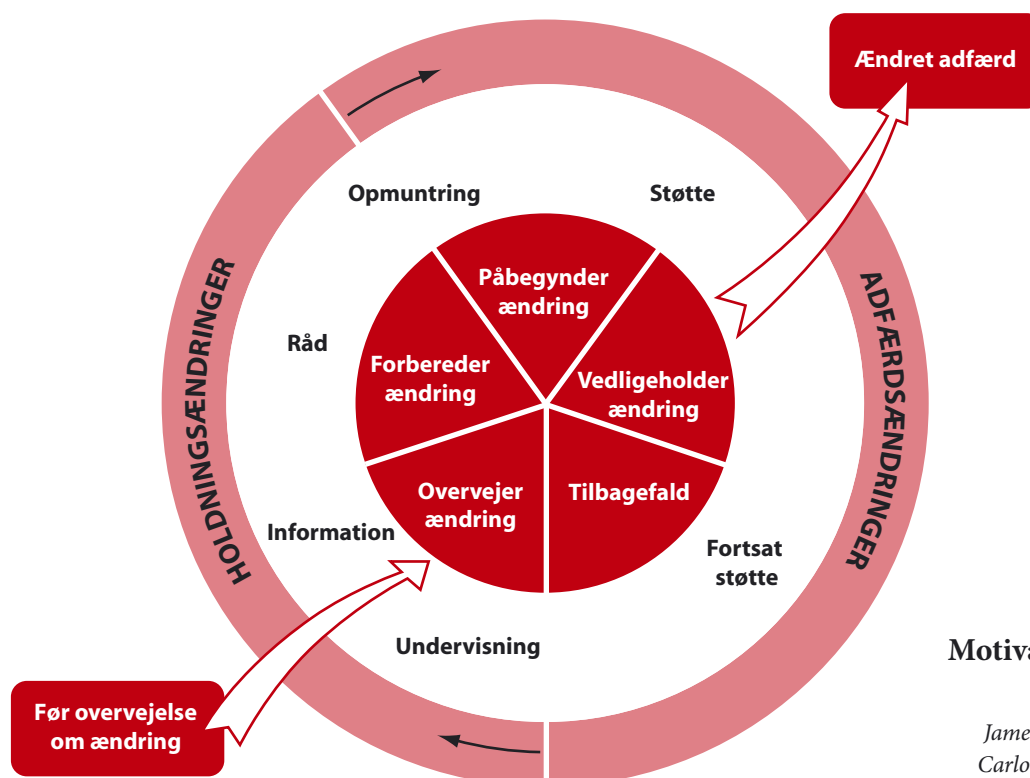


Fig 4.1
Motivationscirklen

James O. Prochaska
Carlo C. DiClemente

Patientundervisningen bør indeholde følgende emner:

- 1) Det normale kredsløb
- 2) Det syge kredsløb
- 3) Information om hjerteundersøgelser
- 4) Information om risikofaktorer til hjertesygdom, og hvordan man selv kan ændre dem
- 5) Information om medicinens virkning og bivirkninger (bl.a. administration af nitroglycerin m.m.)
- 6) Information om hensigtsmæssig adfærd ved hjertesymptomer (smerter, åndenød, hjertebanken m.m.)
- 7) Gennemgang af eventuelle problemer ved at leve med en hjertesygdom (angst for død, angst for livet (se afsnit om psykosocial omsorg)).

Information til patienten afpasses efter situationen og den enkeltes modtagelighed på det givne tidspunkt i de enkelte faser af hjerterehabiliteringen:

Fase I: Denne fase er kortvarig, og på de få dage sker der meget nyt for patienten. Der er kun behov for konkret og enkel information. Informationen på dette tidspunkt bør være standardiseret, da den ofte skal gentages flere gange, og det er vigtigt, at patienten oplever, at der er en sammenhæng i informationen. Nogle patienter vil få størst udbytte af mundtlig information, andre af skriftlig. Let forståelige og forenklede illustrationer kan danne udgangspunkt for en samtale med patienten.

Under indlæggelsen oplyses med udgangspunkt i patientens egen sygehistorie og risikofaktorer om sygdommens baggrund og forløb samt om de videre planer. Det er vigtigt med information om, hvad man skal gøre ved nye symptomer. Ofte kan patienten kun modtage få og enkle forklaringer, der med fordel kan gentages og uddybes sammen med pårørende. Patienten bør informeres om, at en del af formålet med den efterfølgende rehabilitering netop er at give ham/hende større indblik i disse problemstillinger.

Fase II: Efter udskrivelsen er patienten nået længere i sit sygdomsforløb og kan bedre bearbejde oplevelserne fra indlæggelsen og er som regel mere modtagelig for information. Sammen med pårørende bør der være mulighed for at få svar på de spørgsmål, der uvægerligt dukker op efter udskrivelsen. I denne fase bør hjerterehabiliteringsprogrammet indeholde et formaliseret undervisnings tilbud. Dette undervisningsforløb med patienten kan foregå både individuelt, i grupper eller begge dele.

Individuel samtale med læge og sygeplejerske bør tilbydes alle patienter i hjerterehabiliteringen. Den individuelle samtale kan bruges til at udveksle viden, erfaringer og holdninger og er en nødvendighed for at kunne tilrettelægge et individuelt og integreret efterbehandlingsforløb. En individuel samtale bør være en dialog mellem to ligeværdige parter, men alene behandlingssituationen gør dette vanskeligt. Personalet kan imidlertid udtrykke personlig interesse og understøtte med råd og vejledning, og hvis parterne mødes med respekt for hinandens forskellighed, baggrund og erfaring, kan samtalen medføre, at patienten tror på egne muligheder for at ændre livsstil.

Gruppeundervisning anvendes allerede på mere end halvdelen af de afdelinger, der deltog i Netværkets kortlægningsundersøgelse. Det er tidligere vist, at gruppeaktiviteter er en god måde at arbejde med adfærdsændringer på, som beskrevet i kapitel 6. Det er vigtigt, at gruppesamværet har et klart defineret mål og program. Det er en arbejdsform, hvor det sociale samspil er centralt. Patienter og pårørende møder andre i samme situation og forstår på denne baggrund ofte egne og andres problemer i en større sammenhæng. Denne proces sker imidlertid ikke automatisk. Det er den professionelles ansvar at udnytte gruppens samlede ressourcer, således at den enkelte gruppedeltager får størst mulig støtte og indsigt. Nogle gange skal man bruge sin faglige viden, andre gange er ens vigtigste opgave at fungere som katalysator eller lynafleder. Hvis man benytter gruppeundervisning, har den mest hensigtsmæssige gruppestørrelse vist sig at være 6-12 personer. Det er imidlertid ikke alle, der ønsker at indgå i en gruppe, ligesom personalet kan vurdere, at enkelte patienter ikke vil have gavn af at indgå i gruppeaktiviteter, eksempelvis på grund af hørenedsættelse, fremmedsprog, demens m.m.

Undervisningsmateriale

Den enkelte afdeling er nødt til at udvikle sit eget undervisningsmateriale afhængigt af, hvilken undervisningsform der vælges, men der er god hjælp at hente på følgende internetadresser:

www.forebyggendesygehuse.dk

Overlæge Anette Sjø fra Frederiksberg Hospital har udarbejdet et omfattende undervisningsmateriale i samarbejde med Hjertereforeningen. Materialet omfatter 150 plancher, der primært henvender sig til sygeplejersker, der arbejder med patientundervisning.

www.hjertereforeningen.dk

Hjertereforeningens hjemmeside giver adgang til et meget omfattende informationsmateriale om såvel det raske som det syge kredsløb samt forskellige hjerteundersø-

gelser. Materialet kan hentes ned i plancheform og er meget illustrativt.

Fase III: Omfatter perioden efter afslutningen af det intensive hjerterehabiliteringsprogram, der sjældent varer mere end 8-12 uger. Hvor længe og hvor patienten herefter skal følges, foreligger der ikke retningslinjer for. Følges patienten fortsat i ambulatoriet, bør der ved hver kontrol være mulighed for at følge op på forebyggelsesindsatsen ved individuel samtale. Mange patienter vil overgå til kontrol hos egen læge, der ikke alene bør informeres om den planlagte medicinske efterbehandling, men også om opnåede livsstilsændringer, der skal vedligeholdes og støttes af den praktiserende læge. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har udgivet en klinisk vejledning om forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis med retningslinjer for, hvordan man gennemfører forebyggelseskonsultationer med henblik på forebyggelse hos personer med manifest iskæmisk hjertesygdom, for eksempel efter en blodprop i hjertet.

Hjælp til rygeophør

Formålet med hjælp til rygeophør er at få hjertepatienten til at holde op med at ryge og derefter at fastholde rygestoppet. Struktureret støtte og rådgivning påbegyndt under indlæggelse med ambulant opfølgning er grundigt undersøgt og fører til signifikant højere ophørsrater sammenlignet med ingen intervention. Evidensgrundlaget for indførelse af systematisk hjælp til rygeophør er gennemgået i kapitel 3.

En netværksgruppe i Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark har i samarbejde med Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse udgivet bogen ”Rygeophør på sygehus – fakta, metoder og anbefalinger”. Bogen er tænkt som et værktøj til sundhedspersonalet på danske sygehuse til hjælp i arbejdet med at systematisere indsatsen over for rygere blandt patienter, pårørende og personale. Bogen giver det teoretiske og metodiske grundlag samt anbefalinger for samtaler om rygevaner og rådgivning om rygeophør. I det følgende redegøres derfor alene for specielle forhold for hjertepatienter og deres risiko ved fortsat tobaksrygning.

Organisation i afdelingen

Det er vigtigt, at man på alle hjerteafdelinger har udarbejdet en rygepolitik, som omhandler både patienter og ansatte. Patienterne bør ikke se personalet ryge, og der bør være rygeforbud i arbejdstiden.

Personalet skal være indstillet på og uddannet i at give

sundhedsfaglig rygestoprådgivning. I afdelingen skal der være rygestopinstruktører til undervisning af patienter og personale. Hjerteafdelingens rygestopinstruktører skal have mulighed for at give individuel rådgivning og eventuelt organisere rygestopkurser samt at følge rygestoppet op med tilbud om samtaler og ved behov tilbyde gentagne rygestopkurser eller individuelle rygestopforløb.

Fase I: Patienter indlagt med akut koronart syndrom er ofte meget motiverede for rygestop. Det er derfor vigtigt, at man, så snart det akutte forløb er overstået:

- spørger til patientens rygevaner (mange afdelinger har indført et rygeregistreringsskema i journalen)
- orienterer patienten om risiko ved fortsat rygning, helbredsfordele ved rygeophør, om nikotinabstinenser og mulighed for at behandle disse med nikotinerstatning
- henviser patienten til individuel samtale med rygestopinstruktør eller rygestopkursus
- tilbyder nikotinsubstitution under indlæggelsen og som opfølgning i hjerterehabiliteringen.

Vejledning af patienten om risiko ved rygning og helbredsfordele ved rygeophør bør indgå som del af afdelingens information og undervisning, som gennemgås i afsnittet ovenfor.

Nikotinsubstitution

Nikotin virker både perifert i karrene og centralt på hjernereceptorer, og der er toleranceudvikling over for nikotinpræparater. Nikotinprodukterne omfatter tyggegummi, plaster, resoribletter, sugetablet, inhalator og næsespray. Administrationsmåden er ikke afgørende for effekten, men nikotinplastre er lettest at anvende korrekt.

Ved at anvende ”Fagerstrøms Test” kan man få et indtryk af patientens nikotinafhængighed, og hvilken nikotinerstatning der bør anbefales.

To placebo-kontrollerede undersøgelser har vist, at nikotinplastre var effektive og tolereredes godt hos patienter med hjertesygdom. Øvrige nikotinprodukter er ikke undersøgt hos denne patientpopulation. Der tilrådes forsigtighed med nikotinsubstitution hos patienter med svært nedsat hjerte-kredsløbsfunktion, men sammenlignet med fortsat rygning synes risikoen ubetydelig.

Anvendelsen af det antidepressive lægemiddel bupropion til rygere uden depression har vist, at chancerne for rygeophør er mere end fordoblet ved denne behandling, men

på grund af bivirkningsprofilen anbefales denne behandling ikke som første valg.

Fase II: De fleste patienter vil være i stand til at holde op med at ryge allerede under indlæggelsen. De har netop oplevet en livstruende sygdom, og tilværelsen på afdelingen er meget anderledes end hjemme. Patienterne føler sig i trygge hænder med overvågning og kyndigt personale hele døgnet.

Det svære er at fastholde beslutningen om rygestop, efter man er udskrevet. Hjemme vil der være mange vaner, der skal brydes og laves om, når dagen ikke længere er delt op i 15-20 rygepauser. Disse pauser forbindes ofte med hygge og afslapning. Derved mister mange i første omgang livskvalitet ved at skulle lægge røgen på hylden. Oveni kommer så en naturlig angst og bekymring for fremtiden efter den til tider uventede sygdom. Mange rygere har anvendt cigaretten som angstdæmpende middel, så også på dette punkt skal patienten finde nye måder at bearbejde angsten og problemerne. Det kræver støtte fra de pårørende og fortsat støtte i forbindelse med hjerterehabiliteringen.

Det er individuelt, hvor meget hjælp patienten har brug for til sit rygeophør og fastholdelsen af rygestoppet. I hjerterehabiliteringsforløbet skal der være mulighed for at følge patienterne individuelt.

Rygestopkurser eller individuelle rygestopforløb er gode tilbud til patienter, som får problemer med at fastholde deres rygeophør efter udskrivelsen. Som led i hjerterehabiliteringen bør der ved de ambulante besøg være mulighed for at henvise patienterne til rygestopkurser.

Rygestopkurser bør arrangeres af uddannede rygestopinstruktører og forløbe over fem mødegange af 60-90 minutters varighed afhængig af deltagerantal. Kurserne bygger på temaer omhandlende patientens rygehistorie, motivation for rygestop, information om afhængighed og forebyggelse af tilbagefald. Støtte og motivation fra andre deltagere i gruppen kan være af stor betydning, og i forbindelse med møderne foretages kuliltemåling.

Individuelle rygestopforløb består også af fem mødegange. Det første møde er af ca. 30-40 minutters varighed og de efterfølgende af ca. 15-20 minutters varighed. Indholdet er overordnet det samme som på rygestopkurser og kan desuden efter det første møde tilpasses den enkelte patients behov ved de efterfølgende samtaler. Hvis patienten er indforstået med det, kan disse samtaler også foregå pr. telefon. ”Motivationscirklen”, som er beskrevet ovenfor (fig. 4.1 på

side 28), er oprindeligt udviklet på baggrund af erfaringer med rygeophør og har derfor fundet udbredt anvendelse i forbindelse med rygestopkurser herhjemme.

Fase III: Selv langt henne i rehabiliteringsforløbet er der behov for støtte til rygestop. Det er ikke ualmindeligt, at patienterne begynder at ryge efter flere måneders rygestop. Det er derfor vigtigt, at man ved alle ambulante besøg eller genindlæggelser spørger, hvordan det går med rygestoppet, og at man opmuntrer patienten til at fortsætte. Ved tilbagefald bør der være mulighed for et nyt rygestopforløb.

Mange patienter vil som nævnt være overgået til kontrol hos egen læge, der ligeledes bør støtte patientens rygeophør ved de efterfølgende kontroller. Endelig kan patienten med fordel gøres opmærksom på de muligheder, der findes uden for sygehusvæsenet i for eksempel patientforeninger og på apoteket. Enkelte sygehuse har egentlige rygestopambulatorier, som den praktiserende læge kan henhenvise patienten til ved tilbagefald.

Både patienter og sundhedspersonale kan i hele forløbet indhente supplerende information og inspiration på følgende hjemmesider:

www.cancer.dk
www.drstop.dk
www.hjerteforeningen.dk
www.lunge.dk

Kostomlægning

Formålet med vejledning til kostomlægning er at styrke patientens vidensniveau og patientens egen tro på, at det kan lykkes, for derigennem både at støtte patientens ændring af kostadfærd og vedligeholdelse af disse ændringer på længere sigt. Patienten bør under vejledningsforløbet opnå viden om kostens sammensætning og sammenhænge mellem kost, fedme og hjertesygdom.

Evidensgrundlaget for kostbehandling til patienter med iskæmisk hjertesygdom er gennemgået i kapitel 3. På baggrund af denne evidens har Ernæringsrådet fundet det dokumenteret, at en kostændring i form af mere frugt og grønt, mere fisk og mindre fedt fra mejeriprodukter og kød kan nedsætte risikoen for reinfarkt og død. Den gavnlige effekt kan imidlertid ikke alene forklares ud fra effekten på de traditionelle risikofaktorer som serum kolesterol, blodtryk og kropsvægt. *Alle patienter i hjerterehabilitering bør derfor tilbydes vejledning i hjerteligt kost hos en klinisk diætist.*

Fase I: Kostrådgivningen af patienten kan godt begynde allerede på det akutte hjerteafsnit, men bør altid fortsætte hos en klinisk diætist. I den akutte fase bør man formodentlig prioritere flere af de andre informationsområder højere (eksempelvis støtte til rygeophør), men patienterne har selvfølgelig mange spørgsmål – og får utroligt mange – nogle gange modsatrettede – oplysninger fra personale, pårørende og medpatienter. Afdelingens kliniske diætist(er) bør derfor løbende undervise og informere plejepersonalet om indholdet af deres patientundervisning.

Danskernes kost er karakteriseret ved et højt indhold af fedt, især mættet fedt, og et lavt indhold af kostfiber. Det mest effektive kostråd til hjertepatienten er derfor at nedsætte mængden af mættet fedt i kosten. Dette kan i praksis gøres på flere måder.

Patienten kan:

- spise mere ris, pasta, kartofler, grøntsager, frugt og fisk
- nedsætte forbruget af fedtstof på brød og i madlavningen
- vælge fedtstoffer med et lavt indhold af mættede fedtsyrer og et højt indhold af umættede fedtsyrer, dvs. olie, oliemargarine eller plantemargarine
- vælge mælk og mælkeprodukter med højst 1,5 g fedt pr. 100 g og ost med højst 18 g fedt/100g (30+)
- vælge kød og pålæg med højst 12 g fedt pr. 100 g.

Det allervigtigste råd til hjertepatienter er, at de kan spise en mangfoldighed af madvarer – bare ikke det hele på én gang og ikke i lige store mængder.

Fase II: Intensiv diætetisk behandling af patienter med iskæmisk hjertesygdom foregår hos den kliniske diætist, der bør være et fast medlem af hjerterehabiliteringens tværfaglige team. I forbindelse med den diætetiske vejledning kan det være nødvendigt at tage udgangspunkt i en af flere kosttyper:

Fedtmodificeret kost, som vil være den generelle kosttype til hjertepatienten med moderat hyperkolesterolemie. Fedtindtagelsen begrænses til 30% (evt. til 20%) af energiindtagelsen, ligeligt fordelt mellem mættede, polyumættede og monoumættede fedtsyrer. Indtaget af mættet fedt begrænses og i stedet indtages kulhydrat. Desuden øges fiberindtagelsen til ca. 30 g pr. døgn uden særlig begrænsning i sukkerindtagelsen.

Andre kosttyper kan være afmagringsdiæt til behandling af adipøse hjertepatienter og *fedtfattig diæt* til behandling af svær hypertriglyceridæmi.

Kostvejledning omfatter typisk en længere introduktions-samtale med patient og helst også evt. ægtefælle. Målet med den første samtale er at opnå, at patienten får et grundlæggende kendskab til principperne for kosten samt bliver i stand til at omsætte denne viden til praksis.

Der bør være mulighed for efterfølgende samtaler med henblik på at evaluere patientens anvendelse af kostprincipperne i daglig/praktisk madlavning. Enkelte afdelinger i Danmark kan tilbyde superviserede madlavningshold.

Fase III: Formålet med den intensive kostundervisning i fase II er at sætte patienten i stand til at vedligeholde disse ændringer i kostadfærd. Patienter, der fortsætter den ambulante kontrol på hospitalet, bør tilbydes en ny kontakt med diætisten. Retningslinjerne på kostområdet har varieret noget over tid, og med jævne mellemrum får forskellige og modstridende teorier en betydelig presseomtale, der forvirrer patienten og medfører et behov for hjælp til at tolke ny information. Eksempelvis møder vi i dag patienter, der ikke har rørt stegt lever eller æg i årevis, fordi de i sin tid fik at vide, at disse (i øvrigt fortrinlige levnedsmidler) var forbudte.

Den praktiserende læge er forpligtet til at være opmærksom på gældende kostrekommendationer. I flere amter kan den praktiserende læge i dag henvise til kliniske diætister, hvis der er behov for det.

Kostrådene til patienten med iskæmisk hjertesygdom og/eller dyslipidæmi kan resumeres således:

- Nedsæt mængden af fedt og transfedt i kosten
- Øg mængden af kulhydrater, især kostfibre, i kosten
- Spis mindst 600 g frugt og grønt om dagen
- Spis mindst 300 g fisk – gerne fed fisk – om ugen.

Fysisk træning

Formålet med at tilbyde patienter med iskæmisk hjertesygdom fysisk træning er at forbedre prognosen, at opnå et bedre funktionsniveau hos patienterne og at give mulighed for at afprøve fysisk formåen. Patienterne skal opleve velvære ved fysisk aktivitet og herigennem inspireres/motiveres til motion på længere sigt. Træningen sker først under vejledning, siden på egen hånd, med henblik på at opnå så god en fysisk form, at man kan forvente en forbedring af prognosen.

Erfaringerne med fysisk træning til patienter efter AMI er formodentlig det delelement af hjerterehabiliteringen, der er bedst dokumenteret som gennemgået i kapitel 3. Yderligere har Dansk Selskab for Fysisk Aktivitet og Sundhed sammen med Sundhedsstyrelsen i 2003 udgivet rapporten "Fysisk Træning som Behandling" med et afsnit om det evidensbaserede grundlag for den fysiske træning af patienter med iskæmisk hjertesygdom.

Fase I: Patienten bør mobiliseres hurtigst muligt efter den akutte indlæggelse på afdelingen. Allerede på det tidspunkt kan man forsøge at få vurderet patientens tidligere motionsniveau. Ved udskrivelse etableres faste aftaler om det forestående fysiske rehabiliteringsprogram.

Fase II: Fysisk træning kan påbegyndes relativt hurtigt efter akut myokardieinfarkt, optimalt inden for en uges tid efter udskrivelsen (1-2 uger efter blodproppen). Patienter, der er bypassopererede, bør vente 4-6 uger efter operationen for at sikre, at brystkassen er stabil. Generelt vil man anbefale en arbejdstest forud for træningsprogrammet med henblik på en vurdering af den maksimale hjerterefrekvens og arbejdskapacitet. Samtidig kan man få afklaret, om patienten har myokardieiskæmi, såvel symptomatisk som elektrokardiografisk. Arbejdstesten kan enten udføres umiddelbart før udskrivelsen eller som led i det første besøg i hjerterehabiliteringen. Arbejdstesten har også en psykologisk effekt for patienten, der får lov til at belaste sig maksimalt under betryggende forhold, ligesom undersøgelsen også opleves meget betryggende for en evt. ægtefælle, der med fordel kan være til stede under arbejdstesten.

Kontraindikationer mod fysisk træning omfatter:

- akut koronart syndrom indtil tilstanden har været stabil i mindst fem dage
- hviledyspnø
- pericarditis, myocarditis eller endocarditis
- symptomgivende aortastenose
- svær hypertension (BT < 200/110 mmHg)
- febrilia
- svær, ikke kardial sygdom.

Holdtræning

Fysisk træning foregår hyppigst som holdtræning af praktiske grunde, men også fordi samspillet i gruppen kan have en positiv indflydelse på forløbet. Holdstørrelsen bør afhænge af pædagogiske intentioner og lokaleforhold.

Træningen bør tilrettelægges således, at alle kan udføre det samme program, men med mulighed for at belastningsniveauet bliver individuelt.

Der bør trænes 2-3 gange om ugen i mindst tre måneder for at opnå den ønskede effekt. Samtidig bliver motivationen også bedre forankret. Forskellige typer af hjertepatienter og hjerteopererede kan alle træne sammen uden problemer, hvis de tilhører NYHA-gruppe I og II. Tilhører patienten NYHA-gruppe III eller IV, er der andre principper end beskrevet nedenfor.

Træningsniveau

Det primære formål med træningen er at øge iltoptagelsen, hvorfor hovedvægten lægges på konditionstræning. Udgangsværdi og træningsmål - almindeligvis udtrykt i enten METs eller $\text{mlO}_2 / \text{kg} / \text{min}$. - skal defineres og aftales med patienten.

For at opnå et generelt forbedret fysisk funktionsniveau er det væsentligt, at flere forskellige træningsformer inddrages:

- Udholdenhed og styrke
- Balance og reaktionsevne
- Smidighed
- Evt. afspænding.

Der skal konditionstrænes med en intensitet, der svarer til en hjerterefrekvens på 60-70% af maksimal puls. Der skal arbejdes med de store muskelgrupper, og træningstiden er ca. 20-40 min. pr. gang. Som objektiv rettesnor kan man med fordel udføre pulstælling under arbejdet, f.eks. på en ergometercykel, da man her kender den præcise belastning. Som subjektiv rettesnor kan man anvende "Borgs belastningsskala", hvor indplaceringen skal ligge omkring "13". Patienten skal føle, at arbejdet er "lidt anstrengende", og han eller hun bør ikke være mere forpustet, end at det er muligt at tale nogenlunde normalt ("snakkegrænsen"). Man bør observere og tale med patienten om arbejdsintensiteten af hensyn til effekten af træningen og patientens oplevelse af træningssituationen.

Træningsrisiko

Tilfælde af akut forværring af hjertesygdom i forbindelse med træning er sjældne. Selv hos patienter med hjertesvigt, ældre patienter og hjertetransplanterede er raten ikke øget væsentligt. De første tre måneder efter udskrivelsen bør træningen for de allerflestes vedkommende foregå superviseret som en del af den samlede rehabilitering. For

at sikre optimal træningseffekt og minimere risikoen for komplikationer skal træningen varetages af fysioterapeuter, evt. i samarbejde med hjertesyggeplejersker og med kardiologiske læger som ansvarlige.

Holdet skal ikke være større, end at fysioterapeuten/sygeplejersken har god mulighed for observation af den enkelte patient under træningen.

Med henblik på at afbryde eller udskyde en træningssession skal fysioterapeuten være uddannet og fortrolig med kardiale symptomer og skal kunne vurdere, om patienten bør tilses af en læge.

Alt personale, der har med træningen at gøre, skal kunne give effektiv hjertestopbehandling, og der skal være en telefon i træningslokalet, så man kan tilkalde et hjertestophold. Ved et hjertestop skal fysioterapeuten kunne udføre basal hjertemassage, ventilation samt defibrillering med en automatisk defibrillator, som bør være umiddelbart tilgængelig.

Opbygning af et træningsprogram

1. Opvarmning og grundtræning i ca. 15-20 minutter.

Af hensyn til deltagernes evt. inaktivitets- og aldersforandringer er det vigtigt med en blid start. I opvarmningen og grundtræningen skal hele kroppen arbejdes igennem, og træningen skal indeholde flere forskellige elementer:

- Igangsætning, f.eks. forskellige gangvariationer
- Mobiliserende øvelser, f.eks. armsving, sidebøjning, mobiliseringsøvelser for columna
- Stabilitetstræning, f.eks. vægtoverføring, balanceøvelser, lettere koordineringsøvelser
- Muskeludholdenhedstræning med hovedvægt på mave-, ryg-, hofte- og benmuskler
- Lettere kredsløbstræning, f.eks. gang, løb og hop.

2. Konditionstræning i ca. 20-30 minutter.

Det er en fordel, at en del af konditionstræningen foregår som cykeltræning, da man her får et præcist udtryk for belastningsniveau (watt) i forhold til hjerterefrekvens. Dette sammenholdes med den subjektive belastningsgrad (Borg-skalaen).

Ved en arbejdstest inden træningsstart bruges denne som udgangspunkt for, hvor meget belastning der skal være på cyklen. Er der undtagelsesvis ingen arbejdstest, vurderer fysioterapeuten, hvor startni-

veauet skal ligge. Der skal hellere startes for lavt end for højt. Der måles puls efter ca. fire minutter, hvor "steady-state" niveauet hos de fleste hjertepatienter er nået.

Med udgangspunkt i registreret arbejdspuls og indplacering på "Borg-skalaen" øger fysioterapeuten cykelmodstanden svarende til det, patienten kan klare. Det er en god ide at notere watt, puls og "Borg-skala" i hver træningstime, bl.a. af hensyn til effektmåling og til brug for patienten til at vurdere fremgang.

Ud over ergometercykel kan der konditionstrænes på mange måder: Boldspil, stepbænke, sjippetove, tæppefliser, gang, løb og hop, trappegang og trappe-løb og ikke mindst dans.

3. Udspænding i ca. 10-15 minutter.

Primært udspændes de muskelgrupper, som er blevet belastet under kredsløbstræningen: lægmuskler, hasemuskler, lårets forside og hoftemuskler.

Der suppleres med udspænding og holdningskorrektion for nakke- og skulderregionen, da mange hjertepatienter har fået en ændret muskelbalance pga. smerter (operations- og angina-smerter).

4. Evt. afspænding i ca. 10-15 minutter.

Hvis tiden tillader det, vil alle hjertepatienter have gavn af at få gennemgået afspændingsteknik. Angst giver spænding i kroppen, og mange har svært ved at finde ro, slappe af og falde i søvn. Afspændingen må ikke erstatte den øvrige træning, men bør være et supplement.

5. Spørgsmål og samtale i ca. 10-15 minutter.

Af hensyn til træningseffekten er det uhensigtsmæssigt at skulle besvare spørgsmål under træningen. Derfor er det vigtigt, at der efter træningen er afsat tid til opsamling og samtale.

Fase III: Det er vigtigt at opfordre patienter til fortsat aktivitet i dagligdagen, også efter at det formaliserede træningsprogram er ophørt. I aftenskoler og foreninger findes der mange motionsformer i samvær med andre, som hjertepatienter med fordel kan deltage i. Det er vigtigt, at patienterne finder aktiviteter, som er sjove og udfordrende og ikke virker som en sur pligt. Er det sidste tilfældet, vil patienten opgive relativt hurtigt. Enkelte patienter har tidligere haft et meget højt funktionsniveau og skal støttes i at vende tilbage til det gamle miljø.

Som et mål efter træningsprogrammet bør anbefales minimum 30 minutters fysisk aktivitet dagligt. Der er sundhedsmæssig effekt af fysisk aktivitet, også når den stykkes sammen af f.eks. flere ”10-minutters aktiviteter” på samme dag. I forbindelse med træning skal patienten *lære* at være opmærksom på følgende:

- Træn kun når du føler dig veltilpas
- Undlad motion lige efter indtagelse af et måltid
- Træn ikke i meget varmt vejr, sæt tempoet ned
- Klæd dig godt på i kulde
- Kend dit eget tempo, det gør du kun ved regelmæssig træning
- Brug rigtig påklædning, løstsiddende tøj
- Benyt de samme principper som på hjertehold, husk opvarmning og udspænding
- Hold træningsfrie dage, hvis du får smerter, hævelse eller stivhed i led og muskler
- Lyt til din krop, stop hvis du får smerter, svær åndesnød eller svimmelhed. Vent til det fortager sig og start langsomt op igen. Tal med lægen, hvis generne kommer igen.

Psykosocial omsorg

Formålet med den psykosociale omsorg er at give patienten mulighed for at gennemleve den traumatiske krise og genvinde psykisk og social trivsel.

Som omtalt i kapitel 3 har undersøgelser vist, at psykosociale faktorer har afgørende betydning for hjertepatientens prognose både på kort og lang sigt. De foreliggende data giver imidlertid ikke noget entydigt billede af effekten af psykosocial intervention, men fra danske undersøgelser ved vi, at en stor del af patienterne med iskæmisk hjertesygdom er psykisk sårbare mennesker, og at forekomsten af depression i efterforløbet af et akut myokardieinfarkt

kan være 20-30%. Det er derfor nødvendigt at foretage psykologiske evalueringer og inddrage psykosociale faktorer med henblik på at diagnosticere og behandle depression samt mobilisere den bedst mulige sociale støtte.

Midlet til at opnå disse resultater i hjerterehabiteringen er samtalen og personalets evne til at opfange og fortolke patientens adfærd, tanker og følelser sammen med evnen til at reagere på information (se kapitel 6).

Psykosocial rehabilitering omfatter traditionelt også det fællesområde med information og undervisning, der omfatter seksuallivet, sygemelding, erhverv, pension, kørekort og rejseliv.

Fase I: I denne fase, hvor patienten er i akut krise, kan personalet behandle, pleje og yde konkret hjælp. Det er ikke tiden til de lange detaljerede udredninger. Patienter i krise fokuserer først og fremmest på de spørgsmål, der presser sig på for dem selv, og det er vigtigt at lytte til patienten. Korte informationer og budskaber om, hvad der er vigtigt at gøre i tiden efter indlæggelsen, passer bedst. Eksempelvis fungerer ”det er vigtigt, at du holder op med at ryge!” godt her. Skal der ydes uddybende rådgivning, bør der i denne fase tages udgangspunkt i det, patienten oplever som væsentligt og belastende lige nu. Det er til gengæld relevant at forberede patienten på, at der ofte følger et kriseforløb efter en blodprop i hjertet, men at forløbet kan være meget forskelligt og rammer hele familien. På mange afdelinger har man taget udgangspunkt i Cullbergs beskrivelse af krisens faser, som anført i tabel 4.1.

Endelig er det vigtigt at forberede patienten på, hvad der kommer til at ske i den videre rehabilitering.

Fase II: Når patienten har været hjemme og skal påbegynde det ambulante hjerterehabiteringsforløb, har han eller hun bedre betingelser for at tale sygdomsforløbet igennem samt reflektere over, hvordan livet skal gå videre med de ændringer, det indebærer at være blevet hjertepatient.

Tabel 4.1

Fase	Varighed	Psyken domineres af
Chokfasen	Fra timer til dage	Vrede, frustration, angst
Reaktionsfasen	Et par måneder	Uklare tanker, hjælpeløshed
Bearbejdningsfasen	Et par måneder	Accept, livsstilsændring
Nyorienteringsfasen	Resten af livet	En ny start, ens værdier ændres

På de fleste danske hjerteafdelinger varetages den psykosociale omsorg af sygeplejersker i forbindelse med den øvrige information og undervisning som led i individuelle samtaler og/eller gruppeundervisning. Der vil sjældent være direkte adgang til psykolog eller personale med grundigt kendskab til gruppepsykologi eller samtaletræning. Afdelingen bør derfor etablere et fast samarbejde med den praktiserende læge, psykolog og psykiater med henblik på at kunne henvise patienter, der har behov for behandling af en ekspert på området.

Som tidligere omtalt er den sociale støtte af afgørende betydning, og det er vigtigt at opmuntre patienten til at inddrage nærmeste pårørende i rehabiliteringsforløbet. Den pårørende har også brug for at bearbejde forløbet for at kunne yde støtte.

Der foreligger flere validerede spørgeskemaer til patienter med iskæmisk hjertesygdom med henblik på selv vurderet helbred og diagnostik af angst, udbrændthed og depression. Disse skemaer kan med stor fordel bruges i hjerterehabiliteringen, dels som udgangspunkt for det videre hjerterehabiliteringsforløb og dels med henblik på at etablere kontakt til de ovennævnte behandlere.

Fase III: På dette tidspunkt er patientens hverdag reetableret, og flertallet føler sig godt tilpas. Efter de intensive måneder er der større risiko for at falde tilbage til tidligere livsstil. Det overordnede mål er at fastholde patienten i den ændrede sundhedsadfærd, som patienten har tilkæmpet sig gennem fase I og II med ændringer af medicin, livsstil, samvær og arbejde. Tilbagefald kan gøre patienten skamfuld over ikke at leve op til sine planer, og det kan være svært for den praktiserende læge at få etableret den opfølgende kontrol, fordi patienten ikke vil konfronteres med problemerne.

Igennem de tre faser gennemløber patienten en naturlig udviklingsproces. Meget tyder på, at den psykosociale rehabilitering skal være individuel og standardiseret og gerne strække sig over længere tid end de første tre måneder. Opfølgningen i tredje fase bliver da meget væsentlig for udbyttet af de to første fasers indsats.

Anden social rehabilitering

Retningslinjer for udstedelse af kørekort

Patienten informeres om, at man kan genoptage bilkørsel (eller erhverve kørekort) efter en blodprop i hjertet, forudsat at man er velbefindende uden angina pectoris, daglig åndenød i hvile eller alvorlige hjerterytmeforstyrrelser. Afdelingen bør følge de retningslinjer, der er publiceret af Dansk Cardiologisk Selskab og som omfatter retningslin-

jerne for en række hjertelidelser og de særlige regler vedrørende erhvervskørsel (rapporten findes på www.cardio.dk).

Sygemelding og genoptagelse af erhverv

Generelt forventes en sygemelding på 4-6 uger, men det afhænger selvfølgelig meget af forløbet, omfanget af invasive procedurer og arbejdets natur. Der bør være mulighed for at tilbyde patienten samtale med socialrådgiver med fast tilknytning til hjerterehabiliteringen. Mange patienter kan med fordel genoptage deres arbejde på deltid i en overgangsperiode, mens andre uden problemer kan genoptage deres erhverv i fuldt omfang efter raskmeldingen. Det er vigtigt allerede i den tidligste rehabiliteringsfase at fastlægge, hvad patientens egne mål er, om disse mål er realistiske, og hvorledes man støtter planlagte mål bedst muligt.

Rejser i ind- og udland

Generelt gælder at man trygt kan rejse, hvis man føler sig godt tilpas uden angina pectoris, kraftig åndenød i hvile eller alvorlige hjerterytmeforstyrrelser. Man er dækket af dansk sygeforsikring ved rejser i Europa, når tilstanden har været stabil i to måneder, dvs. uden ændringer af symptomer eller medicinering. Ved oversøiske rejser gælder en tidsgrænse på seks måneder. Ved udenlandsrejse tidligere i forløbet foretages et individuelt skøn, og patienten kan evt. tegne en tillægsforsikring.

Symptomatisk og forebyggende medicinsk efterbehandling

Formålet med den medicinske efterbehandling er at gøre patienten symptomfri og forebygge forværring af den tilgrundliggende aterosklerotiske hjertesygdom, herunder at forebygge nye blodpropper i hjertet og hjernen samt pludselig hjertedød.

Patienter, der indlægges med akut koronart syndrom, vil få tilrettelagt et behandlingsforløb, der afhænger af symptomvarighed, alder, typen af iskæmi og anden tilgrundliggende sygdom. Retningslinjer for behandling af det akutte koronare syndrom er beskrevet af en arbejdsgruppe under Dansk Cardiologisk Selskab. Denne behandling medfører i dag en betydelig medicinsk behandling i det akutte forløb, ofte i kombination med en invasiv procedure, og de medicinske kardiologiske afdelinger har retningslinjer herfor. Den akutte medicinske behandling vil derfor ikke blive omtalt yderligere her, hvor fokus vil være på den medicinske efterbehandling.

Evidensgrundlaget for den medicinske efterbehandling er gennemgået i kapitel 3 og omfatter langtidsbehandling med magnyl, beta-receptorblokerende midler, ACE-hæmmere og statiner.

Fase I: Den medicinske efterbehandling tilrettelægges allerede i den akutte fase og er en integreret del af hjerterehabiliteringsprogrammet. Patienten skal informeres om:

- at hjerterehabilitering ikke blot er et fysisk genoptræningsprogram, men i lige så høj grad et program der skal sikre, at patienten får den bedst mulige medicinske efterbehandling.

Under indlæggelse iværksættes diverse behandlinger:

- **Acetylsalicylsyrebehandling** (ASA 75-150 mg/dagligt) bør fortsættes livslangt hos alle patienter, medmindre der er kontraindikationer af anden grund. Clopidogrel kan anvendes til patienter, der ikke tåler acetylsalicylsyre. De fleste patienter vil i forvejen være i supplerende antitrombotisk behandling med clopidogrel efter akut koronart syndrom i op til et år efter deres AMI. Man bør i forbindelse med hjerterehabiliteringen være opmærksom på, hvad der er aftalt for den enkelte patient, så denne behandling gennemføres.
- **Beta-receptorblokerende behandling** bør indledes så hurtigt som muligt under den akutte indlæggelse. Behandlingen bør gives livslangt, og man bør forsøge at optitrere til doseringer svarende til de store interventionsundersøgelser. Ved kontraindikation mod betablokker kan i stedet anvendes verapamil hos patienter uden hjertheinsufficiens.
- **ACE-hæmmer-behandling** bør også indledes hurtigst muligt hos patienter med nedsat systolisk funktion af venstre ventrikel (LVEF < 40%) og/eller klinisk hjertheinsufficiens. Også her gælder det, at behandlingen bør gives livslangt, og at man i løbet af efterbehandlingen bør stile mod at optitrere til doseringer, der svarer til interventionsundersøgelserne. Nyere undersøgelser tyder på, at patienter med iskæmisk hjertesygdom og normal venstre ventrikelfunktion, også har forebyggende effekt af ACE-hæmmer-behandling. En række afdelinger har derfor valgt at iværksætte ACE-hæmmer-behandling til alle patienter efter akut koronart syndrom. Dette anbefales ikke generelt på nuværende tidspunkt af Dansk Cardiologisk Selskab.
- **Statinbehandling** er ikke nødvendig under den akutte indlæggelse, men mange afdelinger vælger alligevel at iværksætte behandlingen under indlæggelsen af praktiske grunde. Behandlingen forudsætter en

ordentlig biokemisk udredning med henblik på typen af en eventuel dyslipidæmi, ligesom tilskud til medicinen forudsætter, at patienten har modtaget kostvejledning. Sættes patienten i statinbehandling allerede i fase I, skal man sikre sig, at patienten i efterforløbet får foretaget den nødvendige udredning og kostbehandling i overensstemmelse med resultaterne af de store interventionsundersøgelser.

- **Andre forebyggende behandlinger** er under udredning eller anvendes uensartet i Danmark. Ofte vil disse behandlinger medføre et behov for opfølgning og monitorering, og de bør derfor integreres i hjerterehabiliteringen. Der kan være tale om antikoagulationsbehandling i perioder eller livslangt, midlertidig insulinbehandling af patienter med type 2 diabetes, nikotinerstatningspræparater, antidepressiva og andre.

Fase II: Formålet med den tidlige efterbehandling er at optimere den allerede iværksatte behandling og vurdere muligheden for yderligere forebyggende tiltag. Opfølgning af den medicinske efterbehandling indgår som en naturlig del af hjerterehabiliteringsprogrammet. Ved udskrivelsen vil patienten ofte være i behandling med flere lægemidler, afhængigt af sygdomsforløb og andre grundsygdomme. Det er vigtigt, at patienten får forståelse for den dokumenterede forebyggende effekt af hensyn til kompliance.

- **ASA-behandlingen** fortsættes livslangt. **Betablokkerbehandling** og eventuel **ACE-hæmmer-behandling** optimeres. Kontrol af nyrefunktion bør foretages rutinemæssigt i forløbet hos alle patienter, der behandles med ACE-hæmmer. Optitreringen kan i nogle tilfælde ikke lade sig gøre på grund af udvikling af hypotension, bradykardi eller nyrepåvirkning og kræver derfor regelmæssig monitorering på dette tidspunkt.
- **Lipidregulerende behandling** iværksættes eller reguleres efter udredning for dyslipidæmi. Ofte har patienten fået målt serum lipider i forbindelse med indlæggelsen, men disse værdier tages med forbehold på grund af betydelige variationer i serumkoncentrationerne umiddelbart efter et akut myokardieinfarkt. Serum lipider kan imidlertid måles og betragtes som stabile 4-6 uger efter myokardieinfarkt. Alle patienter bør som nævnt have hjælp til kostomlægning hos en klinisk diætist, og den samlede effekt bør kontrolleres ved fornyede målinger af fastende serum lipider. I øjeblikket anbefaler man, at alle patienter med iskæmisk hjertesygdom opnår et serum kolesterol < 4,5 mmol/l og/eller et LDL kolesterol < 2,5 mmol/l.

Nyere forskningsresultater viser imidlertid, at patienter med normale kolesterolværdier også kan forbedre deres prognose ved kostomlægning og statinbehandling, og det forventes, at alle patienter med iskæmisk hjertesygdom fremover vil blive tilrådet supplerende statinbehandling.

Den evidensbaserede forebyggende behandling med statiner bygger på de store interventionsundersøgelser, der omfattede patienter med primær hyperkolesterolæmi (forhøjet total kolesterol, forhøjet LDL kolesterol), men omkring 5-10% af patienter kan have sekundær dyslipidæmi eller anden form for dyslipidæmi (kombineret dyslipidæmi, hypertriglyceridæmi), og der bør derfor måles fastende fraktionerede serum lipider i forbindelse med hjerterehabiliteringen med henblik på korrekt behandling.

Hos patienter med meget høje kolesterolværdier bør man overveje tilgrundliggende familiær hyperkolesterolæmi og mulighederne for genetisk rådgivning af familien.

- **n-3 fedtsyrer** (fiskeolie eller fisk) har vist en forebyggende effekt hos patienter med iskæmisk hjertesygdom, og på den baggrund tilrådes patienter at spise et stykke fed fisk dagligt (laks, sild, makrel). Patienter, der ikke indtager fisk i den daglige kost, bør anbefales et fiskeoliepræparat.

Anden medicinsk behandling

- Den medicinske behandling af andre sygdomstilstande som **hypertensio arterialis** og **diabetes mellitus** bør ligeledes optimeres i forbindelse med hjerterehabiliteringen. Blodtrykket bør generelt ligge under 140/90 mmHg, og 130/85 mmHg hos diabetikere. Målet for den glykæmiske kontrol er et glykeret hæmoglobin HbA1c < 7-8%.

Fase III: Patienten bør følges, til behandlingsmålene for den forebyggende behandling er nået eller den bedst mulige kontrol er opnået. Ved afslutning til fortsat kontrol hos den praktiserende læge bør det ske i et tæt samarbejde, hvor både patienten og lægen modtager information om, hvordan og hvor længe den planlagte efterbehandling og kontrol skal foregå. Det bør også fremgå, hvilke behandlingsmål man har tilrådet patienten, således at egen læge kan foretage den nødvendige medicinske justering ved de fremtidige kontroller.

Kontrol, opfølgning og visitation til primærsektoren

Den praktiserende læge indtager en central placering i hele hjerterehabiliteringsforløbet. Ofte er det den praktiserende læge, der i første omgang har henvist patienten til vurdering eller akut indlæggelse. Umiddelbart efter en akut indlæggelse vil patienten ofte henvende sig til egen læge med problemer af både fysisk og psykosocial karakter, sygemelding, receptspørgsmål m.m. Samarbejdet med den praktiserende læge bør derfor indtænkes i hele hjerterehabiliteringsprocessen.

Der eksisterer ikke i øjeblikket generelle samarbejdsmodeller mellem de kardiologiske afdelinger og primærsektoren vedrørende opfølgning af hjerterehabiliterede patienter, men forsøgsordninger er i gang flere steder. Optimering af den sekundære forebyggelse er livslang og sker bedst i det nævnte samarbejde mellem primær og sekundær sundhedstjeneste, men ansvaret for, at der er lagt en plan for dette, påhviler den kardiologiske afdeling før endelig afslutning af patientforløbet.

Overenskomsten for praktiserende læger har siden 1999 givet patienter mulighed for at få udvidet støtte efter AMI hos den praktiserende læge ved indførelsen af forebyggelseskonsultationer for iskæmisk hjertesygdom. Ved denne ændring af landsoverenskomsten om almen lægegerning blev der indført en ny ydelse: Ydelse 0104, forebyggelseskonsultation vedrørende iskæmisk hjertesygdom, og det blev aftalt, at ydelse 0103 kan benyttes til opfølgende forebyggelseskonsultation vedrørende iskæmisk hjertesygdom.

Der blev hermed indført honorar for at udføre opfølgende forebyggelseskonsultationer vedrørende iskæmisk hjertesygdom, i overensstemmelse med Dansk Selskab for Almen Medicin's (DSAM) kliniske vejledning.

Også i regeringens folkesundhedsprogram anføres det, at de praktiserende lægers forebyggende indsats fortsat skal målrettes og kvalificeres. Det anføres desuden, at det må forudses, at der i de kommende år bliver færre praktiserende læger. Der bør derfor tilvejebringes nye forebyggelsesmuligheder eller tilbud, som den praktiserende læge kan henvise til, som for eksempel sundhedscentre.

I overensstemmelse hermed bør tilbuddet om intensive, integrerede hjerterehabiliterings- og efterbehandlingstilbud etableres og optimeres på hjerteafdelingerne på de danske sygehuse. Efterbehandlingstilbuddet skal udbygges med et formaliseret samarbejde med den primære sundhedssektor med henblik på opfølgning og forebyggelseskonsultationer hos patientens praktiserende læge.

Fase I: Allerede under den korte indlæggelse påbegyndes og tilrettelægges det videre rehabiliteringsforløb. I forbindelse med udskrivelsen skal den praktiserende læge derfor informeres om patientens sygdomsforløb, medicin (inkl. nikotinerstatningspræparater) og det planlagte rehabiliteringsforløb. Mange patienter vil tage kontakt til deres praktiserende læge allerede inden det første planlagte rehabiliteringsbesøg. Information til den praktiserende læge er derfor afgørende.

På nogle danske hospitalsafdelinger medgives patienten en kopi af udskrivningskortet, så patienten ved en eventuel akut lægekontakt kan videregive nøjagtige informationer om diagnoser og behandling. Med udvikling af elektroniske patientjournaler vil muligheden for en hurtig information til den praktiserende læge øges.

Fase II: I denne fase følger patienten det planlagte rehabiliteringsprogram, men også i denne periode vil patienten ofte have kontakt til sin praktiserende læge, hvorfor løbende information er nødvendig. På mange områder kan et konstruktivt samarbejde etableres omkring den enkelte patient, for eksempel kan nogle undersøgelser lettere foregå hos egen læge.

Mere end 20% af patienterne vil udvikle tegn på depression. Behandling heraf samt opfølgning skal også ske i et samarbejde med den praktiserende læge. Generelt bør hjerterehabiliteringen og den medicinske efterbehandling imidlertid ledes af den hjertemedicinske afdelings tværfaglige team, så man sikrer sig, at mindstekravene til et rehabiliteringsforløb er opfyldt i henhold til denne vejledning.

Fase III: Mulighederne for systematisk opfølgning varierer meget i Danmark, men opfølgningsforløbet bør i alle tilfælde ske i et organiseret samarbejde med patientens praktiserende læge. Ved afslutning skal såvel patienten som dennes praktiserende læge være informeret om de langsigtede behandlingsmål og den tilrådede medicinske efterbehandling.

Da en del af den medicinske efterbehandling indebærer justering under monitorering af eksempelvis elektrolytter og serum lipider, kan det være en fordel at tilrettelægge en længevarende opfølgning på den medicinske afdeling, indtil den medicinske behandling er optimeret. Herefter afsluttes patienten til den praktiserende læge med information om opfølgende forebyggelseskonsultationer.

De nonfarmakologiske indsatsområder kræver ligeledes livslang opfølgning, men mange steder har den primære sundhedssektor ikke let adgang til rygestopinstruktion

eller diætetisk rådgivning, så også her bør man, hvor der er behov, overveje en forlænget opfølgning på den medicinske afdeling.

Som nævnt ovenfor har DSAM udarbejdet en vejledning i forebyggelseskonsultation vedrørende iskæmisk hjertesygdom. Ved anvendelse af denne vejledning har den praktiserende læge god mulighed for at efterbehandle patienter, der har gennemført et rehabiliteringsforløb, idet vejledningen følger de nuværende rekommandationer for behandling og behandlingsmål til patienter med iskæmisk hjertesygdom. I forbindelse med dette samarbejde bør der imidlertid tilvejebringes forebyggelsesmuligheder eller tilbud, som den praktiserende læge kan henvise til eller anbefale patienten at søge. Der kan for eksempel være tale om nye forebyggelsesydelser i sundhedsvæsenet eller tilbud fra sygdomsbekæmpende foreninger, oplysningsforbund, idrætsforeninger med videre.

Litteratur

Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-395.

Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation: implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991;12:727-735.

Prochaska JO, Norcross J, DiClemente CC. Changing for good. Avon Books 1994:21-69.

Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Sundhedsministeriet 1999.

Ledelsesmæssige overvejelser

Formelle grundlag for rehabilitering af hjertepatienter

I 1999 udgav den daværende regering ”Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008”, der bl.a. omtaler igangværende forebyggende aktiviteter for hjertepatienter. Denne udvikling ønskede man fra politisk side at videreføre og udbygge ved hjælp af kliniske vejledninger for dels almen praksis og dels for sundhedsvæsenet. Kvalitativt gode rehabiliteringstilbud til hjertepatienter omtales eksplicit som et delmål.

Med den nuværende regerings program ”Sund hele Livet” fra 2002 videreføres fokus på folkesygdomme som hjertelidelser med understregning af den individuelle patientrådgivning, -støtte og -rehabilitering. Disse behandlingstiltag tilskyndes nu etableret i et samarbejde mellem offentlige og private institutioner/organisationer.

Af Indenrigs- og Sundhedsministeriets ”Sundhedspolitisk redegørelse 2002” fremgår det, at regeringen har sat ekstra fokus på fire grupper af sygdomme, hvor forebyggelse har en central plads, herunder hjertekarsygdomme, da det findes dokumenteret, at denne forebyggelse er omkostningseffektiv.

Med Lov om Patienters Retsstilling fra 1999 fastslås det i § 7, at sundhedspersonale har pligt til konkret at informere den givne patient om helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder også rehabiliteringsmuligheder.

Det fremgår tillige af bemærkninger til loven, at information om rehabiliteringsmuligheder skal gives til patienterne, uanset om det aktuelle hospital har mulighed for at tilbyde rehabilitering eller ej. Til patienten skal der således oplyses om alt, hvad der ud fra en generel lægelig vurdering er relevant i den konkrete behandlingssituation.

Med ændringen af Lov om Sygehusvæsen (1.7. 2001) er pligten til at tilbyde en patient en genoptræningsplan blevet indskærpet. Det gælder tillige, at pligten til at effektuere genoptræningsplaner er gældende i det samlede behandlingsforløb, således både i det amtskommunale

regi og i primærkommunen. Er der lægelig indikation for genoptræning, har en patient således krav på en individuel genoptræningsplan. Ved forespørgsel (12.9.2001) til sundhedsministeren er det fastslået, at loven også omfatter hjertepatienter på linje med andre medicinske patienter.

Det er således lovpligtigt, at alle hjertepatienter skal informeres om muligheder for rehabilitering, også selv om dette ikke kan tilbydes lokalt. Det er ligeledes lovpligtigt, at der konkret skal udarbejdes en genoptræningsplan for alle patienter, herunder også patienter med iskæmisk hjertelidelse.

Standarder for forebyggelse og sundhedsfremme på sygehus

Det er et ledelsesansvar, at sygehusets tilbud lever op til patienternes behov og til de krav, der stilles i sygehusloven. Der er på den baggrund ikke tvivl om, at der skal være et hjerterehabiliteringstilbud på alle sygehuse, der behandler hjertepatienter. Denne rapport beskriver den evidens, der ligger til grund for implementering af hjerterehabilitering, og hvad rehabiliteringen skal omfatte.

De nyudviklede standarder for forebyggelse og sundhedsfremme i sygehuse kan anvendes til at understøtte implementeringen. Standarderne er stillet til rådighed for sundhedsmyndighederne af Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark.

Formålet med standarderne er:

- at understøtte sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehusene
- at definere en ramme for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehusene
- at bibringe sygehusene et redskab til løbende at arbejde med kvalitetsudvikling af sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Standard 1 beskriver det ledelsesmæssige ansvar. Det indebærer, at sygehuset skal have en politik for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme og at den skal indgå i sygehusets overordnede kvalitetspolitik. Ledelsen skal sikre, at personalet har de rette kompetencer, og at der er de nødvendige strukturer og faciliteter til gennemførelsen af sygdomsforebyggende aktiviteter. Standard 1 indebærer således, at det er et ledelsesmæssigt ansvar at sikre, at hjerterehabilitering indgår i sygehusets tilbud, og at der skal være eller tilvejebringes de nødvendige kompetencer, strukturer og ressourcer hertil.

Standard 2 fastlægger, at der skal ske en systematisk vurdering af alle patienters behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme med det formål at understøtte behandlingen og fremme patienternes sundhed. Konkret indebærer det, at behovet for hjerterehabilitering skal vurderes for alle patienter med hjertesygdom.

Standard 3 omhandler patientinformation og intervention. Patienten skal informeres om alle væsentlige forhold vedrørende sin sygdom og sundhedstilstand, mulighederne for sygdomsforebyggelse og den effekt, der kan forventes deraf. Patienten skal tilbydes den relevante intervention som en del af patientforløbet. For hjertepatienten indebærer dette oplysning om betydningen af den givne behandling og af de øvrige faktorer, der har indflydelse på sygdomsforløbet, og hvordan dette kan ændres gennem rehabilitering og forebyggelse.

Standard 4 beskriver kravene til sygehuset eller afdelingen som sundhedsfremmende arbejdsplads, krav som naturligvis også gælder for hjerterehabiliteringsafsnittet.

Standard 5 beskriver kravene til at sikre kontinuitet i forløbet gennem samarbejde med andre dele af sundhedsvæsenet og andre samarbejdspartnere. Det indebærer, at man ikke alene skal udarbejde en rehabiliteringsplan for forløbet på hjerteafdelingen, men også skal identificere de relevante samarbejdspartnere i primærsektoren med henblik på at etablere et samarbejde, som sikrer den bedst mulige opfølgning af den enkelte patient.

Standarderne er tænkt som et værktøj til at implementere evidensbaseret sygdomsforebyggelse som hjerterehabilitering beskrevet i denne rapport. Rapporten om standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme findes på www.forebyggendesygehuse.dk.

Sygehusledelsens overvejelser

Det er sygehusledelsens opgave at iagttage helhedsorienteringen i det samlede sygehus. Ved tilrettelæggelse af et hjerterehabiliteringsprogram bør sygehusledelsen sikre, at de elementer, der indgår i en medicinsk teknologivurdering (MTV), bliver inddraget i planlægningen.

En medicinsk teknologivurdering er en alsidig, systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende en medicinsk teknologi. Medicinsk teknologi omfatter procedurer og metoder til undersøgelse, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse.

Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologi Vurdering har netop iværksat en MTV for hjerterehabilitering.

Principperne i MTV kan også anvendes som en systematisk fremgangsmåde ved planlægning af hjerterehabilitering. For det enkelte sygehus er det imidlertid ikke hensigtsmæssigt at foretage en tidskrævende MTV.

De 4 elementer i MTV omfatter teknologi, patient, organisation og økonomi.

Hjerterehabilitering som teknologi

Anvendelsesområdet for hjerterehabilitering skal være velbeskrevet med angivelse af målgruppen af patienter og indikation for anvendelse af hjerterehabilitering. Det bør også beskrives, om der er tværfaglig enighed om indikationerne for anvendelsen af de forskellige delelementer i et hjerterehabiliteringsprogram. Det bør vurderes, hvor mange patienter som på nuværende tidspunkt og i fremtiden kan forventes at få glæde af programmet. Hvad betyder etablering af programmet for andre beslægtede specialer på sygehuset og for andre institutioner, herunder i primærsektoren?

I vurderingen vil man lægge afgørende vægt på, om der er dokumentation for effektiviteten af programmet. Det bør vurderes, om der er evidens for virkning, og om det, der er dokumenteret i forskningsmæssigt regi, også er opnåeligt i daglig praksis. Hvad er den terapeutiske betydning af hjerterehabilitering, og hvilke konsekvenser har det for patienten?

Patienten i hjerterehabilitering

Der bør foreligge en vurdering af risikoen for patienten ved deltagelse i hjerterehabilitering, herunder bivirkninger ved medikamentel behandling og komplikationer ved fysisk træning. Der skal være en passende balance mellem sikkerheden for patienten og de forventede resultater. Som udgangspunkt skal sikkerheden være høj for udskrevne og ambulante patienter, som deltager i hjerterehabilitering. Der bør foreligge en vurdering af hjerterehabiliteringens psykologiske virkninger på patienterne. Heri kan indgå en vurdering af, om informationen til patienterne er realistisk og sætter patienterne i stand til selv at have medindflydelse og følelse af kontrol. Sikrer programmet, at patienternes rettigheder tilgodeses?

Vurdering af patienternes tilfredshed ved at deltage i hjerterehabilitering er et vigtigt element i vurderingen, herunder tilfredshed med information og med personalet. Der er ikke altid overensstemmelse mellem den effekt, som behandleren mener at registrere, og den oplevelse, som patienten selv har af den opnåede virkning.

Genskabelse af de sociale funktioner er et vigtigt mål for hjerterehabilitering. Det bør derfor klart vurderes, i hvilket omfang hjerterehabilitering hjælper patienten til øget selvstændighed og genoptagelse af dagligdags gøremål, herunder genoptagelse af erhvervsarbejde. Hjerterehabilitering forekommer at være etisk forsvarlig både i forhold til den enkelte patient og fra et befolkningsmæssigt synspunkt.

Organisering af hjerterehabilitering

Etablering af hjerterehabilitering påvirker ansvarsområder, arbejdstilrettelæggelse, behov for efteruddannelse og kommunikation, som hører ind under en afdeling. Såvel personalet og strukturen i en eller flere afdelinger på sygehuset som i primærsektoren vil blive påvirket. Det er hensigtsmæssigt at beskrive personalets og patienternes medvirken i udviklingen og indførelsen af hjerterehabilitering. De forskellige faser beskrives, herunder kritiske faser med identifikation af faktorer, som fremmer eller hæmmer den ønskede udvikling. Er der etableret gode samarbejdsprocedurer mellem relevante afdelinger eller sektorer?

En robust struktur skal sikre, at hjerterehabilitering kan udføres og fastholdes, så fastlagte mål realiseres. Samtidig bør strukturen være fleksibel og uafhængig af tilstedeværelse af enkelte personer med særligt engagement.

Etablering af hjerterehabilitering kan have betydende konsekvenser for personalets arbejdsrutiner i form af omlægning eller ændret ansvars- eller arbejdsdeling mellem faggrupperne. Det stiller krav om nye faglige kvalifikationer både for medarbejdere og ledelse og deraf afledt behov for efter- og videreuddannelse.

Man må også tage behørigt hensyn til den personalemæssige kapacitet, der ønskes for at starte hjerterehabilitering. Det gælder normering for de forskellige personalekategorier, herunder professionelle støttepersoner ved behov, muligheder for rekruttering og hensyntagen til fravær som ferie og sygdom. Hvis det drejer sig om det faste personale, må det vurderes, hvor stor del af arbejdstiden der forventes at medgå til at udføre hjerterehabilitering.

Hjerterehabiliteringens økonomi

Formålet med en økonomisk analyse er at tilvejebringe information om det nødvendige ressourceforbrug ved anvendelse af hjerterehabilitering sammenlignet med de gevinster, der kan opnås. Noget helt centralt i økonomiske analyser er valg blandt alternativer, samt at disse valg har økonomiske konsekvenser. Man anvender ofte alternativ omkostningsbegrebet, som siger, at omkostningerne ved at etablere et sundhedsprogram (eksempelvis hjerterehabilitering) udgøres af de gevinster fra andre sundhedsprogrammer, som man går glip af, fordi ressourcerne nu anvendes på det første program. Optimalt bør man således foretage en sammenligning af forskellige alternative teknologier, både med hensyn til deres omkostninger og gevinster.

Som minimum bør der foreligge en driftsøkonomisk analyse af udgifter ved etablering og drift af hjerterehabilitering på den enkelte afdeling og også gerne for hele sygehuset. Udgifterne er typisk omkostninger til personale, udstyr og afledte omkostninger til bygninger. Hvad er investeringsbehovet for at komme i gang med hjerterehabilitering? Hvad koster driften? Er der nogen afledte omkostninger ved etablering og drift, eksempelvis for andre afdelinger?

Der kan tænkes afledte konsekvenser for almen praksis ved ændring i sygehusets ambulante kontrolmønstre for hjertepatienterne. I en kasseøkonomisk analyse kan man afdække, om hjerterehabilitering giver anledning til ændret fordeling af udgiftsbyrden for amtskommunen, primærkommunen, staten eller for patienten selv.

Det bedste er at foretage en samfundsøkonomisk analyse for at belyse, om hjerterehabilitering er omkostningseffektiv ud fra en samlet samfundsøkonomisk betragtning, herunder vurdering i relation til forskellige grader af hjerterehabilitering. Man bør her vælge den mest omkostningseffektive teknologi. I analysen vurderes konsekvensen eller resultatet af etablering af hjerterehabilitering både for patienten og for samfundet.

Omkostninger er defineret som træk på ressourcer. Der kan være tale om direkte omkostninger (personale, apparatur), omkostninger for patient og familie (transport til ambulant hjerterehabilitering, tidsforbrug) og omkostninger i form af produktionstab for samfundet som følge af hjertesygdommen.

I den konkrete økonomiske analyse er det vigtigt at tage stilling til, hvorledes omkostningerne skal beregnes i forbindelse med anvendelse af hjerterehabilitering. Der pålægger faste omkostninger, uanset hvor mange patienter der forventes at deltage i programmet. Variable omkostninger varierer med antallet af inkluderede patienter. De totale omkostninger er summen af de faste og variable omkostninger. Gennemsnitsomkostninger er de totale omkostninger divideret med antal patienter.

Ved etablering af hjerterehabilitering bør den økonomiske analyse fokusere på ændring i aktivitet og dermed det ændrede ressourceforbrug forbundet hermed. Her vil beregning af marginalomkostningerne, defineret som omkostningerne ved at inkludere flere patienter i programmet, ofte være relevant.

Hvad koster hjerterehabilitering?

På Bispebjerg Hospital har man beregnet udgifterne ved etablering af hjerterehabilitering i DANREHAB-studiet. Ud fra direkte omkostninger med et driftsbudget på 1,5 millioner kr. pr. år og rehabilitering af 250 patienter pr. år har man beregnet den gennemsnitlige omkostning til 6.000 kr. pr. patient. Omkostningerne udgøres primært af lønudgifter til læge, sygeplejerske, fysioterapeut, diætist, sekretær og socialrådgiver samt et beløb på 7-10% til løbende driftsudgifter. Man har ikke taget hensyn til omkostninger ved etablering, lokaleudgifter eller udgifter til vedligeholdelse.

Ud fra internationale studier af hjerterehabilitering forudsætter man en betydelig sundhedsmæssig effekt i form af reduktion af risikoen for genindlæggelser, som skønnes til 20% reduktion over en periode på tre år. Sengedagsom-

kostningerne for en gennemsnitspatient er sat til 4.000 kr. Hertil kommer forbedringer i patienternes funktionsniveau og helbredsrelaterede livskvalitet, som man ikke har sat tal på. Vurderingen er, at hjerterehabilitering formentlig vil kunne være omkostningsneutral over en periode på 3-5 år med mulighed for økonomisk gevinst på længere sigt i såvel sygehusvæsenet som primærsektoren.

Kvalitet i hjerterehabilitering

Et program for hjerterehabilitering skal også vurderes kvalitetsmæssigt. Høj professionel standard for alle involverede personalegrupper og helhed i patientforløbet skal sikres. Der bør anvendes dokumenterede faste procedurer og kliniske retningslinjer som basis for de daglige beslutninger. De enkelte delelementer i programmet bør være standardiserede efter fastlagte kriterier. Forløbet bør optimalt dokumenteres i en klinisk database, som over tid kan anvendes til at følge, evaluere og kvalitetsudvikle programmet.

Der bør foreligge fastlagte kvalitetsmål og standarder for programmet med tilhørende målbare indikatorer, der kan anvendes til at belyse, i hvilken grad kvalitetsmålet er opfyldt. I Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) anvendes som et mål for forebyggelse, at der skal gennemføres screening på alle patienter med iskæmisk hjertesygdom med henblik på at afdække behovet for hjerterehabilitering, som tilbydes de patienter, for hvem dette er relevant i henhold til retningslinjer fra Dansk Cardiologisk Selskab/Hjerteforeningen.

Kvalitetsvurdering af hjerterehabilitering vil med tiden kunne indgå i Den Danske Kvalitetsmodel, som forventes færdigudviklet i 2006. Grundelementerne i modellen er et fælles vurderingsgrundlag i form af standarder med tilhørende indikatorer, fælles evalueringsmetode i form af selvevaluering og ekstern vurdering samt en samlet rapportering med tilbagemelding og offentliggørelse af resultaterne.

Litteratur

Den Danske Kvalitetsmodel. Sundhedsstyrelsen 2003.

Medicinsk Teknologivurdering. Hvorfor? Hvad? Hvornår? Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen 2000.

Mål for Hovedstadens Sygehusfællesskab. Hovedstadens Sygehusfællesskab 2002.

National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen 2002.

Rehabilitering af Hjertepatienter. Retningslinier. Hjertereforeningen 1997.

Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Sundhedsministeriet 1999.

Standarder for hospitaler. Officiel dansk oversættelse. (2. udg.). Hovedstadens Sygehusfællesskab. 2003. Oversættelse ved H:S efter Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (2. udg.). Joint Commission International Accreditation 2003.

Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus. Høringsudgave, ordinært repræsentantskabsmøde 27. oktober 2003. Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark 2003.

Sundhedspolitisk redegørelse 2002. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002.

Sundt hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002.

Zwisler A et al. (red.). Hjerterehabilitering. Rationale, arbejdsmetoder og erfaringer fra Bispebjerg Hospital. Hjerterehabiliteringen, Kardiologisk klinik Y, H:S Bispebjerg Hospital i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed 2003.

Forebyggelse og sundhedsfremme i hjerterehabiliteringen – teorier om forandring

Forebyggelse og sundhedsfremme i hjerterehabiliteringen er lige så vigtig som den medicinske behandling og betyder i denne sammenhæng at give patienten de bedste redskaber til at tilegne sig og vedligeholde en hjertesund livsstil og til at genvinde psykisk og social trivsel.

I en metaanalyse af 37 hjerterehabiliteringsprogrammer, hvor der også indgik stress-håndtering, undervisning i livsstilsændringer og det at vende tilbage til hverdagens aktiviteter, fandt man, at programmerne medførte en signifikant reduktion i hjertedødelighed (34%) og reinfarkter (29%) samt en positiv effekt på blodtryk, kolesterolniveau, vægt og på ryge-, kost- og motionsvaner.

Der er mange elementer i en sundhedsfremmende og forebyggende indsats, der har til formål at ruste patienterne til en ny livssituation med ændret adfærd og nye vaner. De enkelte rehabiliteringsforløb vil være forskellige og afhænge af patientens sygdoms- og sundhedsforståelse, oplevelse og erkendelse af situationen, motivation, og den enkeltes, familiens og omgivelsernes ressourcer og muligheder for at gennemføre forandringer. Midlet til at opnå gode resultater i hjerterehabiliteringen begynder med samtalen. En god kontakt mellem patient og personale er det, der bringer patienten videre. Det kræver dog en fælles indsats at få patienten tilbage til sit gamle fysiske, psykiske og sociale jeg efter indlæggelsen. Ikke mindst patientens egen indsats. Patienten skal lære noget nyt, men også aflære noget gammelt for at komme dertil. Patienten skal kunne se en mening med at omlægge og ændre sit liv.

Motivation

Hjerterehabilitering starter med samtalen, og der findes en del teorier, som kan underbygge de samtaleteknikker, der anvendes i forbindelse med hjerterehabiliteringen. De læringsteorier, man bruger i dag, rummer mange overvejelser om, hvad der motiverer. Her er et lille udpluk fra forskellige teorier, som i en let tilgængelig form kan læses i: "At tale

om forandring – en bog om sundhedsadfærd og motiverende samtaleteknik" (Dalum P et al):

- **Hvad kommer der ud af at ændre livsstil?**
Patienten skal have positive forventninger til, hvad der kommer ud af det, for at være motiveret for forandring (*outcome-expectations*).
- **Hvad er fordele og ulemper ved at ændre?**
Patienten skal se flere fordele end ulemper, før en ændring kan holdes ved lige (*decision-balance*).
- **Hvilke barrierer kan der være for forandring?**
Patienten er god til at udpege de ting, der vanskeliggør den nye livsstil, og dem skal patienten hjælpes til at overvinde (*barriers*).
- **Hvis jeg sætter mig det for – vil jeg så kunne gennemføre ændringen?**
Patienten har ingen nytte af at få flere gode råd til ny sundhedsadfærd, hvis ikke han eller hun tror, at de i praksis kan gennemføres (*self-efficacy*). Hvis *self-efficacy* er lav, skal man i stedet arbejde på at etablere social støtte til ændring og give praktiske færdigheder.
- **Synes min familie og venner, jeg skal ændre livsstil?**
Sociale normer i omgangskredsen og social støtte til at ændre livsstil er meget vigtige for de fleste patienter. Hvis der ikke gives moralsk og praktisk opbakning hjemmefra, bliver det svært at opretholde en ændret livsstil i længden (*social norm, social support*).
- **Har jeg adgang til træningsfaciliteter, og er der rammer, der støtter ændring af livsstil, hvor jeg findes?**
Patientens holdning, nem adgang til faciliteter i hverdagen og regler for f.eks. rygning interagerer og forstærker forandring, hvis alle dele bringes i spil på én gang. Det er ikke nok at arbejde på det individuelle niveau (*reciprocal determinism*).
- **Kan jeg mærke eller se, at de anstrengelser, jeg gør, er gode for mig?**

Under et rehabiliteringsforløb er løbende tilbagemelding og fysiske vidnesbyrd om de ændringer, patienten har gennemført, vigtige for vedligeholdelse. Det være sig vægt, kolesteroltal eller at de sundhedsprofessionelle ser og kommenterer patientens anstrengelser (*reinforcement, feedback*).

Mestringsstrategier

Den samme livsbegivenhed, f.eks. et AMI, kan føre til vidt forskellige reaktioner hos forskellige mennesker, afhængigt af den enkeltes oplevelse af det skete og den måde, hvorpå den enkelte håndterer belastninger. *Coping* eller *mestring* kan defineres som adfærdsmæssige og/eller mentale reaktioner på belastninger og dækker over et meget stort antal forskellige reaktionsmåder, der sætter en person i stand til at fungere på trods af en belastning. Effektiv coping afhænger af den enkeltes ”hardiness” eller ”sense of coherence”. Begrebet hardiness er baseret på evnen til at involvere sig (commitment), oplevelsen af at have kontrol over sit liv (control) og evnen til at se belastninger som udfordringer i stedet for trusler (challenge). Personer med høj grad af hardiness vil klare sig bedst ved udsættelse for belastning.

Andre teorier peger på betydningen af, om patienten kan fornemme og for sig selv forklare, at der er sammenhæng mellem en livsbegivenhed og hans eller hendes hele liv. Oplever patienten denne fornemmelse af mening og sammenhæng, vil det være lettere at integrere det ”nye” i sit liv, hvad enten det gælder ændring af livsstil, efterlevelse af behandling eller at reetablere det sociale liv. Dette perspektiv er blandt andet konkretiseret i begrebet sense of coherence med følgende elementer, der alle anses for at være af stor betydning for en persons evne til at tackle livet og tilværelsen: forståelighed (comprehensibility), håndterbarhed (manageability) og meningsfuldhed (meaningfulness). At afklare disse livsperspektiver kan hjælpe personalet til bedre rådgivning.

Patienter, som ikke kan overkomme eller mestre den nye situation, kan reagere med fjendtlighed, vrede eller sårbarhed, reaktioner som kan føre til eller forværre eksisterende psykiske problemer efter et AMI. Patienter kan lære at identificere højrisiko-situationer og at definere og indøve reaktioner, som er acceptable og realistiske for den enkelte. At lære en hensigtsmæssig coping adfærd kan fremme mulighederne for et godt rehabiliteringsforløb.

Patienter kan have meget forskellige ressourcer og ulige muligheder for støtte fra omgivelserne til at håndtere hverdagslivets udfordringer. Det gælder også efter AMI og den

efterfølgende rehabilitering. Der er flere lavtuddannede, der reagerer med hjælpeløshed og håbløshed og savner den nødvendige støtte fra omgivelserne, hvorimod flere fra de højere socialgrupper finder løsninger, bliver bakket op og har bedre vilkår for at mestre deres sygdom. Det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde kan tilrettelægges, så det i højere grad tilgodeser de socialt udsatte og sårbare patienter og deres familier. Empowerment er en mulig tilgang i dette arbejde. Begrebet er ikke entydigt, men tilgangen lægger vægt på at finde og styrke ressourcer blandt andet med det formål, at den enkelte kan erobre ”magten over eget liv”. I professionel sammenhæng erstattes ekspertrollen med en rolle som konsulent og katalysator, der deler viden og faciliteter. Der indgås partnerskab med patienterne i en ligeværdig og gensidig relation, også når det gælder retten til at identificere og definere problemer og vælge løsninger. Der arbejdes på et individuelt, et gruppe- og et samfunds niveau, og den tætte sammenhæng mellem proces og produkt anerkendes og er i spil.

Social støtte

Hjertepatienter er ikke kun afhængige af egne evner og hjælp fra sundhedsvæsenet. Det sociale netværk – det vil sige kontakt til og kvalitet af samvær med familie, venner og kolleger – har en stor indflydelse på prognosen. Patienter med et tæt netværk – og dermed social støtte – kommer sig hurtigere efter indlæggelsen, hvorimod flere undersøgelser viser, at patienter med manglende social støtte, aleneboende eller med manglende fortrolighed i netværket har en ringere prognose med en højere mortalitet. God social støtte mindsker også risikoen for depression. Det er altså vigtigt at inddrage det netværk patienten har, og at patienten får støtte herfra.

Generelt gælder, at omgivelserne med fordel kan inddrages med henblik på at fremme implementering af adfærdsendringer. Manglende forståelse fra pårørende kan være en barriere for ændring af kost- og rygevaner, og rehabiliteringsprogrammer, som inddrager psykosociale pædagogiske redskaber – herunder støtte og opmuntring fra familie og gruppeaktiviteter – har kunnet dokumentere en højere succesrate med hensyn til livsstilsændringer. Social støtte og modeldannelse vil hjælpe patienten bedst og bør afstemmes med patientens egne inderste behov. Socialt pres, hvor patienten ikke selv ønsker de ændringer, som familien eller netværket gør, giver problemer ikke alene med samværet, men også med at opretholde ændringerne i længden.

Det kan for nogle patienter være en hjælp at arbejde i grupper med andre hjertepatienter. Et nyt netværk blandt patienter kan støtte opretholdelsen af ændret adfærd. I gruppebaseret rehabilitering kan gruppens sammensætning have betydning for kompliance. Man har kunnet vise god effekt af rehabilitering i selekterede grupper med forventede fællesværdier, eksempelvis gifte mænd under 66 år med førstegangs AMI. Udgangspunktet for adfærdss ændring bør baseres på individuelle målsætninger og værdier. Muligheden for at hente støtte og forståelse i en gruppe kræver en fælles målsætning, og der må derfor nødvendigvis være en vis grad af overensstemmelse i gruppen.

Gruppen af etniske minoriteter i Danmark er stigende. Det viser sig også i et ændret sygdomsbillede blandt hjertepatienter. Der er gode eksempler også fra det danske sundhedsvæsen, som viser, at et kulturelt afstemt rehabiliteringsprogram er nødvendigt for at opnå den nødvendige dialog med patient og pårørende. Forebyggelse og sundhedsfremme må nødvendigvis tage udgangspunkt i de traditioner og værdier, som karakteriserer forskellige etniske grupper.

Forskellige afsendere af sundhedsbudskaber i rehabiliteringen

De mange forskellige personer, patienten møder gennem sit sygdomsforløb, vil have forskellige roller og være forskelligt egnede som afsendere af budskaber. Det er der ingen problemer i. Det kan tværtimod fungere godt, at sundhedspersonalet indtager forskellig position, så længe der er konsistens i det, der bliver sagt:

Lægen – *doctors order* fungerer godt. Det, der er godt for patientens helbred, skal frem – kort og præcist. Under indlæggelsen, gentaget i hjerterehabiliteringen og ved opfølgning hos egen læge.

Sygeplejersken, fysioterapeuten, diætisten – kan herefter lægge mere vægt på, hvordan patienten omsætter lægens råd i dagligdagen, eventuelt med træning af praktiske færdigheder i madlavning, motion osv.

Pårørende – kan give moralsk, praktisk og følelsesmæssig støtte til forandring, men er samtidig personer, som selv kan være ængstelige ved situationen. Det kan være svært, fordi der er så meget på spil i disse relationer, f.eks. tab af status og værdighed. Det drejer sig ikke så meget om den rationelle omtanke og budskaber, men om følelsen af støtte og opmuntring. Er vigtigt i alle faser, men har tendens til at aftage efterhånden i forløbet.

Ligestillede – det er af stor betydning at kunne sammenligne sig med andre i samme situation. Det, de andre kan gennemføre, kan man måske selv. Udveksling af ideer og en mere ligeværdig forståelse af eventuelle følelsesmæssige op- og nedture. Disse kontakter kan være af stor betydning i anden og tredje rehabiliteringsfase, som supplement til og aflastning for familien.

Hvis man kan kombinere disse forskellige afsendere igennem forløbet, vil det hjælpe patienten bedst.

Litteratur

Akut koronart syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Klaringsrapport nr. 3. Dansk Cardiologisk Selskab. Lægeforeningens Forlag 2001.

Antonovsky A. Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass 1987.

Balady GJ et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2000;102:1069-1073.

Barefoot J et al. Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1996;78:613-617.

Dalum P et al. At tale om forandring – en bog om sundhedsadfærd og motiverende samtaleteknik. Tobaksskaderådet 2000.

Dusseldorp E et al. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology* 1999;18:506-519.

Eriksen HR, Ursin H. Social inequalities in health: Biological, cognitive and learning theory perspectives. *Norsk Epidemiologi* 2000;12:33-38.

Greenwood DC et al. Stress, social support, and stopping smoking after myocardial infarction in England. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:583-587.

Hemmingway H, Marmot M. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *BMJ* 1999;318:1460-1467.

Horsten M et al. Depressive symptoms and lack of social integration in relation to prognosis of CHD in middle-aged women. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Eur Heart J* 2000;21:1072-1080.

Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P. Medicinsk sociologi - samfund, sundhed og sygdom. Munksgaard 2002.

Kaplan RM, Sallis JF, Patterson TL. Social supports. I: Health and Human behaviour. McGraw-Hill, Inc 1993.

Klinisk vejledning. Forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis – med særligt henblik på dyslipidæmi. Dansk Selskab for Almen Medicin 1998.

Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. Arch Int Med 1996;156:745-752.

Lundemark Andersen M, Vinther-Jensen K. Empowerment. Professionel læring i praksis. En sundhedsfremmende intervention i en socialpsykiatrisk døgninstitution. Sundhedsfremmeenheden, Afdelingen for Folkesundhed, Århus Amt 2002.

Morrison C, Woodward M, Leslie W, Tunstall-Pedoe H. Effect of socioeconomic group on Incidence of, management of, and survival after myocardial infarction and coronary death: analysis of community coronary event register. BMJ 1997;314:541-546.

Mullen PD, Mains DA, Velez R. A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. Patient Educ Couns 1992;19:143-62.

Orth-Gomér K, Schneiderman N (red.). Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention. Lawrence Erlbaum Associates 1996.

Peterson C, Stunkard AJ. Personal control and health promotion. Soc Sci Med 1989;28:819-828.

Salomaa V et al. Relation of socioeconomic position to the case fatality, prognosis and treatment of myocardial infarction events: the FINMONICA MI register Study. J Epidemiol Community Health 2001;55:475-82.

Smith RT et al. Ressource support and heart patient recovery. International Journal of Rehabilitation Research 1997;20:11-28.

Thompson DR. Counselling the coronary patient and partner. Royal College of Nursing Research Series. Scutari Press 1990.

Vibe-Petersen J, Perrild HJ. Type 2 diabetes blandt indvandrere. Ugeskr Læg 2000;162:6220-6222.

Implementering af hjerterehabilitering på afdelingen – forhold der skal tænkes ind i en ny indsats

Almene betragtninger

Ikke alle nye indsatsområder lader sig indføre lige nemt. Der er en række karakteristika, der bestemmer, hvor hurtigt og effektivt det nye kan indføres:

- 1) Er der videnskabelig evidens for at indføre en ny behandlingsform?
- 2) Hvordan vurderer personalet fordele og ulemper?
- 3) Hvordan passer ændringen ind i afdelingens eksisterende kultur?
- 4) Vil ændringen – rehabilitering – blive meget kompleks og dermed vanskelig at forstå for patienter og personale?
- 5) Kan den nye behandlingsform afprøves delvist eller skal hele programmet indføres på én gang?
- 6) Vil ændringen blive fysisk synlig i afdelingen eller på hospitalet?
- 7) Kan man få de nødvendige ressourcer til denne indsats?
- 8) Hvad gør man, hvis man kun får ressourcer til en del af programmet?

Spørgsmålene er kun eksempler, men de kan være med til at danne grundlag for planlægningen af rehabiliteringen. Yderligere inspiration til dette arbejde kan bl.a. findes i sociologen Everett M. Rogers' "Diffusion of innovations". At se på sådanne karakteristika vil være af stor værdi for at forudsige sygehusets, personalets og patienternes reaktion på ønsket om at indføre hjerterehabilitering i afdelingen.

Fordele og ulemper ved forandring

For at indføre forandring skal der være objektivt – absolut – belæg for, at det nye rehabiliteringselement har positiv effekt. Det er en forudsætning for indførelse, men er almindeligvis ikke nok. Hvis grupper i personalet subjektivt vurderer, at det bliver negativt for dem selv, afdelingen eller patienterne, får det reelt konsekvenser for indførelsen. Det er derfor vigtigt at undersøge ledelsens, afdelingens og andre vigtige personalegruppers subjektive vurdering af fordele og ulemper ved det, man vil indføre.

Argumenterne drejer sig både om patienternes gevinst, om man frygter, at der forsvinder ressourcer fra andre områder, om arbejdsrutiner, om arbejdsbelastninger, om det nye giver status i sygehussystemet og om tiltro til mulighed for samarbejde med andre faggrupper. Indflydelse på sociale og økonomiske relationer på sygehuset vil også indgå i en vurdering af fordele og ulemper. Kommer indsatsen til at skyde bestemte faggrupper ud på et sidespor i behandlingen eller give nogle faggrupper større indflydelse, end de allerede har? Giver der ved den nye rehabilitering forholdsvis flere midler til hjertepatienter end til andre medicinske patienter? Og hvad er reaktionen på andre afdelinger, når hjerterehabiliteringens behov lægges frem ved fordeling af ressourcer?

Forenelighed med kultur på afdelingen

I en analyse af indførelsen af forebyggelsessamtaler på en hjerteafdeling fandt man, at modstanden var udtryk for, at personalet skulle optage en praksis, som ændrede både afdelingens strategier og værdier. Forebyggelsessamtalen var i strid med især lægegruppens grundlæggende værdier. For det første levede forebyggelsessamtalen ikke fuldt ud

op til kravet om medicinsk praksis baseret på videnskabelig evidens, for det andet var samtalen ikke klart knyttet til patientens aktuelle sygdom, men fokuserede på forebyggelse, og for det tredje byggede forebyggelsessamtalen på psykosociale teorier fra en helt anden videnskabelig tradition. Derudover blev samtalen introduceret af ledelsen og var altså ikke foreslået på baggrund af et initiativ i afdelingen selv. Sådanne argumenter er man nødt til at tage hensyn til i sin planlægning. Formulering og implementering af aktiviteter skal ske i dialog med de faggrupper, der skal gennemføre dem i dagligdagen. Som et eksempel på det potentielt udfordrende ved rehabilitering er stimulationen og hjælpen rettet mod patientens evne til at støtte sig til familien og omgangskredsen – patientens psykosociale trivsel. Depressive patienter har en dårligere overlevelse end ikke-depressive, en dårligere medicin efterlevelse og dårligere ændring af rygning, kost og motion, hvis det er nødvendigt. Derfor er det vigtigt også at være opmærksom på patientens støtte i netværket.

Kompleksitet af samlede indsats

Et større program medfører involvering af flere faggrupper og større kompleksitet i rehabiliteringsprogrammet og medfører et absolut krav om skrevne og let tilgængelige retningslinjer og vejledninger, der skal være kendt af alle. Koordinering af indsatsen gennem god og synlig ledelse samt afstemning af forventninger om effekt er ligeledes forhold, der kræver beskrevne standarder.

Hjerterehabilitering er kompleks – det er et vilkår. Der er medicinsk udredning og behandling, opfølgning omkring rygning, kost og motion samt psykiske og sociale aspekter ved sygdommen. Behovet for forenkling og formidling til patienterne er stort. Personalet inden for sygehusets og afdelingens mure har behov for undervisning generelt i rehabilitering, og særligt i de områder af rehabiliteringen der ligger uden for egne faggrænser.

Mulighed for afprøvning

Et andet vilkår er, hvorvidt dele af rehabiliteringen kan indføres på forsøgsbasis – eller om indførelse af rehabilitering kræver total og irreversibel omstrukturering af afdelingen. Heldigvis kan næsten alle rehabiliteringselementer afprøves og særskilt vurderes. Ledelsen vil have mulighed for at nedlægge dele af programmet, hvis det ikke lever op til forventningerne. Det letter muligheden for at eksperimentere med nyt indhold.

Mulighed for løbende modifikation

At hjerterehabilitering kan deles op i enkelte komponenter og afprøves, gør samtidig rehabiliteringen åben for modifikation. Det er absolut en fordel. Hver enkelt del, hvad enten det drejer sig om lægeundersøgelse, kostrådgivning eller samtale, kan også løbende forbedres og ændres. Derfor kan afdelingen sætte mål, der er i overensstemmelse med eksisterende ressourcer med udgangspunkt i det program, der for tiden er etableret. En fuldt udviklet og integreret hjerterehabilitering er selvfølgelig det endelige mål, men det er noget, afdelingen kan arbejde hen imod.

For at det kan fungere, skal afdelingen huske at etablere et forum, der løbende kigger på praksis, evaluerer og sætter nye mål. For eksempel et årligt statusmøde, hvor man tillader sig at se lidt på sig selv i fugleperspektiv.

Formidling af hjerterehabilitering i det faglige miljø

Hvis ændringer i behandling udelukkende spredes via interpersonelle kanaler, går det langsomt med at få en fælles forståelse for nye aktiviteter. Man skal tænke i mange typer formidlingsfora samtidig:

- Brug løbende en formel formidlingskanal til medarbejderne på afdelingen og på resten af sygehuset, eksempelvis personaleblad, hjemmeside m.m.
- Samarbejdspartnere inden for rehabiliteringen skal på tværs af faggrupper finde en formidlingsform, hvor der kan udveksles ideer, kommentarer og iagttagelser inden for rehabiliteringen. For eksempel ved månedlige orienteringsmøder.
- Der skal løbende holdes kontakt med personalegrupperne, der foretager rekrutteringen, så gruppen får tilbagemelding om succes og visiteringskriterier.
- Der kan eventuelt formidles til omverdenen gennem fagpressen, medierne eller åbne møder – for eksempel til de praktiserende læger eller relevante borgergrupper. Den eksterne formidling forstærker samtidig implementeringen på afdelingen ved at give en fællesskabsfølelse.
- De uformelle kanaler får det hele til at glide. Det er et stort plus, hvis kommunikationsvejene ikke er for rigide, og hvis man lige kan stikke hovedet ind til fysioterapeuten, lægen eller sygeplejersken og høre, hvad der nu er sket.

Ejerskab for flere faggrupper

Ejerskab får man ved at være inddraget i planlægningen og have noget at skulle have sagt i den daglige drift. Ejerskab er vigtigt for at gennemføre et rehabiliteringsprogram og en nødvendighed for de personalegrupper, der bliver direkte berørt af aktiviteten. Man glemmer ofte sekretæren her. Der kan komme mange opbringninger og ekstra sekretærarbejde ud af en ny aktivitet i rehabiliteringen – og sekretæren kan være den, der får det hele til at glide – eller proppen i systemet!

Kvalitetssikring

Dokumentation og forbedringer af kvalitetsniveauet er en afgørende forudsætning for tiltroen til et sundhedsvæsens formåen. Der er principielt to typiske udgangspunkter for tilrettelæggelse af patientforløb: Patientforløb for en ”ny” patientgruppe som planlægges helt fra grunden, eller eksisterende patientforløb som forbedres. Oftest er der dog tale om forbedring af eksisterende patientforløb. Metoden hertil er små trinvis forbedringer af bestående forløb. Denne tilgang er i overensstemmelse med den grundlæggende filosofi i kvalitetsudviklingsprocessen, hvor kvalitetsniveauet altid kan forbedres gennem måling, vurdering, analyse, implementering og overvågning.

Kvalitetssikring er komplekst og ikke-rutinepræget arbejde, som kræver medvirken fra forskellige faggrupper og afdelinger. Udgangspunktet er ofte en kortlægning af et aktuelt patientforløb. Hvis kvalitetsvurderingen viser, at kvalitetsmålene er opfyldt, kan man forsøge at fastholde det opnåede ved kvalitetsovervågning. Hvis målene ikke er opfyldt, foretages en årsagsanalyse, som skal føre til identificering af få vigtige hovedårsager. Denne analyse er en forudsætning for de forbedringstiltag, der efterfølgende skal implementeres.

Erfaringen viser, at netop implementering af forbedringer og fastholdelse af god kvalitet er den del af kvalitetsudviklingsprocessen, som er vanskeligst at gennemføre. Der bør derfor anvendes en del energi og ressourcer på dette område, som også bør inddrages i planlægningen fra første start. Der foreligger en dansk lærebog i kvalitetsudvikling: ”Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet” (Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I). Bogen giver en samlet fremstilling af centrale emner inden for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet og giver indblik i relevante redskaber, metoder og strategier.

Cirkulær tænkning i udvikling

Det er nødvendigt at arbejde trinvist mod en stadig bedre hjerterehabilitering. En procedure, hvor man jævnligt kommer gennem følgende cirkel, er derfor et plus:

- Analyse af afdelingens og patienternes rehabiliteringsbehov
- Planlægning af indsats
- Indsats besluttet og ressourcerne stilles til rådighed
- Aktiviteten implementeres i daglig drift
- Evaluering, efter forud planlagte regler
- Observere samarbejde, arbejds gange og igangsætte ny analyse af behov. Et årligt statusmøde er en god praksis for løbende at kunne kvalitetsvurdere og udvikle hjerterehabiliteringen inden for alle områder.

Litteratur

Fredslund H. Når ”vilde” problemer tæmmes. En filosofisk-hermeneutisk fortolkning af en forebyggelsessamtale på en afdeling på Bispebjerg Hospital. Ph.d. afhandling. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet 2001.

Fredslund H. Organisatoriske barrierer for forebyggelse i sygehusregi. I: Liv om Sundhedsfremme og forebyggelse. Højbjerg, Århus Amt 2001;4:14-17.

Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Munksgaard 2001.

Rogers EM. Diffusion of innovations. (4. udg.). Free Press 1995.

