

# Forløbsprogram for hjertekarsygdom

Fokus på rehabilitering efter blodprop i  
hjertet og svær hjertekrampe

# Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	2
1. Indledning.....	6
Formål.....	6
2. Baggrund .....	8
2.1 Forløbsprogram for hjertekarsygdom .....	10
3. Målgruppe .....	12
3.1 Forløbsprogram for akut koronart syndrom.....	12
3.2 Diagnosekoder .....	13
4. Ansvars- og opgavefordeling .....	14
Hjerterehabiliteringens faser og aktører.....	14
4.1 Ansvarsfordeling .....	15
4.2 Opgavefordeling.....	15
5. Sundhedsfaglig indsats .....	17
5.1 Indledning .....	17
Indhold i hjerterehabilitering .....	17
Egenomsorg .....	18
5.2 Pædagogisk tilgang .....	18
Formål.....	18
Evidens .....	19
Indhold.....	19
Fase 1 .....	21
Fase 2 .....	21
Fase 3 .....	21
Anbefalinger.....	22
5.3 Sundhedsbegreb .....	22
Fase 1 - Forebyggelse .....	23
Fase 2 - Bevægelse fra forebyggelse til sundhedsfremme .....	23
Fase 3 - Sundhedsfremme .....	24
Anbefaling .....	24
5.4 Socialt differentieret indsats .....	25
Formål.....	25
Indhold.....	26
Systematisk visitation, standardtilbud og udvidet tilbud.....	26
Anbefaling .....	26
5.5 Tidlig opsporing.....	26
Formål.....	26
Hurtig reaktion ved smerter .....	27
Anbefaling .....	27
5.6 Diagnostik, udredning og behandling .....	27
Formål.....	27
Diagnostik og operativ behandling .....	28

Symptomatisk og forebyggende medicinsk efterbehandling .....	28
Fase 1 .....	28
Fase 2 .....	29
Familiær hyperkolesterolæmi .....	30
Fase 3 .....	31
Anbefaling .....	31
5.7 Patientinformation, vejledning og undervisning .....	31
Formål.....	31
Indhold.....	32
Fase 1 .....	32
Fase 2 .....	32
Fase 3 .....	33
Anbefaling .....	34
5.8 Rygeophør.....	35
Formål.....	35
Evidens .....	35
Fase 1 .....	35
Nikotinsubstitution .....	36
Fase 2 .....	37
Fase 3 .....	38
Anbefaling .....	38
5.9 Kostvejledning .....	38
Formål med diætbehandling .....	38
Evidens for kostens betydning for patienter med AKS .....	39
Fase 1 .....	39
Fase 2 .....	40
Individuel diætbehandling ved klinisk diætist .....	40
Forløb hos den kliniske diætist .....	41
Den indledende samtale .....	41
Kostanamnese .....	41
Handlingsplan .....	42
Opfølgende samtale .....	43
Eventuelt videre forløb .....	43
Gruppeundervisning.....	44
Fase 3 .....	44
Patientuddannelse i kommunalt regi .....	44
Anbefaling .....	45
5.10 Fysisk træning .....	46
Formål.....	46
Evidens .....	46
Fase 1: Fysisk træning under indlæggelse.....	47
Fase 2: Fysisk træning på hold i den tidlige efterbehandling.....	47
Forholdsregler .....	50
Fase 3: Fysisk træning som vedligeholdelse/fastholdelse .....	50

Anbefaling .....	52
5.11 Psykosocial omsorg.....	53
Formål.....	53
Indhold.....	53
Fase 1 .....	53
Fase 2 .....	54
Fase 3 .....	55
Patienter med AKS og seksuel aktivitet.....	55
Risiko ved seksuel aktivitet hos patienter med iskæmisk hjertesygdom .....	55
Seksuelle problemer hos mænd.....	56
Behandling af ED hos mænd med hjertekarsygdom .....	56
Betydningen af livsstilsfaktorer.....	58
Seksuelle problemer hos kvinder .....	58
Eventuel partner.....	58
Anden social rehabilitering .....	59
Retningslinjer for udstedelse af kørekort.....	59
Sygemelding og genoptagelse af erhverv.....	59
Anbefaling .....	60
Referencer .....	61
6. Organisering.....	62
6.1 Fase 1.....	62
Registrering under indlæggelsen .....	62
6.2 Fase 2.....	63
6.3 Fase 3.....	65
7. Kvalitetsmonitorering .....	66
Den Danske Kvalitetsmodel.....	66
Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed .....	66
Rapport angående: Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen .....	66
Kvalitetsmonitorering af forløbsprogram for AKS .....	67
8. Implementeringsstrategi .....	68
Organisering .....	68
Redskaber.....	68
9. Evaluering og opfølgning .....	69
Bilagsoversigt.....	70
Bilag 1. Forløbsprogramgruppens sammensætning.....	71
Formandskab .....	71
Medlemmer.....	71
Projektkoordinator .....	72
Bilag 2. Forkortelser og ordforklaringer.....	73
Bilag 3. Diætprincipper for den hjertevenlige kost .....	75
Bilag 4. Borg skala .....	76
Bilag 5. Screening for angst og depression .....	78
Diagnostisk screening for angst og depression.....	78

Generel screening for psykisk sygdom.....	78
Angst.....	78
Depression .....	79
Vurdering af besvarelse.....	79
Sumscoreskema til spørgsmål vedrørende psykisk sygdom samt alkoholafhængighed .....	82
Bilag 6. Epikrise og status til praktiserende læge og kommune efter rehabilitering på hospital .....	83
Bilag 7. Rehabiliteringsstatus til praktiserende læge efter kommunal rehabilitering	85
Bilag 8. Eksempel på kommunalt rehabiliteringsforløb .....	86
Bilag 9. Beskrivelse af den praktiserende læges rolle.....	89

# 1. Indledning

## Formål

Dette forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for blodprop i hjertet og svær hjertekrampe (akut koronar syndrom (AKS)) på hospitaler, i kommuner og i almen praksis i Region Midtjylland.

Formålet med forløbsprogrammet er at sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, fokus på inddragelse af patientens egne ressourcer, en fælles forståelse for opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter. Forløbsprogrammet skal kunne benyttes som et arbejdsredskab af den enkelte fagperson i kontakten med patienten.

Formålet er endvidere at sikre en fælles standard for behandling, kontrol og rehabilitering, herunder patientrettet forebyggelse, af patienter med AKS i Region Midtjylland. Programmet er desuden dynamisk, idet det vil blive tilpasset ændringer i de kliniske retningslinjer, best practice og udvikling på området generelt.

Anbefalingerne er udarbejdet med udgangspunkt i gældende lovgivning, relevante kliniske retningslinjer (hvor disse er tilgængelige) samt i kronikermodellen<sup>1</sup> og dennes centrale principper.

## Målgruppe for forløbsprogrammets anbefalinger

Den primære målgruppe er fagpersoner, som omgås patienter med AKS. Det gælder fagpersoner i almen praksis, på hospitaler og i kommuner. Dertil kommer andre personer, som ønsker indsigt i behandling, kontrol og rehabilitering af patienter med AKS, f.eks. planlæggere, politikere og patienter/pårørende mv.

## Organisering og medlemmer

En forløbsprogramgruppe bestående af repræsentanter fra henholdsvis almen praksis, hospitaler og kommuner har varetaget udarbejdelsen af forløbsprogram for AKS i Region Midtjylland. Sammensætningen af forløbsprogramgruppen fremgår af bilag 1. Forløbsprogramgruppen mødtes første gang den 05.12.2007 og afsluttede arbejdet med nærværende udgave 19.09.2008.

Der blev i april 2008 afholdt to fokusgruppeinterviews med patienter med AKS, for derved at inddrage patientperspektivet i udviklingen af forløbsprogrammet. Forløbsprogrammet har efterfølgende været i både faglig og politisk høring.

---

<sup>1</sup> Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund, Sundhedsstyrelsen 2005.

## Forløbsprogrammets opbygning

Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – generisk model*<sup>2</sup> har fungeret som den grundlæggende ramme for programmet. Derudover tager en stor del af indholdet i nærværende rapport udgangspunkt i publikationen *Hjerterehabilitering på danske sygehuse*<sup>3</sup> – hvorefter der er arbejdet videre med det.

Der lægges for det første vægt på, at indsatsen skal foregå alle steder i sundhedsvæsenet, dvs. hos praktiserende læger, på hospitaler og i kommunerne, og for det andet at indsatsen bør foregå i et tværfagligt såvel som tværsektorielt samarbejde.

Forløbsprogrammet består af indledende afsnit med indledning, baggrund, målgruppe samt ansvars- og opgavefordeling. Herefter følger et afsnit om den sundhedsfaglige indsats – herunder pædagogisk tilgang, sundhedsbegreb, socialt differentieret indsats, tidlig opsporing, diagnostik, udredning og behandling, patientinformation og undervisning, rygeophør, kostomlægning, fysisk træning og psykosocial omsorg. Endelig følger afsnit om organisering, kvalitetsmonitorering, implementeringsstrategi samt evaluering og opfølgning. Afsnittene om den sundhedsfaglige indsats og organisering er opdelt ift. hjerterehabiliteringsforløbets tre faser (se side 14).

På vegne af forløbsprogramgruppen

Christian Møller-Nielsen  
Cheflæge

Lisbeth Vinge  
Sundhedschef

Jens M. Rubak  
Regionspraksiskoordinator,  
praktiserende læge  
Århus

Regionshospitalet  
Silkeborg, Hammel  
Neurocenter og  
Skanderborg  
Sundhedscenter

Hedensted kommune

---

<sup>2</sup> Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – Generisk model, Sundhedsstyrelsen 2008.

<sup>3</sup> Hjerterehabilitering på danske sygehuse, Netværk af forebyggende sygehuse, Dansk Cardiologisk Selskab og Hjerteforeningen, 2004.

## 2. Baggrund

Kroniske sygdomme har de senere år været genstand for stadig stigende opmærksomhed både i sundhedsvæsenet og i samfundet generelt.

Ifølge Sundhedsstyrelsen er kronisk sygdom kendetegnet ved en række karakteristika<sup>4</sup>:

- Tilstanden er vedvarende og fører ubehandlet til dårligere livskvalitet og/eller tidligere død
- Jo tidligere sygdommen opspores, jo større muligheder er der for at bedre prognosen og forebygge forværring (proaktiv indsats)
- Sygdommen har blivende følger
- Sygdommen medfører forandringer, der ikke kan bedres
- Der er behov for langvarig behandling eller pleje
- Der er behov for rehabilitering

Som en del af indsatsen for borgere med kroniske lidelser har Region Midtjylland, kommunerne og de praktiserende læger i regionen udarbejdet *forløbsprogrammer*.

Et forløbsprogram defineres som<sup>5</sup>:

*"En beskrivelse af den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom. Forløbsprogrammet skal sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordelingen samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter."*

Programmerne skal bruges som en vejledning i, hvordan den sundhedsprofessionelle indsats varetages for kronisk syge borgere.

Der sker i disse år en kraftig vækst i antallet af borgere med kroniske sygdomme i Danmark. Samtidig har der været en stigende anerkendelse af, at sundhedsvæsenet generelt ikke har behandlet kroniske lidelser på den måde, der er evidens for<sup>6</sup>. Det

---

<sup>4</sup> Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – Generisk model, Sundhedsstyrelsen 2008.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Kronisk Sygdom – Patient, Sundhedsvæsen og Samfund. Forudsætninger for det gode forløb. Sundhedsstyrelsen 2005.

drejer sig primært om manglende inddragelse af borgerens egne ressourcer i behandlingen og systematisk brug af evidensbaserede kliniske retningslinjer.

Ydermere er der ved kroniske lidelser ofte behov for en vedvarende behandlingsindsats på tværs af de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet. Der stilles derfor særlige krav til samordning og koordination mellem aktører i flere sektorer i sundhedsvæsenet for at sikre gode forløb for borgere med en kronisk lidelse. I dag er der dog dokumentation for, at denne samordning ikke fungerer optimalt<sup>7 8</sup>.

Samlet set bør sundhedsvæsenet derfor anlægge et mere sammenhængende, længerevarende og helhedsorienteret og samtidig individuelt perspektiv på den enkelte borger med kronisk sygdom, og der er derfor brug for et paradigmeskifte i måden, hvorpå sundhedsvæsenet håndterer kroniske lidelser<sup>9</sup>. Det er netop i dette lys arbejdet med forløbsprogrammer skal ses.

I forhold til andre initiativer som eksempelvis patientforløbsbeskrivelser og referenceprogrammer lægges der i forløbsprogrammerne vægt på at sikre en kontinuerlig indsats på tværs af alle tre sektorer i sundhedsvæsenet – almen praksis, kommuner og hospitaler. Programmerne omhandler derved naturligt hele populationen med en given kronisk sygdom, hvorefter der kan defineres indsatser for undergrupper med særlige behov.

Programmerne skal medvirke til at sikre, at sundhedsvæsenet agerer proaktivt i forhold til borgere med kroniske lidelser. Denne proaktivitet skal blandt andet medvirke til, at det at forebygge progression i sygdommen og begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer bliver centralt. Samtidig skal der fokuseres mere på at understøtte borgere med kroniske sygdomme i at udøve egenomsorg og mestre livet med kronisk sygdom.

På den måde er forløbsprogrammerne netop en del af et paradigmeskifte, hvor sigtet med et forløbsprogram er at forbedre indsatsen i forhold til den samlede population med en given kronisk sygdom, og samtidig sikre en optimal og individuelt tilpasset indsats til den enkelte patient.

---

<sup>7</sup> Kronisk Sygdom – Patient, Sundhedsvæsen og Samfund. Forudsætninger for det gode forløb. Sundhedsstyrelsen 2005.

<sup>8</sup> Olesen, Frede & Vedsted, Peter (2006), "Kronikermodellen og Risikostratificering" i Månedsskrift for praktisk lægegerning, april 2006, 84. årgang, s. 357-368.

<sup>9</sup> Ibid.

## 2.1 Forløbsprogram for hjertekarsygdom

Hjertekarsygdom er en samlet betegnelse for en række sygdomme i hjertet og karsystemet. Det vil ikke være muligt at lave ét forløbsprogram for hjertekarsygdom. Det vil derimod være relevant at lave en række forskellige forløbsprogrammer for forskellige afgrænsede hjertekarsygdomme – og med forskelligt fokus på f.eks. tidlig opsporing eller rehabilitering.

Hjertekarpatienter kan overordnet grupperes i følgende fem grupper<sup>10</sup>:

- Patienter med akut symptomgivende iskæmisk hjertesygdom – i praksis patienter med AKS
- Patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom
- Patienter med hjertesvigt
- Patienter med åreforkalkning i benene
- Apopleksi.

Det giver bedst faglig mening at lave flere forskellige forløbsprogrammer. Der sættes i første omgang fokus på den delmængde af patienter med kronisk hjertekarsygdom, som har oplevet en akut forværring i form af *akut koronart syndrom (AKS)*, der omfatter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe. Dette forløbsprogram har særlig fokus på rehabiliteringsindsatsen overfor denne patientgruppe. Efterfølgende vil der blive udarbejdet forløbsprogrammer for andre delmængder af patientpopulationen. Rehabiliteringsindsatsen i fase 2 og 3 vil være den samme for mange typer af hjertekarpatienter, hvorfor rehabiliteringsindsatsen for patienter med AKS (med mindre justeringer) vil kunne fungere som standard for rehabilitering af andre grupper af hjertekarpatienter.

Mindst 300.000 personer i Danmark lever med hjertekarsygdom<sup>11</sup>. Hjertekarsygdom er det sygdomsområde, der er årsag til flest indlæggelser og sengedage i Danmark. Hvert år indlægges mere end 125.000 voksne danskere med hjertekarsygdom. De tegner sig for 145.000 indlæggelser, da der er mange genindlæggelser, og mere end 400.000 sengedage om året. En stor del af de personer, som lever med hjertekarsygdom har alvorlige fysiske, psykiske og sociale følger af sygdommen. Hjerteforeningen skønner, at mindst 25.000 patienter årligt har brug for at få vurderet behovet for hjertekarrehabilitering<sup>12</sup>.

Nærværende program er tænkt som en fælles minimumsstandard for Region Midtjylland. Standarden vil allerede være en realitet nogle steder, mens den andre steder vil være en vision, der kan arbejdes hen imod. Der er forsøgt opnået et detaljeringsniveau, som giver en reel ramme og vejledning til indhold, så det også

---

<sup>10</sup> Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen, Netværk af forebyggende sygehuse og Hjerteforeningen, 2007.

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Ibid.

efter lokal implementering er tydeligt, at der er tale om en fælles standard for Region Midtjylland – men med plads til tilpasning til lokale forhold.

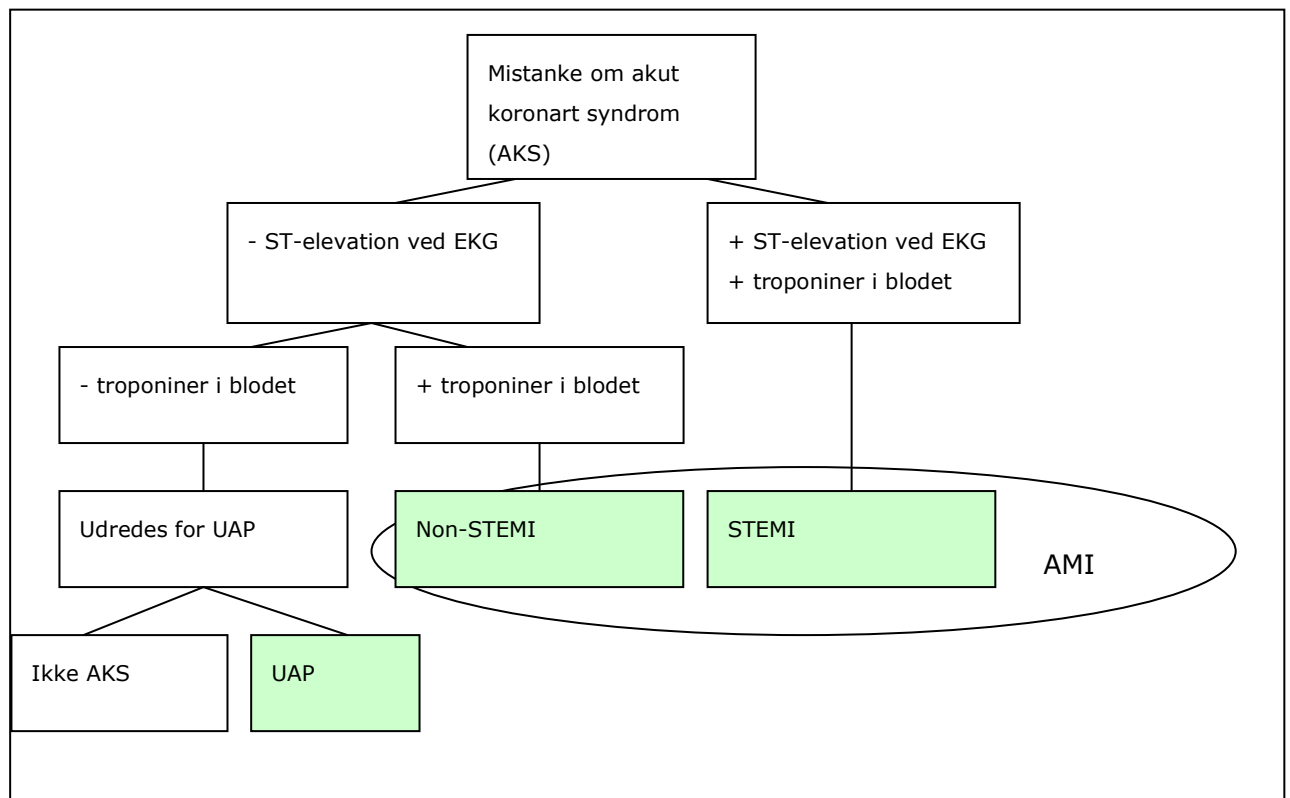
### 3. Målgruppe

#### 3.1 Forløbsprogram for akut koronart syndrom

Akut koronart syndrom (AKS) kan opdeles i ustabil hjertekrampe (UAP) og blodprop i hjertet (AMI), der igen opdeles i Non-STEMI og STEMI (Se figur 1.).

Ved akutte bryst smerter er der mistanke om akut koronart syndrom (AKS). Patienten får foretaget et elektrokardiogram (EKG), der viser, om patienten har en stigning i ST-stykket på elektrokardiogrammet samt en blodprøve til påvisning af troponin niveau.

- Findes en stigning i ST-stykket samt forhøjet troponin-koncentration i blodet, diagnosticeres patienten med STEMI (AMI med ST-elevation)
- Findes troponin i blodet men ingen stigning i ST-stykket, diagnosticeres patienten med Non-STEMI (AMI uden ST-elevation)
- Findes hverken ST-stigning eller forhøjet troponin-koncentration i blodet foretages en udredning for anden årsag til det kliniske billede. Hvis der ikke er anden årsag (f.eks. muskelsmerter, galdesten etc.), eller det er oplagt, at billedet skyldes hjerteiskæmi, betegnes det som ustabil angina pectoris (UAP).



Figur 1. Illustration af identificering af målgruppen for forløbsprogram for AKS (blodprop i hjertet og svær hjertekrampe).

Begrundelsen for at vælge AKS er, at:

- Det er en relativt hyppig sygdom (incidensen i Region Midtjylland i 2007 var 2.621)<sup>13</sup>
- Der er solid evidens for effekten af systematisk hjerterehabilitering samt af visse enkeltelementer i hjerterehabilitering
- Elementerne i hjerterehabilitering tilbydes allerede flere steder, men dele af patientforløbet varierer meget mellem forskellige hospitaler/kommuner/ praktiserende læger
- Mange patienter med AKS tilbydes eller gennemfører i dag ikke hjerterehabilitering
- Mange patienter med AKS følger ikke den anbefalede behandling
- Det vurderes relevant og realistisk at sætte en fælles minimumsstandard og udbrede tilbuddene
- Forebyggelse, behandling og rehabilitering af sygdommen berører kommuner, praktiserende læger og hospitaler, og for at sikre et hensigtsmæssigt forløb er det nødvendigt med en klar beskrivelse af ansvarsområde, samarbejde, snitflader og overgange mellem de forskellige sektorer.

### 3.2 Diagnosekoder

Målgruppen er defineret ved diagnosekoder anvendt i almen praksis (ICPC-koder) og hospitalssektoren (ICD10-koder) (Se tabel 1.).

**Tabel 1. Diagnosekoder for målgruppen akut koronart syndrom**

	AMI	UAP
ICPC-koder	K75	K74
ICD10-koder	I21.0-I21.9	I20.0

---

<sup>13</sup> Specialkørsel, Statens Institut for Folkesundhed. Estimat ud fra diagnosekoder (I21.0-I21.9 og I20.0) fra sygehusindlæggelser udtrukket fra Landspatientregistret.

## 4. Ansvars- og opgavefordeling

### Hjerterehabiliteringens faser og aktører

European Society of Cardiology (ESC) har valgt at inddele hjerterehabiliteringsforløbet i tre faser:

- Fase 1 er den akutte behandling af patienter med AKS indtil udskrivelsen
- Fase 2 er fra udskrivelsen indtil patienten er tilbage i erhverv eller er blevet i stand til at klare hverdagens aktiviteter; fase 2 er identisk med den tidlige intensive hjerterehabiliteringsfase
- Fase 3 er den sene opfølgingsfase og vedligeholdelsesfase.

Det optimale rehabiliteringsforløb indeholder de elementer, som ses i nedenstående<sup>14</sup>:

**Table 2. Faserne i hjerterehabiliteringen**

Fase 1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnose og prognostiske procedurer</li><li>• Akut behandling</li><li>• Visitation til efterbehandling (rehabilitering)</li><li>• Patientinformation, vejledning og -undervisning</li></ul>
Fase 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Optimering af symptomatisk behandling</li><li>• Vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling</li><li>• Fysisk træning</li><li>• Psykosocial støtte</li><li>• Livsstilsintervention (rygning, kost, motion)</li><li>• Patientinformation, vejledning og -undervisning</li></ul>
Fase 3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling</li><li>• Vedligeholdelse af ændringer i livsstil</li><li>• Patientinformation, vejledning og -undervisning</li></ul>

Forebyggelse og sundhedsfremme er lige så vigtigt som behandling. I denne sammenhæng indebærer 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.

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. Påørende har også et

---

<sup>14</sup> Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen, Hjertereforeningen og Netværk af forebyggende sygehuse 2007.

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 pårørendes 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.

De sundhedsfaglige aktører er beskrevet nedenfor.

#### 4.1 Ansvarsfordeling

Der kan laves en opdeling ift. lægefagligt ansvar, som i de forskellige faser ligger hos hospitalslæger eller praktiserende læger og inkluderer ansvar for at sikre, at patienten bliver henvist til relevante tilbud. Derudover kan der opdeles ift. organisatorisk ansvar, forstået som ansvar for at sikre, at tilbuddet er til stede.

**Tabel 3. Opdeling efter lægefagligt ansvar**

Fase 1: Hospital
Fase 2: Hospital (når rehabiliteringsforløbet foregår på hospital) eller eventuelt praktiserende læge (når patienten ikke rehabiliteres på hospital og er afsluttet på hospital med besked til praktiserende læge om ansvarsoverdragelse)
Fase 3: Praktiserende læge (når rehabiliteringsforløbet foregår i kommunen) eller hospital (ved fortsat tilknytning til ambulatoriet)

**Tabel 4. Opdeling efter organisatorisk ansvar**

Fase 1: Hospital
Fase 2: Hospital (når rehabiliteringsforløbet foregår på hospital) eller kommunen (når rehabiliteringsforløbet foregår i kommunen)
Fase 3: Kommunen (når rehabiliteringsforløbet foregår i kommunen) eller hospital (ved fortsat tilknytning til ambulatoriet)

#### 4.2 Opgavefordeling

Fase 1 ligger altid i hospitalsregi. Fase 2 ligger som hovedregel i hospitalsregi – begrundet i evidens, sikkerhedsmæssige hensyn under den fysiske træning samt tilstedeværelse af faglig ekspertise. Dele af fase 2 kan også foregå i kommunalt regi i et samarbejde med kardiologisk hospitalsafdeling – såfremt den nødvendige faglighed er til stede i kommunen. Fase 3 ligger som hovedregel i kommunalt regi, men der vil kunne forekomme patienter, der fortsat er tilknyttet ambulatoriet.

**Table 5. Actors in the cardiac rehabilitation process for patients with ACS**

	Fase 1 - dage	Fase 2 – uger til måneder	Fase 3 – måneder til år
Aktører	Akut hjerteafsnit Invasive hjertecentre Kardiologer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hospitalsbaseret hjerterehabiliteringsafsnit med kardiolog</li><li>• Praktiserende læge</li><li>• Kommunale tilbud</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Praktiserende læge</li><li>• Kommunale tilbud</li><li>• Hospitalsambulatorium</li><li>• Patientforeninger/klubber</li></ul>
Organisatorisk ansvar*	Hospital	Hospital eller kommune – evt. skiftes sektor (og ansvar) i løbet af fasen	Kommune eller hospital
Lægefagligt ansvar*	Hospital	Hospital eller praktiserende læge	Praktiserende læge eller hospital

\* Hvor flere aktører er nævnt, indikerer rækkefølgen, hvem der oftest vil have ansvaret.

# 5. Sundhedsfaglig indsats

## 5.1 Indledning

Dette kapitel om den sundhedsfaglige indsats tager i høj grad afsæt i publikationen *Hjerterehabilitering på danske sygehuse* fra 2004. Heri er evidensen vedrørende de enkelte elementer i hjerterehabilitering gennemgået. Evidensen bygger på hospitalsbaseret rehabilitering, og en evt. ændring af opgavefordelingen mellem sektorer (som følge af strukturreformen og af hensyn til geografisk nærhed) vil nødvendiggøre en evaluering af indsatsen.

### Indhold i hjerterehabilitering

Et hjerterehabiliteringsprogram bør omfatte:

- at der under den akutte indlæggelse gennemføres en systematisk vurdering af alle patienter med AKS med henblik på forebyggelse af tilbagefald og tilrettelæggelse af et individuelt tilpasset rehabiliteringsprogram (ud fra et standard rehabiliteringsprogram)
- at sikre bedst mulig behandling, herunder invasiv behandling
- at identificere modificerbare risikofaktorer, således man gennem livsstilsændringer og medicinsk behandling kan hæmme progressionen af den tilgrundliggende sygdom
- at motivere patienten til at foretage varige ændringer i den eksisterende livsstil hen mod et hjertemæssigt sundere liv
- at skabe mulighed for at fastholde og om muligt forbedre patientens fysiske, psykosociale og erhvervsmæssige funktionsniveau
- at sikre, at der gennem samarbejdsaftaler etableres en effektiv rehabiliteringsindsats, også selv om patienten i den akutte fase behandles på flere hospitaler
- at sikre, at rehabiliteringsindsatsen fortsætter i forbindelse med overgang mellem sektorer.

Et hjerterehabiliteringsprogram bør omfatte et samlet og velkoordineret tilbud om en indsats, der omfatter følgende delelementer:

- Social differentiering
- Tidlig opsporing
- Diagnostik, udredning og behandling
- Visitation til og planlægning af et individuelt program
- Patientinformation og undervisning
- Rygeophør
- Kostvejledning
- Fysisk træning
- Psykosocial omsorg.

Rehabiliteringsforløbet understøttes af den omsorg sundhedsprofessionelle, patient og pårørende yder (professionel støtte, egenomsorg og social støtte). Støtte til egenomsorg er en integreret del af alle de ovenstående punkter.

### **Egenomsorg**

Egenomsorg er et udtryk for individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykosociale konsekvenser samt forandringer i levevis, som følger med at leve med en kronisk sygdom. Egenomsorg omfatter også evnen til at monitorere sin tilstand og effektuere kognitive, adfærdsmæssige og emotionelle reaktioner, som er nødvendige for at opretholde en tilfredsstillende livskvalitet. Der etableres herigennem en dynamisk og kontinuerlig selvreguleringsproces<sup>15</sup>.

Sundhedsfremmetankegangen, som er beskrevet i afsnit 5.3 Sundhedsbegreb, understøtter udviklingen af egenomsorg.

Tilbuddet i hjerterehabiliteringen tager udgangspunkt i et standardprogram men skal tilrettelægges individuelt på baggrund af patientens behov og ressourcer i relation til de enkelte elementer. Indsatsen skal være baseret på et tværfagligt og tværsektorielt koordineret forløb.

## **5.2 Pædagogisk tilgang**

I det følgende beskrives den overordnede pædagogiske tilgang til patienter med AKS og pårørende gennem hele forløbet fra tidlig opsporing og behandling til rehabilitering.

### **Formål**

Pædagogik kan overordnet betragtes som facilitering af forandrings- og læringsprocesser. Læring kan beskrives som: *"[en identificérbar] forskel ved tilegnelse af færdigheder og kundskaber, erhvervelse af motoriske færdigheder, adfældsændringer, holdningsændringer og følelsesreaktioner i tilknytning til visse foreteelser"*<sup>16</sup>. Det at blive ramt af kronisk sygdom medfører behov for, at både patienten og de pårørende tilegner sig viden, holdninger og færdigheder for at kunne håndtere den nye livssituation med de udfordringer, der følger med – fysisk, psykisk, åndeligt og socialt. I hele hjertepatientens forløb – fra tidlig opsporing over indlæggelse, behandling og rehabilitering – er pædagogiske aktiviteter i form af information, undervisning og vejledning derfor centrale. Det er imidlertid afgørende at være opmærksom på, at der ikke er en lige forbindelse mellem undervisning og læring. Det betyder, at patienter ikke uvilkårligt lærer, fordi de undervises, men at de har mulighed for det. Det vil sige, at de sundhedsprofessionelle må tilrettelægge

---

<sup>15</sup> Forløbsprogram for kronisk sygdom. Generisk model, Sundhedsstyrelsen 2007

<sup>16</sup> Hermansen, M: *Læringens Univers*. Århus: Forlaget KLIM; 2005

information, vejledning og undervisning så godt som muligt ud fra relevante didaktiske overvejelser<sup>17</sup>. Didaktik handler i en bred forståelse af begrebet om teori om undervisningsplanlægning<sup>18</sup>.

Mange patienter med AKS tilrådes at forandre dele af deres hidtidige livsstil. I den forbindelse er der – udover en generel pædagogisk tilgang – også behov for en specifik sundhedspædagogisk tilgang. Sundhedspædagogik forstået som: *”Pædagogik, der formidler viden om forebyggelse og sundhedsfremme mellem professionelle og patienter [ ] og dermed fremmer sundhedsrelaterede aktiviteter”*<sup>19</sup>. En sådan tilgang har til formål at fremme patientens og de pårørendes handlekompetence forstået som vilje og evne til at træffe sunde valg og til at tage ansvaret for eget liv<sup>20</sup>.

Handlekompetence kan fremmes gennem dialogbaseret individuel vejledning og holdundervisning med udgangspunkt i patientens og de pårørendes egne mål. Dette indebærer, at det sundhedsfaglige personale på den ene side formidler og fastholder, hvad der er evidens for er den sundeste livsstil, og på den anden side fastholder fokus på respekten for den enkeltes autonomi<sup>21</sup>.

### **Evidens**

Der kan peges på positive effekter af patientundervisning, men der mangler dokumentation for en række effektmål. Dette skyldes delvist, at pædagogiske sammenhænge er kontekstafhængige, og dermed vanskeligt reproducérbare, men det skyldes også mangelfuld beskrivelse og evaluering af eksisterende patientuddannelses tilbud<sup>22</sup>.

### **Indhold**

Gennemgående må indholdet i information, vejledning og undervisning altid afpasses efter situationen og den enkeltes modtagelighed på det givne tidspunkt i de enkelte faser i hjerterehabiliteringen. Til klinisk brug har man udviklet en ”model for ændringsprocessen” (se nedenfor). Modellen illustrerer vigtigheden af altid at afdække, hvor modtagelig patienten er. De fleste mennesker gennemgår den såkaldte ”motivationscirkel” flere gange, før det lykkes dem at ændre adfærd, men modellen kan anvendes i hjerterehabiliteringsundervisning til at vælge den rette indsats på et givet tidspunkt:

---

<sup>17</sup> Helleshøj H: Sygeplejefagets pædagogiske dimension I: Lyngaa J. ed. *Sygeplejefag – refleksion og handling*. 2. udg. København: Munksgaard; 2002

<sup>18</sup> Egelind, S: Patientundervisning I: Hounsgaard L., Eriksen J.J., ed. *Læring i Sundhedsvæsenet*. 1. udg. 3. opl. København: Gyldendal Uddannelse; 2006

<sup>19</sup> Sundhedsstyrelsen: Patientskoler og gruppebaseret undervisning. København; 2005

<sup>20</sup> Saugstad, T: Sundhedspædagogiske overvejelser I: *Sundhedspædagogik for praktikere*. København: Munksgaard; 2005

<sup>21</sup> Voss, TT (2007): Sundhedspædagogik – i bevægelse mod livsstilsforandringer I: *Klinisk Sygepleje*. 21. årg. Nr. 4. S. 56-64

<sup>22</sup> Sundhedsstyrelsen: Patientskoler og gruppebaseret undervisning. København; 2005

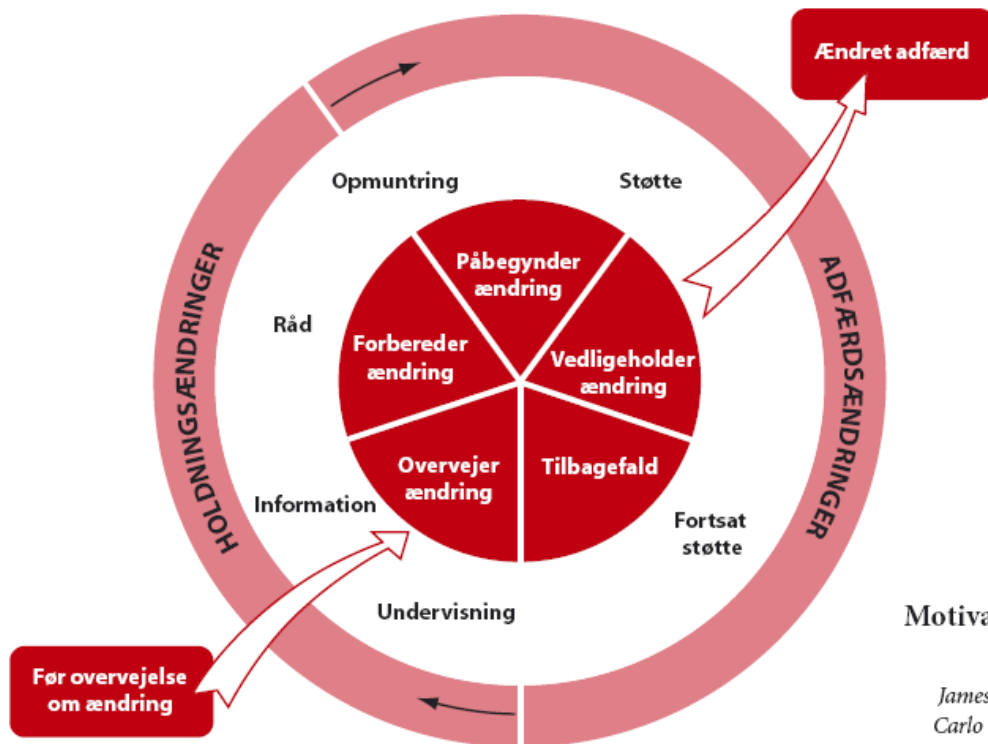


Fig 4.1  
Motivationscirklen

James O. Prochaska  
Carlo C. DiClemente

De sundhedsprofessionelle har ansvaret for at tilrettelægge og udføre de pædagogiske aktiviteter i samarbejde med patienten og de pårørende, så disse i størst muligt omfang forstår, accepterer og medvirker i behandling, pleje og rehabilitering. Dette indebærer didaktiske overvejelser i forhold til:

- Mål for hvad patienten og de pårørende med fordel kan og ønsker at nå – kognitivt, adfærdsmæssigt og emotionelt
- Patientens og de pårørendes forudsætninger, motivation og ressourcer – generelt og i den aktuelle situation
- Rammer, metoder og evaluering<sup>23</sup>.

Der er forskellige overordnede forudsætninger for pædagogisk aktivitet i de tre faser af hjertepatientens forløb, hvilket må afspejles i den didaktiske planlægning.

<sup>23</sup> Egelind, S: Patientundervisning I: Hounsgaard L., Eriksen J.J., ed. *Læring i Sundhedsvæsenet*. 1. udg. 3. opl. København: Gyldendal Uddannelse; 2006

### **Fase 1**

Fase 1 er ofte præget af et akut forløb. Der sker meget nyt for patienten på få dage, og derfor er kortfattet, klar og gentaget information og vejledning om behandlingstiltag, træning og pleje mest hensigtsmæssigt<sup>24</sup>. Informationen bør være standardiseret og overvejende 1:1. Informationen gives både mundtligt og skriftligt.

### **Fase 2**

Den rehabiliterende del af forløbet for patienter med AKS starter allerede i fase 1, men intensiveres i fase 2, hvor patienten er udskrevet fra hospitalet. På dette tidspunkt er patienten og de pårørende oftest begyndt at bearbejde oplevelserne fra indlæggelsen, og er dermed bedre i stand til at modtage information og indgå i læreprocesser. I denne fase vejledes og undervises i en række temaer, som beskrives nærmere i afsnit 5.7 og 5.10.

Som udgangspunkt tilbydes patient og pårørende en individuel indledende samtale, hvor resten af rehabiliteringsforløbet planlægges. Undervisningen kan organiseres som holdtilbud, hvor det sociale potentiale i gruppebaseret undervisning kan udnyttes<sup>25</sup>. Der må også kunne gives tilbud om individuelle forløb (Jf. afsnit 5.4 Socialt differentieret indsats). Den fysiske træning tilrettelægges som holdtilbud.

Vejledning og undervisning i denne fase er diagnosespecifik og overvejende medicocentreret med elementer af mere psykosocial art<sup>26</sup>. Afklaring af ambivalens og støtte til at styrke motivationen for forandring er væsentlige pædagogiske indsatsområder<sup>27</sup>.

### **Fase 3**

Livsstilsforandringer viser sig ofte vanskelige for patienterne at fastholde på længere sigt i deres hjemlige kontekst, da hverdagslivets praksisser er forankret både i krop, biografi og i sociale relationer<sup>28</sup>. I denne fase må den sundhedspædagogiske indsats derfor rettes mod fortsat at støtte patienten med AKS og de pårørende i at fastholde / foretage de ønskede livsstilsforandringer. Indsatsen kan foregå som en kombination af holdundervisning og individuelle samtaler<sup>29</sup>. Vejledning og undervisning kan dels rumme medicocentrerede elementer af mere generel art og dels psykosocialt orienterede elementer med fortsat fokus på udvikling og styrkelse af

---

<sup>24</sup> Mach-Zagall, R: Indsigt i almene læreprocesser I: *Sundhedspædagogik for praktikere*. København: Munksgaard; 2005

<sup>25</sup> Sundhedsstyrelsen: Patientskoler og gruppebaseret undervisning. København; 2005

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> Miller, WR, Rollnick, S: *Motivations samtalen*. København: Hans Reitzels Forlag; 2002

<sup>28</sup> Grøn L: *Winds of change, bodies of persistence*. PhD. thesis. Department of Anthropology and Ethnography. University of Aarhus & Department of Health, Vejle County; 2004.

<sup>29</sup> Midtvejsevaluering Sundhedscenter Århus, Center for Kvalitetsudvikling og Center for Folkesundhed 2008.

handlekompetence i patientens og de pårørendes hverdagsliv. Fysisk træning tilrettelægges som holdtilbud. Endelig er der i denne fase mulighed for at tilbyde praktisk færdighedstræning<sup>30</sup>.

### **Anbefalinger**

Patientundervisning anbefales generelt som en del af tilbuddet til patienter med AKS. Sundhedsstyrelsen anbefaler en flersidet tilgang med formidling af viden, træning af praktiske færdigheder og interaktiv undervisning med involvering af deltagerne. Anbefalingerne er i overensstemmelse med rehabiliteringstankegangen, hvor borgeren skal have indflydelse på indholdet og mulighed for at opøve evnen til problemløsning samt styrke troen på at kunne opnå et bestemt mål (self-efficacy).

For at patienten med AKS og de pårørende kan opnå læring herunder handlekompetence gennem den tilbudte information, vejledning og undervisning, bør de sundhedsprofessionelle – udover relevant faglig specialviden – have opdaterede pædagogiske kompetencer indenfor didaktik; læringsteori og forandringsprocesser.

## **5.3 Sundhedsbegreb**

I 1948 udarbejdede WHO en definition af begrebet sundhed, som *en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke alene fravær af sygdom eller svækkelse*.

Af WHO's sundhedsprogram *Sundhed for alle* fremgår, at sundhedssektorerne i medlemslandene har stor *tendens til at fokusere på sygdom og nedprioritere sundhedsfremme, forebyggelse og revalidering* (WHO i 1998).

WHO's definition af sundhed indeholder to forskellige dimensioner af sundhedsbegrebet, nemlig begreberne forebyggelse og sundhedsfremme. Forebyggelse defineres som fravær af sygdom i objektiv forstand, mens sundhedsfremme defineres som tilstedeværelse af velbefindende i mere subjektiv forstand. Mål og midler i sundhedsfremme og forebyggelse er således forskellige, men det er vigtigt at arbejde sundhedsfremmende, også når man forebygger<sup>31</sup>.

Aron Antonovsky, der er medicinsk sociolog, har forsket i, hvad der kan virke sundhedsfremmende. Han har fokuseret på, hvorfor nogle mennesker - på trods af stressorer - holder sig raske, hvor andre bliver syge. Han kalder det salutogenese, modsat den traditionelle biomedicinske tilgang, patogenese, som beskæftiger sig med, hvorfor folk bliver syge.

---

<sup>30</sup> Sundhedsstyrelsen: Patientskoler og gruppebaseret undervisning. København; 2005.

<sup>31</sup> Torben K. Jensen og Tommy J. Johansen, "Sundhedsfremme i teori og praksis", 2000.

Han har dokumenteret, at *oplevelsen af sammenhæng* er et centralt element, der har stor indflydelse på, om man har et godt helbred. *Oplevelsen af sammenhæng* består af komponenterne *begribelighed*, *håndterbarhed* og *meningsfuldhed*. Disse tre komponenter kommer af læreprocesser gennem livet<sup>32</sup>.

Læreprocesser	→	Oplevelsen af sammenhæng
Forudsigelighed	→	Begribelighed
Belastningsbalance	→	Håndterbarhed
Delagtighed/deltagelse	→	Meningsfuldhed

I mødet med patienten giver ovenstående mulighed for dels at forstå patienters forskellige forudsætninger for egenomsorg såvel som mulighed for – gennem forudsigelighed, afbalancerede udfordringer og deltagelse – at styrke patientens evne til egenomsorg.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at en forbedret indsats for borgere med kronisk sygdom tager udgangspunkt i den såkaldte kronikermodel<sup>33</sup>. Modellen forudsætter, at der er interaktion mellem en *informeret og aktiv patient* og et *velforberedt og proaktivt behandler-team*. God egenomsorg spiller en væsentlig rolle for patientens mulighed for at agere som en informeret og aktiv patient.

### Fase 1 - Forebyggelse

I den akutte fase ligger hovedvægten på den specialiserede sygdomsspecifikke behandling, undersøgelse og medicinering. Den indeholder aktiviteter, der kræver medvirken på speciallægeniveau, af specialiseret tværfaglighed og tilstedeværelse af hospitalsudstyr. I denne fase, hvor patienten er meget syg og har få ressourcer, er den biomedicinske tilgang, patogenese, naturlig. Med andre ord er der primært fokus på at forebygge en forværring af sygdommen.

### Fase 2 - Bevægelse fra forebyggelse til sundhedsfremme

I denne fase skal der fortsat arbejdes med forebyggelse og redskaber til selvmonitorering. Når det akutte forløb er overstået, og patienten er stabiliseret, arbejdes der med en glidende overgang over mod en mere sundhedsfremmende

<sup>32</sup> Aron Antonovsky, "Helbredets mysterium", 1. udgave, 6. oplag, Hans Reitzels Forlag 2000.

<sup>33</sup> Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund, Sundhedsstyrelsen 2005.

tilgang, salutogenese. Rehabiliteringstilbud skal tilrettelægges sådan, at det giver en følelse af sammenhæng for patienten.

Livsstilsrelaterede sygdomme kan medføre en meget lav selvtillid og følelse af, at omverdenen mener, patienterne selv er skyld i deres sygdom. Patienterne har ofte haft mange nederlag og har nu brug for at opleve sejre. Derfor skal de have støtte til at opstille deres egne mål for vane- og livsstilsændring på en sådan måde, at der er fokus på fællesmængden mellem patients og fagpersons ekspertise (fagpersonen er ekspert på det faglige, og patienten er ekspert på det daglige). Dette udfordrer fagpersoner ift. at medtænke patientens kultur og kontekst, så de er åbne overfor individuelle variationer i værdier, mål og livsbetingelser. Målene skal være af en sådan karakter, at der er mulighed for at opnå små, sikre, synlige sejre. Herved styrkes selvtillid og evne til egenomsorg<sup>34 35</sup>.

Patienten bliver i løbet af denne periode igen til borger og får gradvist gennem undervisning, vejledning og træning redskaber til at komme i gang med livet igen. Mange begynder desuden at arbejde igen i løbet af perioden.

### **Fase 3 - Sundhedsfremme**

Da borgeren fortsat er kronisk syg, skal kontroller hos lægen overholdes, ligesom borgeren fortsat skal opmuntres til at fastholde den nye sundere livsstil og sit fokus på sundhed, så borgeren ikke fastholdes i patientrollen. Dette både af hensyn til borgeren selv og familien/netværket.

Kommunerne sikrer, at der er sundhedsfremmende tilbud til borgernes rådighed. Det kan være i kommunalt, privat, frivilligt eller foreningsmæssigt regi. Der er et fortsat fokus fra alle aktører på at arbejde sundhedsfremmende.

### **Anbefaling**

Når det akutte forløb er overstået, anbefales det at hjælpe patienten til at flytte fokus fra sygdom til sundhed, samtidig med hjælp til at opstille mål, gives information/vejledning, støtte og konkret træning, således patienten igen kan få "styrepinden" tilbage. For at støtte fastholdelse af nye vaner og livsstil, kan det anbefales at sikre tilbud om opfølgning over tid. For mange patienter vil det være en stor støtte, at få hjælp og vejledning i, hvor og hvordan den fortsatte træning mest hensigtsmæssigt kan finde sted i nærheden af bopælen.

---

<sup>34</sup> Steen Wackerhausen, "Et åbent Sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme".

<sup>35</sup> Philosophia 1994: Sundhedsbegreber teori og praksis redigeret af Uffe Juul Jensen og Peter Fuur Andersen.

Herudover kan det anbefales, at patienten fortsat kan kontakte sundhedsfaglige personer, f.eks. den hidtidige kontaktperson fra rehabiliteringsforløbet, i perioder hvor det er vanskeligt at fastholde de nye vaner. Her kan mulighed for brush-up forløb eller individuel samtale være en god hjælp.

### Øvrige referencer

[www.improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org)

Jensen, BB. "Handlekompetencer, sundhedsbegreber og sundhedsviden" i Hounsgaard L., Eriksen JJ. eds. "Læring i sundhedsvæsenet", 2000.

## 5.4 Socialt differentieret indsats

### Formål

Det er dokumenteret, at lav social klasse, få år i uddannelsessystemet eller manglende erhvervsuddannelse øger risikoen for at få en hjertekarsygdom og dø af den. Personer med kort uddannelse har tillige dårligere prognose efter blodprop i hjertet<sup>36 37</sup>. De har således højere dødelighed efter udskrivelsen og større risiko for fornyet blodprop end patienter, der er højt uddannede. Også mennesker, der lever alene, mangler social støtte, oplever belastninger i livet eller mangler fortrolige i deres sociale netværk, har en dårligere prognose efter blodprop i hjertet<sup>38 39 40</sup>.

Lavt uddannede patienter, enlige patienter der oplever depression eller har flere sygdomme har samtidig laveste tilslutning og gennemførelsesgrad i hjerterehabilitering<sup>41</sup>. Det kan dog lade sig gøre at rekruttere og fastholde lavt uddannede og belastede patienter ved intensiveret, systematisk visitation og individuelt tilrettede tilbud<sup>42</sup>. Det har stor betydning for disse patienters hjertesundhed at blive fastholdt gennem rehabiliteringsforløbet. Der foreligger dog ikke kontrollerede interventionsundersøgelser, som har vist klinisk effekt af social differentiering af

---

<sup>36</sup> Rasmussen JN, Rasmussen S, Gislason GH, Buch P, Abildstrøm SZ, Køber L, et al. Mortality after acute myocardial infarction according to income and education. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;**60**(4):351-6.

<sup>37</sup> Tonne C, Schwartz J, Mittleman M, Melly S, Suh H, Goldberg R. Long-Term Survival After Acute Myocardial Infarction Is Lower in More Deprived Neighborhoods. *Circulation* 2005;**111**:3063-70.

<sup>38</sup> Nielsen KM, Faergeman O, Larsen ML, Foldspang A. Danish singles have a twofold risk of acute coronary syndrome: data from a cohort of 138290 persons. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007;**2006**(60):721-8.

<sup>39</sup> Ickowics JR, Viscoli CM, Horwitz RI. Functional Recovery after Myocardial Infarction in Men: The Independent Effects of Social Class. *Annals of Internal medicine* 1997;**127**:518-25.

<sup>40</sup> Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cordon M, Costa G, Hardiong S, et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology* 2003;**32**:830-7.

<sup>41</sup> Jackson L, Leclerc L, Erskine Y, Linden W. Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors. *Heart* 2005;**91**:10-4.

<sup>42</sup> Meillier, LM *I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret hjerterehabilitering*. Center for Folkesundhed. Region Midtjylland 2007. (Tilhørende manual. Center for Folkesundhed og Hjerteforeningen 2007).

hjerterehabilitering i disse grupper. Det skal derfor vurderes, om der er behov for et udvidet tilbud i hjerterehabiliteringen ved en indledende individuel konsultation.

## **Indhold**

### *Systematisk visitation, standardtilbud og udvidet tilbud*

Det anbefales, at alle rehabiliteringsenheder ud over et standard rehabiliteringstilbud også har et udvidet rehabiliteringstilbud til udsatte patienter:

- Alle indlagte patienter får et tilbud om en indledende individuel samtale i et integreret hjerterehabiliteringsforløb indenfor de første to uger efter udskrivelsen. Ved den indledende samtale vurderes det, om patienten kan deltage i standardtilbud eller udvidet tilbud
  - *Standard:* Patienter med mere end faglært uddannelse, og som har en fast samlever, tilbydes et 12 ugers fase 2 rehabiliteringsforløb på hospital
  - *Udvidet:* Patienter med lav erhvervsuddannelse og/eller enlig samlivsstatus eller med andre individuelle belastninger, tilbydes ud over standard undervisningsforløb mulighed for 1-2 individuelt opfølgende samtaler ved sygeplejerske og ifølge med ægtefælle eller nær ven; i tilfælde af at standard undervisningsforløbet er gruppebaseret, og patienten ikke ønsker at indgå heri, erstattes gruppeprogrammet med 3-4 individuelle samtaler efter behov med sygeplejerske, fysioterapeut og klinisk diætist
- Patienter tilknyttes en kontaktperson/-team<sup>43</sup>, der er ansvarlig for formidling af patientens situation og handlinger mellem faggrupper og mellem sektorer
- Patienter, der udebliver fra undervisningsforløbet, kontaktes af kontaktpersonen/-teamet med henblik på opfordring til deltagelse; ved gentagne udeblivelser fra gruppeforløb eller ved vanskeligheder med at deltage i et sådant, henvises patienten til fortsat rehabilitering med individuelle samtaler

## **Anbefaling**

For at rekruttere og fastholde lavt uddannede og patienter, som oplever belastninger i livet ud over den akutte sygdom, anbefales det at alle rehabiliteringsenheder har et udvidet rehabiliteringstilbud til udsatte patienter. Patienter, der vurderes udsatte på grund af lav uddannelse, bor alene eller har sociale/psykiske belastninger efter blodprop i hjertet eller svær hjertekrampe, tilbydes ekstra individuel opfølgning.

## **5.5 Tidlig opsporing**

### **Formål**

Ved mistanke om akut koronart syndrom bør patienten hurtigst muligt og uden forsinkelse indlægges på nærmeste afdeling med kardiologisk ekspertise. Tidlig indsats ved akutte bryst smerter er af afgørende vigtighed<sup>44</sup>.

---

<sup>43</sup> Se bilag 2 for definition.

Derudover bør nære familiemedlemmer til patienter med tidligt opstået iskæmisk hjertekarsygdom (debut før 50 års alderen) og personer fra familier med arvelig dyslipidæmi tilbydes udredning og risikovurdering for iskæmisk hjertekarsygdom (se afsnit 5.6).

### **Hurtig reaktion ved smerter**

Tidlig opsporing af akut koronart syndrom drejer sig dels om patientens adfærd, dels om sundhedspersonalets adfærd ved henvendelser fra patienter med ondt i brystet.

Mht. patientens adfærd drejer det sig om oplysning om at ringe 112, kontakte vagtlægesystemet, skadestue og kommende akutklinikker eller praktiserende læge ved smerter i brystet og anden ubehag i brystet, der kan være forvarsel om akut koronart syndrom. Her er oplysningskampagner en mulighed.

Mht. sundhedspersonalets adfærd ved henvendelser om ondt i brystet handler det om at kunne skønne hvilke symptomer, der kræver akut ambulancefremsendelse og deraf følgende hurtig visitation vha. telemedicin. Dette skønnes aktuelt at fungere tilfredsstillende.

### **Anbefaling**

Oplysning (evt. ved kampagner) om at ringe 112, kontakte vagtlægesystemet, skadestue og kommende akutklinikker eller praktiserende læge ved smerter i brystet og anden ubehag i brystet.

Sundhedspersonalet skal være i stand til at kunne skønne hvilke symptomer, der bør foranledige akut ambulancefremsendelse og deraf følgende hurtig visitation vha. telemedicin.

## **5.6 Diagnostik, udredning og behandling**

### **Formål**

Behandling af patienter med akut koronart syndrom (AKS) tager sigte på såvel akut symptomlindring som prognoseforbedring med hensyn til morbiditet og mortalitet. Den generelle "straks" behandling er fælles for alle patienter med AKS syndrom og omfanget afhænger af symptomer. Den specifikke behandling tager sigte på at genåbne den okkluderede eller subokkluderede koronararterie. Valg af denne behandling træffes primært ud fra EKG-præsentation med ST-elevation eller non ST-elevation.

---

<sup>44</sup> Kliniske retningslinjer for forebyggelse af kardiovaskulær sygdom i Danmark, DCS vejledning, 2004.

### **Diagnostik og operativ behandling**

Diagnosen AKS stilles vha. elektrokardiogram og biomarkører. Oftest foretages desuden koronar CT eller koronararterieundersøgelse (KAG) og evt. behandling af betydende forsnævninger i koronararterier, enten ved ballonudvidelse oftest med stentanlæggelse (PCI), eller ved omkørselsoperation (bypass-kirurgi).

### **Symptomatisk og forebyggende medicinsk efterbehandling**

Formålet med den medicinske efterbehandling er at gøre patienten symptomfri og at forebygge forværring af den tilgrundliggende aterosklerotiske hjertesygdom.

Den medicinske efterbehandling omfatter langtidsbehandling med trombocytfunctions hæmmende midler, beta-receptorblokerende midler, ACE-hæmmere og statiner.

#### **Fase 1**

Den medicinske efterbehandling tilrettelægges allerede i den akutte fase og er en integreret del af hjerterehabiliteringsprogrammet, der bl.a. skal sikre, at patienten får den bedst mulige medicinske efterbehandling<sup>45</sup>.

Acetylsalisylsyrebehandling (ASA 75-150 mg dagligt) bør fortsætte livslangt hos alle, med mindre der er kontraindikationer. Clopidogrel 75 mg dagligt kan anvendes livslangt til patienter, der ikke tåler acetylsalisylsyre.

Desuden anvendes clopidogrel 75 mg dagligt i 12 måneder til alle patienter med AKS<sup>46</sup>.

Betareceptorblokerende behandling bør indledes så hurtigt som muligt, og bør gives livslangt til højrisikopatienter, til andre i mindst 2 år.

ACE-hæmmerbehandling bør indledes hurtigst muligt hos AKS patienter med nedsat systolisk funktion af venstre ventrikel (LVEF<45%) og/eller klinisk hjerteinsufficiens. Nyere undersøgelser tyder på, at patienter med iskæmisk hjertesygdom og normal venstre ventrikelfunktion også har forebyggende effekt af ACE-hæmmerbehandling. En række afdelinger har derfor valgt at iværksætte ACE-hæmmerbehandling til alle patienter efter AKS.

---

<sup>45</sup> Akut koronart syndrom, DCS vejledning, 2008.

<sup>46</sup> Antitrombotisk behandling ved kardiovaskulære sygdomme »Trombokardiologi«, DCS vejledning, 2007.

Statin-behandling mhp. lipidregulering bør iværksættes allerede under indlæggelsen til alle patienter med fastende totalcholesterol  $>3,5$  mmol/l. Den nødvendige biokemiske udredning samt diætbehandling bør iværksættes i forløbet.

n-3-fedtsyrer i form af fiskeoliekapsel indeholdende 1 g n-3-fedtsyrer kan overvejes påbegyndt allerede i fase 1.

## Fase 2

Formålet med den tidlige medicinske efterbehandling i fase 2 er at optimere den iværksatte behandling og vurdere muligheden for yderligere forebyggende tiltag<sup>47</sup>.

ASA-behandlingen fortsættes uændret. Betablokkerbehandling og evt. ACE-hæmmerbehandling optimeres under kontrol af nyrefunktion, blodtryk og hjertefrekvens, hvilket kræver regelmæssig monitorering.

Statin-behandling reguleres. Alle patienter bør tilbydes diætbehandling hos en klinisk diætist, og den samlede effekt bør kontrolleres ved fornyede målinger af faste-lipider.

Behandlingsmålene er totalcholesterol  $<4,5$  mmol/l og LDL-cholesterol  $<2,5$  mmol/l til patienter uden samtidig diabetes og totalcholesterol  $<4,0$  mmol/l og LDL-cholesterol  $<2,0$  mmol/l til patienter med samtidig diabetes.

Nyere undersøgelser peger på gavnlig effekt ved totalcholesterol  $<4,0$  mmol/l og LDL-cholesterol  $<2,0$  mmol/l hos alle patienter med AKS, så dette bør tilstræbes hvis muligt, uanset om patienten har samtidig diabetes eller ej<sup>48</sup>.

Hvis ikke behandlingsmålene nås med maximale dosis af et statin med dokumenteret effekt på kardiovaskulære events, kan behandlingen suppleres med et andet lipidsænkende præparat (fx. resiner, ezetimibe, nikotin-syre, fibrat; på recepten anføres "tilskud").

Hos patienter med meget høje kolesterolværdier (totalcholesterol  $>7,5$  mmol/l og/eller LDL-cholesterol  $>5,5$  mmol/l samt triglycerid  $<2,0$  mmol/l) bør man overveje tilgrundliggende familiær hyperkolesterolemie (FH) og mulighederne for genetisk rådgivning af familien.

n-3-fedtsyrer (fiskeolie eller fisk) har vist en forebyggende effekt hos patienter med iskæmisk hjertesygdom, og det tilrådes patienter at spise et stykke fed fisk daglig (laks, sild, makrel, hellefisk). Patienter, der ikke indtager fisk daglig, bør anbefales et

---

<sup>47</sup> Hjerterehabilitering på danske sygehuse, DCS vejledning, 2004.

<sup>48</sup> Kliniske retningslinier for forebyggelse af kardiovaskulær sygdom i Danmark, DCS vejledning 2004. Revideret 2008.

fiskeoliepræparat (indeholdende mindst 1 g n-3-fedtsyrer daglig), de dage hvor der ikke spises fisk.

Hypertensionsbehandling bør ligeledes optimeres mhp. blodtryk under 130/80 (jv. Nyeste restriktionslinjer fra ESC)<sup>49</sup>.

Diabetesbehandling optimeres mhp. at tilstræbe HgA1C <6,5%<sup>50</sup>.

### **Familiær hyperkolesterolæmi**

Personer med familiær hyperkolesterolæmi (FH) udgør en gruppe, der kræver særlig opmærksomhed. FH er en arvelig tilstand med svær isoleret hyperkolesterolæmi på baggrund af en mutation i genet for LDL receptoren eller apoB, hvorved lipidmetabolismen svækkes. I sin heterozygot form findes FH hos ca. 1 ud af 500, dvs. hos ca. 10.000 personer i Danmark. Ud over svært forhøjet plasma LDL-kolesterol ofte over 5,5 mmol/l og eventuelt kolesterolaflejringer i sener (xantomer) og hud (xantalasmata) er tilstanden karakteriseret ved tidlig forekomst af iskæmisk hjertekarsygdom, ofte i 30–50 års alderen hos ubehandlede<sup>51</sup>.

Tilfredsstillende kontrol af plasma LDL-kolesterol kan i dag opnås hos de fleste patienter med FH i heterozygot form med en kombination af fedtreduceret kost og omfattende kolesterolsænkende farmakologisk behandling. Der foreligger endvidere god dokumentation for, at tidlig diagnose og kolesterolsænkende behandling kan forsinke eller forhindre tidlig forekomst af iskæmisk hjertekarsygdom hos disse personer. FH er generelt asymptomatisk indtil debut af hjertekarsygdom. Det er derfor af største vigtighed, at individer med svær isoleret hyperkolesterolæmi ud over udredning med fokus på hjertekarsygdom og passende kolesterolsænkende behandling også får optegnet et familiestamtræ. Slægtninge bør tilbydes lignende udredning, så stamtræet indeholder så mange oplysninger om forekomst af hyperkolesterolæmi og iskæmisk hjertekarsygdom hos slægtninge som muligt. Ved en sådan familieopsporing identificeres de asymptomatiske slægtninge med hyperkolesterolæmi, og forebyggende kolesterolsænkende behandling kan indledes.

Familier med forekomst af FH har hyppigt særlige behov for rådgivning og information. Hertil kommer indikationen for molekylærgenetisk undersøgelse og tolkning af analysen. Arbejdet med disse familier er således ofte et tværfagligt samarbejde mellem kardiologer, klinisk genetikere og molekylær genetiske laboratorier. Derfor taler meget for, at den primære udredning og diagnostik foregår på afdelinger med

---

<sup>49</sup> European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary, Eur Heart J 2007 28: 2375-2414.

<sup>50</sup> Diabetes og hjertesygdom, DCS vejledning 2008.

<sup>51</sup> Arvelige hjertesygdomme, DCS vejledning, 2006.

særlig interesse for og erfaring i at håndtere disse sygdomme. Det anbefales derfor, at patienter, hvor FH mistænkes, henvises til specialafdeling.

### **Fase 3**

Patienten bør følges til behandlingsmålene er nået, eller den bedst mulige kontrol er opnået. Ved afslutning til fortsat kontrol hos den praktiserende læge bør dette 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 praktiserende læge kan foretage de nødvendige medicinske justeringer.

### **Anbefaling**

Den generelle "straks" behandling er fælles for alle patienter med AKS, og omfanget afhænger af symptomer. Den specifikke behandling tager sigte på at genåbne den okkluderede eller subokkluderede koronararterie.

Den medicinske efterbehandling for patienter med AKS tilrettelægges allerede i den akutte fase og er en integreret del af hjerterehabiliteringsprogrammet, der bl.a. skal sikre, at patienten får den bedst mulige medicinske efterbehandling. I løbet af hjerterehabiliteringsprogrammet optimeres den iværksatte behandling og muligheden for yderligere forebyggende tiltag vurderes.

Patienten bør følges til behandlingsmålene er nået, eller den bedst mulige kontrol er opnået. Ved afslutning til fortsat kontrol hos den praktiserende læge bør dette ske i et tæt samarbejde, hvor både patienten og lægen modtager information om, hvordan og hvor længe den planlagte efterbehandling og kontrol skal foregå.

Nære familiemedlemmer til patienter med tidligt opstået iskæmisk hjertekarsygdom (debut før 50 års alderen) og personer fra familier med arvelig dyslipidæmi tilbydes udredning og risikovurdering for iskæmisk hjertekarsygdom. Patienter, hvor FH mistænkes, henvises til specialafdeling.

## **5.7 Patientinformation, vejledning og undervisning**

### **Formål**

Det overordnede formål med information, vejledning og undervisning i rehabiliteringsforløbet til patienten med AKS og de pårørende er i første omgang at sikre patienten viden om:

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

Dernæst er det lige så væsentligt:

- At patientens handlekompetence styrkes, og at der skabes grobund for indre motivation hos patienten for at gennemføre livsstilsændringer (Jf. afsnit 5.2 Pædagogisk tilgang)
- At patient og pårørende tilegner sig viden om og forståelse for de følelsesmæssige reaktioner, der kan opstå i forbindelse med indlæggelse og sygdom (Jf. afsnit 5.11 Psykosocial omsorg).

Information, vejledning og undervisning varetages i fase 1 af de sundhedsprofessionelle, der behandler og plejer patienten. I fase 2 og 3 planlægges og varetages vejledning og undervisning af tværfaglige teams:

- På hospital bestående af: sygeplejerske, rygestopinstruktør, klinisk diætist, kardiolog/thoraxkirurg samt fysioterapeut. Teamet kan ad hoc suppleres med f.eks. ergoterapeut, socialrådgiver, psykolog og repræsentant fra Hjerteforeningen
- I kommunalt regi bestående af: sygeplejerske, rygestopinstruktør, klinisk diætist og fysioterapeut. Teamet kan ad hoc suppleres med f.eks. ergoterapeut, kardiolog, psykolog, socialrådgiver og repræsentant fra Hjerteforeningen.

## **Indhold**

### **Fase 1**

Udgangspunktet for information om sygdommens baggrund og forløb, risikofaktorer samt om de videre planer er patientens egen sygehistorie. Erfaringsmæssigt ved flertallet af patienterne ikke meget om kroppens funktion. En større forståelse kan opnås gennem konkret og letforståelig undervisning i hjertesygdommens natur og risikofaktorenes betydning. Patienten bør informeres om, at en del af formålet med den videre rehabilitering netop er at give ham/hende større indblik i disse problemstillinger. Hjertebogen<sup>52</sup> fra Hjerteforeningen kan med fordel udleveres til patienten.

Information om, hvad patienten skal gøre ved nye symptomer, er særlig vigtig i denne fase. Herunder vurdering af symptomer og anvendelse af medicin. Derudover kan der påbegyndes vejledning og undervisning i de emner, patienten og de pårørende er motiveret for og dermed klar til at lære om. Patienten kan med fordel præsenteres for et medlem af rehabiliteringsteamet inden udskrivelsen.

### **Fase 2**

Denne fase indledes med en individuel samtale med et eller flere medlemmer af rehabiliteringsteamet. Her bør der være mulighed for at få svar på de spørgsmål, der dukker op efter udskrivelsen. Med udgangspunkt i patienten og den pårørendes viden,

---

<sup>52</sup> Hjertebogen, Hjerteforeningen 2005.

erfaringer og ønsker tilrettelægges et individuelt og sammenhængende forløb, hvor patient og pårørende vejledes og undervises i en række temaer. Den individuelle samtale tilstræbes at være en dialog mellem to ligeværdige parter, men alene behandlingssituationen gør dette vanskeligt. Den sundhedsprofessionelle kan dog udtrykke personlig interesse og via sin faglige merviden understøtte med råd og vejledning. Hvis parterne mødes med respekt for hinandens forskelligheder, baggrunde og erfaringer, kan samtalen medføre, at patienten begynder at tro på egne muligheder for at ændre livsstil.

Tilbuddet kan bestå af et gruppeundervisningstilbud. Det er imidlertid ikke alle, der kan eller ønsker at indgå i en gruppe, hvorfor der skal være mulighed for individuelt forløb (Jf. afsnit 5.4 Socialt differentieret indsats). 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 sundhedsprofessionelles ansvar at udnytte gruppens samlede ressourcer, således at den enkelte gruppedeltager får størst mulig støtte og indsigt. Nogle gange skal den sundhedsprofessionelle bruge sin faglige viden, andre gange er det vigtigere at fungere som katalysator.

Undervisningen bør være dialogbaseret og indeholde følgende emner:

- Det normale kredsløb
- Det syge kredsløb
- Hjerteundersøgelser
- Livsstilsfaktorer som risici ift. udvikling og forværring af hjertesygdom
- Motivation som afgørende faktor for livsstilsforandringer
- Virkninger og mulige bivirkninger af hjertemedicin og andre behandlinger af hjertesygdomme som operation og ballonudvidelse
- Hensigtsmæssig adfærd ved hjertesymptomer
- Almindelige psykiske følger af kronisk hjertesygdom<sup>53</sup>.

Undervisningen kan samles på hele dage eller opdeles i moduler over flere dage, enten i forbindelse med den fysiske træning eller for sig. Derudover kan der planlægges med lukkede hold eller åbne hold med løbende optag.

### **Fase 3**

Et opfølgende undervisningstilbud i denne fase kan evt. tilbydes hos praktiserende læge og/eller kommune (f.eks. sundhedscenter). Indsatsen kan foregå som en kombination af holdundervisning på tværs af kroniske diagnoser eller diagnoseopdelt

---

<sup>53</sup> Danske Regioner: Gruppebaserede patientuddannelser i regioner og kommuner, 2007.

og individuelle samtaler<sup>54</sup>. Forløbet kan strække sig over 6-12 uger med undervisning i forskellige generelle temaer med relevans for kroniske civilisationssygdomme kombineret med fysisk vedligeholdelsestræning/træning og evt. praktisk madlavning. Der kan supplerende gives tilbud om undervisning i forhold til f.eks. medicinadministration, diættevejledning samt rygestoprådgivning.

Temaer i undervisningsforløbet kan være:

- Indledende fysiske tests
- Anatomi og fysiologi ift. vigtigheden af fysisk aktivitet
- Sund mad, varedeklarationer, indkøbstur, praktisk madlavning
- Ernæringslære
- Håndtering af sygdom og symptomer, medicincompliance
- Motivation og livsstilsforandringer
- Psyke og kronisk sygdom
- Det gode liv - for dig
- Afsluttende fysiske tests, langsigtede mål og handleplaner<sup>55</sup>.

Der kan dukke spørgsmål op hos patienten om sygdom og behandling længe efter holdforløbet er afsluttet. Derfor er det hensigtsmæssigt at planlægge opfølgingsgange efter eksempelvis 3, 6 og 12 måneder efter afslutning af fase 3 samt individuelle opfølgende samtaler ved behov.

Som supplement kan patient og pårørende tilbydes et forløb i programmet "Patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom" med henblik på styrkelse af sundhedsadfærd, selvoplevet helbred og self-efficacy<sup>56</sup>. Der er endvidere mulighed for, at praktiserende læge eller kardiologisk ambulatorium kan henvise motiverede patienter med AKS – for hvem livsstilsforandringer er vanskelige at gennemføre eller fastholde – til et internatforløb på Livsstilscentret ved Regionshospitalet Brædstrup<sup>57</sup> sammen med en pårørende.

### **Anbefaling**

Patienten med AKS tilbydes sammen med en pårørende tilpasset information, vejledning og undervisning i alle tre faser.

I fase 1 ligger hovedvægten på kortfattet, klar og gentaget information om de vigtigste emner vedrørende sygdom, behandling og pleje.

---

<sup>54</sup> Center for Kvalitetsudvikling. Region Midt: Midtvejsevaluering Sundhedscenter Århus. Århus Kommune 2008.

<sup>55</sup> Ibid.

<sup>56</sup> Evidens for Chronic Disease Self-Management Program – dokumentation af effekt og omkostninger. Et systematisk litteraturstudie. Komitéen for sundhedsoplysning, september 2007.

<sup>57</sup> Christensen MB, Vedsted P: Livsstilscentret i Brædstrup. Evaluering af Livsstilscentret på Brædstrup Sygehus. Patientforløb fra august 2003 til juni 2006. Århus: Lege Artis Consult APS; 2006.

I fase 2 tilbydes et individuelt tilpasset forløb bestående af individuelle samtaler, der som standard kombineres med gruppeundervisning.

I fase 3 tilbydes et individuelt tilpasset opfølgingsforløb bestående af individuelle samtaler – kombineret med undervisning på hold på tværs af kroniske diagnoser eller diagnoseopdelt – der overvejende er psykosocialt orienteret med styrkelse af motivation og handlekompetence i fokus.

Generelt anbefales det systematisk at beskrive de pædagogisk/didaktiske overvejelser og valg, der ligger bag information, vejledning og undervisningsforløb for at udvikle og kvalitetssikre de pædagogiske tiltag i forhold til patienten med AKS og de pårørende. Herunder eksplicitering af formål, læringsteoretisk udgangspunkt, mål, metoder, indhold, rammer samt afdækning af læringsforudsætninger. Endelig er det afgørende, at patientuddannelsesforløb evalueres både i forhold til proces og effekt<sup>58</sup>.

## **5.8 Rygeophør**

### **Formål**

Formålet med rygeophør er at nedsætte risikoen for reinfarkt eller pludselig død. Formålet med hjælp til rygeophør er at styrke hjertepatientens motivation for at holde op med at ryge og derefter at fastholde rygestoppet.

### **Evidens**

Alle patienter med iskæmisk hjertesygdom bør tilrådes rygeophør, da ophør med rygning vil nedsætte risikoen for reinfarkt eller pludselig død.

Kortvarig støtte og rådgivning med evt. supplerende behandling med nikotinerstatning medfører signifikant højere rygeophørsrater, og bør tilbydes til alle patienter.

### **Fase 1**

Personalet på hospitalsafdelingen skal være indstillet på og uddannet i at give sundhedsfaglig rygestoprådgivning. I afdelingen skal der være rygestopinstruktører til undervisning af patienter og personale. Hjerterafdelingens 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.

---

<sup>58</sup> Willaing et al.: Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning. – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter. Sundhedsstyrelsen 2005.

Patienter indlagt med AKS 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.

### *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<sup>59</sup> 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.

Vareniclin er godkendt til rygeophør hos voksne. Tolv ugers behandling med vareniclin medfører rygestop i uge 9-12 hos 44% af de behandlede. Bupropion medfører rygestop hos 30% og placebo hos 18%.

Langtidseffekten er mest interessant, når rygestop-præparater vurderes. I vareniclin-grupperne opretholder 23% af forsøgspersonerne rygestoppet til og med uge 52. De tilsvarende tal for bupropion- og placebo-grupperne er 16% og 9%.

---

<sup>59</sup> Fra: Hjerterehabilitering på danske sygehuse, Netværk af forebyggende sygehuse, Dansk Cardiologisk Selskab og Hjerteforeningen 2004.

Effekten af vareniclin er ikke undersøgt i de patientgrupper, som helbredsmæssigt vil have størst gavn af rygestop, f.eks. hjertekarpatienter. Der er ikke kontraindikationer for at bruge ved hjertekarpatienter.

De hyppigste bivirkninger er kvalme, hovedpine, søvnløshed og abnorme drømme. Sikkerhedsprofilen hos ældre og ikke-raske er ukendt. Jf. nye data fra bivirkningsovervågning (dec. 2007) kan vareniclin øge risikoen for depressive symptomer - herunder selvmordstanker og selvmordshandlinger, hvilket patienterne bør informeres om.

Forud for og under vareniclin-behandling af patienter med AKS bør den behandlende læge være særlig opmærksom på udvikling af depression, evt. vha. af screeningsredskab.

En behandling med vareniclin er 2,5 gange så dyr som behandling med de eksisterende lægemidler til rygeafvænnning. Der gives ikke tilskud.

Nikotinsubstitution er fortsat førstevalget ved behov for lægemiddelbehandling i forbindelse med rygestop.

## **Fase 2**

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. 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 fra fagpersoner.

Det er individuelt, hvor meget hjælp patienten har brug for til sit rygeophør og fastholdelsen af rygestoppet. I hjerterehabileringsforløbet 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 hjerterehabileringen bør der være mulighed for at henvise patienterne til rygestopkurser eller individuelle rygestopforløb. Manualer til begge forløb kan findes på Kræftens Bekæmpelses hjemmeside<sup>60</sup>.

---

<sup>60</sup> [http://www.cancer.dk/Tobak/Rygestoppraadgivere/grundkurser\\_til\\_rygestoppraadgivere/](http://www.cancer.dk/Tobak/Rygestoppraadgivere/grundkurser_til_rygestoppraadgivere/)

### **Fase 3**

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 kontroller eller genindlæggelser spørger, hvordan det går med rygestoppet, og at man opmuntrer patienten til at fortsætte. Når patienten overgår til kontrol hos praktiserende læge, bør denne ligeledes støtte patientens rygeophør. Patienten gøres opmærksom på de muligheder, der findes i for eksempel sundhedscentre, patientforeninger og på apoteker. Ved tilbagefald bør der være mulighed for et nyt rygestopforløb.

### **Anbefaling**

Personalet på hospitalsafdelingen skal være indstillet på og uddannet i at give sundhedsfaglig rygestoprådgivning. I afdelingen skal der være rygestopinstruktører til undervisning af patienter og personale.

Alle patienter indlagt med AKS spørges - så snart det akutte forløb er overstået - til rygevaner. Rygere orienteres om risiko ved fortsat rygning/helbredsfordele ved rygeophør og mulighed for nikotinsubstitution samt henvises til rygestopforløb, hvis patienten ønsker det.

Rygestopforløb kan foregå som gruppeundervisning eller individuelle samtaler og varetages af uddannede rygestopinstruktører. Gruppeundervisning forløber over fem mødegange af 60-90 minutters varighed afhængig af deltagerantal. Individuelle samtaler består ligeledes af fem mødegange. Det første møde er af ca. 30-40 minutters varighed og de efterfølgende af ca. 15-20 minutters varighed. Hvis patienten er indforstået med det, kan disse samtaler også foregå pr. telefon.

Ved alle ambulante besøg eller genindlæggelser spørges til, hvordan det går med rygestoppet, og patienten opmuntres til at fortsætte. Når patienten overgår til kontrol hos praktiserende læge, bør denne ligeledes støtte patientens rygeophør. Patienten gøres opmærksom på de muligheder for rygestopforløb, der findes i for eksempel sundhedscentre, patientforeninger og på apoteker. Ved tilbagefald bør der være mulighed for et nyt rygestopforløb.

## **5.9 Kostvejledning**

### **Formål med diætbehandling**

Formålet med diætbehandlingen er at nedsætte risikoen for reinfarkt, hjertedød og den totale mortalitet ved at styrke patientens vidensniveau vedrørende kost. Patienten støttes og motiveres med henblik på ændringer af kostadfærd og vedligeholdelse af disse ændringer på længere sigt. Patienten bør undervejs opnå viden om kostens sammensætning og sammenhænge mellem kost, fedme og hjertekarsygdom.

## Evidens for kostens betydning for patienter med AKS

Motions- og ernæringsrådet har foretaget en samlet vurdering af en lang række interventionsundersøgelser vedrørende kostbehandling af patienter med iskæmisk hjertesygdom. Rådet fandt det dokumenteret, at effekten af kostændring kan være betragtelig og af samme størrelsesorden som den, der er opnået via medicinsk behandling<sup>61</sup>. Via kostændring er det muligt at reducere blodets kolesterolindhold med 8-15%<sup>62</sup>.

Det har vist sig, at kosten ikke kun påvirker sygdomsforløbet via de traditionelle risikofaktorer som blodets lipidprofil, blodtryk og overvægt. Desuden har kostkomponenterne grøntsager, frugt, fuldkornsprodukter og fisk en selvstændig beskyttende effekt, som kan nedsætte risikoen for reinfarkt, hjertedød og den totale mortalitet. Endvidere medfører kostintervention en række andre gavnlige effekter, nemlig på vægten, blodtrykket, type 2 diabetes og nedsat glukose tolerance<sup>63 64 65</sup>.

Der er således evidens for, at kostændringer i form af mere frugt, grønt, fuldkornsprodukter og fisk, mindre fedt fra mejeriprodukter og kød samt reduktion i saltindtagelsen medfører en reduktion i reinfarkt, total- og kardiovaskulær mortalitet.

### Fase 1

Kostrådgivning af patienterne kan begynde på det akutte hjerteafsnit. Det er væsentligt at være opmærksom på, at der i den akutte fase sker meget nyt for patienterne, og der gives mange informationer. Andre informationsområder bør prioriteres højere, f.eks. støtte til rygeophør. Patienterne kan have en del spørgsmål vedrørende kosten, men på dette tidspunkt er der kun behov for konkret og enkel information.

Generelle kostråd til patienter, der ønsker informationer vedrørende kosten er:

- Nedsæt mængden af mættet fedt
- Spis mere frugt, grøntsager, fuldkornsprodukter
- Spis mere fisk.

---

<sup>61</sup> Stender S, Astrup A, Dyerberg J, Færgeman O, Godtfredsen J, Lind EMV, Marckmann P, Viggers L: Kostens betydning for patienter med åreforkalkning i hjertet. Ernæringsrådet 1996.

<sup>62</sup> Rammeplanen for diætbehandling ved forebyggelse og behandling af atherosklerose. Foreningen af kliniske diætister 2001.

<sup>63</sup> Stender S, Astrup A, Dyerberg J, Færgeman O, Godtfredsen J, Lind EMV, Marckmann P, Viggers L: Kostens betydning for patienter med åreforkalkning i hjertet. Ernæringsrådet 1996.

<sup>64</sup> European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European Heart Journal (2007) 28, 2375- 2414.

<sup>65</sup> Lichtenstein et al. Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006. A Scientific Statement from the American Heart Association Nutrition Committee. Circulation 2006; 114:82-96.

## Fase 2

Alle patienter med AKS skal tilbydes intensiv individuel diætbehandling hos en klinisk diætist. Tidligt i rehabiliteringsforløbet introduceres patienten til forløbet hos en klinisk diætist af et medlem af rehabiliteringsteamet, som bl.a. opfordrer patienten til at medbringe ægtefælle eller anden pårørende til diætsamtalen, da det er væsentligt, at den der køber ind og laver mad, deltager i samtalen.

Undersøgelser viser, at inddragelse af pårørende kan støtte patienten og gøre det nemmere at gennemføre livsstilsændringer<sup>66</sup>.

Den individuelle diætetiske vejledning er baseret på principperne om hjertevenlig kost (se bilag 3).

En væsentlig del af patienterne har desuden behov for at blive vejledt i principperne for andre diættyper<sup>67</sup>. Det drejer sig om:

- Energireduceret diæt
- Fedtreduceret diæt, max 25 E% fedt (Forhøjede S-triglycerider)
- Type 2 diabetes
- Ernæringsterapi med henblik på forebyggelse af vægttab eller med henblik på vægtøgning.

Det individuelle forløb kan suppleres med gruppeundervisning<sup>68</sup>. Gruppeundervisningen kan dog ikke erstatte det individuelle forløb hos den kliniske diætist. Det er også væsentligt at være opmærksom på, at ikke alle patienter får fuldt udbytte af gruppeundervisning, da patienternes motivation og personlige forudsætninger er forskellige, og der er ofte behov for differentieret diætbehandling i forhold til diagnoser og/eller patienternes vægt. Patienter med AKS er højrisiko-patienter, og undervisningen bør derfor være sygdomsspecifik.

### *Individuel diætbehandling ved klinisk diætist*

Formålet med den individuelle diætbehandling er at kortlægge patientens aktuelle kostvaner, afdække individuelle kostrelaterede problemstillinger og i samarbejde med patienten tilrettelægge et individuelt tilpasset program for ændring af kostvaner<sup>69</sup>.

Diætbehandlingen skal:

---

<sup>66</sup> Hjerterehabilitering – en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, Bispebjerg Hospital og Statens Institut for Folkesundhed 2006.

<sup>67</sup> European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Heart Journal* (2007) 28, 2375- 2414.

<sup>68</sup> Rammeplanen for diætbehandling ved forebyggelse og behandling af atherosklerose. Foreningen af kliniske diætister 2001.

<sup>69</sup> Ibid.

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

#### *Forløb hos den kliniske diætist*

Standardforløbet hos den kliniske diætist strækker sig over to samtaler.

- En indledende samtale med varighed på 1-1½ time
- En opfølgende samtale med varighed på ca. 30 minutter; afvikles 3-8 uger senere<sup>70</sup>
- Eventuelt videre forløb.

#### *Den indledende samtale*

I den indledende samtale afdækkes patientens viden, erfaringer og nuværende situation med henblik på en hensigtsmæssig planlægning af den diætistfaglige indsats. Der tages udgangspunkt i tre temaer, som griber ind i hinanden:

- Viden
- Færdigheder
- Motivation.

Temaerne indgår i samtalen, hvor dialog og information i vekselvirkning danner grundlag for diætvejledningen. Det er diætistens opgave at sikre, at patienten og evt. pårørende har en aktiv rolle.

I samtalen gennemgås principperne for hjertevenlig kost målrettet de områder, hvor patienten har brug for viden eller behov for at ændre kostvaner.

Den individuelle samtale suppleres efter behov med skriftligt informationsmateriale, der gennemgås med patienten.

#### *Kostanamnese*

Som en væsentlig del af den indledende samtale foretager den kliniske diætist en detaljeret kostanamnese og får herved oplysninger om patientens kostvaner. Desuden foretages en vurdering af patientens lipidprofil samt en vurdering af vægtudvikling

---

<sup>70</sup> Rammeplanen for diætbehandling ved forebyggelse og behandling af atherosklerose. Foreningen af kliniske diætister 2001.

gennem de senere år samt vurdering af aktuell ernæringsstatus med registrering af vægt, BMI og taljemål<sup>71</sup>.

Under optagelsen af kostanamnesen øges patientens bevidsthed vedrørende kostadfærd, og samtalen giver ofte anledning til refleksion.

Kostanamnesen optages med fokus på indtagelse af:

- Fedtstoffer
  - Separerede fedtstoffer (mængde/typer)
- Kød/pålæg/fjerkræ/ost/mælkeprodukter (mængde og type)
- Produkter med hærdede fedtstoffer, bl.a. kager, kiks, chokolade, industrielt producerede bageblandinger mm.
- Mandler, nødder, frø og lignende
- Snacks og lignende
- Kulhydrater og kostfibre
  - Brød/gryn/pasta/ris/tørrede bælgfrugter
  - Kartoffler, grønt og frugt
- Fisk (mængde/type)
- Energiholdige drikkevarer/sukker
- Alkohol
- Salt
- Ufiltreret kaffe
- Kosttilskud.

Desuden indgår måltidsfrekvens i dataindsamlingen.

Patienten får efterfølgende en kvalitativ vurdering af sin aktuelle kostindtagelse, med fokus på indtagelse af synligt og skjult fedt, frugt, grøntsager, kostfibre og fisk. Vurderingen tager udgangspunkt i anbefalingerne til den danske befolkning (NNR)<sup>72</sup>.

### *Handlingsplan*

Med udgangspunkt i de indsamlede oplysninger, patientens viden, færdigheder samt motivation udarbejder den kliniske diætist og patienten i fællesskab strategi og mål for kostinterventionen. Der kan indgå både kortsigtede og langsigtede mål for ændring af kostadfærd og evt. vægttab.

Der udarbejdes et notat til patienten med de konkrete forslag/mål.

---

<sup>71</sup> Ibid.

<sup>72</sup> NNA. Nordic Nutrition Recommendations. Integrating nutrition and physical activity. Nordisk ministerråd 2004.

### *Opfølgende samtale*

Under den opfølgende samtale kan følgende emner indgå:

- Spørgsmål fra patienten
- Evaluering af vægt og taljemål
- Gennemgang af blodprøvesvar
- Viden og forståelse for kostens betydning
- Holdning til kostomlægning – hvordan lever patienten med sin diæt?
- Compliance i forhold til handlingsplanen
- Justering af handlingsplan
- Sufficent indtagelse af n-3 fedtsyrer
- Opmuntring og støtte til kostomlægning og evt. rygestop
- Fysisk aktivitet.

Den kliniske diætist lader så vidt muligt patienten have initiativet, så de for patienten relevante emner bliver centrale i samtalen.

### *Eventuelt videre forløb*

Den kliniske diætist vurderer under den opfølgende samtale, om patienten har behov for yderligere samtaler.

Det er relevant hos:

- Adipøse patienter
- Patienter hvor vægten øges i forbindelse med rygestop
- Patienter med nyopdaget nedsat glukosetolerance
- Patienter med nyopdaget type 2 diabetes
- Patienter med forhøjede S-triglycerider
- Patienter med risiko for underernæring.

Det videre forløb og antallet af opfølgende samtaler er individuelt og afhænger af patientens diagnoser, laboratoriedata, vægt samt behov, ressourcer og motivation. Planlægningen af det videre forløb foretages i samarbejde med patienten, sygeplejersken og evt. lægen. Om muligt planlægges/koordineres alle diætistsamtaler i tilknytning til anden rehabiliteringsindsats, så patienten oplever sammenhæng i rehabiliteringsforløbet.

Ved overvægtige patienter anbefales Bispebjergmodellens<sup>73</sup> vægttabsforløb, der typisk omfatter yderligere fem opfølgende diætistsamtaler med vægtkontrol.

---

<sup>73</sup> Hjerterehabilitering. Rationale, arbejdsmetoder og erfaringer fra Bispebjerg Hospital. Bispebjerg Hospital i samarbejde med Statens Sundhed for Folkesundhed, København, 2003.

### *Gruppeundervisning*

Der kan i sammenhæng med individuel diætbehandling tilbydes gruppeundervisning, hvor en række relevante emner gennemgås og drøftes<sup>74</sup>:

- Teoretisk emneundervisning f.eks. diætprincipperne for den hjertevenlige kost og emner, der vedrører ændring af livsstil herunder kostvaner. Andre emner som patienterne finder relevante, og som de foreslår ud fra aktuelle problemstillinger.
- Indkøb og varedeklarationer. Med udgangspunkt i madens fedtindhold gennemgår den kliniske diætist, hvordan man læser varedeklarationer og informerer bl.a. om anbefalinger for øvre fedtgrænser. Gruppen kan vælge at tage til et nærliggende supermarked og i fællesskab vurdere varedeklarationer for forskellige typer af levnedsmidler.
- Tilberedningsmetoder, herunder evt. praktisk madlavning. Ud fra hovedtemaerne i den hjertevenlige kost kan praktisk madlavning give inspiration og kendskab til nye tilberedningsmetoder, nye smagsoplevelser og kendskab til nye levnedsmidler og deres anvendelse.

### **Fase 3**

Ændringer i kostadfærd og livsstil samt vedligeholdelse heraf er en lang og vanskelig proces. Især adipøse patienter og patienter med vægtproblemer i forbindelse med rygeophør har behov for et længerevarende forløb hos den kliniske diætist. Der bør være mulighed for, at patienten kan fortsætte og afslutte det individuelle forløb hos den kliniske diætist.

Opfølgning med henblik på at støtte patienten i vedligeholdelse af livsstilsændringer varetages efterfølgende af patientens praktiserende læge.

Praktiserende læge har mulighed for at henvise patienten til:

- Klinisk diætist
- Patientuddannelse i kommunen eller forløb hos klinisk diætist i de kommunale sundhedscentre med henblik på støtte til at de opnåede adfærdsændringer vedrørende kosten vedligeholdes og evt. justeres
- Livsstilscentret i Brædstrup (hospitaller kan også henvise hertil).

Alle patienter bør tilbydes opfølgning hos klinisk diætist efter ca. et år, hvorefter praktiserende læge vurderer behovet for yderligere opfølgning hos klinisk diætist.

### *Patientuddannelse i kommunalt regi*

Formålet med diætetisk undervisning i forbindelse med patientuddannelse i kommunen er at fastholde opnåede kostændringer. I forhold til den diætetiske del af uddannelsen

---

<sup>74</sup> Rammeplanen for diætbehandling ved forebyggelse og behandling af atherosklerose. Foreningen af kliniske diætister 2001.

skal der designes en model, der tilgodeser den enkelte borgers behov. Der kan undervises på tværs af sygdomsgrupper, men det skal sikres, at borgerne får den sygdomsspecifikke viden, som de har behov for på kostområdet. Erfaringer fra projektet "Sundheds- og Patientskolen, Grenaa Sygehus" kan anvendes som inspiration til planlægning af forløbet<sup>75</sup>.

Kostundervisningen kan bestå af en teoretisk og en praktisk indgangsvinkel. Den praktiske tilberedning af hjertevenlig mad vil f.eks. være et godt og inspirerende supplement til patientuddannelsen og den individuelle diætbehandling. Erfaringer fra Hjerterehabiliteringsmodellen REHAB fra Bispebjerg Hospital kan anvendes som inspiration til planlægning af forløbet<sup>76</sup>.

### **Anbefaling**

Alle patienter med iskæmisk hjertesygdom skal tilbydes intensiv individuel diætbehandling hos en klinisk diætist.

Standardforløbet hos den kliniske diætist indeholder to samtaler:

- Indledende samtale med varighed på 1-1½ time
- Opfølgende samtale af ca. 30 minutters varighed; afvikles 3-8 uger senere.

Den kliniske diætist vurderer under den opfølgende samtale, om patienten har behov for yderligere samtaler. Det er relevant hos:

- Adipøse patienter
- Patienter hvor vægten øges i forbindelse med rygestop
- Patienter med nyopdaget nedsat glukosetolerance
- Patienter med nyopdaget type 2 diabetes
- Patienter med forhøjede S-triglycerider
- Patienter med risiko for underernæring.

Det videre forløb og antallet af opfølgende samtaler er individuelt og afhænger af patientens diagnose, laboratoriedata, vægt samt behov, ressourcer og motivation. Til overvægtige patienter anbefales Bispebjergmodellens vægttabsforløb, der typisk omfatter yderligere fem opfølgende diætistsamtaler med vægtkontrol.

Der kan i sammenhæng med den individuelle diætbehandling tilbydes gruppeundervisning. Gruppeundervisningen kan ikke erstatte det individuelle forløb hos en klinisk diætist, da patienternes motivation og personlige forudsætninger er

---

<sup>75</sup> Rosenbrandt HB, Winterberg H. Rapport Sundheds- og Patientskolen Grenaa Sygehus. Regionshospitalet Grenaa 2007.

<sup>76</sup> Hjerterehabilitering. Rationale, arbejdsmetoder og erfaringer fra Bispebjerg Hospital. Bispebjerg Hospital i samarbejde med Statens Sundhed for Folkesundhed, København, 2003.

forskellige, og der er behov for differentieret diætbehandling i forhold til diagnoser og/eller patienternes vægt. Patienter med AKS er højrisiko-patienter, og undervisningen bør derfor være sygdomsspecifik.

Opfølgning med henblik på at støtte patienten i vedligeholdelse af livsstilsændringer varetages efterfølgende af praktiserende læge. Den praktiserende læge har mulighed for at henvise patienter med AKS til kliniske diætister og til patientuddannelse i kommunalt regi med henblik på at sikre, at de opnåede kostændringer vedligeholdes og evt. justeres. Alle patienter bør tilbydes opfølgning hos klinisk diætist efter ca. et år, hvorefter praktiserende læge vurderer behovet for yderligere opfølgning hos klinisk diætist.

Patientuddannelsen i kommunerne skal sikre, at opnåede kostændringer fastholdes, og at borgeren støttes i det videre forløb. Uddannelsen giver mulighed for teoretisk og praktisk viden om hjertevenlig kost og senere dannelse af netværksgrupper i patientens/borgerens lokalområde.

## 5.10 Fysisk træning

### Formål

Formålet med fysisk træning til patienter med AKS er:

- at forbedre patientens prognose og livskvalitet
- at patienten opnår et bedre konditions- og funktionsniveau
- at patienten får mulighed for at afprøve, få erfaring med og opnå tryghed ved at udføre forskellige typer af fysisk træning
- at patienten oplever velvære ved fysisk træning og aktivitet i dagligdagen
- at patienten motiveres for fortsat fysisk træning og aktivitet i dagligdagen efter deltagelsen i træningsforløbet.

### Evidens

Der er evidensstyrke A vedrørende effekt af fysisk træning<sup>77 78 79 80 81 82</sup>.

---

<sup>77</sup> Center for forebyggelse, 2003, Klarlund Pedersen og Saltin, Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling, Sundhedsstyrelsen.

<sup>78</sup> Cider, Åsa, 2007, Fysisk träning vid hjärtesjukdom, Fysioterapi nr. 8/2007, Stockholm.

<sup>79</sup> Sundhedsstyrelsen 2006, Zwisler A, Nissen NK og Madsen M, DANREHAB-gruppen; Hjerterehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget, København.

<sup>80</sup> Hjerteforeningen, Dansk Cardiologisk Selskab. Rehabilitering af hjertepatienter. Retningslinier. København, Hjerteforeningen, 1997.

<sup>81</sup> Hjerterehabilitering på danske sygehuse. Sekretariatet for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Hjerteforeningen og DCS, 2004.

<sup>82</sup> Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse. København, Sundhedsstyrelsen, 2004.

### **Fase 1: Fysisk træning under indlæggelse**

Patienterne i målgruppen får fysioterapi i fase 1, hvis de har respiratoriske og/eller mobilitetsproblemer. Alle informeres om betydningen af fysisk træning. Træningen foregår fortrinsvist på sengeafdelingen, idet patienterne ofte er monitorerede og derfor ikke kan forlade afdelingen.

Den fysioterapeutiske indsats fokuserer - afhængigt af indlæggelseslængden - på:

- vurdering af patienternes fysiske aktivitetsniveau
- mobilisering, funktionstræning og anden relevant fysioterapeutisk behandling
- information og vejledning til patienten om det fysiske træningstilbud på hold i hjerterehabiliteringens fase 2
- motivation til deltagelse og præsentation af forløb og forventet udbytte, indsatsen rettes mod både patient og pårørende
- at træffe aftaler vedrørende fase 2, herunder tværfaglig koordinering.

### **Fase 2: Fysisk træning på hold i den tidlige efterbehandling**

Det fysiske træningstilbud giver patienten et grundlag for at forbedre sin funktion på krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau, både på kort og langt sigt<sup>83</sup>.

Brugerfokus og motivation

Patienternes medindflydelse på forløbet og motivation styrkes ved

- at tage et individuelt tilpasset udgangspunkt ud fra patientens egne mål med træningen og opfattelse af egen situation, patientens funktionskapacitet og træningsbehov
- at bygge videre på patientens tidligere gode træningsoplevelser og nuværende ressourcer
- at tilrettelægge træningen sådan, at patienten opfatter den som relevant og meningsfuld, og at den fører til opfyldelse af de fastsatte mål
- at inddrage de pårørende i træningen.

Læringsprocessen støttes ved

- at gøre patienternes læring til en gensidig læringsproces, hvor holddeltagerne lærer af og med hinanden
- at give patienterne medindflydelse på træningen i forhold til egne mål
- at give plads til erfaringsudveksling og refleksion
- at arbejde bevidst med udfordring, variation, opmuntring og feedback
- at inddrage patienternes erfaringer fra andre fysiske aktiviteter uden for selve træningen.

---

<sup>83</sup> ICF, International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand, Munksgaard, København:2003.

Holdtræningen styrker patienternes evner til egenomsorg, idet patienterne tager aktivt del i håndteringen og behandlingen af deres sygdom<sup>84</sup>.

Holdene kan tilrettelægges både som åbne og lukkede hold. Der er fordele og ulemper ved begge modeller. På lukkede hold er der de bedste muligheder for at skabe et tæt socialt fællesskab og for, at holddeltagerne opnår den gensidige tillid, der skal til, for at skabe et trygt og dynamisk læringsmiljø, hvor den enkeltes erfaringer sættes i spil og bidrager til den fælles læring. Hvis det samlede patientflow til holdtræning ikke er så stort, kan lukkede hold indebære lang ventetid på holdtræningen. På åbne hold er den pædagogiske udfordring, at der hele tiden kommer nye deltagere, som skal introduceres til viden og til færdigheder, som de øvrige holddeltagere allerede besidder. Det kan påvirke dynamikken, fortroligheden og den gensidige læringsproces. Til gengæld er åbne hold en fleksibel model, der ikke skaber ventetid. Planlægningsmæssigt kan det blive sværere at styre holdstørrelsen. Valget af lukkede eller åbne hold må ske ud fra de lokale muligheder på det enkelte hospital.

#### Træningsperioden

Den fysiske træning er som udgangspunkt kategoriseret som specialiseret ambulante genoptræning, begrundet i lovgivningens kriterier om patientsikkerhed og adgang til specialviden under træningen<sup>85</sup>. Henvisningsprocedure aftales lokalt i hjerterehabiliteringsteamet. Af hensyn til patientsikkerheden og for at kunne tilbyde effektive personligt tilrettede træningsforløb, ledes holdet af en fysioterapeut, og desuden deltager endnu en sundhedsfagligt uddannet person i træningen, en fysioterapeut eller en sygeplejerske. Holdstørrelsen kan med to fysioterapeuter som undervisere være på op til 15 deltagere, er det en fysioterapeut og en sygeplejerske, der står for undervisningen, anbefales en holdstørrelse på op til 10 deltagere.

#### Fysioterapeuters kompetencer i forhold til behandling og træning af målgruppen

- faglig specialviden om arbejdsfysiologi og fysisk træning, om progression og om forholdsregler
- indgående viden om og erfaring med at anvende arbejdsbelastnings- og funktionstests
- kender kontraindikationerne vedrørende fysisk træning af målgruppen
- indgående viden om alle faser i patientens rehabilitering og den tværfaglige indsats
- har gennemført alle obligatoriske kurser i hjertelungeredning

---

<sup>84</sup> Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning, Sundhedsstyrelsen, Videns-og dokumentationsenheden 2005.

<sup>85</sup> Bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivelse fra sygehus.

- har en stor pædagogisk/didaktisk kompetence i forhold til holdtræning, kan inddrage patienter og pårørende som aktører, og fremme læringsprocesser, hvor deltagerne lærer af hinanden og motiveres for egenomsorg
- kan opsøge og implementere ny viden inden for området.

Træningen begynder 1-2 uger efter udskrivelse, for patienter der er bypass-opererede gennem brystbenet dog først efter 4-6 uger. Vedrørende den samlede varighed angiver *Hjerterehabilitering på danske sygehuse*<sup>86</sup> den til minimum 12 uger.

Træningshyppigheden er ca. 3 gange ugentligt i perioden, for at opnå en konditionsøgning.

Varigheden af hver træning er 1 til 1½ time.

Inden træningsperioden: test og introduktion

Inden den fysiske træning begynder, konditionstestes patienten hos fysioterapeuten<sup>87</sup>. Der testes på kondicykel (Borg 15, Åstrand cykeltest, Watt-max test) eller 6 minutters gangtest. Desuden holdes en individuel samtale mellem patient og fysioterapeut om patientens egne mål, forventninger til fremtidige ændringer af motionsvaner og motivation for træning på hold. Herudover gives en introduktion til træningsforløbet og til at benytte en træningsdagbog.

Indholdet i den fysiske træning

Hver træningsseance indeholder:

- opvarmning
- konditionstræning, Borgs skala 10-13 i begyndelsen af forløbet, stigende til 14-15<sup>88</sup> (se bilag 4).
- styrke- og udholdenhedstræning
- træning af balance
- udspænding
- evt. afspænding
- spørgsmål og dialog om forløbet
- undervisning og vejledning i betydningen af livslang fysisk træning og - aktivitet, og patientens egen indsats vedrørende dette, herunder brug af træningsdagbog for at øge viden og handlekompetence hos patient og pårørende.

Patienterne opfordres til at gennemføre minimum 30 minutters daglig fysisk aktivitet i træningsperioden, Borgs skala fra 11 og opefter, for at understøtte en forbedring af

---

<sup>86</sup> Hjerterehabilitering på danske sygehuse, Netværk af forebyggende sygehuse, Dansk Cardiologisk Selskab og Hjerteforeningen, 2004.

<sup>87</sup> Testen kan alternativt finde sted ved den indledende individuelle samtale.

<sup>88</sup> Center for forebyggelse, 2003, Klarlund Pedersen og Saltin, Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling, Sundhedsstyrelsen.

<sup>89</sup> Zachø, Morten, 2003, Kvantificering og dosering af intensitet, Fysioterapeuten nr.9/2003, København.

konditionen<sup>90</sup> (se bilag 4). Fysioterapeuternes bidrag til den øvrige del af patientundervisningen vedrører betydningen af fysisk træning og fysisk aktivitet samt rådgivning om vedvarende træning og træningstilbud.

#### Eksempler på træningstyper

Der afprøves og arbejdes med mange forskellige former for træning med vægt på konditionsgivende træning, f.eks.

- Konditionstræning: kondicykel, boldøvelser, håndvægte, elastikker, trampolin, sjippetov, stavgang, trappeløb, hockey og andre boldspil, dans, stepbænk, parvise øvelser, hoppeserier, skyggeboksning
- Styrke og udholdenhedstræning: anvendelse af exercise ball, elastikker, øvelser med kropsmodstand
- Evt. bassintræning: styrkeøvelser, lege, vandjogging.

#### Efter træningsperioden: test og opfølgning

Når træningsperioden er afsluttet, konditionstestes patienten igen af fysioterapeuten, og der sammenlignes med den første test for at vurdere konditionstilvæksten. Patientens forventninger til fremtidig motion drøftes. Der træffes aftaler om opfølgning/"udslusning" til lokale tilbud i forhold til patientens ønsker og behov. Der koordineres med de øvrige faggrupper i hjerterehabiliteringsteamet lokalt og med patientens kommune for at sikre sammenhæng i opfølgningen.

#### Forholdsregler

Både under testning og under træning træffes forholdsregler vedrørende sikkerhed, herunder nærhed til lægefaglig hjælp, hjertestopprocedurer og adgang til godkendt hjertelungeredningsudstyr.

### **Fase 3: Fysisk træning som vedligeholdelse/fastholdelse**

Formålet med fysisk træning og aktivitet i denne fase er at vedligeholde det opnåede træningsniveau og de opnåede adfærdsændringer i forhold til motionsvaner. Den borgerrettede forebyggelse sikres ved at styrke patientens forståelse af egen indsats fremover.

Træningen kan foregå i kommunalt regi, lokalcentre, på livsstilscentret Brædstrup, hos praktiserende fysioterapeut, i en patientforening, i motionscentre, i gymnastik- og sportsklubber m.v.

Ved selvtræning anbefales min. 30 minutters fysisk aktivitet med moderat intensitet dagligt, samt 3 gange ugentligt fysisk træning med konditionsgivende intensitet af 20

---

<sup>90</sup> Ibid.

til 30 minutters varighed, Borgs skala 11 og opefter<sup>91</sup> (se bilag 4). Pjecer og vejledninger med forskellige eksempler på træning kan udleveres til patienten.

Da netop fastholdelsen af nye motionsvaner kan være svær, anbefales det, at patienten fortsat fører en træningsdagbog, og at der ved kontrol hos praktiserende læge også tales om fysisk træning med fokus på træningsniveau, træningsformer og patientens egenomsorg.

## **Forløbsprogramgruppens overvejelser om placering af den fysiske træning i fase 2**

Der foreligger evidens for gevinsten ved fysisk træning som beskrevet ovenfor. Imidlertid er der mange patienter, som f.eks. af praktiske forhold takker nej til træning i hospitalsregi i 12 uger, hvorfor forløbsprogramgruppen har gjort overvejelser om at lægge dette ud i f.eks. kommunalt regi også i de første 12 uger (se side 15).

Der er dog en risiko ved fysisk træning af patienter med AKS specielt de første 12 uger. I MTV rapporten<sup>92</sup> konkluderes det, at for patienter med kendt hjertesygdom er livstruende komplikationer som blodprop i hjertet og pludselig død sjældent forekommende i forbindelse med fysisk træning. Undersøgelser viser, at blandt personer med kendt hjertesygdom forekommer der en alvorlig kardiovaskulær komplikation per 100.000 træningstimer. Ifølge de foreliggende undersøgelser omfatter de alvorlige komplikationer blandt patienter med kendt hjertesygdom især pludselig død som følge af ventrikelflimmer. Det anbefales derfor, at der etableres relevante livreddende foranstaltninger i forbindelse med fysisk træning af hjertepatienter. I en belgisk undersøgelse er patienternes brug af anti-arytmika og ST-depression ved indgangen til forsøget udpeget som selvstændige risikofaktorer i forhold til at udvikle alvorlige kardiovaskulære komplikationer.

To undersøgelser tyder på, at risikoen ved fysisk træning blandt hjertepatienter fortsat er lav, når der trænes usuperviseret i fase 3. Risikoen er dog her en smule højere end ved den superviserede træning i fase 2. Der er ingen sikre forklaringer på dette fænomen, men det kan muligvis skyldes, at hjertesygdommen forværres over tid, og at risikoen for kardiovaskulære komplikationer dermed stiger jo længere tid, der trænes. En anden forklaring kan være, at patienterne i fase 3 træner hårdere og på et højere intensitetsniveau og dermed er i større risiko for at udløse iskæmisk event.

I en af de danske vejledninger om hjerterehabilitering opstilles en række minimumskrav til sikkerhedsforanstaltninger, som bør være opfyldt, når der testes og

---

<sup>91</sup> Zacho, Morten, 2003, Kvantificering og dosering af intensitet, Fysioterapeuten nr.9/2003, København.

<sup>92</sup> Hjerterehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB forsøget.

trænes med hjertepatienter i hospitalsregi. Sikkerhedsforanstaltninger ved fysisk træning som led i hjerterehabilitering:

- Træning skal overvåges af fysioterapeuter og med kardiologiske læger som ansvarlige
- Der skal sikres god mulighed for observation (blandt andet passende holdstørrelser)
- Fysioterapeuterne skal være uddannede samt fortrolige med kardiale symptomer og behov for lægeassistance
- De sundhedsprofessionelle skal have færdigheder i basal hjertestopbehandling, ventilation og defibrillering med automatisk defibrillator
- Der skal være adgang til telefon, maske og automatisk defibrillator<sup>93</sup>.

### **Anbefaling**

Fase 1: Fysioterapi på sengeafdelingen

- tidlig mobilisering og anden fysioterapi på sengeafdelingen
- vurdere patientens tidligere fysiske aktivitetsniveau
- bidrage til vurderingen af patientens behov for hjerterehabilitering
- informere, vejlede og aftale vedrørende holdtræning
- inddrage pårørende.

Fase 2: Ambulant fysisk træning på hold

- etablere holdtræning på hospital ca. 3 gange ugentligt i minimum 12 uger, hver træning varer 1-1½ time
- holdene ledes af en fysioterapeut, desuden medvirker endnu en fysioterapeut eller en sygeplejerske
- holdstørrelsen kan ved medvirken af to fysioterapeuter være på op til 15 deltagere, ved medvirken af fysioterapeut og sygeplejerske kan holdstørrelsen være på op til 10 deltagere
- tilrettelægge individuelt tilpassede/hensyntagende træningsforløb
- tage udgangspunkt i patientens egne mål, funktionskapacitet og træningsbehov
- sikre patienterne medindflydelse på indhold og forløb
- gennemføre konditionstest og individuel samtale inden og efter holdtræningsforløbet
- undervise i betydningen af livslang fysisk træning og aktivitet
- inddrage pårørende i holdtræningen og undervisningen
- arbejdsgruppen anbefaler, at den fysiske træning med konditionsgivende intensitet (Borgs skal fra 11 og opefter) i de første 12 uger foregår på hospital; patienter, som fravælger dette, kan i stedet tilbydes instruktion og lav til moderat intensitets træning i kommunalt regi, idet der også er dokumentation for gevinsten ved træning ved lav til moderat intensitet. Som minimum bør patienten dog være

---

<sup>93</sup> Vejledning om rehabilitering på sygehuse, Sundhedsstyrelsen 2004.

arbejdstestet (symptombegrænset cykeltest), inden dette iværksættes. Træning i kommunalt regi betegnes som almindelig ambulansetræning.

Derudover anbefales minimum 30 minutters daglig fysisk aktivitet og konditionsgivende træning minimum to gange ugentligt.

Fase 3: Vedligeholdende fysisk træning

- motivere for livslang fysisk træning og aktivitet, styrke patientens egen indsats
- understøtte adfærdændringer vedrørende fysisk træning
- træffe aftaler vedrørende træning, der kan ske i forskellige regier: kommunalt tilbud, praktiserende fysioterapeut, træningscenter, aftenskole m.m., praktiserende læge har en vigtig rolle i vejledningen om lokale tilbud
- anbefale minimum 30 minutters daglig fysisk aktivitet og konditionsgivende træning minimum to gange ugentligt
- ved kontrol hos praktiserende læge tales om fysisk træning med fokus på træningsniveau, træningsformer og patientens egenomsorg.

## 5.11 Psykosocial omsorg

### Formål

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

### Indhold

Undersøgelser har 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 AKS 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 hjerterehabiliteringen er samtalen og personalets evne til at opfange og fortolke patientens adfærd, tanker og følelser sammen med evnen til at reagere på information.

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

### Fase 1

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 nedenstående tabel.

**Tabel 6. Beskrivelse af en krises faser**

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

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

## Fase 2

Når patienten har været hjemme og skal påbegynde det ambulante hjerterehabileringsforløb, 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.

Den psykosociale omsorg varetages af det sundhedsfaglige personale i forbindelse med den øvrige information og undervisning som led i individuelle samtaler, gruppeundervisning og holdtræning.

Det sundhedsfaglige personale må være opmærksom på, at patienten kan have en depression og være i krise. I erkendelse af at depression vanskeliggør fuldt udbytte af rehabilitering, og gennemførelsen af de forandringer patienten ønsker for genoptagelse af sit liv, anbefales det at screene alle patienter med AKS for angst og depression. (Se bilag 5. Screening for angst og depression).

Det anbefales, at patienten udfylder spørgeskema om angst og depression ca. 6 uger efter udskrivelsen, og at der etableres mulighed for samtale om testresultatet. Ved positivt testresultat henvises til udredning og eventuel behandling ved praktiserende læge.

Det er vigtigt at opmuntre patienten til at inddrage nærmeste pårørende i rehabiliteringsforløbet. De pårørende har også brug for at bearbejde forløbet for at kunne yde støtte.

### **Fase 3**

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 1 og 2 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.

### **Patienter med AKS og seksuel aktivitet**

Af litteraturen fremgår, at seksuel dysfunktion er underrapporteret og underefterspurgt fra personalets side mht. hjertepatienter. Patienterne ønsker at få taget emnet op (patient og partner), men får det ikke gjort på eget initiativ. Det fremgår desuden, at uddannelse og træning indenfor området er sparsomt blandt det professionelle hjerterehabiliteringspersonale, herunder blandt kardiologer.

#### *Risiko ved seksuel aktivitet hos patienter med iskæmisk hjertesygdom*

Risikoen for reinfarkt eller død hos en person med tidligere AMI er ca. 10% årligt, men under 3% hvis vedkommende kan klare en arbejdskapacitet på mindst 7 METS (metaboliske enheder) svarende til ca. 100 watt uden ledsagende symptomer på myokardieiskæmi<sup>94</sup>.

Der er ikke sikker evidens for øgede tilfælde af hjertesygdom forårsaget af seksuel aktivitet. Der foreligger et epidemiologisk studie med 20 års follow up, som tværtimod fandt, at de, der havde mindst seksuel aktivitet, havde øget risiko i forhold til de med hyppigst seksuel aktivitet, tydende på en vis beskyttende virkning. Dette er intuitivt forståeligt ud fra effekten af fysisk aktivitet på iskæmisk hjertesygdom. Den fysiske belastning ved seksuel aktivitet er beskeden/moderat (3-4 METS svarende til ca. 50-75 watt eller gåtur med hastighed på 5 km/time). Denne information er vigtig at få formidlet til pårørende og patienter med iskæmisk hjertesygdom. En arbejdstest (symptombegrænset cykeltest) efter udskrivelsen efter AKS er vigtig, idet den ud over anvendelse ved generel risikostratificering kan danne basis for sammensætning af rehabiliteringsprogrammet. Patienter, som kan klare en arbejdskapacitet på 100 watt

---

<sup>94</sup> Ibid.

uden holdepunkt for myokardieiskæmi eller arytmi, vil på betryggende vis kunne genoptage et aktivt seksualliv.

### *Seksuelle problemer hos mænd*

Erektile dysfunktion (ED) er almindelig og stiger med alderen. I The Massachusetts Male Aging Study (MMAS) fandt man hos raske ED-prævalens på 52% blandt 40-70 årige mænd, og på 70% blandt mænd >70 år<sup>95</sup>. Prævalensen af ED hos mænd med hjertekarsygdom er højere end i den generelle befolkning<sup>96</sup>.

Karsygdomme er den almindeligste årsag til ED, og koronarsygdom og ED deler de samme risikofaktorer, såsom lav fysisk aktivitet, fedme, rygning, hypertension, hyperkolesterolemie, diabetes<sup>97 98</sup>.

### *Behandling af ED hos mænd med hjertekarsygdom*

- Fysisk genoptræningsprogram  
Da generel bekymring og angst for fysisk aktivitet er udbredt og en medvirkende årsag til ED hos patienter med iskæmisk hjertesygdom specielt efter nylig myokardieinfarkt, bør behandlingen primært omfatte tilbud om et fysisk genoptræningsprogram<sup>99</sup>. Gennemførelse af arbejdstest evt. i overværelse af partner er angst-reducerende og beroligende for både patient og partner.
- Psykosociale tiltag  
Generel angst og bekymring hos patienter med debut af hjertesygdom er en ikke ubetydelig faktor. Psykosociale behandlingsmuligheder er samtaler hos praktiserende læge, deltagelse i hjerterehabileringsprogram med specialuddannede sygeplejersker samt anden støtte til udvikling af egenomsorg for patient og evt. partner, herunder evt. henvisning til psykolog/psykiater/sexolog i specielle tilfælde.
- Phosphodiesterase 5 inhibitorer (PDE5-inhibitorer)  
Der findes forløbig følgende PDE5-inhibitorer:  
Sildenafil (Viagra®) og vardenafil (Levitra®) med T<sub>1/2</sub> = ca. 4 timer, samt tadalafil (Cialis®) med T<sub>1/2</sub> = ca. 17,5 timer.

---

<sup>95</sup> Graham Jackson et al. The Second Princeton Consensus Conference on Sexual Dysfunction and Cardiac Risk: New Guidelines for sexual Medicine. J Sex Med 2006;3:28-36

<sup>96</sup> H.Mickley,E.Agner,K.Saunamäki & H.E.Bøtker. Seksuel aktivitet ved iskæmisk hjertesygdom..Ugeskr. Læger 2001;163(5):603.

<sup>97</sup> Graham Jackson et al. The Second Princeton Consensus Conference on Sexual Dysfunction and Cardiac Risk: New Guidelines for sexual Medicine. J Sex Med 2006;3:28-36

<sup>98</sup> John B. Kostis et al. Sexual Dysfunction and Cardiac Risk (the Second Princeton Consensus Conference. Am J Cardiol 2005;96: 313-321

<sup>99</sup> H.Mickley,E.Agner,K.Saunamäki & H.E.Bøtker. Seksuel aktivitet ved iskæmisk hjertesygdom..Ugeskr. Læger 2001;163(5):603

Sildenafil er det første og mest ekstensivt undersøgte orale behandlingstilbud. Gennemsnitlig succes rate er rapporteret hos >80% uden tegn på tolerance udvikling. Hos diabetes patienter er den gennemsnitlige succesrate ca. 60%<sup>100</sup>.

- Andre behandlinger  
Af andre behandlingsmuligheder kan nævnes apparatur til vakuumkanstriktion, intrakavernøs injektion (cave AK-behandling, clopidogrel-behandling sammen med acetylsalicylsyre) eller transurethral applikation af vasoaktive midler som prostaglandin E.

Interaktioner og sikkerhed mellem PDE5-inhibitorer og andre kardiovaskulære lægemidler:

- Organiske nitrater og PDE5-inhibitorer  
Efter 100 mg sildenafil falder blodtrykket 8-10/5-6 mmHg på grund af en let universel vasodilatation. I overensstemmelse med den kendte effekt på NO/cGMP-pathway potentierer sildenafil den hypotensive effekt af nitrater. Administration af PDE5-inhibitorer til patienter, som bruger organiske nitrater under nogen former, er derfor absolut kontraindiceret. Alvorlige kardiovaskulære hændelser inklusive AMI og pludselig hjertedød er rapporteret i relation til brug af sildenafil<sup>101</sup>. Sildenafil metaboliseres i leveren, og halveringstiden kan derfor være betydelig forlænget ved samtidig indtagelse af andre stoffer, der metaboliseres ad denne vej via CYP3A4, herunder grapefrugt, erythromycin, cimetidin, calciumantagonister, statiner og antidepressiva<sup>102</sup>.

Det er derfor vigtigt at udspørge akut indlagte hjertepatienter om tidspunkt for sidste eventuelle PDE5-inhibitor indtagelse, i tilfælde af behov for behandling med nitrater. Sildenafil og vardenafil har begge kort halveringstid på ca. 4 timer, hvorfor det synes at være tilladeligt at benytte nitroglycerin 24 timer efter indtagelse af sildenafil eller vardenafil. Tadalafil har lang halveringstid på 17,5 timer, og en undersøgelse tyder på, at der skal gå mindst 48 timer mellem sidste dosis tadalafil og administration af nitrater.

- Antihypertensiva (herunder alfa-blokkere) og PDE5-inhibitorer.  
Der er almindeligvis et lille eller intet fald i blodtryk når en PDE5-inhibitor administreres til en patient i behandling med antihypertensiva såsom betablokkere, diuretika, calcium-hæmmere, ACE-hæmmere, AT2-blokkere. Generelt er PDE5-inhibitorer sikre og effektive hos patienter i behandling med antihypertensiva.

---

<sup>100</sup> Graham Jackson et al. The Second Princeton Consensus Conference on Sexual Dysfunction and Cardiac Risk: New Guidelines for sexual Medicine. J Sex Med 2006;3:28-36.

<sup>101</sup> H.Mickley,E.Agner,K.Saunamäki & H.E.Bøtker. Seksuel aktivitet ved iskæmisk hjertesygdom..Ugeskr. Læger 2001;163(5):603.

<sup>102</sup> Ibid.

Der er imidlertid en gruppe antihypertensiva, som man bør skærpe opmærksomheden omkring, nemlig alfa-blokkere<sup>103</sup>. Alfablokkere kan i sig selv medføre ortostatisk hypotension. De har også varierende grader af interaktion med PDE5-inhibitorer, som evt. kan resultere i yderligere fald i blodtrykket. Aktuelt anbefales forsigtighed ved samtidig administration af PDE5-inhibitorer og alfa-blokkere. Generelt anbefales, at der startes med lav dosis PDE5-inhibitor hos patienter, der er i alfablokker-behandling.

#### *Betydningen af livsstilsfaktorer*

Lav fysisk aktivitet er i sig selv en risikofaktor mht. såvel ED som iskæmisk hjertesygdom. Vægttab og fysisk træning er vist effektivt mht. at påvirke ED hos moderat overvægtige, stillesiddende mænd.

Rygning er en risikofaktor mht. erektil dysfunktion, og rygestop anbefales.

#### *Seksuelle problemer hos kvinder*

Der foreligger færre og mindre studier, som dog alle peger på, at også kvinder har forværrede seksuelle problemer efter debut af hjertesygdom. Det er de samme psykologiske faktorer (stress, angst, depression), som er i spil, og håndteringen heraf er som hos mænd, dvs. deltagelse i hjerterehabiliteringsprogram, samtale med praktiserende læge osv. (se ovenfor).

De fysiologiske faktorer, specielt hos postmenopausale kvinder, er bl.a. vaginal tørhed og smerter ved samleje. Dette anbefales udredt og behandlet primært via praktiserende læge, som udover selv at instituere evt. behandling (f.eks. lokal applikation af østrogen vha. eksempelvis vagifem x 2 ugentlig) kan henvise til og samarbejde med gynækolog, urolog etc.

Behandling med PDE-5 inhibitorer hos kvinder med seksuel dysfunktion er ubelyst. Dyreforsøg har vist, at NO (nitric oxide) og cGMP er involveret i klitoris erektion via BK-Ca-channels (calcium aktiverede Kalium-kanaler), hvorfor disse kanaler synes at være et muligt mål for medicinsk behandling, herunder PDE-5 inhibitorer (sildenafil), af seksuel dysfunktion hos kvinder.

#### *Eventuel partner*

Partneren er generelt ængstelig for den hjertesygge patient, og hvad denne kan tåle. Denne ængstelse kan reduceres betydeligt ved, at partneren deltager i undervisning og evt. overværer arbejdstest og træning, hvilket har en god beroligende virkning.

---

<sup>103</sup> Graham Jackson et al. The Second Princeton Consensus Conference on Sexual Dysfunction and Cardiac Risk: New Guidelines for sexual Medicine. J Sex Med 2006;3:28-36.

## **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. Retningslinjer, der er publiceret af Dansk Cardiologisk Selskab, og som omfatter retningslinjerne for en række hjertelidelser og de særlige regler vedrørende erhvervskørsel, bør følges (rapporten findes på [www.cardio.dk](http://www.cardio.dk)).

### *Sygemelding og genoptagelse af erhverv*

Generelt forventes en sygemelding på 4-6 uger, men det afhænger 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.

**Table 7. Psychosocial care in the phases of cardiac rehabilitation**

Fase	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Indhold	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krisehåndtering</li> <li>• Sygdomsindsigt og – forståelse</li> <li>• Information om og visitering til videre rehabilitering, der støtter egenomsorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krisehåndtering</li> <li>• Sygdomsindsigt og – forståelse</li> <li>• Screening og behandling for angst og depression</li> <li>• Udredning af patientens/borgerens egne behov og ønsker</li> <li>• Kortlægning af patientens/borgerens egen opfattelse af helbredsstatus og livskvalitet</li> <li>• Fastlæggelse af patientens/borgerens egne mål</li> <li>• Inddragelse af pårørende (incl. støtte til pårørende)</li> <li>• Aflæring af gamle vaner-indlæring af nye vaner</li> <li>• Mestring</li> <li>• Støtte til at etablere nye vaner</li> <li>• Facilitere tilbagevenden til / tilpasning af hverdagen</li> <li>• Motivere til sund livsstil</li> <li>• Handlekompetence</li> <li>• Etablere (sociale) netværk</li> <li>• Vejledning mht. kørekort/bilkørsel</li> <li>• Vejledning ift. arbejdsfastholdelse, sygemelding</li> <li>• Seksualliv</li> <li>• Rejseliv</li> <li>• Økonomi</li> <li>• Pension</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krisehåndtering</li> <li>• Sygdomsindsigt og - forståelse</li> <li>• Screening og behandling for angst og depression</li> <li>• Etablere og vedligeholde netværk</li> <li>• Etablere og fastholde nye vaner</li> </ul>
Ansvarlig	<i>Hospitaler</i>	<i>Hospitaler, Sundhedscentre, Praktiserende læger</i>	<i>Sundhedscentre, andre kommunale og lokale tilbud, praktiserende læger, patientforeninger</i>

**Recommendation**

When patients go through the acute course, it is recommended to work with an acknowledging and participant-oriented health pedagogy, where the focus is on the problem situations that patients themselves bring up. In this way, it is ensured that the message is meaningful, relevant and heard by the patient, so that it is translated into the individual's everyday life.

Anxiety and depression affect many patients with ACS. The recognition of depression hinders the full benefit of rehabilitation, and the implementation of the changes that the patient wishes for the resumption of their life, it is recommended to screen all patients with ACS for anxiety and depression. (See appendix 5. Screening for anxiety and depression).

Det anbefales, at patienten udfylder spørgeskema om angst og depression ca. 6 uger efter udskrivelsen, og at der etableres mulighed for samtale om testresultatet. Ved positivt testresultat henvises til udredning og eventuel behandling ved praktiserende læge.

Anbefalinger vedrørende patienter med AKS og seksuel aktivitet:

- at udbrede viden om, at belastningen ved seksuel aktivitet er beskeden (50-75 watt), og at patienter, som kan klare en arbejdskapacitet på 100 watt uden holdepunkt for myokardieiskæmi eller arytmi på betryggende vis vil kunne genoptage et aktivt seksualliv
- at hjerterehabiliteringspersonale uddannes indenfor området seksuel dysfunktion
- at hjerterehabiliteringspersonale aktivt tager emnet seksuel funktion/dysfunktion op i hjerterehabiliteringsforløbet, såvel individuelt som ved fællesundervisning
- at udredning og behandling udover deltagelse i hjerterehabilitering primært forestås af og foregår via praktiserende læge
- at der altid udspørges om brug af PDE-5 inhibitorer ved indlæggelse for hjertesygdom, således at disse patienter ikke rutinemæssigt behandles med nitrater, før det tilladte tidsinterval er opnået
- at erektil dysfunktion hos en rask person opfattes som en risikofaktor mht. iskæmisk hjertesygdom.

### **Referencer**

Hjerterehabilitering. Rationale, arbejdsmetode og erfaringer fra Bispebjerg Hospital, s. 119-126

Hjerterehabilitering på danske sygehuse, Netværk af forebyggende sygehuse 2004, s. 21, 35-36 + 47-49

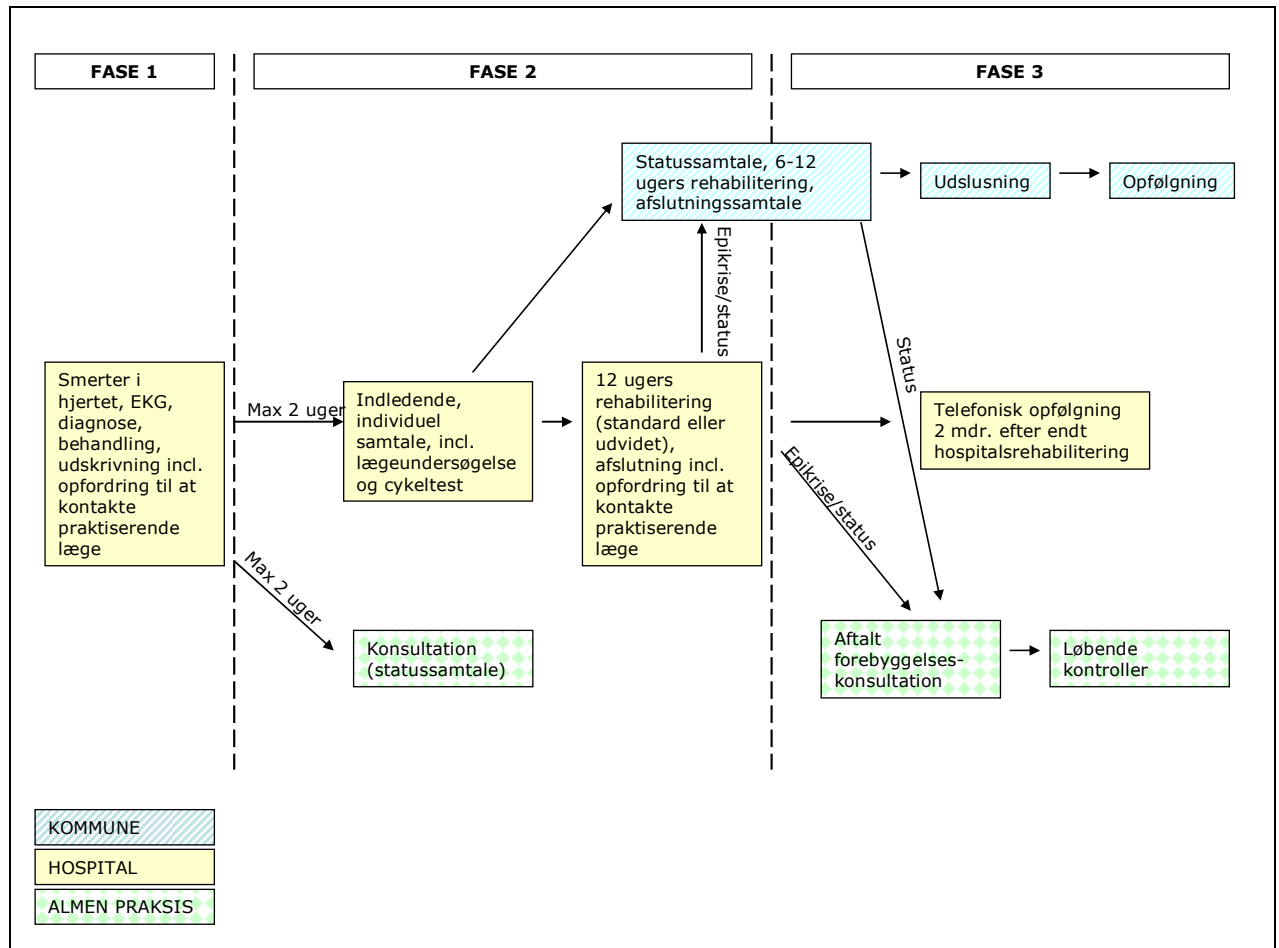
Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - Generisk model, Sundhedsstyrelsen 2008

Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen, Netværk af forebyggende sygehuse 2007

Meillier, LM *I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret hjerterehabilitering*. Center for Folkesundhed. Region Midtjylland 2007. (Tilhørende manual. Center for Folkesundhed og Hjerteforeningen 2007).

## 6. Organisering

Organiseringen er illustreret i nedenstående figur og beskrives i den efterfølgende tekst.



Figur 2. Organisering af patientforløbet for patienter med AKS.

### 6.1 Fase 1

I litteraturen om deltagelse i hjerterehabilitering, beskrives frafald både ved inklusion og ved fremmøde blandt hjertepatienter. Stramme procedurer for registrering og kontakt til hjertepatienter kan øge deltagelsen betydeligt. Der bør anvendes nedenstående kontaktprocedure:

#### Registrering under indlæggelsen

To til tre gange ugentligt kontrollerer hospitalet cpr.nr. for patienter med diagnosekoderne I21.0-I21.9 og I20.0 med henblik på at sikre, at alle patienter får tilbudt rehabilitering.

### **Opfordring til at booke konsultation hos praktiserende læge indenfor to uger efter udskrivelsen**

Før udskrivelsen fra hospitalet sikrer patientens kontaktperson/-team, at der er bestilt en konsultation hos patientens praktiserende læge inden for de næste to uger. Det har stor betydning, at praktiserende læge hurtigt efter en AKS episode bliver orienteret såvel ved elektronisk epikrise som ved patientens fremmøde i praksis. Konsultationen er vigtig for gennem patienten at bliver orienteret og gøre status over den nye livssituation samt diskutere og orientere om fase 2 og 3 i hjerterehabiliteringen.

### **Overgang til fase 2 rehabilitering**

Alle patienter med AKS tilbydes inden udskrivelsen hjerterehabilitering startende med individuel samtale indenfor to uger efter udskrivelsen.

- Patienten modtager program for hjerterehabiliteringen og en mødedato til individuel samtale, inden afdelingen forlades, med det budskab at "hjerterehabiliteringen er behandlingen". Det er vigtigt, at patienten ved, hvad der skal ske efter udskrivelsen og har en dato for hvornår. Hvis det er muligt, besøges rehabiliteringsteamet under indlæggelsen, og der etableres en kontakt. I de tilfælde hvor patienten ikke kan henvises under indlæggelsen, kontaktes patienten telefonisk eller pr. brev.
- Det sikres, at patienter overført til invasivt center følges op fra hjemmehørende hospital. Det invasive center sender epikrise til praktiserende læge og til hjemmehospital og beder sidstnævnte indkalde til hjerterehabilitering.
- For patienter i optageområdet men indlagt på andet hospital indberettes diagnosekoder af det hospital, som har patienten indlagt hurtigst muligt til rehabiliteringsteamet på patientens hjemmehospital, så der kan tages kontakt herfra.
- Patienter med
  - Alvorlig anden lidelse
  - Apopleksi
  - Demens
  - Psykiatrisk sygdom
  - Retardering
  - Alkoholmisbrugder *ikke* vurderes at kunne følge et hjerterehabiliteringsprogram, tilbydes ikke hjerterehabilitering i standardiseret program.

## **6.2 Fase 2**

### **Indledende individuel samtale**

- Første kontakt i hjerterehabiliteringen finder sted indenfor de første to uger efter udskrivelsen og består af en lægeundersøgelse, symptombegrænset cykeltest<sup>104</sup> og der henvises/motiveres til motionsaktivitet på baggrund af fysisk formåen; der

---

<sup>104</sup> Testen kan alternativt laves ved første fremmøde til den fysiske træning.

foretages også en samtale med sygeplejerske om sygdoms- og indlæggelsesforløbet, samt en samtale om motivation til deltagelse i hjerterehabiliteringens øvrige elementer

- Det aftales i samråd med læge eller sygeplejerske, om patienten skal tilbydes standard eller udvidet hjerterehabilitering (se afsnit 5.4); behandlerteamet vurderer hver enkelt patients behov for standard eller udvidet rehabilitering på baggrund af uddannelse, samlivsstatus og patientens samlede belastninger, som det fremgår af journal og samtale med patienten; såfremt patienten af f.eks. afstandsmæssige årsager ikke ønsker at deltage i 12 ugers hospitalsbaseret fase 2 rehabilitering henvises til kommunal rehabilitering
- Ved indledende individuelle samtale i hjerterehabiliteringen tilknyttes patienten en kontaktperson/-team. Kontaktpersonen/-teamet er gennemgående fra indledende samtale til telefonisk opfølgning to måneder efter endt hospitalsrehabilitering og gennemfører samtaler med patienter, der tilbydes opfølgende individuelle forløb; kontaktpersonen/-teamet er ansvarlig for formidling af patientens situation og handlinger mellem faggrupper og mellem sektorer
- Alle patienter tilbydes fysisk træning på hold ved fysioterapeut
- Det tilrettelagte program og informationer om kontaktpersonen/-teamet, udleveres med angivelse af mødedatoer til patienten; alternativt henvises patienten til kommunal rehabilitering eller praktiserende læge.

### **Fase 2 rehabiliteringsforløb**

- 12 ugers hospitalsbaseret rehabilitering bestående af de elementer, som patienten har takket ja til ved indledende samtale
  - Ved manglende fremmøde til første undervisningsgang kontaktes patienten telefonisk af sin kontaktperson mhp. opfordring til deltagelse
- Alternativt 6-12 ugers kommunal rehabilitering i samarbejde med hospitalsafdeling.

### **Overgang til fase 3 rehabilitering**

- Ved overgang fra fase 2 til 3 udarbejdes en elektronisk epikrise/status til praktiserende læge og til kommune i form af et udfyldt skema om rehabiliteringsforløbet (se bilag 6). I brevet anføres hjerterehabiliteringens tilbud, og hvilke dele patienten har deltaget i. Der anføres en bemærkning om patientens opnåede mål og fremtidige mål for hjerterehabiliteringens fase 3 under hvert rehabiliteringsemne (se bilag 6).
- I samarbejde med kontaktpersonen/-teamet udarbejder alle patienter planer for videre forløb i fase 3; planen indeholder status for gennemførte elementer i hjerterehabilitering, opnåede resultater samt patientens mål for fase 3, og formidles til praktiserende læge og kommunale sundhedsteam.
- Ved afslutningen af fase 2 / hospitalsforløbet bestilles tid til en aftalt forebyggelseskonsultation hos praktiserende læge mhp. drøftelse af deltagelse i hele eller dele af kommunal rehabiliteringsforløb samt kontrol, medicin, motivation og livsstilsændringer, og hvor mål fra fase 2 kan tages op

- For de patienter, der ikke fortsat følges i kardiologisk ambulatorium, bliver praktiserende læge den lægefagligt ansvarlige under fase 3. Praktiserende læge overtager det lægefaglige ansvar for patienten, når denne er afsluttet fra hospital med besked til praktiserende læge om ansvarsoverdragelse. Denne ansvarsoverdragelse sker i løbet af eller ved afslutningen af fase 2. Patienten kan godt modtage delvis fase 2 rehabilitering i kommunalt regi og fortsat være tilknyttet hospital, men når patienten afsluttes fra hospital overdrages det lægefaglige ansvar til den praktiserende læge.
- Kontaktpersonen/-teamet fra fase 2 tager to måneder efter endt fase 2 telefonisk kontakt til patienten, for at sikre overgangen til fase 3 er sket efter aftalte mål.

### **6.3 Fase 3**

- Patienter med AKS henvises til et opfølgende kommunalt rehabiliterende forløb på 6-12 uger efter endt rehabiliteringsforløb på hospitalet (se eksempel i bilag 8)
- Praktiserende læge kan også henvise direkte til et forebyggende og rehabiliterende forløb i kommunen
- Med henvisningen følger en epikrise/status (se bilag 6), hvori rehabiliteringsforløbet i fase 1 og 2 beskrives
- Under rehabiliteringsforløbet bliver borgeren tilknyttet en kontaktperson/-team (f.eks. sundhedscenter eller sundhedsteam) i det kommunale rehabiliteringsteam
- Der kan tages hensyn til borgerens hverdags- og arbejdsliv ved at tilbyde forløb med undervisning og træning om eftermiddagen og/eller om aftenen
- Det kommunale rehabiliteringsforløb indledes med en statussamtale med kontaktpersonen ud fra den modtagne epikrise/status, hvor borgerens muligheder, behov, ønsker og egne mål drøftes; derudover udføres en række indledende tests
- I slutningen af forløbet udføres en afsluttende samtale, og efterfølgende er der et opfølgingsforløb med et antal samtaler over i alt 1 år
- Ved afslutningen af det kommunale rehabiliteringsforløb sendes en status til praktiserende læge (se bilag 7)
- Det lægefaglige ansvar i fase 3 ligger hos borgerens praktiserende læge.
- Praktiserende læge foretager løbende kontroller; i starten hyppigt og altid inklusiv en årlig status.

## 7. Kvalitetsmonitorering

Ved gennemgang af litteraturen er der påvist nedenstående standarder og indikatorer, som er relevante for AKS:

### *Den Danske Kvalitetsmodel*

Den aktuelle udgave af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) indeholder ikke standarder for diagnosen AKS, men følgende standarder<sup>105</sup> har betydning for indsatsen beskrevet i nærværende rapport.

Hospitaler:

- 2.3.3 Forløbsansvar for patienter med kronisk sygdom
- 2.15.1 Rehabilitering
- 2.16.4 Undervisning af patienter med kronisk sygdom.

Kommuner:

- 2.1.1 Samarbejde mellem sektorer og kommuner.

Implementering af DDKM forventes at starte i 2009. Almen praksis er for nuværende ikke omfattet af DDKM, men forventes at blive dette indenfor få år.

### *Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed*

Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed (DAK-E) har udarbejdet en række indikatorer for behandlingen af patienter med hjertekarsygdom i almen praksis<sup>106</sup>. Indikatorerne grupperer sig under seks hovedoverskrifter:

- Livsstilsændringer
- Medicinsk indsats overfor blodtryk
- Medicinsk indsats overfor lipider
- Andre præventive medikamentelle behandlinger
- Overvågning for komplicerende sygdomme
- Andre indsatser.

### *Rapport angående: Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen<sup>107</sup>*

I en rapport angående hjertekarrehabilitering efter strukturreformen er der foreslået følgende eksempler på indikatorer for iskæmisk hjertesygdom:

- opnåelse af medicinske behandlingsmål for risikoparametre ift. retningslinjer: blodtryk, lipider, HbA1C

---

<sup>105</sup> <http://www.ikas.dk/>

<sup>106</sup> DAK-E. Indikatorer for hjertekarsygdomme i almen praksis, 2008.

<sup>107</sup> Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen, Netværk af forebyggende sygehuse og Hjerteforeningen 2007.

- andel af udskrevne patienter med AKS, der gennemfører rehabiliteringsforløb på hospital, i kommune eller i almen praksis
- andel af patienter, der gennemgår et struktureret undervisningsprogram med fysisk træning og undervisning om symptom-, medicin- og sygdomsforståelse samt risikofaktorer.

#### *Kvalitetsmonitorering af forløbsprogram for AKS*

Kvalitetsmonitoreringen vil omfatte DDKM samt dele af DAK-E og eventuelt indikatorer foreslået i rapporten *Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen*. Herudover udvikles regionale indikatorer – disse kan f.eks. være relateret til:

- effekt ift. f.eks. overlevelse og livskvalitet
- hvorvidt de tre sektorer lever op til forløbsprogrammets anbefalinger
- patienttilfredshed, herunder hvorvidt patienterne oplever et sammenhængende patientforløb med smidige overgange mellem faser og sektorer.

Forløbsprogramgruppen for hjertekarsygdom vil udarbejde forslag til regionale indikatorer. Kvalitetsmonitoreringen af forløbsprogram for AKS kommer minimum til at indeholde:

- DDKM
- overlevelse
- patienttilfredshed.

## 8. Implementeringsstrategi

Det grundlæggende princip bag implementeringen af forløbsprogrammet er, at processen skal foregå på alle niveauer i hver af de tre sektorer – såvel på ledelsesniveau som på praktikerniveau. I tråd med udarbejdelsen af forløbsprogrammet skal repræsentanter for alle berørte parter involveres, og der skal være fokus på overgange og samarbejde mellem sektorer.

### Organisering

Implementeringsprocessen vil med fordel kunne starte med, at de lokale klyngestyregrupper træffer afgørelse om de konkrete snitflader i fase 2 mellem hospitalet og de enkelte kommuner i klyngen.

For at sikre forløbsprogrammets implementering og anvendelse nedsættes der lokale implementeringsgrupper. Implementeringsgrupperne bør tage udgangspunkt i de klynge-strukturer, der blev nedsat ved indgåelsen af sundhedsaftaler mellem regionen og de 19 kommuner i Region Midtjylland. Der vil således være tale om en kendt struktur, hvor samarbejdsrelationer mellem hospital, kommuner og almen praksis allerede vil være etableret i den enkelte klynge. Det vil være op til den enkelte klynge at sammensætte implementeringsgruppen.

Følgende personer kan dog med fordel indgå i implementeringsgruppen i den enkelte klynge:

- De personer fra klyngen, der har indgået i forløbsprogramgruppen, og som har medvirket til udarbejdelsen af forløbsprogrammet
- Repræsentanter fra de tre sektorer, som kan medvirke til at facilitere og drive implementeringsprocessen
- Koordinatoren for forløbsprogrammet.

### Redskaber

Centrale elementer for en vellykket implementering kan omfatte arbejde med organisationers kultur, ledelsens engagement, ressourceallokering, medarbejderinddragelse, løbende evaluering og brug af kvalitetsdata.

Uddannelse af sundhedspersonale, relevant beslutningsstøtte samt kliniske informationssystemer kan desuden medvirke til at understøtte implementeringen af forløbsprogrammet.

Sundhedsaftalerne mellem hospitalet og kommunerne i klyngen kan benyttes som et konkret instrument til at lave aftaler i forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammet.

## 9. Evaluering og opfølgning

Det skal sikres, at der foregår en løbende evaluering og opfølgning på forløbsprogrammet.

Forløbsprogramgruppen fungerer som faglig baggrundsgruppe for forløbsprogrammet. Det betyder konkret, at medlemmerne er ansvarlige for at bidrage med faglig og organisatorisk viden. I den forbindelse er det medlemmernes ansvar, at gøre formandskabet opmærksom på, hvis dele af forløbsprogrammet skal opdateres<sup>108</sup>.

Det er på den baggrund formandskabets ansvar mindst én gang om året at vurdere, om der er behov for, at programmet opdateres. Vurderes det nødvendigt, er det således også formandskabets ansvar at sikre, at den samlede gruppe indkaldes så de nødvendige ændringer kan laves.

Det er i forlængelse heraf også formandskabets ansvar at vurdere, hvorvidt eventuelle ændringer kræver, at materialet sendes i høring ved relevante parter.

Det skal samtidig sikres, at forløbsprogrammet evalueres og revideres<sup>109</sup> med passende mellemrum. I den forbindelse er det Region Midtjyllands ansvar at tilvejebringe grundlaget for en sådan evaluering. For at sikre det bedst mulige grundlag skal der udarbejdes en generel plan for, hvordan programmet skal evalueres. Det er Region Midtjyllands ansvar at sikre, at denne plan udarbejdes.

På baggrund af evalueringen er det forløbsprogramgruppens ansvar at foretage eventuelle ændringer i programmet, hvis det er påkrævet. Såfremt disse ændringer medfører nye snitflader mellem de enkelte sektorer eller medfører markant øgede udgifter, eksempelvis i form af nye omkostningstunge behandlingsformer, skal det nye reviderede program godkendes endeligt af Sundhedskoordinationsudvalget og Regionsrådet i Region Midtjylland.

---

<sup>108</sup> Med opdatering menes der her *ajourføring*, det vil sige at tilrette efter de seneste oplysninger. Der kan eksempelvis være tale om nye anbefalinger vedrørende medicin eller lignende.

<sup>109</sup> Med revidering forstås en kritisk gennemgang med henblik på at ændre i programmets opbygning og komponenter.

# Bilagsoversigt

- Bilag 1. Forløbsprogramgruppens sammensætning
- Bilag 2. Forkortelser og ordforklaringer
- Bilag 3. Diætprincipper for den hjertevenlige kost
- Bilag 4. Borg skala
- Bilag 5. Screening for angst og depression
- Bilag 6. Epikrise og status til praktiserende læge og kommune efter rehabilitering på hospital
- Bilag 7. Rehabiliteringsstatus til praktiserende læge efter kommunal rehabilitering
- Bilag 8. Eksempel på kommunalt rehabiliteringsforløb
- Bilag 9. Beskrivelse af den praktiserende læges rolle

## Bilag 1. Forløbsprogramgruppens sammensætning

### Formandskab

- Cheflæge Christian Møller-Nielsen, Regionshospitalet Silkeborg, Hammel Neurocenter og Skanderborg Sundhedscenter
- Regionspraksiskoordinator og praktiserende læge Jens M. Rubak, Århus
- Sundhedschef Lisbeth Vinge, Hedensted kommune

### Medlemmer<sup>110</sup>

- Praktiserende læge Anneke Højrup, Vemb (Praksisudvalget)
- Afdelingslæge Bent Raungaard, Århus Sygehus (Kardiologisk specialeråd)
- Sygeplejerske Birthe Pors, Horsens kommune (Kommunerne i Horsensklyngen)
- Praktiserende læge, professor, PhD Bo Christensen, Institut for Folkesundhed Århus Universitet og Låsby (Praksisudvalget)
- Diætist Bodil toft, Århus Sygehus (Diætisterne i Region Midtjylland)
- Afdelingssygeplejerske Charlotte Fuglesang, Regionshospitalet silkeborg (Det regionale sygeplejefaglige råd)
- Sygeplejerske Carlotte Jensen, Regionshospitalet Randers (Regionshospitalet Randers)
- Overfysioterapeut Dorrit Holten Pind, Skejby sygehus (Regionsterapeutrådet)
- Sundhedsmedarbejder Dorthe Bligård, Norddjurs kommune (Kommunerne i Randersklyngen)
- Praktiserende læge Ellen Ladegaard, Harlev J (Praksisudvalget)
- Praktiserende læge Erik Juul Henningsen, Åbyhøj (Praksisudvalget)
- Fuldmægtig Helle Hygum Olsen, Region Midtjylland (Region Midtjylland)
- Overlæge Jens C. Herman Jensen, Regionshospitalet Silkeborg, (Regionshospitalet Silkeborg)
- Ergoterapeut Jette Grud, Genoptræningscentret Remstruplund, Silkeborg kommune (Kommunekontaktrådets indstilling af terapeut)
- Sundhedscenterchef Karen Bjerre Hansen, Århus kommune (Kommunerne i Århusklyngen)
- Sundhedskonsulent og diætist Kirsten Færgeman, Skanderborg kommune (Kommunekontaktrådets indstilling af diætist)
- Afdelingssygeplejerske Kirsten Løth Lysdahl, Regionshospitalet Horsens (Det regionale sygeplejefaglige råd)
- Chefkonsulent Lars Olesen, Struer kommune (Kommunerne i Vestklyngen)
- Specialeansvarlig sygeplejerske Linda Lundh, Århus Sygehus (Det regionale sygeplejefaglige råd)
- Sundhedskonsulent Lucette Meillier, Region Midtjylland (Center for Folkesundhed)

---

<sup>110</sup> Indstilling fremgår i parentes

- Sygeplejerske Malene Skovsbøl, Regionshospitalet Horsens (Regionshospitalet Horsens) *fra 16. juni 2008*
- Afdelingssygeplejerske Marianne Jensen, Skejby sygehus (Århus Universitetshospital Skejby)
- Overlæge Ole May, Regionshospitalet Herning (Kardiologisk specialeråd)
- Ledende overlæge Steen Husted, Århus sygehus (Århus sygehus)
- Afdelingslæge Søren Mellekjær, Skejby sygehus (Kardiologisk specialeråd)
- Ledende overlæge Thomas Møller Jensen, Regionshospitalet Horsens (Regionshospitalet Horsens) *til 16. juni 2008*
- Uddannelseskoordinator Tove Voss, Skanderborg kommune (Kommunerne i Silkeborgklyngen)
- Specialkonsulent Ulla Rasmussen, Regionshospitalet Herning (Hospitalsenheden Vest)
- Koordinator Vibeke Juul Dalengaard, Viborg kommune (Kommunerne i Viborgklyngen)

### **Projektkoordinator**

- AC-fuldmægtig Helene Bech Rosenbrandt, Regionalt sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

## Bilag 2. Forkortelser og ordforklaringer

AKS	Akut koronart syndrom. Kan opdeles i AMI og UAP.
AMI	Akut myokardie infarkt = blodprop i hjertet.
EKG	Elektrokardiogram; viser hjertets elektriske aktivitet; EKG ændres, f.eks. hvis der er iltmangel i hjertet, eller hvis der er arvæv.
ICD10	International Classification of Disease; diagnose kodningssystem anvendt på hospitaler
ICPC	Diagnose kodningssystem system anvendt i almen praksis

Kontaktperson: alle regioner og hospitaler har pligt til at etablere en kontaktpersonordning, der skal omfatte alle indlagte patienter og ambulante patienter i et længere forløb. En sundhedsfaglig kontaktperson medvirker til at skabe gode sammenhængende patientforløb, og repræsenterer samtidig en af patientens personificerede indgange til sundhedsvæsenet. Formålet er at sikre, at ingen patienter efterlades i et tomrum i patientforløbet, at patienten aldrig er i tvivl, om hvor han/hun kan henvende sig, og at der aldrig er usikkerhed om, hvor ansvaret for patienten er placeret (Region Midtjyllands regionale kliniske retningslinje for sundhedsfaglige kontaktpersoners funktion, opgaver og ansvar samt kravene til dokumentation).

Kroniske civilisationssygdomme: Flere kroniske sygdomme (herunder AKS) betegnes også civilisationssygdomme, idet udbredelsen af en række risikofaktorer som fysisk inaktivitet, usund kost, rygning og alkohol forstærker væksten i antallet af borgere med kroniske sygdomme.

METS           Metaboliske ækvivalenter angiver iltoptagelse og bruges som en enhed for arbejdskapacitet

Non-STEMI    Non-ST-Elevations MyokardieInfarkt; betuder AMI uden stigning i ST-stykket på et EKG

Parakliniske værdier: Værdier, der er resultater af laboratorium-, røntgen-, biopsi- og lignende undersøgelser, der ikke er kliniske undersøgelser

Rehabilitering: Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske

og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, 2004 og brugt i Sundhedsstyrelsens generiske model).

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 (WHO 1992 og brugt i "Hjertekarrehabilitering på danske sygehuse, 2004)

Fase 1 og fase 2 er tidsbestemte, men fase 3 er tidsubestemt (Forløbsprogramgruppens kommentar).

STEMI	ST-Elevations Myokardieinfarkt; betyder AMI med stigning i ST-stykket på et EKG
UAP	Ustabil angina pectoris = svær hjertekrampe.

## Bilag 3. Diætprincipper for den hjertevenlige kost

Diætprincipperne tager udgangspunkt i De Nordiske Næringsstof Rekommandationer (NNR) og rammeplanen "Forebyggelse og behandling af atherosklerose".

### Energi

Kostens energiindhold skal tilpasses, så den ideelle kropsvægt og/eller taljemål opretholdes. Der anbefales energireduceret diæt til patienter med BMI  $\geq 25$  eller ved taljemål over 94 cm for mænd og 80 cm for kvinder.

Energiprocentfordelingen følger NNR.

### Fedt

Kosten bør indeholde max 30 E% fedt, heraf:

- |                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| • Mættede fedtsyrer + transfedtsyrer | max. 10 E%     |
| • Monoumættede fedtsyrer             | 10-15 E%       |
| • Polyumættede fedtsyrer             | 5-10 E%        |
| • n-3 fedtsyrer                      | 1 gram pr. dag |

Hvis patienten har problemer med at dække energibehovet, anbefales levnedsmidler med højt indhold af monoumættede fedtsyrer.

### Fisk

Der anbefales høj indtagelse af fisk, især fed fisk. Mængden af fed fisk bør udgøre ca. 300 gram om ugen, hvilket svarer til 1 gram n-3 pr. dag. Hvis patienten ikke spiser fisk eller kan spise de anbefalede mængder fed fisk, anbefales et dagligt tilskud af n-3 gennem fiskeolie-kapsler.

### Frugt, grønt og fuldkornsprodukter

Der anbefales et dagligt indtag på min. 600 gram frugt og grønt om dagen.

Flere undersøgelser viser, at høj indtagelse af kostfibre gennem fuldkornsprodukter er forbundet med nedsat risiko for iskæmisk hjertesygdom.

Det anbefales, at den samlede daglige indtagelse af kostfibre fra frugt, grønt og fuldkornsprodukter er 3 gram pr. 1 MJ, dvs. 25-35 gram kostfibre pr. dag.

Der er god evidens for, at indtagelsen af 150 gram nødder om ugen kan nedsætte risikoen for iskæmisk hjertesygdom. Hjerteforeningen anbefaler et dagligt indtag på 20-30 gram nødder, mandler, sesamfrø, græskarkerner eller lignende.

### Kolesterolholdige fødevarer

Kolesterolindtagelsen bør være under 300 mg pr. dag.

### Salt

Danskernes saltindtagelse bør generelt nedsættes til 6-7 gram salt pr dag. Aktuelt er der ikke specifikke nationale anbefalinger for saltindtagelsen til patienter med iskæmisk hjertesygdom. Der er dog evidens for, at saltreduktion hos patienter med hypertension kan reducere blodtrykket.

### Alkohol

Det anbefales at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger på max. 14 genstande for kvinder og max. 21 genstande for mænd om ugen.

## Bilag 4. Borg skala

Borg skalaen er en numerisk skala, der anvendes til at kvantificere den subjektive vurdering af en fysisk anstrengelse. Anstrengesskalaen går fra 6 til 20. Man anvender også betegnelsen Rate of Perceived Exertion, RPE, om skalaens værdier. Skalaen kan bruges til at angive den anbefalede intensitet i en træning.

### Borg skalaen

(0%)	6	
	7	Meget meget let
	8	
	9	Meget let
	10	
	11	Ret let
	12	
(50%)	13	Noget anstrengende
	14	
	15	Anstrengende
	16	
	17	Meget anstrengende
	18	
	19	Meget, meget anstrengende
(100%)	20	

0 er fuldkommen hvile

20 er virkelig stor anstrengelse

Talværdierne vil for en gennemsnitlig yngre person være sammenfaldende med hjertefrekvensen divideret med 10.

Cand.scient. Morten Zacho har uddybet den oprindelige skala ved at koble talangivelserne med, hvordan træningsintensiteten opleves og hvilken træningseffekt, der kan opnåes.

Nedenstående skala er den nye version.

#### Referencer

- Zacho, Morten, Kvantificering og dosering af intensitet, Fysioterapeuten nr. 9, maj 2003
- Klarlund Pedersen, Saltin, Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling, Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003

# Borg-skala

Borg-trin	Oplevelse	Træningseffekt
6	Hvile	Ingen 😊
7	Det føles meget let Svært at mærke forskel på niveauerne	Opvarmning / nedvarmning
8		
9		
10		
11	Du kan mærke at du træner - men det er slet ikke hårdt	Sundhedseffekt - men kræver lang tid
12		
13		
14	Snakkegrænsen Du kan snakke, men sætninger bliver afbrudt af åndedrag	Kondition og sundhed for de fleste
15		
16	Hyperventilation Du puster kraftigt og kan kun svare med enkelte ord	Effektiv kondition - men hård træning
17		
18	Udmattelse Få minutter eller sekunder til at du må stoppe	Præstations- og sprintevne
19		
20		

Borg-skalaen bruges til at styre intensiteten ud fra, hvor anstrengende man selv oplever træningen. Skalaen går fra 6 til 20, fordi disse tal - med et ekstra nul bagved - nogenlunde svarer til pulsværdierne for en gennemsnitlig ung person. De fleste mennesker bør forsøge at nå mindst 20 minutter på Borg 14-15 to til tre gange pr. uge.

© Motion-online.dk 2008

## Bilag 5. Screening for angst og depression

### Diagnostisk screening for angst og depression

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

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

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

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

#### *Generel screening for psykisk sygdom*

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

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

#### *Angst*

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

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

Der kan være tale om mere omfattende angst-tilstande, f.eks. panikangst. Vær derfor specielt opmærksom på, om patienten vedvarende er 'angst-positiv'. Angst kan imidlertid

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

### *Depression*

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

De diagnostiske kriterier for depression er i følge ICD-10 følgende:

Kernesymptomer > 2 uger:

- Nedtrykthed
- Nedsat lyst/interesse
- Træthed/energiløshed

Ledsagesymptomer > 2 uger:

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

Diagnose:

- Let depression  
4-5 symptomer, heraf mindst 2 kernesymptomer
- Moderat depression  
6 symptomer, heraf mindst 2 kernesymptomer
- Svær depression  
8 symptomer, heraf mindst 3 kernesymptomer.

En læge diagnosticerer og tager stilling til eventuel behandling.

### *Vurdering af besvarelse*

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

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

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

# Spørgeskema

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

(Sæt ét kryds i hver linie)

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

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

(Sæt ét kryds i hver linje)

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

## Maske til spørgeskema

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

### Alkoholafhængighed

Nej	Ja

#### Note – slettes ved udskrivning

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

## Sumscoreskema til spørgsmål vedrørende psykisk sygdom samt alkoholafhængighed

### Hvor sikker er diagnostisk screening for psykiatrisk sygdom?

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

### Hvordan gør man konkret?

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

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

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

	Sandsynlighed for psykisk sygdom generelt		<input type="checkbox"/>
	< 15%	50% 70% 85%	normalt = 0
<b>PSYKISK SYGDOM</b>			
Generelt (ref 1)	Score 0	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/>
	Overvej depression hvis score >0		normalt = 0
Depression subskala			
	Sandsynlighed for alkoholafhængighed		<input type="checkbox"/>
	< 15%	50% 60% 75% 90%	normalt = 0
<b>ALKOHOLAFHÆNGIGHED (ref. 2)</b>			
	Score 0	1 2 3 4	

### BEMÆRK:

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

### Referencer:

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

## Bilag 6. Epikrise og status til praktiserende læge og kommune efter rehabilitering på hospital

### Kopi i patientens hjertebog

Navn og CPR.nr.: \_\_\_\_\_ har deltaget i rehabilitering efter AKS på \_\_\_\_\_ (Regionshospital/afdeling indsættes) i perioden: d. \_\_\_\_\_ med følgende tilbud:

Standard rehabilitering – indhold beskrives kort her (indledende individuel samtale, gruppeforløb/individuel fortsat forløb eller afsluttende individuel samtale)

Udvidet rehabilitering \_\_\_\_ individuelle samtaler (Indhold beskrives kort her)

### Samtaler og undervisning vedrørende optimering og vedligeholdelse af symptomatisk behandling, vedligeholdelse af profylaktisk behandling, patientuddannelse samt psykosocial støtte

har deltaget     har ikke deltaget     opfølgning

Bemærkninger/patientens mål:

**Kostvejledning**     har deltaget     har ikke deltaget     opfølgning

Bemærkninger/patientens mål:

**Fysisk træning**     har deltaget     har ikke deltaget     opfølgning

Bemærkninger/patientens mål:

**Rygestopforløb**     ja     nej     opfølgning

Bemærkninger/patientens mål:

**Depressionsscreening**     ja     nej     opfølgning ved egen læge

Bemærkninger/resultat:

**Udredning for familiær hyperkolesterolemie**     ja     nej     opfølgning ved egen læge

Bemærkninger/resultat:

**Opfølgning/ fremtidige rehabiliteringsmuligheder:**

Fx

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

(Afsender indsættes)

## Bilag 7. Rehabiliteringsstatus til praktiserende læge efter kommunal rehabilitering

*Kopi i patientens hjertebog*

Navn og CPR.nr.: \_\_\_\_\_ har deltaget i rehabilitering efter AKS i \_\_\_\_\_ kommune i perioden: d. \_\_\_\_\_ med følgende tilbud:

**Samtaler og undervisning vedrørende vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling; Undervisning og psykosocial støtte til ændring/vedligeholdelse af livsstil og vaner**

har deltaget     har ikke deltaget     opfølgning ved egen læge

Bemærkninger/patientens mål:

**Kostvejledning**                       har deltaget     har ikke deltaget     opfølgning ved egen læge

Bemærkninger/patientens mål:

**Fysisk træning**                       har deltaget     har ikke deltaget     opfølgning ved egen læge

Bemærkninger/patientens mål:

**Rygestopforløb**                       ja                       nej                       opfølgning ved egen læge

Bemærkninger/patientens mål:

**Nedenstående målinger er foretaget ved start i det kommunale rehabiliteringsforløb, samt efter X måneder**

	Dato	Dato	Dato
Vægt/BMI			
Taljemål			
Kondition			
Gangdistance			

(Afsender indsættes)

## Bilag 8. Eksempel på kommunalt rehabiliteringsforløb

### Indhold

Omdrejningspunktet for det kommunale rehabiliterende forløb er at flytte fokus fra sygdom til sundhed.

Teamet skal have sundhedsfaglige kompetencer til at yde en kvalificeret opfølgning på patientens forløb i fase 1 og 2. Derudover skal teamet have sundhedspædagogiske kompetencer i didaktik og læringsteori baseret på en anerkendende, motiverende og deltagerorienteret tilgang.

Undervisningen af teamet kan organiseres som fælles, gensidig skolebænk samt i forbindelse med regelmæssige temadage på kardiologisk afdeling.

Der følges op på den information og undervisning, der er givet på hospitalet. Borgerens handlekompetence til at fastholde eller foretage livsstilsforandringer i hverdagslivet søges styrket via en motiverende tilgang og med vægt på praktisk færdighedstræning og vaneændringer. Via vedligeholdende fysisk træning søges borgerens fysiske aktivitetsniveau, og dermed kræfter til socialt samvær og evt. arbejdsliv, øget.

Den kommunale del af hjerterehabiliteringen indledes med en statussamtale mellem borgeren og kontaktpersonen/-teamet. Her tages der udgangspunkt i det hidtidige rehabiliteringsforløb samt borgerens muligheder, behov, ønsker og egne mål. Borgeren testes i forbindelse med samtalen. Eksempelvis:

- konditest (Watt max test)
- evt. 6 min. Gang test
- BORG
- vægt
- højde
- BMI
- Taljemål
- BT

Et standardforløb kan derefter være et holdforløb - evt. på tværs af kroniske diagnoser – med 1-2 undervisningsgange om ugen kombineret med 1-2 gange fysisk træning i 6-12 uger på hold med max. 12 deltagere, med mulighed for individuelle tilpasninger.

Forløbet består af en kombination af:

- Teoretisk undervisning og vejledning i temaer som f.eks.:
  - Indledende fysiske tests
  - Anatomi og fysiologi ift. vigtigheden af fysisk aktivitet
  - Sund mad, varedeklarationer, indkøbstur, praktisk madlavning
  - Ernæringslære
  - Håndtering af sygdom og symptomer, medicincompliance

- Motivation og livsstilsforandringer
- Psyke og kronisk sygdom
- Det gode liv - for dig
- Afsluttende fysiske tests, langsigtede mål og handleplaner
- Fysisk træning
- Praktisk færdighedstræning.

I forløbet tilbydes borgeren individuel vejledning ved diætist vedrørende kostomlægning.

I slutningen af forløbet afholdes en samtale mellem borgeren og kontaktpersonen, hvor der gøres status over, i hvor høj grad borgeren har nået sine mål for forløbet, og borgeren guides videre i forhold til at fastholde en sund og aktiv livsstil og informeres om relevante rådgivnings-, motions- og selvhjælpstilbud i lokalområdet i kommunalt, privat, frivilligt eller i foreningsmæssigt regi. Denne brobygning kan understøttes undervejs i forløbet ved, at rehabiliteringsholdene samlet besøger f.eks. motionscentre, rådgivningstilbud og lignende.

Hvis standardforløbet foregår på tværs af diagnoser, gives supplerende diagnosespecifik opfølgning på undervisningen givet i fase 2 om sygdom og behandling. Udover standardforløbet kan borgeren ved behov tilbydes:

- hjælp til rygestop på kursus eller som individuelle samtaler
- hjælp til vægtregulering på kursus eller som individuelle samtaler
- et kursusforløb i programmet "Patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom" (Stanfordmodellen).

Socialt udsatte borgere f.eks. uden tilknytning til arbejdsmarkedet; med lav uddannelse; som bor alene og/eller er psykisk belastet kan tilbydes et forløb med ekstra individuelle samtaler.

Da sygdom berører hele hjertepatientens familie, tilbydes en pårørende at deltage i relevante samtaler og undervisningslektioner.

I forlængelse af den afsluttende samtale formuleres en statusbeskrivelse i samarbejde med borgeren, som sendes til kardiologisk afdeling og til borgerens praktiserende læge.

### **Opfølgning**

Med henblik på støtte til fastholdelse af ændrede vaner er det hensigtsmæssigt at planlægge en opfølgningssgang efter eksempelvis 6 måneder samt individuelle opfølgende motiverende samtaler efter eksempelvis 3 og 10 måneder. Ved disse samtaler følges op på patientens egne mål, og der foretages tests og målinger som ved den indledende samtale.

## **Evaluering**

Den kommunale rehabiliteringsindsats dokumenteres og evalueres. Dels for løbende at sikre kvaliteten og dels for at måle effekten både på borgernes selvoplevede helbred samt på kliniske og parakliniske værdier.

## Bilag 9. Beskrivelse af den praktiserende læges rolle

Før udskrivelsen fra hospitalet sikrer patientens kontaktperson/-team, at der er bestilt en konsultation hos patientens praktiserende læge inden for de næste 2 uger.

Det har stor betydning, at praktiserende læge hurtigt efter en AKS episode bliver orienteret såvel ved elektronisk epikrise som ved patientens fremmøde i praksis.

Konsultationen er vigtig for gennem patienten at bliver orienteret og gøre status over

den nye livssituation samt diskutere og orientere om fase 2 og 3 i hjerterehabiliteringen.

Ved overgang fra fase 2 til 3 udarbejdes en elektronisk epikrise/status til praktiserende læge og til kommune i form af et udfyldt skema om rehabiliteringsforløbet (se bilag 6).

I brevet anføres hjerterehabiliteringens tilbud, og hvilke dele patienten har deltaget i.

Der anføres en bemærkning om patientens opnåede mål og fremtidige mål for hjerterehabiliteringens fase 3 under hvert rehabiliteringsemne (se bilag 6).

Ved afslutningen af fase 2 / hospitalsforløbet bestilles tid til en aftalt

forebyggelseskonsultation hos praktiserende læge. Ved forebyggelseskonsultationen:

- aftales patientens deltagelse i hele eller dele af fase 3 i det kommunale rehabiliteringsforløb
- gennemgås forløbet af fase 2, og der tages stilling til hvilke livsstilsændringer, der i fællesskab skal fokuseres på; patientens aktuelle motivation og behov for støtte og vejledning drøftes
- tages der stilling til medicinering
- aftales der løbende kontroller, i starten hyppigt og altid inklusiv en årlig status.

For de patienter, der ikke fortsat følges i kardiologisk ambulatorium, bliver

praktiserende læge den lægefagligt ansvarlige under fase 3. Praktiserende læge

overtager det lægefaglige ansvar for patienten, når denne er afsluttet fra hospital med

besked til praktiserende læge om ansvarsoverdragelse. Denne ansvarsoverdragelse

sker i løbet af eller ved afslutningen af fase 2. Patienten kan godt modtage delvis fase

2 rehabilitering i kommunalt regi og fortsat være tilknyttet hospital, men når patienten afsluttes fra hospital overdrages det lægefaglige ansvar til den praktiserende læge.