

2

ARBEJDSMETODE



TILRETTELÆGGELSE AF DET INDIVIDUELLE FORLØB

Læge Marianne Frederiksen og Lægeseekretær Pernille Kriegsbaum

INTRODUKTION

Et hovedprincip inden for hjerterehabilitering i dag er, at behandlingen skal tilrettelægges individuelt¹ (1-4). Princippet anses for at være et bærende element i organiseringen af den fremtidige hjerterehabilitering (5) og fremhæves også som det organisatoriske omdrejningspunkt inden for moderne kardiologisk behandling (6). Hidtidige opgørelser over målopfyldelse i europæiske lande har vist, at den traditionelle tilrettelæggelse af efterbehandlingen har været utilstrækkelig til at opnå de fastlagte mål (7;8), mens nyere studier inden for hjerterehabiliteringsområdet har vist, at individuelt tilrettelagte programmer er bedre til at opnå målene og er omkostningseffektive (9;10).

4.1

I Hjerterehabiliteringen tilrettelægges patientens efterbehandlingsforløb ud fra individuelle samtaler med henholdsvis læge, diætist, fysioterapeut og sygeplejerske, efterfulgt af en tværfaglig konference, hvor de endelige behandlingsmål fastsættes ud fra patientens individuelle behov og ressourcer. I dette kapitel beskrives de individuelle samtaler og den tværfaglige konference.

ARBEJDSMETODE

4.2

Principper

4.2.1

Den individuelle tilrettelæggelse og de individuelle samtaler gennemføres ud fra en række tværgående principper.

¹ I den internationale litteratur bruges de engelske begreber "individual tailoring" og "case management" for individuel tilpasset behandling.

Patientcentreret kommunikation

Samtalerne søges gennemført ud fra principperne om ligeværdighed, empati og lydhørhed. Dialogen tager udgangspunkt i den enkelte patient og søger i videst muligt omfang at afdække patientens behov og ressourcer. Det sikres, at patienten har forstået den givne information, og den mundtlige information suppleres med relevant skriftlig information i det omfang, patienten ønsker det. Der tilstræbes et ensartet informationsindhold fra behandlerne, så man undgår forvirring og usikkerhed hos patienten om budskabet.

Information

Som hovedregel afvejer behandlerteamet nøje mængden af informationer i forhold til patientens behov og ressourcer. Mangel på viden og usikkerhed om behandling og sygdom kan afføde angst, ligesom det kan give patienten ro, hvis han føler sig velinformeret. Omvendt kan for mange informationer forurolige patienten. Mange patienter foretrækker at få suppleret de mundtlige informationer med skriftlig information, som de kan gennemgå derhjemme. Der kan dog være patienter, som har læsevanskeligheder og derfor primært vil have glæde af billed- og filmmateriale. Disse patienter kan have gavn af at få fremvist en film, som omhandler deres aktuelle situation. I Hjerterehabiliteringen oplever vi, at flere og flere patienter bruger Internettet til informationssøgning; det er behandlerteamets opgave at henvise til patientvenligt stof på nettet, som stemmer overens med den information, der formidles i Hjerterehabiliteringen.

Kontinuitet i behandlingsforløbet

Der lægges vægt på, at patienten oplever sammenhæng i behandlingsforløbet. I forbindelse med første fremmøde informeres patienten om selve forløbet, tidsperspektivet og rækkefølgen af de forskellige aktiviteter i Hjerterehabiliteringen. Patienten holdes løbende orienteret om ændringer.

Ansvar og rollefordeling

En klar fordeling af roller og ansvar blandt de involverede behandlere indgår som et vigtigt element. Første gang patienten møder den enkelte behandler, indleder behandleren med kort at fortælle om sin baggrund og rolle under patientens forløb i Hjerterehabiliteringen.

Sygeplejersken er den gennemgående person i patientens individuelle forløb. Sygeplejersken er endvidere ansvarlig for at koordinere den tværfaglige indsats.

Sygeplejersken og lægen vil gennemgå mange af de samme punkter til den individuelle samtale, men lægen har specielt fokus på patientens sygehistorie og sygdomsforløb, sygeplejersken i højere grad på patientens psykosociale trivsel.

Dokumentation og kvalitetssikring

Med henblik på koordinering og optimering af den tværfaglige indsats arbejdes der med *fælles elektronisk journal* i Hjerterehabiliteringen². Dokumentation af behandlingsindsatsen og kvalitetssikring af behandlingen sker via strukturerede journalnotater og systematiske dataregistreringer. I forlængelse af de individuelle samtaler registreres behandlingsmål, behandlingsplan og eventuelle ændringer, så disse oplysninger er tilgængelige ved de efterfølgende samtaler og ved den tværfaglige konference.

Vandrejournal

Hjertebogen, som er udgivet af Hjertereforeningen, anvendes som patientens vandrejournal. Patienten opfordres til at medbringe bogen til de individuelle samtaler. Al skriftligt materiale, som udleveres i Hjerterehabiliteringen, er udformet i et format, der passer til Hjertebogen.

Forberedelse til den individuelle samtale

Ved gennemførelsen af de planlagte individuelle samtaler i Hjerterehabiliteringen er personalet forberedt til samtalen, så patienten oplever nærvær og engagement. Der er afsat tid til forberedelsen umiddelbart forud for samtalerne, så alle er orienterede om patientens sygehistorie, livsstil og psykosociale forhold, undersøgelsesresultater, biokemiske data, medicinske behandling, behandlingsmål og -planer.

Tidspunkt og tidsforbrug

Patienten får i forbindelse med visitering til Hjerterehabiliteringen tid til første lægesamtale inden for en uge efter henvisningen. Efter lægesamtalen taler patienten med fysioterapeuten og diætisten. Sygeplejesamtalen indgår som den sidste i rækken af indledende, individuelle samtaler.

Der afsættes 60 minutter til de indledende samtaler, som bruges på forberedelse, samtale, journalføring og administrativ afslutning. Patienterne informeres som indledning til samtalen om formålet og tidsrammen for samtalen.

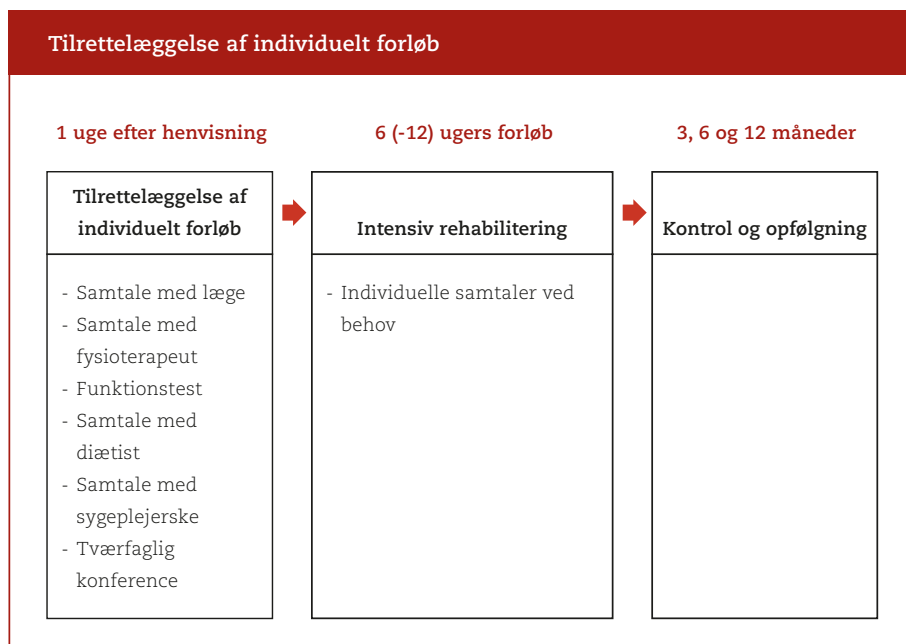
Administration af patientforløb

Sekretæren koordinerer de 4 individuelle samtaler og holdstart i det intensive 6 ugers forløb.

4.2.2

Patientindkaldelse: I forbindelse med indplaceringen af patienten i lægeprogrammet fremsendes et velkomstbrev til patienten. Brevet indeholder dato for lægesamtalen, tid til individuel samtale hos fysioterapeut, diætist og sygeplejerske. Der vedlægges en

² På www.Hjerterehabilitering.dk findes en beskrivelse af den elektroniske fællesjournal og andre computerbaserede støtteprogrammer, som har været anvendt i Hjerterehabiliteringen (PRECARD, HJERTERASK).



velkomstpjece, som beskriver behandlingsforløbet, og en vejledning til diverse undersøgelser³. Pårørende inviteres til at deltage ved alle individuelle samtaler.

Holdstart: Patienter, der skal gå på hold, indkaldes til holdstart, når der er samlet 5-8 patienter. Ved holdstart tages der hensyn til patientens egne ønsker for starttidspunktet. Patienten møder 2 gange om ugen i 6 uger til planlagte aktiviteter á 2-5 timers varighed.

Patienten får tilsendt et mødekort med oversigt over mødetidspunkter og aktiviteter. Ved behov for individuelle, opfølgende tider koordineres disse med de øvrige mødetidspunkter med henblik på færrest mulige fremmøder i Hjerterehabiliteringen.

Administration: Sekretæren sikrer, at patienterne oprettes i de elektroniske administrative systemer (GRS, fællesjournal). Holdadministrationen foregår i en elektronisk patientdatabase (DANREHAB-databasen), der er udviklet som et administrativt værktøj til styring af patientindkaldelser, holdsætning og udsendelse af breve og evalueringsskemaer. Oplysningerne vedligeholdes og opdateres løbende. Sekretæren sikrer, at nødvendige papirer, herunder journal og visitationsmateriale, er tilstede og opdateret ved første patientfremmøde.

³ På www.Hjerterehabilitering.dk findes velkomstbrev, pjecer, mødekort mm.

Individuel samtale med lægen

4.2.3

Formål

Formålet med den indledende individuelle samtale er at foretage en lægelig vurdering af patientens samlede situation, baseret på patientens diagnose(r), sygdommens sværhedsgrad, symptomer, risikoprofil, livsstil, fysisk funktionsniveau og psykosocial trivsel, samt at tilrettelægge et individuelt tilpasset efterbehandlingsforløb ud fra individuelt fastsatte behandlingsmål.

Afvikling

På baggrund af patientens sygehusjournal udformer lægen inden første samtale et visitationsnotat, som danner grundlag for samtalen. Samtalen struktureres ud fra en fast interviewguide⁴.

Opsummering af sygehistorie og sygdomsforløb: Sammen med patienten gennemgår lægen patientens aktuelle sygehistorie, som har foranlediget henvisningen til Hjerterehabileringen. Gennemgangen tager udgangspunkt i visitationsnotatet, og patienten får mulighed for at stille spørgsmål og supplere med oplysninger.

Undersøgelsesresultater: Patienten informeres om de udførte undersøgelser og deres formål. Ofte vil fagbegreberne kræve en forklaring; der benyttes metaforer til at beskrive tekniske begreber som eksempelvis Ejection Fraction (EF). *“Forestil dig, at hjertet svarer til en pumpe formet som en ballon og fyldt med 100 ml vand. Hver gang du trykker, kommer der 60 ml vand ud eller 60% af vandet. Dette svarer til den mængde blod, hjertet pumper ud. Hvis du trykker mindre på ballonen, kommer der kun 40 ml ud eller 40%, og det svarer til, at hjertet har mistet noget af sin pumpeevne”*.

Andre sygdomme: Med henblik på tilrettelæggelse af efterbehandlingen indsamler lægen systematisk oplysninger om andre sygdomme, som kan have betydning for hjerterehabileringsforløbet. Har patienten gigtlidelse eller andre bevægeapparatgener kan dette have betydning for tilrettelæggelsen af den fysiske træning. Lægen orienterer om sammenhængen mellem hjertesygdom og relaterede sygdomme. Har patienten for eksempel haft et slagtilfælde inden et hjerteinfarkt, eller har patienten claudicatio intermittens, relateres sygdommene til hinanden såvel som til risikofaktorerne.

Risikoprofil: Patientens samlede risikoprofil gennemgås ved hjælp af interviewguiden ud fra de foreliggende oplysninger. Mangler der oplysninger indsamles disse. Sammenhængene mellem hjertesygdom og de klassiske risikofaktorer gennemgås summarisk. Ofte er det nyt for patienten, at kolesteroltallet er knyttet til rygning, overvægt og

⁴ På www.Hjerterehabilitering.dk findes interviewguide.

Følgende oplysninger indsamles systematisk

- Disposition til hjerte- og karsygdom
- Kendt diabetes mellitus type 2 (T2DM)
- Rygning
- Fysisk aktivitet i hverdagen
- Faste- lipidprofil (LDL, HDL, VLDL, triglycerider)
- Hvile-blodtryk (systolisk og diastolisk)
- Vægt/livvidde
- Symptomer på angst og depression

fysisk inaktivitet, ligesom forhøjet blodtryk af mange patienter opfattes som en sygdom uden relation til hjertesygdommen.

Det metaboliske syndrom: Ved det metaboliske syndrom forstås en ophobning af risikofaktorer for udviklingen af hjerte- og karsygdom, hvor blandt andet overvægt, forhøjet blodtryk og høje kolesteroltal er centrale elementer. Der eksisterer efterhånden flere definitioner af begrebet, men i Hjerterehabiliteringen stilles diagnosen ud fra WHO's anbefalinger, og syndromdiagnosen anvendes som et begreb for i højere grad at kunne opspore og risikostratificere de absolutte højrisikopatienter, som ofte men ikke altid har diabetes mellitus type 2 (T2DM) eller nedsat glukosetolerance (IGT) (11;12).

Fysisk og psykisk velbefindende siden udskrivelsen: Der spørges til, hvordan patienten har det, hvormed patienten får lejlighed til at beskrive mindre gener. Herefter bedes patienten om at vurdere helbredet generelt. Lægen spørger til andre kardielle gener (angina pectoris, åndenød, ankelødemer, svimmelhed, hjertebanken), og sammenhænge mellem hjertesygdom og de forskellige gener uddybes ved behov. Der spørges ind til patientens eventuelle angstsymptomer, humørsvingninger og/eller søvnbesvær med henblik på at afdække, om der er tale om en latent depression.

Socialt: Lægen spørger til tidligere/aktuelt arbejde, huslige aktiviteter og fritidssysler, venner og familie, og afdækker, om der er aktiviteter, patienten har givet afkald på. Herudover udspørges patienten om offentlige ydelser (hjemmehjælp, nødkald), sygedagpenge og pensionsforhold. Patienten informeres om muligheden for at blive tilknyttet en socialrådgiver. Endvidere orienteres patienter med kørekort om reglerne for bilkørsel ved hjerte- og karsygdom på baggrund af retningslinjerne udarbejdet af Dansk Cardiologisk Selskab (13).

Sygemelding: Ved lægesamtalen tages der stilling til behov for eventuel sygemelding og varighed. Det tilstræbes, at sygemeldingsperioden er så kort som mulig under hensyntagen til den kardielle status og arbejdets fysiske og psykiske karakter. For de fleste patienter, som rammes af blodprop i hjertet, er 3-4 ugers sygemelding efter udskri-

velsen passende. Nogle patienter med lettere ikke-fysisk krævende arbejde kan genoptage arbejdet allerede efter 1-2 uger.

Medicin: Patientens medicin gennemgås, herunder naturmedicin/præparater. Det sikres, at patienten får og fortsat tager den profylaktiske medicin ⁵. Mange patienter har svært ved at overskue de mange præparater, ligesom medicinudgifterne kan være et problem. Patienten orienteres om tilskudsregler, formålet med behandlingen og om muligt behandlingens varighed. Ved behov gennemgås brugen af nitroglycerin.

Den objektive undersøgelse: Der gennemføres en kardiologisk undersøgelse med inspektion af thorax og eventuelle operationsar, stetoskopi af hjerte, lunger, hals- og lyskekar, måling af blodtryk, inspektion og undersøgelse af pulsforhold på underkstremiteterne. Endelig vejes patienten.

Den objektive undersøgelse henlægges til slutningen af besøget, hvor der som regel vil være etableret et tillidsforhold mellem patienten og lægen. Lægen opsummerer emner som for eksempel overvægt, forhøjet blodtryk og fysisk aktivitet, og samtalen falder ofte på emner som seksualliv og angst.

Fastsættelse af lægelige behandlingsmål: På baggrund af de indsamlede oplysninger fastsættes optimale lægelige behandlingsmål, under hensyntagen til patientens diagnose, inden for følgende delområder: symptomatisk og profylaktisk medikamentel behandling, risikofaktorkontrol, livsstil og funktionsniveau. De lægelige behandlingsmål drøftes med patienten.

I nedenstående tabel er der opstillet vejledende idealmål inden for de enkelte delområder ud fra de gældende danske retningslinjer på områderne. Tilhører en patient flere områder, eksempelvis en patient med både iskæmisk hjertesygdom (IHD) og diabetes type 2 (T2DM), vil det være de mest restriktive behandlingsmål, som er gældende.

De vejledende behandlingsmål er baseret på såvel de danske som de internationale retningslinjer, hvortil der henvises. Hjerteafdelingen på Bispebjerg Hospital har udarbejdet en lokal behandlingsvejledning, som opsummerer de gældende danske og internationale retningslinjer. Disse kan findes på www.klinik-y.dk.

Grænserne for optimal behandling af bl.a. forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol- og lipidtal har ændret sig inden for de senere år (14-19), hvilket har medført en intensiveret behandling blandt hjertepatienter med T2DM og hos højrisikopatienter.

Behandlingsplan: Samtalen afsluttes med fastlæggelse af en behandlingsplan, som tager hensyn til patientens tidligere erfaringer, behov, ressourcer og motivation. Herudover udfyldes Hjertebogens behandlings- og resultatplan sammen med patienten.

⁵ Profylaktisk medicinsk behandling gennemgås i kapitel 10.

Vejledende behandlingsmål som følges i Hjerterehabiliteringen

IDEAL-MÅL	CHF uden T2DM (20;21)	IHD uden T2DM (22-27)	T2DM uden mikro- albuminuri (12;28-30)	T2DM med mikro- albuminuri (12;28-30)	Højrisiko uden T2DM (25-27)
Symptomatisk behandling	CCS 0 NYHA I-II		CCS 0 NYHA I-II F-BS < 6,0 mmol/l H _g A _{1c} < 6,5%		-
Blodtryk (mmHg)	<140/90		<130/80	<120/75	<140/90
Cholesterol-profil					
Total (mmol/l)	<4,5		<4,5		<5,0
LDL (mmol/l)	<2,6		<2,6		<3,0
HDL (mmol/l)	>1,0		>1,2		>1,0
Triglycerid (mmol/l)	<2,0		<1,7		<2,0
Vægt					
BMI	<25 kg/m ²		<25 kg/m ²		<25 kg/m ²
Taljemål mænd/kvinder	<94 cm/<80 cm		<102 cm/<88 cm		<102 cm/<88 cm
Livsstil					
Fysisk aktivitet	Minimum 30 min./dgl.		Minimum 30 min./dgl. ⁶		Minimum 30 min./dgl. ⁶
Kostvaner	Hjertevenlig kost		Diabetes kost		Hjertevenlig kost
Rygning	Ex-ryger		Ex-ryger		Ex-ryger
Funktionsniveau (1-3)					
Fysisk	Optimeres		Optimeres		Optimeres
Psykisk	Optimeres		Optimeres		Optimeres
Socialt	Optimeres		Optimeres		Optimeres

CHF = Kronisk hjertesvigt
IHD = Iskæmisk hjertesygdom
T2DM = Diabetes mellitus type 2

Betydningen af og effekten af livsstilsintervention understreges over for patienten, og hans motivation for interventionen afdækkes ved samtalerne med fysioterapeuten, diætisten og sygeplejersken, som varetager denne del af behandlingen. Lægen angiver i behandlings- og resultatplanen, om risikofaktorkontrol alene skal behandles med livsstilsintervention, for eksempel at lettere hypertension behandles med fysisk træning alene.

Der tages stilling til, om der er yderligere behov for udredning, opstart eller ændring i medikamentel behandling. Afslutningsvis gennemgår lægen absolutte og relative kontraindikationer for gennemførelse af funktionstesten og deltagelse i fysisk træning,

⁶ Siden projektopstart har målet for fysisk aktivitet ændret sig fra 4 timers moderat fysisk aktivitet om ugen til minimum 30 minutter dagligt (31-33).

Kontraindikationer for fysisk træning/funktionstest (32;34)

- Akut iskæmisk hjertesygdom, som har været stabil mindre end 5 dage
- Hviledyspnø
- Perikarditis, myokarditis, endokarditis
- Symptombgivende aortastenose
- Svær hypertension
- Febrilia
- Tromboflebitis
- NYHA IV

og der tages stilling til, om funktionstesten skal gennemføres under normalt eller udvidet beredskab⁷.

Individuel samtale med fysioterapeut

Et væsentligt element i Hjerterehabiliteringen er at optimere patientens fysiske funktionsniveau og sikre, at patienten er fysisk aktiv i hverdagen med henblik på forebyggelse af fremtidige hjertetilfælde. Det er derfor af stor betydning, at behandlerteamet har indgående kendskab til dette område.

4.2.4

Patienten møder til en individuel samtale med fysioterapeuten. Denne samtale ligger umiddelbart efter den indledende lægesamtale og omfatter også en funktionstest. Ved forberedelsen er fysioterapeuten særligt opmærksom på eventuelle kontraindikationer for fysisk træning, og om patienten får medikamentel behandling, som kan have indflydelse på træningen.

Formål

Formålet med den indledende samtale hos fysioterapeuten er i samråd med patienten at planlægge træningsforløbet ud fra den enkelte patients behov, ressourcer, erfaring og motivation for at være fysisk aktiv i dagligdagen, samt muligheder for at implementere den fysiske træning i hverdagen, herunder mulighed for at træne på arbejdspladsen. Det tilstræbes, at patienten selv sætter målene for sin fysiske rehabilitering, som ikke er nagelfaste, men justeres løbende af patienten og fysioterapeuten i fællesskab. Det er fysioterapeutens opgave at støtte patienten i at sætte realistiske mål, vejlede patienten mod målet og eventuelt korrigere retningen.

⁷ På www.Hjerterehabilitering.dk findes intern procedure for funktionstest på ergometercykel.

Fysisk aktivitetsniveau ⁸

1. Næsten fysisk passivitet < 2 timer pr. uge
2. Let fysisk aktivitet fra 2-4 timer pr. uge
3. Moderat fysisk aktivitet > 4 timer pr. uge
4. Anstrengende fysisk aktivitet > 4 timer pr. uge

Afvikling

Fysioterapeutsamtalen gennemføres på baggrund af journaloplysninger og struktureres ud fra fast interviewguide ⁹.

Kortlægning af fysisk aktivitetsniveau: Med udgangspunkt i samtalen kvantificeres patientens daglige og ugentlige aktivitetsniveau, og patienten placeres i en af de ovenfor anførte 4 grupper ud fra egen angivelse. Med udgangspunkt i grupperingen fortæller patienten om sine daglige fysiske aktiviteter.

Problemer relateret til fysisk aktivitet: Der spørges, om patienten har symptomer fra bevægeapparatet ved fysisk aktivitet. Endvidere spørges om vejtrækningsbesvær, om patienten er bange for at bevæge sig, og hvilke tanker der er forbundet med denne angst.

Erfaring med fysiske aktiviteter: Patientens tidligere erfaringer med fysisk aktivitet afdækkes via samtalen med henblik på at fokusere på positive erfaringer og undgå at forstærke negative erfaringer. Eventuelle fravalg af øvelser gennemgås og noteres.

Egne mål for fysisk aktivitet: Patienten motiveres til at sætte sine egne mål for den fysiske træning i løbet af det 6 ugers træningsforløb og i dagligdagen. Eksempler på patientmål for aktiviteter i dagligdagen kan være at komme i Tivoli uden hjælp eller cykle på arbejde frem for at tage bilen.

Funktionstest: Alle patienter får gennemført en funktionstest. Testen anvendes i forbindelse med risikostratificering og har desuden et sundhedspædagogisk sigte over for de hjertepatienter, der er bange for fysisk aktivitet og fysisk anstrengelse. Herudover gennemføres testen for at vurdere patientens fysiske arbejdskapacitet med henblik på fastlæggelse af individuelt træningsprogram, udgangspunkt for biofeedback i forbindelse med træningen og træningsevaluering.

⁸ Siden projektopstart har målet for fysisk aktivitet ændret sig fra 4 timers moderat fysisk aktivitet om ugen til minimum 30 minutter dagligt (31-33).

⁹ På www.Hjerterehabilitering.dk findes interviewguide for individuel samtale med fysioterapeut.

Patienten gennemfører en maksimal symptomlimeret funktionstest på ergometercykel. Hvis testen ikke kan gennemføres på grund af kontraindikationer, eller fordi patienten ikke kan cykle, gennemføres en 6 minutters gangtest. Begge tests gennemføres ud fra en fast procedure, som tager højde for patientsikkerheden¹⁰. Proceduren er udarbejdet ud fra Dansk Cardiologisk Selskabs retningslinjer for funktionstests (34).

Fastsættelse af behandlingsmål: Ud fra samtalen og funktionstesten fastsættes de terapeutiske træningsmål i samarbejde med patienten. Det er afgørende, at patienten selv definerer sine mål for træningen, både i det 6 ugers intensive forløb og i dagligdagen, hvorfor dette indgår som et af de centrale elementer i samtalen.

Det overordnede mål for fysisk aktivitet i hverdagen er, i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer, at patienten skal være let fysisk aktiv 30 minutter om dagen og 4 timer eller mere om ugen. Målet vil altid være at få patienterne op på dette niveau uanset udgangsniveau. Hvis potentialet er til stede, sættes et højere mål.

På baggrund af patientsamtalen og den gennemførte funktionstest fastlægges et individuelt træningsprogram for patienten, herunder træningsniveau på baggrund af pulsrespons og opnået anstrengelse under testen¹¹.

Individuel samtale med klinisk diætist

4.2.5

Hjertevenlig kost er en hjørnesteen i Hjerterehabileringen, derfor er det af stor betydning, at behandlerteamet har et indgående kendskab til patienternes kostvaner, og den kliniske diætist ser derfor alle patienter til en individuel samtale.

Formål

Formålet med samtalen er at kortlægge patientens aktuelle kostvaner, afdække individuelle kostrelaterede problemstillinger og tilrettelægge et individuelt tilpasset kostændringsforløb ud fra individuelt fastsatte behandlingsmål.

Afvikling

Samtalen med diætisten gennemføres på baggrund af journaloplysninger og struktureres ud fra fast interviewguide¹².

Kortlægning af kostvaner og ernæringsundersøgelse: Diætisten får oplysninger om patientens kostvaner ved at gennemføre en detaljeret kostanamnese og foretage en undersøgelse af ernæringsstatus med registrering af vægt og taljemål.

¹⁰ På www.Hjerterehabilering.dk findes intern procedure for funktionstest på ergometercykel.

¹¹ Fastlæggelse af træningsprogrammet er beskrevet nærmere i kapitel 6.

¹² På www.Hjerterehabilering.dk findes interviewguide for individuel samtale med diætist.

Medicin og kost: Patientens medicin gennemgås med henblik på præparater, der kan have indflydelse på vægt eller interagere med fødevarer, for eksempel kan antidepressiva give vægtøgning, og AK-behandling kan interagere med K₁-vitaminholdige fødevarer¹³.

Gennemgang af principper for den hjertevenlige kost: Principperne for den hjertevenlige kost er, at fedtindtaget skal begrænses, især mættede fedtstoffer og transfedtsyrer, mængden af fed fisk skal øges, frugt og grønt skal udgøre 500-600 g om dagen, og saltindtaget skal begrænses. Gennemgangen har fokus på de områder, hvor patienten har behov for at ændre kostvaner.

Aftale om kostomlægning: Med udgangspunkt i de indsamlede oplysninger og patientens motivation indgår diætisten og patienten en skriftlig aftale om kostomlægning og/eller vægttab¹⁴, som patienten får udleveret til Hjerdebogen.

Diætisten vurderer, om patienten har behov for et individuelt efterbehandlingsforløb hos diætisten som supplement til holdundervisningen. Et individuelt forløb er relevant i tilfælde af overvægt, diabetes mellitus type 2, rygestop, opstart af medicin, der er kendt for at give vægtstigning, eller hvis der er tale om patienter med risiko for underernæring¹⁵.

4.2.6 Individuel samtale med sygeplejersken

Med hensyn til sygeplejerskens koordinerende rolle er det af afgørende betydning, at sygeplejersken har et samlet overblik over patientens sygdoms- og behandlingsforløb, helbredsressourcer, motivation for livsstilsændringer og psykosociale situation. Der gennemføres derfor en individuel samtale med sygeplejersken som en del af tilrettelæggelsen af det individuelle forløb.

Samtalen, der ligger som den sidste i rækken af individuelle samtaler, gennemføres senest inden for den første uge af det intensive forløb. En samtale tidligt i forløbet sikrer, at patienten ikke går og grubler over uafklarede spørgsmål, og er endvidere udgangspunktet for en optimal koordinering og planlægning af det intensive forløb.

Formål

Formålet med samtalen er, at sygeplejersken danner sig et helhedsindtryk af patienten med hensyn til aktuelle ressourcer og behov, patientens indsigt i sygdoms- og behandlingsforløbet samt hans motivation for at ændre livsstil i henhold til anbefalingerne. Patienten opfordres til at beskrive sit hidtidige sygdomsforløb, og sygeplejer-

¹³ Se kapitel 7.

¹⁴ På www.Hjerterehabilitering.dk findes aftaleskema for vægttab.

¹⁵ Risikoen for underernæring kan vurderes ud fra BMI, vægttab over tid og mængden af fødeindtagelse (35).

sken støtter patienten i at opstille mål, som kan have både kort- og langsigtet karakter, afhængigt af de aktuelle problemstillinger.

Afvikling

Via journaloplysninger får sygeplejersken kendskab til patientens diagnose, risikofaktorer, sygdoms- og behandlingsforløb, planlagte undersøgelser samt eventuelle ordinationer, ligesom hun får dannet sig et indtryk af patientens livsstil og målsætning på baggrund af de øvrige individuelle samtaler.

For at sikre at sygeplejersken kommer omkring de aftalte mål for samtalen, er der udarbejdet en interviewguide ¹⁶, som har en vejledende funktion, da samtalen tager udgangspunkt i patientens behov.

Hvordan vil patienten beskrive sit hidtidige sygdomsforløb: Erfaringen viser, at patienten og behandleren kan vægte ting forskelligt. Ved at lade patienten genfortælle sit sygdomsforløb får sygeplejersken et solidt grundlag for at forstå patienten, hans forløb, og hvad der har gjort indtryk undervejs.

Hvordan er det gået siden udskrivelsen eller afsluttet behandling: Her spørges ind til patientens aktuelle fysiske, psykiske og sociale situation. Hvordan har det været at komme hjem og komme i gang med hverdagen igen? Hvordan har de pårørende reageret? osv.

Hvilke fysiske, psykiske og sociale ressourcer har patienten: Sygeplejersken vil primært tale med patienten om de psykiske og sociale ressourcer. Sygeplejersken spørger ind til patientens privatliv, arbejdsliv, netværk, herunder kontakt med den primære sundhedssektor, fritidsaktiviteter, erfaring med tidligere sygdomsforløb og psykiske velvære.

Hvilke helbredsressourcer har patienten: Patienten opfordres til at sætte ord på sine stærke sider. Hvad er han god til? Hvordan kommer han videre, hvis tingene går ham imod, hvilke egenskaber benytter han sig af for at komme videre? Langt de fleste er uvante med at beskrive sig selv og skal derfor støttes i at sætte ord på deres stærke sider.

Hvilke fysiske, psykiske og sociale problemstillinger er der aktuelt: Sygeplejersken hjælper patienten med at få indkredset de aktuelle fysiske, psykiske og sociale problemstillinger. Patientens psykiske tilstand vurderes i forhold til naturlig krisereaktion ¹⁷, angst og depression.

¹⁶ På www.Hjerterehabilitering.dk findes interviewguide for individuel samtale med sygeplejersken.

¹⁷ Cullbergs teori om krisens fire faser: chok-, bearbejdnings-, reaktions- og nyorienteringsfasen.

Hvilken rygehistorie har patienten: Patientens rygevaner kortlægges. Er patienten ryger, vil sygeplejersken bl.a. spørge ind til, hvor mange år patienten har røget, hans aktuelle forbrug, og om han tidligere har forsøgt at stoppe med at ryge.

Hvilken motivation har patienten for de anbefalede livsstilsændringer: Patienten og sygeplejersken indgår en aftale om, hvorvidt patienten skal arbejde med flere eller én ændring ad gangen.

Hvilke mål skal sættes, og hvilke tiltag skal iværksættes: Ud fra problemstillingerne og patientens motivation for livsstilsændring opfordres han til at formulere kort- og langsigtede mål for ændringer. Ud fra målsætningen aftales en handlingsplan, herunder eventuel henvisning til psykiater, socialrådgiver og/eller alkoholbehandler.

Hvilke forventninger har patienten til efterbehandlingsforløbet: Patienten opfordres til at beskrive sine forventninger til rehabiliteringsforløbet, og sygeplejersken og patienten drøfter muligheden for at få forventningerne indfriet.

Bliver patienten fulgt på andre afdelinger: For at sikre en optimal koordinering undersøger sygeplejersken, om patienten følges på andre afdelinger.

Ønsker patienten, at pårørende skal deltage i forløbet: Patienten opfordres til at pårørende deltager i forløbet, men det respekteres naturligvis, hvis patienten ønsker at deltage på egen hånd.

Medicinsk behandling: Sygeplejersken gennemgår den aktuelle medicin med patienten. Tåler patienten medicinen? Husker han at tage den? Har han råd til at købe den? osv.

Hjertebogen: Hjertebogen, som indeholder relevant materiale, udleveres til sidst, hvis patienten ikke har fået den under indlæggelsen. Eventuelt udleveres andet skriftligt materiale, hvis det skønnes, at patienten vil have gavn af dette.

Har patienten behov for opfølgende samtaler hos sygeplejersken: Opfølgende samtaler vil altid komme på tale, hvis der er behov for koordinering af og opfølgning på planlagte tiltag, evaluering af planlagte mål, herunder eventuel fastsættelse af ny målsætning og handlingsplan. En opfølgende samtale vil endvidere være relevant, hvis patienten er motiveret for at deltage i rygeafvænnings tilbuddet, eller patienten har brug for at have en pårørende med til en gennemgang af forløbet. Også hvis patienten er henvist til psykiater eller alkoholbehandling, bør han efterfølgende have en tid hos sygeplejersken, hvor de sammen kan gøre status ud fra eventuelle nye behandlings-tiltag.

4.2.6 Tværfaglig konference

Efter de individuelle samtaler konfereres patienten på den ugentlige tværfaglige konference. Mødet er obligatorisk for alle involverede behandlere, som er forberedt til

mødet med henblik på præsentation, tværfaglig drøftelse og fastsættelse af endelige behandlingsmål.

Der foreligger et fælles tværfagligt ansvar for, at konferencen afvikles på et fagligt kvalificeret niveau og inden for den fastsatte tidsramme. Projektlederen, den dagligt ansvarlige, sikrer, at mødet afvikles i forhold til aftalte rammer, og sekretæren er ansvarlig for, at patientlisten er klargjort med henblik på forberedelse. Sygeplejersken er ansvarlig for præsentation af patienten og opsamling på løse ender. De øvrige faggrupper er ansvarlige for at supplere inden for deres eget fagområde.

Formål

Formålet med den tværfaglige konference er at sikre et tværfagligt koordineret individuelt tilpasset rehabiliteringsforløb for den enkelte patient, og at fastsætte tværfagligt koordinerede behandlingsmål, som tilpasses patientens motivation og ressourcer.

Afvikling

Der er afsat 1 time til mødet, som afholdes med udgangspunkt i fællesjournalen for den enkelte patient. Der er fast dagsorden for mødet. Sekretæren fører beslutningsreferat i fællesjournalen.

Sygeplejersken gennemgår alle nye patienter med resumé af sygehistorien og status for diagnose, udredning, prognose og gennemgang af risikofaktorer samt aktuel medicin. Patientens psykosociale forhold resumeres, og ressourcer og barrierer gennemgås. På baggrund af de foreliggende oplysninger tilpasses de tværfaglige behandlingsmål, og den endelige behandlingsplan fastlægges. Herefter drøftes konkrete problemstillinger hos igangværende patienter. Problemstillingerne er sat på konferencelisten forud for mødet. Den tværfaglige problemstilling fremstilles kort og diskuteres efterfølgende. Mødet afsluttes med gennemgang og koordinering af den kommende uges arbejdsopgaver.

REFERENCER

- (1) Hjerteforeningen, DCS. Rehabilitering af hjertepatienter – retningslinjer. Hjerteforeningen, DCS, editors. Hjerteforeningen, 1997.
- (2) Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyorala K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *Atherosclerosis* 1998; 140(2):199-270.
- (3) Wenger NK, Froelicher ES, Smith LK, Ades PA, Berra K, Blumenthal JA et al. Cardiac rehabilitation as secondary prevention. Agency for Health Care Policy and Research and National Heart, Lung, and Blood Institute. *Clin Pract Guidel Quick Ref Guide Clin* 1995; (17):1-23.
- (4) Giannuzzi P, Saner H, Bjornstad H, Fioretti P, Mendes M, Cohen-Solal A et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24(13):1273-1278.
- (5) McCall Cosmos P. The New Infrastructure for Cardiac Rehabilitation Practice. In: Wenger N, Smith L, Sivarajan Freolicher E, McCall Comoss P, editors. *Cardiac Rehabilitation. A Guide to Practice in the 21st Century*. New York, Basel: Marcell Dekker, Inc., 2003.
- (6) Fifth report on the provision of services for patients with heart disease. *Heart* 2002; 88 Suppl; (3):1-56.
- (7) van Berkel TF, Boersma H, De Baquer D, Deckers JW, Wood D. Registration and management of smoking behaviour in patients with coronary heart disease. The EUROASPIRE survey. *Eur Heart J* 1999; 20(22):1630-1637.
- (8) Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *Eur Heart J* 2001; 22(7):554-572.
- (9) Haskell WL, Alderman EL, Fair JM, Maron DJ, Mackey SF, Superko HR et al. Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease. The Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). *Circulation* 1994; 89(3):975-990.
- (10) DeBusk RF, Miller NH, Superko HR, Dennis CA, Thomas RJ, Lew HT et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1994; 120(9):721-729.
- (11) Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med* 1998; 15(7):539-553.
- (12) Grundy S, Becker D, Clarck LT, Cooper RS, Denke MA. Executive Summary of the third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult treatment Panel III). *American Medical Association. JAMA* 2001; 285(19):2486-2497.
- (13) Dansk Cardiologisk Selskab. Vejledning for udstedelse og fornyelse af kørekort ved hjerte-kar-sygdom. Sandøe E, Thomsen PEB, Nielsen JR, editors. *Ugeskrift for læger. Klaringsrapport*. 2001; (9):1-8.
- (14) Dahlof B, Devereux RB, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, Faire U et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002;359(9311):995-1003.

- (15) Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. *Lancet* 2000; 355(9200):253-259.
- (16) Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlof B, Elmfeldt D, Julius S et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet* 1998; 351(9118):1755-1762.
- (17) Gaede P, Vedel P, Parving HH, Pedersen O. Intensified multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: the Steno type 2 randomised study. *Lancet* 1999; 353(9153):617-622.
- (18) Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348(5):383-393.
- (19) MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360(9326):7-22.
- (20) Kühn Madsen B, Johannessen A, Thomassen A, Egeblad H, Mortensen SA. Diagnostik og behandling af hjerteinsufficiens. Oversigt og vejledende retningslinjer. 1997(9). *Ugeskrift for læger*.
- (21) Remme WJ, Swedberg K. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J* 2001; 22(17):1527-1560.
- (22) Arbejdsgruppe nedsat af SfR. Referenceprogram for behandling af patienter med akut koronart syndrom uden ledsagende ST-segmentelevation i ekg'et. København, Sekretariatet for Referenceprogrammer, SfR. 2002.
- (23) DCS. Akut koronart syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Hildebrandt P, Gøtzsche CO, editors. *Ugeskrift for læger*. Klaringsrapport. 2001(3):1-28.
- (24) Bertrand ME, Simoons ML, Fox KA, Wallentin LC, Hamm CW, McFadden E et al. Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2002; 23(23):1809-1840.
- (25) Dansk Selskab for Almen Medicin. Forebyggelse af iskæmisk hjertekarsygdom i almen praksis. 2. Reviderede udgave. 2002.
- (26) Færgeman O, Christensen B, Steen Hansen H, Jensen GH, Melchior TM, Nordestgaard BG et al. Sekundær og primær forebyggelse af koronar hjertesygdom med særligt henblik på dyslipidæmi. 2000(7). *Ugeskrift for læger*.
- (27) Abildgaard Jacobsen I, Bang LE, Borriild NJ, Feldt – Rassmussen BF, Steen Hansen H, Ibsen H et al. Hypertensio arterialis. Dansk Hypertensioensselskab 1999. 1999(9). *Ugeskrift for læger*.
- (28) Beck-Nielsen H, Henriksen JE, Hermansen K, Madsen LD, Olivarius NF, Mandrup-Poulsen TR et al. Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom – diagnostik og behandling. 2000(6). *Ugeskrift for læger*.
- (29) European Diabetes Policy Group. A desktop guide to type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Med* 1999; 16:716-730.
- (30) American Diabetes Association, ADA. Clinical Practice Recommendations 2001. *Diabetes Care* 2001; 24(suppl 1):S33-S63.
- (31) Fysisk aktivitet og sundhed. København, Sundhedsstyrelsen, 2001.
- (32) Klarlund Pedersen B, Saltin B. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.

- (33) Andersen LB. Redegørelse om fysisk aktivitet i fritiden. 1-24. 1999.
- (34) Saunamaki K, Egstrup K, Krusell L, Mickley H, Nielsen JR, Schnohr P. Vejledende retningslinjer for klinisk arbejdstest i relation til iskæmisk hjertesygdom. Dansk Cardiologisk Selskab, editor. Cardiologisk Forum, 2002.
- (35) Ernæringsrigtigt Sygehus. Definition og strategi for implementering. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2003.
- (36) Cullberg J. Dynamisk psykiatri. Hans Reitzels Forlag, 1989.



PATIENTUNDERVISNING

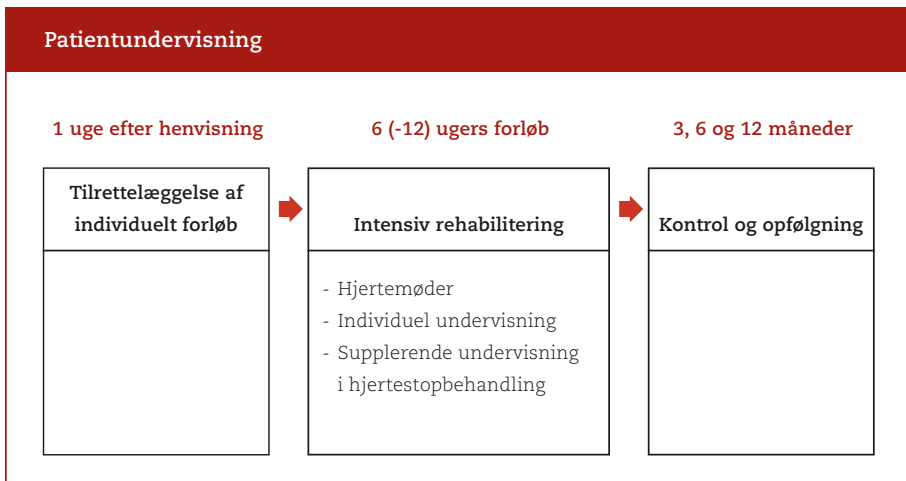
Sygeplejerske Lone Brunse

INTRODUKTION

Patientundervisning, defineret som systematisk formidling af viden og vejledning til patienter og pårørende, er en af hjørnestenene inden for hjerterehabilitering.

5.1

Patientundervisningen i Hjerterehabiliteringen omfatter holdundervisning, individuel undervisning og instruktion samt træning i praktiske færdigheder. I dette kapitel beskrives principperne for undervisningen, afviklingen af hjertemøderne, der er tilrettelagt som et struktureret undervisningsforløb over 6 mødegange, og den supplerende undervisning i hjertestopbehandling.



5.2 DOKUMENTATION

Viden udgør et vigtigt element i livsstilsinterventionen men kan ikke stå alene ¹ (1). To sammenlignende studier om patientundervisning for hjertepatienter viser, at undervisning er essentiel med henblik på at give patienterne et kvalificeret beslutningsgrundlag og øge deres viden, men ikke tilstrækkelig til at skabe signifikante livsstilsændringer (2;3). Kvaliteten af undervisningen afhænger af planlægning og anvendelse af principper, der specielt har tilknytning til sociale læringsteorier: relevans, individualisering, feedback, forstærkning og faciliteter (4). Undervisning skal kombineres med psykosocial støtte og livsstilsintervention for at resultere i ændring af sundhedsadfærden. I den psykosociale støtte er viden om sygdommen og reaktioner herpå ligeledes en central komponent ² men ikke tilstrækkelig til at forbedre den psykosociale trivsel (5).

Undersøgelser har vist, at hjertepatienter efterspørger viden om sygdom, behandlingsmuligheder og prognose (6) samt hvad de selv kan gøre for at forebygge eller forhindre forværring af sygdommen (7;8), og sundhedspersonalet har en lovmæssig forpligtelse til at informere og rådgive patienterne om disse forhold. Ifølge Lov om patienters retsstilling skal sundhedspersonalet informere patienten om hans helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder forebyggelsesmuligheder og hvilke konsekvenser det har, hvis der ikke iværksættes en behandling (9).

Der er i dag konsensus om, at undervisning af patienter skal indgå som et element i den samlede efterbehandling af hjertepatienter (10-12) og risikopatienter med diabetes mellitus type 2 (T2DM) (13). Der foreligger imidlertid ikke detaljerede retningslinjer for undervisningens indhold, form og varighed.

5.3 FORMÅL

Formålet med patientundervisningen i Hjerterehabiliteringen er dels at give patienterne en grundlæggende viden om deres sygdom, og om hvordan de kan medvirke til at forebygge eller forhindre progression af sygdommen, dels at vejlede patienterne i at mestre deres sygdom.

5.4. ARBEJDSMETODE

5.4.1 Principper

Patientundervisningen i Hjerterehabiliteringen er baseret på en række tværgående principper, som beskrives i det følgende.

¹ Se kapitel 3.

² Se kapitel 9.

Voksenpædagogik

Interventionen, som sigter mod at styrke patientens indlæringssevne, bygger på principperne for undervisning af voksne. Det indebærer bl.a., at patienten skal stimuleres til selv at definere sine behov og hvilken form for kundskaber, han ønsker. Indlæringsprocessen er bestemt af personens udtrykte ønsker og selv-identificerede behov (14). Undervisningen i Hjerterehabileringen er baseret på erfaringsudveksling mellem patienterne, hvis livssituation og erfaringer betragtes som en værdifuld ressource, og tager hensyn til den enkeltes parathed til indlæring.

Barrierer for indlæring

Det tilstræbes ved tilrettelæggelsen af undervisningsforløbet, enten på hold eller individuelt, at reducere kendte barrierer for indlæring. Før patienten kan modtage undervisning, skal eventuelle psykiske problemer afklares, patienten skal være optimalt smertebehandlet og i en fysisk tilstand, som tillader koncentration. Der tages hensyn til patienter med særlige behov, eksempelvis patienter med nedsat syn eller hørelse, og patienter, som ikke er af dansk oprindelse.

Holdundervisning

Undervisningen er primært tilrettelagt som holdundervisning. Undervisningsrækken er inspireret af et internatkursus udviklet af Hjertereforeningen til Sundhedshøjskolen DIGET (15) og videreudviklet i forhold til det integrerede program i Hjerterehabileringen. Herudover er der udviklet et supplerende undervisningstilbud i hjertestopbehandling.

For at skabe kontinuitet i forløbet undervises patienterne af de behandlere, de kender fra de individuelle samtaler. Det betyder, at patient, pårørende og behandler får opbygget en fortrolighed i løbet af de 6 uger. Der undervises i hold på højst 8 patienter eksklusiv eventuelle pårørende.

Det er underviserens opgave at fungere som ordstyrer og stimulere patienterne til en konstruktiv debat, hvor der gives mulighed for at stille spørgsmål og dele viden og erfaring. En patient beskriver for eksempel, hvordan han oplevede ugen efter by-pass operationen, en anden patient fortæller eventuelt, hvordan han blev varslet inden blodproppen. Det stimulerer til udveksling af tanker hos de øvrige patienter.

Med henblik på at skabe en tryk atmosfære introduceres patienterne for hinanden ved en kort præsentationsrunde, og der indgås en aftale om de normer, der skal gælde på holdet. Endvidere tydeliggør underviseren formålet med undervisningen ved at gennemgå emnerne for undervisningen for dernæst at lægge op til diskussion om forventninger. Underviseren understreger over for gruppen, at alle har tavshedspligt, og at den enkelte selv afgør, hvad der skal deles med holdet.

Der lægges vægt på, at alle skal kunne følge med. Det har vist sig, at mange patienter, som har talt med deres læge om angina pectoris gennem mange år, ikke præcist ved, hvad betegnelsen betyder. Fagsprog i undervisningen bliver derfor holdt på et mini-

mum, men langsomt introduceres patienterne til ordvalg og forkortelser som angina pectoris, AMI, PCI osv., da patienterne før eller siden vil støde på ordene ³.

Da holdene er tilfældigt sammensat med hensyn til alder, køn og sygdomsforløb, vil kursusindholdet ikke opleves som lige relevant af alle patienter. Underviseren søger at tilpasse de fastlagte undervisningsprogrammer til den enkelte patient og vægte budskaberne i forhold til den enkelte patients situation. Det bliver løbende vurderet, hvilke emner der egner sig bedst til en individuel samtale.

Holdeffekter: Det har betydning for holdet, at mødeprocenten er nogenlunde konstant. En høj mødeprocent virker stimulerende på både patient og underviser. Derfor opfordres patienterne til at melde afbud, hvis de er forhindret i at møde op. Det har vist sig, at denne opfordring i sig selv mindsker fraværet.

Individuel undervisning

Patienter, som ikke ønsker at deltage i holdundervisning eller skønnes at have behov for et supplement til holdundervisningen, får tilbud om individuel undervisning. Eksempelvis vil patienter i krise eller patienter med et kompliceret forløb have gavn af ekstra vejledning, eventuelt sammen med pårørende. Det samme gælder fremmedsprogede, tunghøre, psykisk ustabile patienter eller patienter, som får afbrudt kurset på grund af indlæggelse eller sygdom. Samtalen tilrettelægges ud fra patientens aktuelle situation og varetages af den relevante fagperson. Ofte vil flere faggrupper være involveret; der kan for eksempel være tale om en kombination af samtaler med fysioterapeuten og diætisten ved et forløb med vægttab.

Undervisningsmidler

I undervisningen benyttes præsentationer i PowerPoint ⁴, flip-over, whiteboard-tavle og forskellige modeller af hjertet og kranspulsårerne. Diætisten benytter emballager fra madvarer og blindsmagning, så flere sanser inddrages som led i indlæringen. Hjerterehabiliteringens undervisnings-computer er koblet på Internettet, og relevante websites inddrages ved behov i undervisningssituationen ⁵. Herudover har Hjerterehabiliteringen forskellige videofilm om hjertesygdom og behandling, som den enkelte patient kan få fremvist eller låne med hjem.

5.4.2 Hjertemøder

Hjertemøderne afvikles over 6 mødegange á 1-1½ times varighed. Hvert møde indledes med en kort gennemgang af dagsorden og mødeform, og patienterne orienteres om, at de frit kan stille spørgsmål i løbet af undervisningen. Til hver undervisnings-

³ Se Hjerteforeningens ordliste på www.hjerteforeningen.dk

⁴ Program i Microsoft Office-pakken til fremstilling af dias.

⁵ Se bilag 5.

Hjertemøde

Mødegang	Mødetema	Ansvarlig fagperson
1	Udvikling af hjerte- og karsygdom	Læge/sygeplejerske
2	Psyriske reaktioner i forbindelse med (risiko for) hjerte- og karsygdom og indlæggelse	Sygeplejerske
3	At leve med (risiko for) hjerte- og karsygdom – herunder medicinsk behandling	Sygeplejerske
4	Hjertevenlig kost i dagligdagen	Diætist
5	Fysisk aktivitet i dagligdagen	Fysioterapeut
6	Livsstilsændringer – hverdag og hvad så ?	Sygeplejerske

gang er der udviklet et særligt undervisningsprogram ⁶, som alle i behandlerteamet har kendskab til. Den enkelte fagperson er ansvarlig for udarbejdelse og udvikling af eget undervisningsmateriale.

1. hjertemøde

Udvikling af hjerte- og karsygdom ved læge og sygeplejerske

Formål

Formålet med mødet er at give patienter og pårørende indsigt i de faktorer, der medvirker til udvikling af hjerte- og karsygdom samt relaterede risikofaktorer i overensstemmelse med anbefalingerne fra Dansk Cardiologisk Selskab.

Afvikling

Patienterne opfordres til at præsentere sig selv med navn, alder og en ganske kort beskrivelse af deres sygdomsforløb. Herefter får patienterne udleveret et navneskilt til at hæfte på tøjet. Præsentationsrunden gribes an, så hver enkelt kan sige fra. Patienterne ser hinanden for første gang, og ikke alle har været på lignende kurser før.

Lægen indleder med at beskrive den fysiologiske baggrund for udvikling af hjerte- og karsygdom og pointerer, at åreforkalkning kan forekomme universelt. Undervisningen opleves på denne måde som aktuel for alle patienter, også for dem, som endnu ikke har haft tegn på sygdom. Risikofaktorer, der er relateret til tidligere og nuværende livsstil, gennemgås og sammenholdes med, hvornår og hvorfor medicinsk behandling er gavnlig. Afslutningsvis gennemgår sygeplejersken kursusforløbet, og patienter-

⁶ På www.Hjerterehabiliteringen findes undervisningsprogrammerne til de enkelte undervisningsgange.

ne får udleveret en oversigt over hjertemøderne⁷ til at sætte i Hjerrebogen. Patienterne informeres om det supplerende undervisningstilbud i hjerTESTOPbehandling og opfordres til at deltage.

2. hjertemøde

Psykiske reaktioner i forbindelse med (risiko for)
hjerte- og karsygdom og indlæggelse

ved sygeplejerske

Formål

Formålet med mødet er, at patienter og pårørende får indsigt i forskellige psykiske reaktionsformer i relation til indlæggelse og hjerte- og karsygdom. Mødet giver patienter og pårørende mulighed for at udveksle erfaringer ud fra deres aktuelle ønsker og behov.

Afvikling

Sygeplejersken informerer om, at undervisningen vil omhandle følelsesmæssige reaktioner, som kan opstå i forbindelse med sygdom og indlæggelse. Det understreges, at der ikke kun er én måde at tackle situationen på, og at det ikke nødvendigvis er alle, der oplever disse følelsesmæssige reaktioner.

Begrebet krise defineres, og krisens faser gennemgås i relation til symptomer og varighed⁸. Desuden inddrages angstbegrebet, da angst kan være en naturlig følge af hjertesygdom. Det være sig angst for fremtiden, angst for at lægge sig til at sove, angst for fysisk aktivitet, herunder genoptagelse af seksuallivet osv. Det er vigtigt, at patienterne forstår, at disse reaktioner er ganske normale. I undervisningen informeres om symptomer på depression samt vigtigheden i at tage disse symptomer alvorligt og søge hjælp ved behov. Der gøres opmærksom på, at pårørende ofte gennemlever de samme faser som patienten selv.

Mødet lægger op til erfaringsudveksling om, hvordan man kommer videre, hvad enten det drejer sig om stress, krise, angst eller depression. Mange patienter har et stort behov for at få sat ord på, hvordan de har oplevet forløbet, mens andre foretrækker at handle sig ud af problemerne.

Sygeplejersken justerer undervisningsindholdet i forhold til holdets sammensætning ud fra hensyn til sygdomsforløb og nuværende situation. Det er ikke alle, der har lyst til at dele følelser og tanker med de andre på holdet, og det bliver naturligvis respekteret. Hvis sygeplejersken skønner, at nogle patienter har behov for at få talt deres forløb igennem efterfølgende, får de tilbud om en individuel samtale. Ligeledes er syge-

⁷ På www.Hjerterehabilitering.dk findes oversigt over hjertemøderne.

⁸ Se kapitel 9.

plejersken opmærksom på, at mødet kan sætte gang i tanker, som den enkelte kan have brug for at få sat ord på senere i forløbet.

3. hjertemøde

At leve med (risiko for) hjerte- og karsygdom
– herunder medicinsk behandling

ved sygeplejerske

Formål

Formålet med mødet er dels at undervise og vejlede patienterne i symptomer på deres sygdom, og at kunne handle korrekt ud fra disse symptomer, dels at gennemgå den medicinske behandling. Herudover vil udvalgte risikofaktorer blive gennemgået detaljeret.

Afvikling

I forlængelse af den teoretiske gennemgang på 1. hjertemøde underviser sygeplejersken i, hvordan den enkelte kan leve med sygdommen i hverdagen. Der undervises i symptomer som angina pectoris, åndenød, impotens og claudicatio. Hvordan skal patienten handle ud fra symptomerne? Hvornår skal han søge læge? Hvilke forholdsregler skal han tage i det daglige? Herudover sikres det, at alle kender til brugen af nitroglycerin og anden hjertemedicin med hensyn til virkning og bivirkning. I de tilfælde hvor flertallet ikke har hjertesygdom, vil hovedvægten blive lagt på risikofaktorer for udvikling af hjerte- og karsygdom. Det tilstræbes at inddrage patienternes egne risikoprofiler som eksempler. Hvornår er blodtrykket eller kolesteroltallet for højt? Hvilken rolle spiller rygning eller overvægt?

4. hjertemøde

Hjertevenlig kost i dagligdagen

ved klinisk diætist

Formål

Formålet med mødet er at give patienterne nogle redskaber til at foretage bevidste valg i indkøbssituationen. Fokus er på fedtindholdet i maden, især det "skjulte fedt" og de mættede fedtstoffer. Desuden diskuteres fødevarers smag og kvalitet samt traditioner og vaner.

Afvikling

Patienterne opfordres indledningsvis til at komme med forslag til emner ud fra aktuelle problemstillinger. Med udgangspunkt i madens fedtindhold gennemgår diætisten, hvordan man læser en varedeklaration, og forklarer forskellen på fedtprocent og fedtenergiprocent. Herefter gennemgår diætisten de mest almindelige fødevarer og informerer om anbefalinger for øvre fedtgrænse. Der fokuseres på fedtindhold i ost, i kød- og fiskepålæg samt forskellige kødudskæringer. De mest aktuelle lightprodukter gennemgås både med hensyn til fedt og sukkerindhold. Patienterne får udleveret mate-

riale som hjælp til indkøb^{9,10} og præsenteres for ideer til hjertevenligt smørrebrød¹¹. Patienternes eventuelle afstandtagen til minarineprodukter, kontra smør og “Kærgården”, og fedtfattig ost diskuteres med udgangspunkt i blindsmagning.

Undervisningen kombinerer dias-fremvisning, dialog, blindsmagning og emballage-fremvisning. Hermed inddrages så mange sanser som muligt, hvorved indlæringen styrkes. Der lægges vægt på, at patienterne får lov til at stille spørgsmål, så de kan drage paralleller til de erfaringer, de allerede har gjort med hensyn til indkøb, madlavning, overholdelse af diæt osv.

5. hjertemøde

Fysisk aktivitet i dagligdagen ved fysioterapeut

Formål

Formålet med mødet er at sikre, at patienterne erhverver en teoretisk viden om fysisk aktivitet i relation til forebyggelse af hjertesygdom. Undervisningen skal, som den fysiske træning, tilskynde patienterne til en mere fysisk aktiv livsstil.

Afvikling

Fysioterapeuten understreger, at alle forventes at deltage i diskussionen, og at alle spørgsmål vedrørende fysisk aktivitet er relevante. Herefter gennemgås de overordnede principper for fysisk træning. Sigtet med den teoretiske gennemgang er at skabe diskussion om fysisk træning og dennes betydning for den enkelte. Der lægges vægt på, at patienternes erfaringer inddrages i undervisningen, og at patienterne får mulighed for at trække paralleller til den superviserede fysiske træning.

Til mødet får patienterne lejlighed til at sætte ord på deres oplevelse af de foregående 5 ugers fysiske træning og til at diskutere fremtidsperspektiver. Følgende spørgsmål bringes op i løbet af undervisningsgangen: Hvorfor være fysisk aktiv? Hvilke fysiske aktiviteter er nødvendige? Hvilken intensitet er tilstrækkelig? Hvordan kan fysisk aktivitet implementeres i dagligdagen? Hvordan vedligeholder man et fornuftigt fysisk aktivitetsniveau i fremtiden?

6. hjertemøde

Livsstilsændringer – hverdag og hvad så ? ved sygeplejerske

Formål

Formålet med mødet er, at den enkelte på holdet får mulighed for at evaluere forløbet

⁹ *Indkøbsguide fra Becel Programmet, Hjerteforeningen eller Diabetesforeningen.*

¹⁰ *Fedt-O-Meter fra Danske Slagterier.*

¹¹ *Smørrebrødsmodeller fra Becel Programmet.*

og egen indsats samt får lejlighed til at opstille nye mål for livsstilsændringer og vedligeholdelse ud fra sin aktuelle situation.

Afvikling

Mødet tager udgangspunkt i patienternes egne oplevelser og overvejelser. Indledningsvis opfordres den enkelte på holdet til at sætte ord på forløbet og fortælle om iværksatte ændringer, hvorefter patienterne får lejlighed til at udveksle tanker: Bliver det svært at vedligeholde ændringerne efter kurset? Hvilke planer har den enkelte fremover? Sygeplejersken tager hensyn til, at ikke alle patienter bryder sig om at sætte ord på egen indsats. Vaner omkring fysisk aktivitet, kost og rygning vil dog for de fleste være mindre tabubelagt end emner som krise, angst og depression.

Patienterne informeres om aktiviteter i lokalområdet, og hvordan disse kan støtte den enkelte i ændringerne¹². Det kan være arrangementer i Hjertereforeningen, lokale tilbud om fysisk aktivitet eller rygestop, og sidst men ikke mindst, arrangementer som styrker samværet med andre mennesker. Informationerne tilpasses holdet og den enkeltes aktuelle behov.

Sluttelig informeres patienterne om deres tilknytning til Hjerterehabiliteringen det følgende år, herunder kontrol hos lægen og muligheden for individuel opfølgning hos de enkelte faggrupper i behandlerteamet.

Supplerende undervisningstilbud i hjertestopbehandling

5-4-3

Undersøgelser viser, at både hjertepatienter og deres pårørende er interesserede i at modtage undervisning i hjertestopbehandling (16). Patienter, som selv er blevet genoplivet, eller pårørende, som har været vidne til et hjertestop, er særligt interesserede i undervisningen (17). Det er dog vores erfaring, at det er de færreste pårørende, der selv opsøger undervisning i hjertestopbehandling. På landets hjerteafdelinger har man traditionelt ikke haft tilbud til pårørende om undervisning i hjertestopbehandling på trods af, at hjertepatienter har en øget risiko for at få hjertestop, og at ca. 70% af alle hjertestop sker i hjemmet (18).

I Hjerterehabiliteringen har vi udviklet et 3 timers kursus i hjertestopbehandling til patienter og pårørende som supplement til det intensive efterbehandlingsforløb. Undervisningsmaterialet er udarbejdet i overensstemmelse med de internationale retningslinjer for basal genoplivning til voksne (19) samt anbefalingerne fra Hjertereforeningen (20). Det maksimale deltagerantal pr. hold er 8 personer. Undervisningen i hjertestopbehandling tilbydes til alle patienter i forbindelse med 1. hjertemøde, hvor patienter og pårørende informeres om kurset. Undervisningen varetages af sygeplejersken.

¹² Aktiviteterne er beskrevet detaljeret i Aktivitetsmappen, som beskrives i kapitel 9.

Undervisningstilbud i hjertestopbehandling ved sygeplejerske

Formål

Formålet med kurset er, at pårørende og patienter opnår viden om årsager til hjertestop, viden om hvordan et hjertestop konstateres samt træning i praktiske færdigheder i forbindelse med hjertestopbehandling.

Afvikling

Undervisningen er enkelt opbygget og indeholder kun absolut nødvendige elementer for at sikre, at deltagerne husker det essentielle. Målet er, at deltagerne efter kurset føler sig parate til at hjælpe ved hjertestop og føler sig sikre på, at de ikke kan gøre noget galt. Deltagerne får mulighed for at træne i eget tempo. Nogle deltagere har ikke kræfter nok til at træne hjertemassage eller give kunstigt åndedræt, andre har svært ved at træne på gulvet. Der tages hensyn til den enkeltes behov i undervisningen.

Indledning (15 min.): Hver enkelt deltager opfordres til at fortælle om forventning til og begrundelse for at søge kurset. Sygeplejersken spørger den enkelte, om han har været vidne til et hjertestop, om han selv har haft hjertestop eller har hjulpet ved hjertestop; herved kan sygeplejersken tage individuelle hensyn.

Teori (40 min.): Sygeplejersken indleder med en gennemgang af kendte årsager til hjertestop. Deltagerne undervises dernæst i, hvordan et hjertestop konstateres og behandles samt hvordan og hvornår man bør alarmere. Besvimelsestilfælde, som kan ligne hjertestop, og aflåst sideleje gennemgås kort, hvorefter deltagerne præsenteres for overlevelseskæden.

Kæden består af fire led: tidlig alarmering, tidlig hjertemassage, tidlig defibrillering og tidlig avanceret hjertestopbehandling. Det sikres, at de pårørende lærer at handle i forhold til de to første led. Sygeplejersken understreger, at alle fire led i kæden skal være til stede, for at der er tale om optimal genoplivning.



Kilde: Hjerteforeningen

Praktiske øvelser (100 min.): De praktiske øvelser finder sted i et rummeligt lokale med plads til, at deltagerne kan øve to og to.

- Øvelserne består af følgende
- Konstatering af hjertestop
- Alarmering
- Genoplivning (kunstigt åndedræt og hjertemassage)

Sygeplejersken demonstrerer punkterne på en dukke, hvorefter deltagerne enkeltvis afprøver de demonstrerede færdigheder. Der vil altid være en dukke til rådighed for hver patient. Den trinvise gennemgang afklarer mange spørgsmål undervejs, og deltagerne lærer meget af at observere hinanden. Efter gennemgangen går deltagerne sammen to og to for at træne konstatering af hjertestop, alarmering og hjertemassage. Sygeplejersken superviserer deltagerne undervejs og sikrer sig, at alle deltagere får trænet alle punkter.

Afslutning (10 min.): Efter de praktiske øvelser er der diskussion og mulighed for at få svar på spørgsmål, som er opstået undervejs. Alle får udleveret en pjece om hjertestopbehandling (20), og sygeplejersken informerer om vigtigheden i, at deltagerne regelmæssigt repeterer de teoretiske og praktiske færdigheder.

REFERENCER

- (1) Froelicher ES. Multifactorial Cardiac Rehabilitation: Education, Counseling and Behavioral Interventions. In: Wenger NK, Smith LK, Froelicher ES, Comoss PM, editors. *Cardiac Rehabilitation*. Marcel Dekker, Inc., 1999: 187-191.
- (2) Godin G. The effectiveness of interventions in modifying behavioral risk factors of individuals with coronary heart disease. *J Cardiopulm Rehabil* 1989; 9:923-936.
- (3) Cowan MJ. Cardiovascular nursing research. *Annu Rev Nurs Res* 1990; 8:3-33.
- (4) Mullen PD, Mains DA, Velez R. A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. *Patient Educ Couns* 1992; 19(2):143-162.
- (5) Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999; 18(5):506-519.
- (6) Amterne, H:S, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Patienternes vurdering af landets sygehuse. Københavns Amt, 2000.
- (7) Cambell N, Ritchie L, Rawles J, et all. Cardiac rehabilitation: the agenda set by post-myocardial infarction patients. *Health Educ J* 1994;(53):409-420.
- (8) Duryee R. The efficacy of inpatient education after myocardial infarction. *Heart Lung* 1992; 21(3): 217-225.
- (9) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Lov nr. 482 om patienters retstilling. 1998.
- (10) Hjerteforeningen, DCS. Rehabilitering af hjertepatienter – retningslinjer. Hjerteforeningen, DCS, editors. Hjerteforeningen, 1997.
- (11) DCS. Akut koronart syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Hildebrandt P, Gøtzsche CO, editors. *Ugeskrift for læger. Klaringsrapport*. 2001;(3):1-28.
- (12) Arbejdsgruppe nedsat af Sfr. Referenceprogram for behandling af patienter med akut koronart syndrom uden ledsagende ST-segmentelevation i ekg'et. København, Sekretariatet for Referenceprogrammer, Sfr. 2002.
- (13) Beck-Nielsen H, Henriksen JE, Hermansen K, Madsen LD, Olivarius NF, Mandrup-Poulsen TR et al. Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom – diagnostik og behandling. 2000(6). *Ugeskrift for læger*.
- (14) Maunsbach M. "One thing is something theoretical ... quite another is practice!" Aspects of compliance and non-compliance among patients with type 2 diabetes. Institut for almen medicin, Aarhus Universitet. Ph.d. dissertation. 1997.
- (15) Rødkær C, Bergfors V, Hvid U. Kursus for hjerteramte familier, 7 døgns internatkursus. Sundhedshøjskolen Diget. København, Eget forlag, 1990.
- (16) Platz E, Scheatzle MD, Pepe PE, Dearwater SR. Attitudes towards CPR training and performance in family members of patients with heart disease. *Resuscitation* 2000; 47(3):273-280.
- (17) Kliegel A, Scheinecker W, Sterz F, Eisenburger P, Holzer M, Laggner AN. The attitudes of cardiac arrest survivors and their family members towards CPR courses. *Resuscitation* 2000; 47(2):147-154.
- (18) Hjerteforeningen. Årsberetning 2000. København: Hjerteforeningen, 2001.

- (19) Handley AJ, Becker LB, Allen M, Van Drenth A, Kramer EB, Montgomery WH. Single rescuer adult basic life support. An advisory statement from the Basic Life Support Working Group of the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Resuscitation 1997; 34(2):101-108.
- (20) Hjertereforeningen. Hjertestop – din hjælp er livsvigtig. 2001.



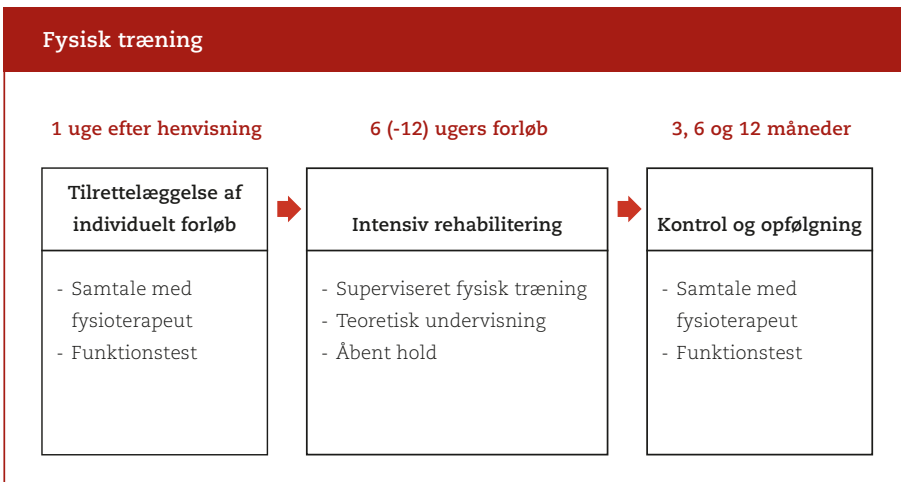
FYSISK TRÆNING

Fysioterapeut Thomas Hvass Villadsen og Fysioterapeut John Kristensen

INTRODUKTION

Fysisk træning udgør tidsmæssigt den største andel af det intensive 6 ugers forløb i Hjerterehabiliteringen. I dette kapitel beskrives principperne for træningen, gennemførelsen af den superviserede fysiske træning og de opfølgende samtaler hos fysioterapeuten. Komponenten fysisk træning omfatter desuden en indledende samtale med fysioterapeuten, funktionstest og teoretisk patientundervisning, som er beskrevet i kapitel 4 og 5.

6.1



6.2 DOKUMENTATION

Fysisk inaktivitet – en risikofaktor blandt hjerteriske

Der findes i dag dokumentation for, at fysisk inaktivitet er en væsentlig risikofaktor for udvikling af hjertesygdom blandt såvel mænd som kvinder (1;2), og undersøgelser viser, at der er en sammenhæng mellem lav arbejdskapacitet og risiko for død og hjertesygdom. Det er endvidere vist, at forbedringer i det fysiske aktivitetsniveau reducerer denne risiko (3-5).

Fysisk træning og overlevelse blandt hjertesygge

Flere metaanalyser viser, at fysisk træning af patienter med kendt iskæmisk hjertesygdom reducerer dødeligheden på grund af hjertesygdom (6-11). Det anslås, at hjerstedødeligheden reduceres med 31% og den samlede dødelighed med 27%, sammenlignet med hjertepatienter, der ikke modtager fysisk træning (9). Blandt patienter med hjertesvigt har et mindre studie vist reduktion i dødelighed og hospitalsindlæggelser (12); dette mangler dog fortsat at blive eftervist.

Forbedring af fysisk funktionsniveau og vedligeholdelse

Det er vist, at patienter, der lider af hjertesygdom, har nedsat fysisk funktionsniveau sammenlignet med patienter, der ikke er hjertesygge. Dette gælder såvel mænd og kvinder som yngre og ældre hjertepatienter (13). Det nedsatte funktionsniveau kan dels tilskrives nedsat fysisk arbejdskapacitet, dels angsten for at bevæge sig efter et akut hjertetilfælde. Det er veldokumenteret, at fysisk træning forbedrer den fysiske arbejdskapacitet blandt raske såvel som hjertesygge (5). Selv om superviseret fysisk træning øger patienternes fysiske arbejdskapacitet, sikrer indsatsen ikke nødvendigvis et højt fysisk aktivitetsniveau på langt sigt. Patientcompliance ved både superviserede og ikke superviserede træningsforløb er ganske lav, kun ca. 50% var mere fysisk aktive efter 1 år. Efter 3 år var 13% stadig mere fysisk aktive end før træningsforløbet (14). Der foreligger i dag ikke tilstrækkelig viden om, hvordan man bedst tilrettelægger træningen, så træningseffekten fastholdes over længere tid.

Psykisk funktionsniveau

Fysisk aktivitet som del af integreret hjerterehabilitering forbedrer hjertepatienternes livskvalitet (8;15), og fysisk træning kan mindske psykiske symptomer som angst og depression (16).

Modificerbare risikofaktorer

I grundstudier om virkningen af fysisk træning finder man en betydelig reduktion i blodtrykket ved fysisk træning samt en øgning i HDL kolesterol. Effekten har imidlertid ikke kunnet genfindes i de store interventionsstudier (8;17). Fysisk træning har en gunstig effekt på blodsukkerregulationen blandt diabetikere (18), og det er dokumenteret, at risikoen for udvikling af diabetes mellitus type 2 (T2DM) blandt patienter med nedsat glukose-tolerance (IGT) reduceres ved livsstilsintervention omfattende fysisk træning (19-21). Fysisk træning alene har en begrænset virkning på væggtab (22), større effekt ses, hvis fysisk træning suppleres med kostintervention.

Der er i dag konsensus om, at fysisk træning er et vigtigt element i den samlede efterbehandling af patienter med kronisk hjertesvigt (23), iskæmisk hjertesygdom (24-26) og blandt risikopatienter (5;27). Sygehusene har en lovmæssig forpligtelse til at tilbyde en genoptræningsplan til patienter med et lægefagligt begrundet behov ¹.

FORMÅL

Formålet med den fysiske træning i Hjerterehabiteringen er at give patienterne viden om sammenhængen mellem fysisk inaktivitet og hjertesygdom, øge patienternes arbejdskapacitet og afprøve patienternes reaktioner, psykisk såvel som fysisk, i realistiske træningssituationer med henblik på at patienterne kan blive fysisk aktive i hverdagen.

6.3

ARBEJDSMETODER

6.4

Principper

6.4.I

Den superviserede træning i Hjerterehabiteringen er struktureret ud fra en række principper, som beskrives i det følgende.

6 ugers superviseret træning

I dag anbefales det, at den superviserede træning strækker sig over 8-12 uger (28); træningsvarigheden er dog meget forskellig mellem centre og lande (29). I Hjerterehabiteringen får alle patienter tilbud om et 6 ugers superviseret træningsforløb med mulighed for forlængelse ved behov. Behovet for yderligere superviseret træning vurderes ud fra en funktionstest og evalueringssamtalen.

Individuelt træningsniveau

Det er veldokumenteret, at hjertepatienter kan forbedre deres arbejdskapacitet. Effektiv træning indebærer, at der induceres en kardiovaskulær eller styrkemæssig effekt. Det er optimalt, at en træningssession har en varighed på i alt 90 minutter. Heraf bør minimum 30 minutter være på patientens fastsatte puls niveau svarende til snakkegrænsen (23;30-32). Snakkegrænsen, grænsen for fysisk udfoldelse, hvor man akkurat er så forpustet, at man stadig er i stand til at føre en samtale, svarer til 60-70 procent af patientens maksimale hjertefrekvens.

Det anbefales, at træningsintensiteten hos hjertepatienter er mellem 60 og 80% af maksimal hjertefrekvens (HR_{max}) (31). I Hjerterehabiteringen bestemmes patientens maksimale hjertefrekvens ved gennemførelse af en symptomlimerende funktions-test på ergometercykel, som er beskrevet i kapitel 4. Hvis det ikke er muligt at gen-

¹ I Lov om sygehusvæsen, 2001.

nemføre en funktionstest, estimeres HR_{max} ud fra følgende formel, som er valideret i forhold til en rask population omfattende en stor gruppe ældre, HR_{max} (estimeret) = $208 - (0,7 \times \text{alder})$ (33). I Hjerterehabiliteringen sættes maksimal hjerterefrekvens til 70-80% af opnået hjerterefrekvens, målt ved funktionstest eller estimeret.

Regneeksempel for 65 årig mand

HR_{max} (estimeret) = $208 - (0,7 \times 65) = 162$ slag/minut

Træningsniveau: 30 minutters træning svarende til pulsintervallet fra 60-70% af HR_{max}

Hos følgende grupper sættes maksimal hjerterefrekvens lavere efter et individuelt skøn: patienter med arbejdsinduceret angina pectoris, arytmier, ICD-enheder, hjertetransplantationer, hjertesvigtpatienter i kategori NYHA III, svært overvægtige og helt utrænede patienter.

Hos disse patienter planlægges træningsprogrammet ud fra forsigtighedsprincippet; fysisk træning induceres under snakkegrænsen (ca. 50% af maksimal hjerterefrekvens) med korte intervaller og hyppige pauser og følger en rolig progression (23).

I Hjerterehabiliteringen benyttes pulsmonitorering og snakkegrænsen til at kontrollere patienternes individuelle træningsniveau simultant. Træningspulsens fastsættes ud fra ovenstående principper, afhængigt af resultatet fra funktionstesten, variation i patienternes puls og fysioterapeutens kliniske bedømmelse af patienternes funktionelle niveau.

Hverdagsaktiviteter

Sundhedsstyrelsen anbefaler i dag minimum 30 minutter moderat fysisk aktivitet til voksne (4;5), og træningen i Hjerterehabiliteringen er tilrettelagt ud fra dette grundprincip². Ifølge anbefalingerne tæller enhver form for fysisk aktivitet i dagligdagen med, således også mindre belastende fysiske aktiviteter, som ikke påvirker den maksimale iltoptagelse væsentligt, men som alligevel anses for at være sundhedsfremmende. Et eksempel på moderat intensitet er rask gang, hvor respirationsfrekvensen er forøget men samtale stadig mulig. Akkumuleret aktivitet i hverdagen er ligeså forebyggende som kontinuerlig aktivitet, og måske endda bedre set ud fra et adfærdsmæssigt synspunkt.

² Siden projektstart har målet for fysisk aktivitet ændret sig fra 4 timers moderat fysisk aktivitet om ugen til minimum 30 minutter dagligt (4;34;35). I dag antages det, at det daglige fysiske aktivitetsniveau er vigtigere end det samlede ugentlige fysiske aktivitetsniveau.

Fysisk træning kan både være af konditionskrævende og styrkemæssig karakter. Hjerterpatienters fysiske kapacitet vil ofte være så lav, at fysisk aktivitet næsten uanset øvelsesvalg vil påvirke både conditionen og styrken hos denne gruppe (32;36). Træningen i Hjerterehabiliteringen er primært tilrettelagt som holdtræning og baserer sig på dagligdags aktiviteter såsom gåture, trappegang og cykling, hvorfor der ikke stilles krav om træningstøj eller specielt udstyr. Der anvendes såvel udendørsterræn som indendørsfaciliteter.

Som regel vil almindelig gang hos velbehandlede hjerterpatienter uden hjertesvigt, og i særdeleshed højriskopatienter, være en fysisk aktivitet, som stiller for små krav til kredsløbet. Derfor anvendes i Hjerterehabiliteringen også gangstave til udendørs terræn³. Gangstave aktiverer overekstremiteterne, hvilket sikrer en mere helkropsorienteret træning. Træningsbolde, balancebræt og elastikker til lettere styrketræning af overekstremiteterne anvendes også.

Det tilstræbes, at træningen er let at udføre, let at implementere i dagligdagen og giver en umiddelbar god fornemmelse i kroppen. Øvelsesvalgene tager udgangspunkt i, hvorvidt øvelsen er relevant for den enkelte patient. Jo nemmere, billigere og mere relevant en øvelse er, desto større er sandsynligheden for, at patienten vil vælge at blive mere fysisk aktiv i hverdagen i vedligeholdelsesfasen efter de 6 ugers træning.

Træningen er individuelt tilpasset, hvilket indebærer, at der tages hensyn til diagnose, individuelle forskelle i fysisk udgangsniveau, motivation for træning, bevægeapparat og patientens hverdag. Der gives individuel feedback, og den enkelte patient støttes i opfyldelsen af netop hans ønsker. Der lægges desuden vægt på, at patienterne fra første træningssession inddrages som medplanlæggere af egen træning. Ved enten at lade patienterne selv vælge træningsform eller lave en fælles aftale om dagens træning, kan man let identificere de patienter, som mangler motivation for at påbegynde fysisk træning.

Patienterne opfordres i hele forløbet til at træne hjemme mellem de to ugentlige fastlagte træningsseancer, i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger (4;34).

Frivillighed og pauser efter behov

Træningen i Hjerterehabiliteringen er tilrettelagt ud fra princippet om frivillighed og pauser efter behov, ud fra erfaringen om, at patienterne er mere motiveret for at træne, hvis de ved, at de kan holde pause, end hvis man benytter sig af en stram styret "følg-mig"- træning. Desuden er pauserne med til at sikre, at patienterne ikke overanstrenger sig og overskrider egne grænser.

³ Se modelfoto kapitel 9.

Op- og nedvarmning

Før selve træningen varmer patienterne op i minimum 10 minutter. Efter træningen finder en form for nedvarmning sted, enten ved at belastningen på ergometercykel gradvist nedsættes, ved decideret afspænding (visualisering, åndedrætsøvelser, meditative øvelser) eller ved udsænkning af muskulatur. Dermed undgås pludselig kardiell belastning, som kan manifestere sig ved angina pectoris, påvirkning af blodtrykket, perifer træthed og i sjældnere tilfælde arytmier.

Individuel evaluering og feedback

For hver enkelt deltager registreres pulsdata fra dagens træning, og patienten angiver en oplevet subjektiv anstrengelse ud fra Borgskala 6-20, subjektiv træningsformnelse ud fra en skala fra 1-5, og eventuel angina vurderet ved Borg angina skala 1-10⁴. Det registreres herudover systematisk, om der har været ekstraordinære hændelser i forbindelse med træningen (fald, svimmelhed etc.). Fysioterapeuten og patienten drøfter, ud fra patientens angivelser og dagens pulsdata, hvordan træningen er forløbet, og foretager justeringer og tilpasninger efter behov. Effekten af træningen vurderes ved 3 og 12 måneders samtalen, hvor der gennemføres en funktionstest⁵.

Træning af patienter med hjertesvigt

Træningen af hjertepatienter med symptomer på hjertesvigt (NYHA II-III) følger de samme grundprincipper som træningen af de øvrige hjertepatienter. Patienterne skal være medikamentelt velbehandlede og må ikke have symptomer i hvile (NYHA VI), som er kontraindikation for fysisk træning. Træningsintensiteten og træningsprogrammet fastlægges hos disse patienter, i overensstemmelse med de internationale anbefalinger, ud fra forsigtighedsprincippet med lavere intensitet, typisk 50% af maksimal hjerterefrekvens (23). Træningen tilrettelægges desuden med korte intervaller, mange pauser og forsigtig progression ud fra den individuelle patients fremgang i træningen. Hjertesvigtpatienterne træner sammen med de øvrige patienter og er som de øvrige udstyret med pulsøre. Hjertesvigtpatienterne træner typisk over en længere periode end 6 uger i Hjerterehabiliteringen.

Træning af patienter med T2DM

Træningen af hjertepatienter med T2DM følger de samme grundprincipper som træningen af de øvrige hjertepatienter, dog med hensyntagen til eventuel autidiabetisk behandling og regulering af sukkersygen. Dysreguleret diabetes er en relativ kontraindikation for træning. Patienterne oplyses om den insulinbesparende effekt af fysisk træning, og det har stor psykologisk betydning og øger patienternes motivation for fysisk træning, at de prøver at måle deres blodsukker før og efter træningen.

⁴ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes evalueringsskalaer anvendt til individuel evaluering.

⁵ Se kapitel 4.

Superviseret træning

6.4.2

Træning på hold

Holdtræningen afvikles over 12 træningsgange á 1,5 timers varighed. Træningen ændres fra en høj grad af styring til selvstyret træning over det 6 ugers forløb.

Uge 1

Første træningsgang: Fysioterapeuten orienterer om formålet med og principperne for træningen i Hjerterehabiteringen, om fysioterapeutens og patienternes roller og brugen af de forskellige træningsfaciliteter. Eventuelle spørgsmål afklares, og den praktiske træning kan påbegyndes. Fysioterapeuten er via den indledende individuelle samtale, funktionstesten og journalen grundigt orienteret om patientens sygehistorie, livsstil og psykosociale forhold samt biokemiske data og medicin, der kan påvirke det fysiske aktivitetsniveau.

Patienterne instrueres ved første træningsgang i generelle forholdsregler ved fysisk træning såvel i Hjerterehabiteringen som derhjemme.

Generelle forholdsregler ved fysisk træning

- Patienterne bør kun træne, når de føler sig oplagte. Ved feber, influenza og forkølelse bør der gå minimum to dage efter symptomerne er væk, før der trænes.
- Patienterne bør ikke træne hårdt efter et større måltid, men vente minimum to timer.
- Patienterne bør drikke rigeligt med vand både før, under og efter fysisk træning.
- Patienterne bør ikke drikke alkohol før fysisk træning.
- Træningen skal justeres efter vejrforholdene. Specielle hensyn bør tages ved både meget varmt og ved koldt vejrlig.
- Hvis følgende optræder, bør træningen stoppes straks: angina pectoris, hovedpine, svimmelhed, stakåndethed eller regulær åndenød, muskelskramper og palpitation.
- Ved gang i kuperet terræn sættes ganghastigheden ned.
- Patienterne bør være klædt rigtigt på: anvende ordentligt fodtøj og beskytte hovedet imod kuldepåvirkning og ved høj vindfaktor.

Patienterne instrueres i at være særligt opmærksomme på tegn på for høj intensitet.

Kliniske tegn på for høj intensitet

- Hvis man har svært ved at opretholde træningsintensitet i slutningen af træningssessionen, skal tempoet skrues ned, da det er vigtigt, at træningen afsluttes med fysisk overskud.
- Hvis man har svært ved at føre en samtale under træningen, skal tempoet skrues ned.
- Svimmelhed eller dyspnø kan skyldes, at nedvarmningen har været for kort.
- Ved kronisk træthed bør der indlægges flere pauser, og træningen bør forkortes.
- Søvnløshed kan optræde ved for lang aerob træning. Træningsniveauet bør sættes ned, så symptomerne forsvinder. Et korrekt træningsprogram bør fremme en god søvnrytme.
- Smerter i led kan være tegn på for hård belastning. Man bør enten stoppe aktiviteten eller dæmpe intensiteten.

Endelig opfordres patienterne til altid at sørge for en rolig progression, idet de får besked på, at de hellere skal holde en pause for meget end for lidt. Det understreges over for patienten, at det er vigtigt, at kroppen får tid til at restituere sig. En korrekt træningsudvikling giver relativt kort restitution inden for 24 timer. Hvis træningen medfører længere restitution, er belastningen for stor.

Første øvelsesvalg er typisk boldøvelser i sal, der benyttes som en funktionel test af patientens motorik, stakåndethed, eventuel anstrengelsesudløst angina pectoris og funktionel kapacitet samt patientens evne til at samarbejde og tage initiativer. På baggrund af indtrykket af den enkelte patient og gruppen informerer og superviserer fysioterapeuten efter behov. Denne øvelse ryster patienterne sammen og understøtter en positiv gruppedynamisk proces. Herefter introduceres cykler og eventuelt stepbænke (fingeret trappetræning), som hver benyttes maksimum 5-10 minutter. Stepbænke anvendes for at forberede patienter på regulær trappegang og til patienter, som har behov for specifik trappetræning.

Anden træningsgang: Ved anden træningsgang introduceres pulsurre, og den enkelte patients pulstræningsniveau fastsættes på baggrund af funktionstesten. Herefter testes patienternes evne til at gå på trapper og stepbænke. Det sikres, at alle patienter får en blød start, da trappegang af mange anses for at være en relativt anstrengende aktivitet. Til sidst foretages individuel evaluering af dagens træning på holdbasis.

Uge 2

I forløbets anden uge har patienterne haft lejlighed til at afprøve faciliteterne, og fysioterapeuten har haft tid til at danne sig et indtryk af hver enkelt patient. På nuværende tidspunkt kan mere specifikke tiltag og individuelle opgaver derfor varetages. Fysioterapeuten har stadig en styrende funktion og fungerer mere som instruktør end som supervisor, dog afhængigt af hvor godt gruppen arbejder sammen. På dette tidspunkt i forløbet bliver træningssessionerne længere; optimering af træningstid, intensitet og valg af fysisk aktivitet sker fortløbende. Dog tilstræbes det endnu ikke, at patienterne træner effektivt i 30 minutter sammenlagt.

Uge 3

I tredje uge styres træningen i mindre grad af fysioterapeuten. Fysioterapeuten har nu en mere understøttende funktion, og patienterne kan konsultere hende i det omfang, de har behov for. På nuværende tidspunkt tilstræbes det, at patienterne udnytter træningstiden fuldt ud og forsøger at ramme den aftalte intensitet, valg af øvelse og effektiv træningstid i overensstemmelse med planlagte mål.

Uge 4-6

På nuværende tidspunkt fungerer Hjerterehabilerings træningslokaler som en form for hjerte-fitnesscenter, hvor patienterne træner med stor grad af selvstændighed. Patienterne begynder at få rutine i træningen, og de fleste kan mærke fysisk fremgang. Patienter, som har det svært med fysisk træning, får ekstra støtte til at blive optimalt aktive.

Træning i lokalmiljøet – fase III: Patienterne opfordres til at fortsætte den daglige fysiske aktivitet på samme niveau, efter at de har afsluttet det 6 ugers superviserede træningsforløb i Hjerterehabileringen. Velegnede træningstilbud i lokalområdet præsenteres i forbindelse med den teoretiske undervisning⁶ og via aktivitetsmappen⁷; udbuddet af egnede tilbud i lokalområdet er dog særdeles sparsomt. Endelig mindes patienterne om Hjertereforeningens aktiviteter i lokalområdet, som annonceres i lokalbladene, HjerterNyt og på foreningens hjemmeside⁸.

Træning på åbne hold

I Hjerterehabileringen tilbydes patienterne deltagelse på åbent hold. Tilbuddet er primært forbeholdt patienter med behov for ekstra, superviseret fysisk træning, hvilket vurderes ved den opfølgende evalueringssamtale hos fysioterapeuten. Patienter, som kandiderer til åbent hold, er: patienter i individuelle forløb, patienter med særlige behov og patienter, som har deltaget godt undervejs enten individuelt eller på hold, men ikke har fået den fysiske eller psykiske fremgang som forventet. Træningen føl-

⁶ Se kapitel 5.

⁷ Se kapitel 9.

⁸ www.hjertereforeningen.dk

ger de generelle principper og evalueres efter yderligere 6 uger. Beslutningen om deltagelse på åbent hold træffes på tværfaglig konference.

Træning i individuelle forløb

Patienter, som har problemer med at deltage på normale vilkår i holdtræningen, får tilbud om individuel vejledning og fysisk træning. I praksis vil en patient, som modtager individuel behandling, få nøjagtig samme behandling som patienter, der deltager på hold, bortset fra at det gruppedynamiske element ikke er til stede.

6.4.3 Individuel opfølgende samtale

Efter 6 ugers træning

Formålet med den anden samtale med fysioterapeuten er, via samtalen og patientens funktionstest, at vurdere, om patienten har nået sit overordnede mål. Desuden tilstræbes det at gøre overgangen fra intensiv træning til normal dagligdag så smidig og effektiv som muligt; det vurderes, om patienten har behov for hjælp til at forblive fysisk aktiv efter behandlingsperioden, og om patienten kan have gavn af yderligere superviseret træning.

Efter 12 måneder

Patienten har nu selv været ansvarlig for den fysiske træning i ca. 9 måneder. Den tredje og sidste funktionstest viser, om patienten har været i stand til at realisere den målsætning, han og fysioterapeuten har lavet i fællesskab. Med udgangspunkt i patientens vurdering af sin situation og funktionstesten, drøftes patientens fysiske aktivitetsniveau i dagligdagen. Hvis patienten mener at have indfriet målene, og dette understøttes af testen, kan man konkludere, at patienten har haft succes med en omlægning af motionsniveauet. Hvis ikke dette er tilfældet, burde patienten ideelt visiteres til et superviseret forløb i primær sektor, hvilket dog ikke aktuelt er muligt i lokalområdet for Bispebjerg Hospital.

REFERENCER

- (1) Schnohr P, Jensen JS, Scharling H, Nordestgaard BG. Coronary heart disease risk factors ranked by importance for the individual and community. A 21 year follow-up of 12000 men and women from The Copenhagen City Heart Study. *Eur Heart J* 2002; 23(8):620-626.
- (2) Andersen LB, Schnohr P, Schroll M, Hein HO. All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. *Arch Intern Med* 2000; 160(11):1621-1628.
- (3) Schnohr P, Scharling H, Jensen JS. Changes in Leisure-time Physical Activity and Risk of Death: An Observational Study of 7,000 Men and Women. *Am J Epidemiol* 2003; 158(7):639-644.
- (4) Fysisk aktivitet og sundhed. København, Sundhedsstyrelsen, 2001.
- (5) Klarlund Pedersen B, Saltin B. Fysisk Aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: 2003.
- (6) Oldridge NB, Guyatt GH, Fischer ME, Rimm AA. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials. *JAMA* 1988;19;260(7):945-950.
- (7) O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, Goldhaber SZ, Olmstead EM, Paffenbarger RS, Jr. et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 1989; 80(2):234-244.
- (8) Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(1).
- (9) Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3).
- (10) Brown A, Taylor R, Noorani H, Stone J, Skidmore B. Exercise – Based Cardiac Rehabilitation Programs for Coronary Artery Disease:A Systemic Clinical and Economic Review. 3. Ottawa, Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, 2003.
- (11) Mickley H, Saunamaki K. Betydningen af fysisk træning som led i rehabilitering af patienter med iskæmisk hjertesygdom. *Ugeskrift for læger* 2003; 165(34):3227-3228.
- (12) Belardinelli R, Georgiou D, Cianci G, Purcaro A. Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure: effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcome. *Circulation* 1999; 99(9):1173-1182.
- (13) Pinsky JL, Jette AM, Branch LG, Kannel WB, Feinleib M. The Framingham Disability Study: relationship of various coronary heart disease manifestations to disability in older persons living in the community. *Am J Public Health* 1990; 80(11):1363-1367.
- (14) Dorn J, Naughton J, Imamura D, Trevisan M. Correlates of compliance in a randomized exercise trial in myocardial infarction patients. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33(7):1081-1089.
- (15) Lloyd-Williams F, Mair FS, Leitner M. Exercise training and heart failure: a systematic review of current evidence. *Br J Gen Pract* 2002; 52(474):47-55.
- (16) Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2001; 322(7289):763-767.
- (17) Smith KL, Wenger NK. Benefits of Exercise Training. In: Wenger N, Smith L, Sivarajan Freolicher E, McCall Comoss P, editors. *Cardiac Rehabilitation. A Guide to Practice in the 21st Century*. New York, Basel: Marcell Dekker, Inc., 1999.

- (18) Boule NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA* 2001; 286(10):1218-1227.
- (19) Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997; 20(4):537-544.
- (20) Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344(18):1343-1350.
- (21) Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346(6):393-403.
- (22) Ross R, Janssen I. Physical activity, total and regional obesity: dose-response considerations. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33(6 Suppl):S521-S527.
- (23) Recommendations for exercise training in chronic heart failure patients. *Eur Heart J* 2001; 22(2): 125-135.
- (24) Hjerteforeningen, DCS. Rehabilitering af hjertepatienter – retningslinjer. Hjerteforeningen, DCS, editors. Hjerteforeningen, 1997.
- (25) DCS. Akut koronart syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Hildebrandt P, Gøtzsche CO, editors. *Ugeskrift for læger. Klaringsrapport*. 2001;(3):1-28.
- (26) Arbejdsgruppe nedsat af SFR. Referenceprogram for behandling af patienter med akut koronart syndrom uden ledsagende ST-segmentelevation i ekg'et. København, Sekretariatet for Referenceprogrammer, SFR. 2002.
- (27) Beck-Nielsen H, Henriksen JE, Hermansen K, Madsen LD, Olivarius NF, Mandrup-Poulsen TR et al. Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom – diagnostik og behandling. 2000(6). *Ugeskrift for læger*.
- (28) Giannuzzi P, Saner H, Bjornstad H, Fioretti P, Mendes M, Cohen-Solal A et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24(13):1273-1278.
- (29) Vanhees L, McGee HM, Dugmore LD, Schepers D, van Daele P. A representative study of cardiac rehabilitation activities in European Union Member States: the Carinex survey. *J Cardiopulm Rehabil* 2002; 22(4):264-272.
- (30) Dansk Cardiologisk Selskab og Hjerteforeningen. Rapport om hjerterehabilitering. 1997.
- (31) Fletcher GF, Balady GJ, Amsterdam EA, Chaitman B, Eckel R, Fleg J et al. Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2001; 104(14):1694-1740.
- (32) Meyer K. Exercise training in heart failure: recommendations based on current research. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33(4):525-531.
- (33) Tanaka H, Monahan KD, Seals DR. Age-predicted maximal heart rate revisited. *J Am Coll Cardiol* 2001; 37(1):153-156.
- (34) Klarlund Pedersen B, Saltin B. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.

- (35) Andersen LB. Redegørelse om fysisk aktivitet i fritiden. 1-24. 1999.
- (36) Myers J, Prakash M, Froelicher V, Do D, Partington S, Atwood JE. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *sN Engl J Med* 2002; 346(11):793-801.



STØTTE TIL KOSTOMLÆGNING

Klinisk diætist Inger Bols Jeppesen

INTRODUKTION

I de senere år er der kommet mere fokus på sammenhængen mellem kosten og hjerte- og karsygdom. I Hjerterehabiliteringen omfatter støtte til kostomlægning: individuel samtale med diætist, praktisk madlavning på hold, teoretisk undervisning samt individuelle forløb ved særlige problemstillinger. I dette kapitel beskrives principperne for støtte til kostomlægning, praktisk madlavning på hold og individuelle forløb ved særlige problemstillinger. Den individuelle samtale med diætisten er beskrevet i kapitel 4, og teoretisk undervisning i kostrelaterede problemstillinger er beskrevet i kapitel 5.

7.1

Støtte til kostomlægning

1 uge efter henvisning

Tilrettelæggelse af individuelt forløb
- Samtale med diætist



6 (-12) ugers forløb

Intensiv rehabilitering
- Individuelle forløb - Madlavning på hold - Teoretisk undervisning



3, 6 og 12 måneder

Kontrol og opfølgning
- Samtale med diætist ved behov

7.2 DOKUMENTATION

Der findes i dag dokumentation for, at kostændringer med henblik på kolesterolreduktion kan nedsætte risikoen for blodpropper og mindske dødeligheden på grund af hjertesygdom hos patienter med kendt iskæmisk hjertesygdom (1). Det er vist, at fed fisk og n-3 fedtsyre reducerer dødelighed og reinfakt (2-4) og tilsvarende for middelhavskost ¹(3;5-7).

På baggrund af en gennemgang af den foreliggende litteratur konkluderede Ernæringsrådet i 1996, at hjertevenlige kostvaner kan nedsætte risikoen for blodpropper og mindske dødeligheden hos patienter med iskæmisk hjertesygdom, uden at kostændring nødvendigvis kan aflæses på de traditionelle risikofaktorer som kolesterol, blodtryk og vægt (8;9).

På baggrund af den foreliggende viden anbefales det, at alle patienter med iskæmisk hjertesygdom motiveres til hjertevenlig kost uanset blodets kolesterolkoncentration (10-12). Det er sandsynligt, men ikke dokumenteret, at der vil være den samme effekt hos hørjrisikopatienter.

7.3 FORMÅL

Formålet med diættevejledningen i Hjerterehabiliteringen er, at patienterne opnår viden om sammenhængen mellem kost og hjertesygdom og får nogle redskaber til at omsætte denne viden til praktisk handling, der kan resultere i en varig kostændring.

7.4 ARBEJDSMETODE

7.4.1 Principper

Diættevejledningen i Hjerterehabiliteringen følger de overordnede anbefalinger for hjertevenlig kost: mindre fedt med fokus på fedtkvaliteten (mindst muligt mættet fedt og transfedt), mere fed fisk og mere frugt og grønt (8). Det er vist, at patienters motivation for kostændring er forskellig i forhold til delområderne (13), og en undersøgelse tyder på, at hjertepatienter er motiveret for og bedre til at fastholde et mindre fedtindtag end til at øge frugtindtaget (14). Principperne og dokumentationen for den hjertevenlige kost gennemgås i det følgende.

Mindre fedt

Koststudier har undersøgt effekten af at nedsætte fedtindtaget enten isoleret eller som del af middelhavskosten (2;4;6;7;15-19). På baggrund af resultaterne anbefales

¹ Middelhavskost adskiller sig fra dansk kost ved at bestå af mere brød, flere grøntsager, mere fisk, mindre animalsk fedt, mere frugt og rapsmargarine

hjerterpatienter i dag at nedsætte fedtindtaget, især det mættede, dvs. fra kød, mejeriprodukter samt hårde fedtstoffer (max. 30E% fedt, heraf max. 10E% mættet fedt og transfedt).

Mere fisk

På baggrund af studier, hvor der har været et øget fiskeindtag svarende til fiskemåltider 2-3 gange ugentligt (2;3;6), anbefales det i dag, at mængden af fed fisk sættes til ca. 300 g om ugen eller svarende til 7 g n-3 polyumættede fedtsyrer pr. dag. Hvis patienten ikke kan eller ikke vil spise fisk, anbefales et dagligt tilskud af fiskeolier².

Mere frugt og grønt

I undersøgelser, hvori der indgik råd om højt indtag af frugt og grønt, er der fundet en beskyttende effekt på forekomsten af hjertesygdom (3-7). På baggrund af studierne anbefales et daglig indtag af frugt og grønt på 500-600 g.

Andre kostfaktorer

Udover den hjertevenlige kost vejledes patienterne i forhold til saltindtag og alkohol. Saltindtaget anbefales begrænset til max. 5 g NaCl pr. dag, svarende til 1980 mg Na. Patienterne gøres opmærksom på indholdet af salt i blandt andet lakrids. Alkohol frarådes ved for højt niveau af triglycerider. Derudover følges Sundhedsstyrelsens anbefalinger på højst 14 genstande for kvinder og højst 21 genstande for mænd om ugen. Ved vægttab kan det være nødvendigt at begrænse indtaget yderligere på grund af det høje kalorieindhold i alkohol.

Kolesterolholdige fødevarer

Der er ikke konsensus om, hvor stor betydning et højt kolesterolindhold i kosten har; dog viser metaanalyser en sammenhæng mellem indtagelse af kostkolesterol og blodkolesterol (20). Et indtag på max. 300 mg pr. dag anbefales på europæisk plan (21), hvilket stemmer godt overens med de øvrige diætanbefalinger, som forudsætter, at man begrænser mængden af fedtholdigt kød/pålæg, fede mejeriprodukter og smør-/blandingsprodukter. Animalske fedtholdige produkter er den væsentligste kilde til kolesterol, som hermed også begrænses. Den mængde kolesterol, man vil få fra et normalt indtag af fedtfattige, kolesterolrige fødevarer (æg/indmad/rejer), har derfor en mindre betydning for hjertesundheden, og i den generelle undervisning bliver der ikke lagt vægt på kolesterolindtaget.

Praktisk madlavning på hold

Gruppeundervisningen består af 3 x 2½ timers praktisk madlavning. De tre undervisningsgange er tilrettelagt ud fra, at alle opskrifter er hjertevenlige, maden skal smage godt, og maden skal være genkendelig for patienterne og let at lave.

7.4.2

² Indholdet af n-3 fedtsyrer i de forskellige fiskeoliepræparater varierer meget.

Den hjertevenlige kost

Mødegang	Mødetema	Særligt materiale	Eksempler på retter
1	Fed fisk, grøntsager og suppe	Tavle Fødevarer-atrapper Levnedsmidler	Laksefrikadeller Sildepakker med grønt Grillet makrel Lynstegte grøntsager Stuede rodfrugter Stuvet spinat Fiskesuppe Oksekødssuppe m. grønt
2	Fed fisk, sovs, grøntsager og desserter	300 g frugt 300 g grøntsager Tallerkener til anretning	Laksetærte Stegt sild m. persillesovs Fiskelasagne Ovnbagte grøntsager Ratatouille Gratinerede kartofler Chokoladecake m. æbler Bagte ferskner m. marengs
3	Kødderter, sovs, grøntsager og desserter	Tipskupon til at teste patienternes viden	Frikadeller & kartoffelsalat Stuvet hvidkål Boller i karry m. grønt Mørbrad m. brun sovs Gryderetter med kød & grønt Lasagne Kartoffelmos med rodfrugter Råkostsalater Gl. dags æblekage Gulerodskage Rabarberkage Julemenu Påskemenu

Patienterne arbejder i hold på 2-3 personer, og der bliver afprøvet 3-4 nye retter pr. gang. Forud for undervisningen har diætisten fundet opskrifter og ingredienser frem til hvert hold; det sparer tid, når patienterne ikke selv skal finde alle ingredienserne i et køkken, de ikke kender. Diætisten gennemgår kort hver enkelt opskrift med fokus på, hvorfor netop disse opskrifter er særligt velegnede i det hjertevenlige køkken.

De færdigheder, den enkelte patient møder op med i køkkenet, er selvsagt på meget forskellige niveauer. Det problem løser sig ofte ved, at patienterne finder sammen i små grupper, hvor der næsten altid er en, der har lidt erfaring med madlavning. Der

³ Opskrifter udarbejdet og afprøvet af patienterne i Hjerterehabiliteringen udgives i en separat kogeboek i løbet af foråret 2004.

er desuden enkelte af patienterne, der ikke kan læse. Diætisten læser med jævne mellemrum opskriften op eller fortæller, hvad der skal laves for at imødegå dette problem.

Hver undervisningsgang er udarbejdet ud fra hovedtemaerne i den hjertevenlige kost. De to første gange indleder diætisten med 30 minutters introduktion om principperne for hjertevenlig mad. Køkkenet er velegnet som undervisningslokale, idet diverse fødevarer er lige ved hånden, så de kan fremvises for patienterne. Herefter arbejder patienterne selv med opskrifterne i en hyggelig og afslappet atmosfære.

I Hjerterehabiliteringen arbejdes der med opskrifter fra Becel Programmet (Hjertevenlig mad), Hjerteforeningen, Diabetesforeningen og egne opskrifter³. Herudover inddrages forslag fra patienterne, hvor der foretages tilpasning af opskrifterne, så de overholder principperne for den hjertevenlige kost.

Den praktiske madlavning afsluttes med fællesspisning. Det tilstræbes, at ægtefæller/samleverer deltager i den praktiske madlavning og spisning. Spisningen efter den praktiske madlavning er et uformel forum, hvor patienterne ofte fortæller om de tanker og bekymringer, de har omkring deres sygdom. Derfor prioriteres det højt i Hjerterehabiliteringen, at de andre faggrupper deltager i spisningen. Patienterne deltager selv i borddækning, afrydning og opvask.

Individuelle forløb hos diætisten

7.4.3

For patienter med særlige behov og med motivation for at omlægge deres kostvaner, planlægges i forlængelse af den indledende samtale individuelle forløb⁴. I Hjerterehabiliteringen er der strukturerede tilbud om individuelle forløb i forbindelse med overvægt, diabetes mellitus type 2 (T2DM) og patienter med risiko for underernæring.

Patienterne bliver tilbudt kostvejledning, løbende opfølgning med justering af kosten samt inspiration og støtte til fastholdelse af kostændringerne. Patienterne tilbydes som del af det individuelle forløb en række samtaler, fordelt over de 12 måneder, patienten er tilknyttet Hjerterehabiliteringen.

Individuelt vægttabsforløb

Alle patienter med body mass index (BMI) >25 eller taljemål over det fastsatte behandlingsmål⁵ får tilbud om et individuelt vægttabsforløb hos diætisten. At vejlede og rådgive den overvægtige patient i Hjerterehabiliteringen er imidlertid en meget omfattende proces, idet der for patienten er tale om indtil flere anbefalede adfærdsændringer: højere fysisk aktivitet, kvalitativ såvel som kvantitativ ændring af kosten, og i mange tilfælde desuden nedsættelse af alkoholforbruget samt rygestop. Hertil kommer, at man i dag betragter hver del i kostomlægningen som én adfærdsændring, som

⁴ Se kapitel 4.

⁵ Se behandlingsmål kapitel 4.

at spise mere frugt og grønt, spise mere fisk, spise mindre mættet fedt, hvilket for patienten repræsenterer flere forskellige ændringer (13;14).

En væsentlig del af det tværfaglige arbejde bliver derfor at finde frem til, hvad patienten er mest motiveret for at arbejde med, og i hvilken rækkefølge ændringerne skal foretages. I den forbindelse er det væsentligt at fokusere på, at selv et mindre vægttab (10-20%) kan forbedre såvel blodsukkerniveauet og insulinfølsomheden som lipidprofilen tilstrækkeligt til at nedsætte dødeligheden for iskæmisk hjertesygdom. Det er derfor muligt sammen med patienten at opstille et realistisk mål om et mindre vægttab, som er opnåeligt inden for en overskuelig fremtid, frem for at arbejde mod en teoretisk idealvægt. Blandt patienter med BMI over 35 er det ikke usandsynligt, at problemet med vægten overskygger alt i patienternes tilværelse, og man bør derfor overveje muligheden for psykologbistand (22).

Et vægttabsforløb vil typisk omfatte 7 samtaler: Uge 1: Individuel diætistsamtale 60 min. med henblik på indgåelse af aftale om kostændring og udarbejdelse af individuel diætplan. Uge 3: Individuel diætistsamtale med vægtkontrol 30 min. Uge 5 og 8: Individuel diætistsamtale med vægtkontrol og inspiration til madlavning 15 min. 3, 6 og 12 måneders kontrol: Individuel diætistsamtale med vægtkontrol 15 min.

Hvis diætisten vurderer, at det er nødvendigt, udarbejdes der en individuel diætplan. Energieniveau beregnes ud fra basalstofskiftet på baggrund af alder, køn og vægt, som multipliceres med en aktivitetsfaktor⁶ (8). Energibehovet reduceres med ca. 3000 kJ per dag svarende til et forventet vægttab på ca. 500 g om ugen. Er patienten meget overvægtig (BMI>30), kan der udarbejdes en plan med et større energideficit (reduktion svarende til 4.000 kJ) og deraf større vægttab (ca. 1 kg om ugen). Proteinindtaget fastsættes til minimum 0.8 g/kg legemsvægt.

Hvis patienten følger anbefalingerne om fysisk træning, er det ikke ualmindeligt, at der på trods af god diæt-compliance sker en mindre vægtøgning eller vægtstagnation inden for de første 2-3 uger, primært som følge af øget blodvolumen og muskulær væskeansamling. Der fokuseres derfor ikke kun på patientens vægttab men i lige så høj grad på taljemålet, som måles ved 1. diætistsamtale, ved vægtkontrol i uge 8 samt ved 3, 6 og 12 måneders kontrol. Ved god diæt-compliance kan man dog forvente et vægttab på min. 4 kg ved 3 måneders kontrol på trods af øget muskelmasse (9).

Individuelt forløb for patienter med T2DM

Patienter med diabetes mellitus type 2 (T2DM) (uden nyrekomplicationer) eller nedsat glucose-tolerance⁷ (IGT) vil, hvis de opfylder gældende kriterier (23), få tilbudt et individuelt forløb hos diætisten som del af den samlede indsats, med henblik på at nor-

⁶ 64-årig mand, der vejer 92 kg og har lavt aktivitetsniveau: $92 \text{ kg} \times \text{basalstofskiftet for mænd } >60 \text{ år: } 0,0565 + 2,04 \times 1,4$.

⁷ Se ordlisten.

malisere blodsukker, blodlipider, blodtryk og vægt samt forebygge senkomplikationer. I praksis vil ca. 85% af denne patientgruppe også opfylde kriterierne for at indgå i et individuelt vægttabsforløb. Patienter med nyopdaget T2DM, IGT eller dårligt reguleret kendt T2DM vil blive tilbudt yderligere en halv times individuel samtale i starten af forløbet, uafhængigt af, om de har behov for eller ønske om vægttab. Diætisten vurderer compliance ud fra ændringer i HbA1C, blodlipider, taljemål og vægt.

Kosten til patienter med T2DM ligger tæt op ad anbefalingerne for hjertevenlig kost (24). Herudover anbefales patienter med T2DM et regelmæssigt måltidsmønster med 5-6 måltider for at mindske graden af postprandial hyperglykæmi eller hypoglykæmi mellem måltiderne. Det sidste gør sig især gældende ved medicinsk behandlet T2DM. Endvidere anbefales det patienter med T2DM at begrænse indtaget af tilsat sukker til 25 g dagligt, jævnt fordelt på dagens måltider.

Individuelt forløb for patienter med risiko for underernæring

Patienter, som opfylder inklusionskriterierne for ernæringsterapi⁸, tilbydes individuel diætbehandling med henblik på vægtøgning eller forebyggelse af yderligere vægttab (12). Dette vil typisk være aktuelt hos patienter med kronisk hjertesvigt, som på grund af sygdommen og den medicinske behandling kan have nedsat appetit.

Diæt ved ernæringsterapi hos hjertepatienter: Hvis det er muligt, bør der tages udgangspunkt i anbefalingerne for den hjertevenlige kost. Det kan dog være nødvendigt at øge indtaget af fedt og nedsætte mængden af frugt og grønt for at sikre tilstrækkeligt energiindtag. Et øget fedtindtag bør primært bestå i monoumættet fedtsyre og polyumættet fedtsyre. Frugtindtaget kan eventuelt bevares via frugtgrød, henkogt frugt, juice m.m. Proteinbehovet vil variere fra 1-1.5 g/kg legemsvægt afhængig af ernæringstilstanden og den bagvedliggende sygdom.

I forbindelse med patienter med høj risiko for underernæring kan det være nødvendigt i en periode helt at se bort fra hovedprincipperne i den hjertevenlige kost såvel som en eventuel diabetesdiæt (13;14).

Hjertevenlig kost og AK-behandling

En del af patienterne i Hjerterehabiteringen er i antikoagulations-behandling (AK-behandling) på grund af atrieflimmer eller efter klapoperationer. En del grøntsager har et højt indhold af K₁-vitamin, som kombineret med andre faktorer kan influere på denne behandling. Det er vores erfaring, at mange patienter er fejlinformeret om valg og mængde af grøntsager i forhold til AK-behandlingen. Der lægges derfor vægt på, at patienterne i AK-behandling får en pålidelig og enslydende vejledning.

⁸ På www.Hjerterehabiteringen.dk findes instruks for screening af patienter med risiko for underernæring.

Grøntsager med moderat til højt indhold af K₁-vitamin (>50ug/100g) (25)

Grøntsag	K ₁ -vitamin; ug/100 g	Grøntsag	K ₁ -vitamin; ug/100 g
Spinat, frisk	560 (480-640)	Rødkål	149
Spinat, frost	340	Hovedsalat	130
Broccoli	260	Iceberg	112
Grønkål	250	Sellerirod	100
Rosenkål	250	Grønne ærter	70
Blomkål	210 (140-280)	Hvidkål	59
Spidskål	170		

() angiver rapporteret variation.

Der foreligger i dag ikke konsensus om, hvor stor betydning vitamin K₁ -righoldige grøntsager har for AK-behandlingen. Indtil videre arbejder man i praksis med en anbefaling på max. 250 ug K₁-vitamin om dagen via kosten, men frem for alt et nogenlunde konstant indtag fra dag til dag. K₁-vitamin findes hovedsagligt i kål, tørrede bønner, lever, æg samt visse grøntsager. Så godt som alle andre fødevarer indeholder ikke K₁-vitamin af betydning.

Det understreges over for patienten ved den individuelle samtale, at AK-behandling ikke er ensbetydende med, at han ikke kan spise grøntsager med K₁-vitamin, men at der i praksis anbefales et max. indtag på 100 g om dagen af de pågældende grøntsager (se skema). Det vil for de fleste **ikke** være en begrænsning. Derudover kan der frit spises øvrige grøntsager, og det skal understreges, at patienter i AK-behandling bør spise 600 g frugt og grønt om dagen akkurat som øvrige hjerte- og højrisikopatienter. Det er derfor vigtigt, at hjertepatienter i AK-behandling får et billede af, at de stadig kan spise mange grøntsager.

Nogle krydderurter indeholder meget K₁-vitamin. De indtages dog oftest i så små mængder, at det er uden praktisk betydning for det totale indtag af K₁-vitamin. Tørrede bønner, kikærter etc. har også et højt indhold af K₁-vitamin. Det kan derfor være svært at holde indtaget af K₁-vitamin på 250 ug pr. dag hos vegetarer eller hos nogle patienter med anden etnisk baggrund end dansk. I disse tilfælde bør det overvejes, om medicinen i højere grad kan tilpasses den enkeltes madkultur.

REFERENCER

- (1) Katerndahl DA, Lawler WR. Variability in meta-analytic results concerning the value of cholesterol reduction in coronary heart disease: a meta-meta-analysis. *Am J Epidemiol* 1999; 149(5):429-441.
- (2) Burr ML, Fehily AM, Gilbert JF, Rogers S, Holliday RM, Sweetnam PM et al. Effects of changes in fat, fish, and fibre intakes on death and myocardial reinfarction: diet and reinfarction trial (DART). *Lancet* 1989; 2(8666):757-761.
- (3) de Lorgeril M, Renaud S, Mamelle N, Salen P, Martin JL, Monjaud I et al. Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Lancet* 1994; 343(8911):1454-1459.
- (4) Ornish D, Brown SE, Scherwitz LW, Billings JH, Armstrong WT, Ports TA et al. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet* 1990; 336(8708):129-133.
- (5) de Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation* 1999; 99(6):779-785.
- (6) Singh RB, Rastogi SS, Verma R, Laxmi B, Singh R, Ghosh S et al. Randomised controlled trial of cardioprotective diet in patients with recent acute myocardial infarction: results of one year follow up. *BMJ* 1992; 304(6833):1015-1019.
- (7) Singh RB, Dubnov G, Niaz MA, Ghosh S, Singh R, Rastogi SS et al. Effect of an Indo-Mediterranean diet on progression of coronary artery disease in high risk patients (Indo-Mediterranean Diet Heart Study): a randomised single-blind trial. *Lancet* 2002; 360(9344):1455-1461.
- (8) Stender S, Astrup A, Dyerberg J, Færgeman O, Godtfredsen J, Vestager L et al. Kostens betydning for patienter med åreforkalkning i hjertet. *Ernæringsrådet*, 1996;(10):3-64.
- (9) Stender S, Astrup AV, Dyerberg J, Faergeman O, Godtfredsen J, Lind EM et al. Significance of food for patients with ischemic heart disease. *Ugeskrift for læger* 1996; 158(48):6885-6891.
- (10) Hjerteforeningen, DCS. Rehabilitering af hjertepatienter – retningslinjer. Hjerteforeningen, DCS, editors. Hjerteforeningen, 1997.
- (11) DCS. Akut koronar syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Hildebrandt P, Gøtzsche CO, editors. *Ugeskrift for læger. Klaringsrapport*, 2001;(3):1-28.
- (12) Arbejdsgruppe nedsat af Sfr. Referenceprogram for behandling af patienter med akut koronar syndrom uden ledsagende ST-segmentelevation i ekg'et. København, Sekretariatet for Referenceprogrammer, Sfr. 2002.
- (13) Frame CJ, Green CG, Herr DG, Myers JE, Taylor ML. The stages of change for dietary fat and fruit and vegetable intake of patients at the outset of a cardiac rehabilitation program. *Am J Health Promot* 2001; 15(6):405-413.
- (14) Frame CJ, Green CG, Herr DG, Taylor ML. A 2-year stage of change evaluation of dietary fat and fruit and vegetable intake behaviors of cardiac rehabilitation patients. *Am J Health Promot* 2003; 17(6):361-368.
- (15) Leren P. The Oslo diet-heart study. Eleven-year report. *Circulation* 1970; 42(5):935-942.

- (16) Woodhill JM, Palmer AJ, Leelarthae-pin B, McGilchrist C, Blacket RB. Low fat, low cholesterol diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Adv Exp Med Biol* 1978; 109:317-330.
- (17) Schuler G, Hambrecht R, Schlierf G, Niebauer J, Hauer K, Neumann J et al. Regular physical exercise and low-fat diet. Effects on progression of coronary artery disease. *Circulation* 1992; 86(1):1-11.
- (18) Watts GF, Lewis B, Brunt JN, Lewis ES, Coltart DJ, Smith LD et al. Effects on coronary artery disease of lipid-lowering diet, or diet plus cholestyramine, in the St Thomas' Atherosclerosis Regression Study (STARS). *Lancet* 1992; 339(8793):563-569.
- (19) Watts GF, Jackson P, Burke V, Lewis B. Dietary fatty acids and progression of coronary artery disease in men. *Am J Clin Nutr* 1996; 64(2):202-209.
- (20) Howell WH, McNamara DJ, Tosca MA, Smith BT, Gaines JA. Plasma lipid and lipoprotein responses to dietary fat and cholesterol: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1997; 65(6):1747-1764.
- (21) Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention. *Eur Heart J* 1998; 19(10):1434-1503.
- (22) Heitmann B, Richchelesen L, Bjørn. Overvægt og fedme. Sundhedsstyrelsen, 1999.
- (23) Beck-Nielsen H, Henriksen JE, Hermansen K, Madsen LD, Olivarius NF, Mandrup-Poulsen TR et al. Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom – diagnostik og behandling. 2000(6). Ugeskrift for læger.
- (24) Foreningen af kliniske diætister. Diætbehandling ved type 2 diabetes, voksne. Rammeplaner. Foreningen af Kliniske diætister, 2001.
- (25) Saxholdt E. Indholdet af K₁-vitamin i levnedsmidler. København, Fødevaredirektoratets LevnedsmiddelDatabanken, 1993.



STØTTE TIL RYGESTOP

Sygeplejerske Jeannette Larsen

INTRODUKTION

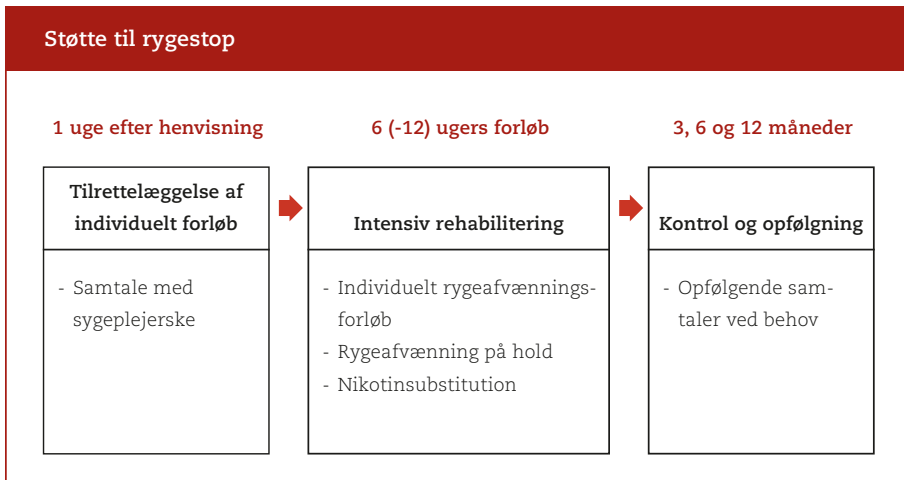
Rygestop betragtes i dag som et væsentligt element i såvel primær som sekundær forebyggelse af hjerte- og karsygdom. Støtte til rygestop i Hjerterehabiteringen omfatter individuel samtale med sygeplejerske, rygestop på hold og individuelle rygestopforløb.

8.1

DOKUMENTATION

Rygning er den vigtigste korrigerbare risikofaktor for udviklingen af iskæmisk hjertesygdom (1-3). Det er i flere studier beregnet, at mindst 25-30% af AMI-tilfældene i Danmark er forårsaget af rygning – 80% blandt de yngre AMI-patienter (4-6).

8.2



Blandt blodprotsramte rygere findes ligeledes en øget dødelighed. I en metaanalyse er den estimerede mortalitetsrate beregnet til 20% blandt de patienter, der fortsatte med at ryge (7).

Disse fund er imidlertid aldrig blevet eftervist ved randomiserede studier. Den foreliggende viden er dog så overbevisende, at patienter med hjertesygdom (8-10) og risikopatienter anbefales totalt rygeophør (11).

Blandt blodprotsramte rygere holder mange op med at ryge spontant, men de fleste af disse patienter begynder at ryge igen kort tid efter indlæggelsen (12;13).

Det er veldokumenteret, at struktureret rådgivning givet af læger (14), rygestopinstruktører (15) og sygeplejersker (16) har effekt på ophørsraten. Støtte og rådgivning, der er påbegyndt under indlæggelsen og følges op i mindst en måned efter indlæggelsen, viser signifikant højere ophørsrater (17). Intensiveret rådgivning under indlæggelser uden opfølgning efter udskrivning synes imidlertid ikke at have nogen yderligere effekt (18). Såvel individuel rådgivning (15) som gruppeundervisning (19) øger muligheden for fortsat rygeophør (20). Der er god dokumentation for, at nikotinsubstitutionsbehandling er effektiv for storrygere i kombination med struktureret rådgivning, uafhængigt af intensiteten af rådgivningen og de ydre rammer (21). Der findes ligeledes god dokumentation for anvendelse af antidepressiva-præparatet bupropion (22); erfaringerne med anvendelse af præparatet hos hjertepatienter er imidlertid mangelfuld, hvorfor dette ikke anbefales rutinemæssigt til hjertepatienter.

8.3 **FORMÅL**

Formålet med rygestoptilbuddet i Hjerterehabiliteringen er at støtte patienterne i totalt rygeophør og fastholdelse af rygestopet.

8.4 **ARBEJDSMETODE**

8.4.1 **Principper**

Rygestoptilbuddet er sammensat ud fra den eksisterende viden om indsatsformer med positiv indflydelse på ophørsraten og baseret på et koncept udviklet i samarbejde mellem Tobaksskaderådet og Kræftens Bekæmpelse rettet mod den brede befolkning. Konceptet er tilpasset og videreudviklet for at imødekomme den komplekse situation, patienter står i, når de indlægges og følges på sygehuset (23).

8.4.2 **Individuel samtale om rygevaner**

Alle patienter, der er rygere eller er ophørt med at ryge inden for det sidste halve år, får optaget en rygeanamnese ved den individuelle samtale med sygeplejersken.

Rygeanamnesen omfatter patientens rygehistorie og en vurdering af patientens motivation for rygeophør. Ved optagelse af rygeanamnesen anvendes et dertil udarbejdet hjælpeskema til registrering af aktuelle data ¹.

Patientens rygehistorie

Under samtalen klarlægges patientens tidligere erfaringer med rygestop, erfaringsgrundlag, nuværende rygeprofil og forbrug, og patienten testes ved hjælp af Fagerstrøm-testen ² med henblik på afhængighed og eventuel nikotindosering.

Motivationsvurdering

Med udgangspunkt i Motivationscirklen, som er detaljeret beskrevet i kapitel 3, søger sygeplejersken at klarlægge patientens motivation for et rygestop for om nødvendigt at iværksætte yderligere tiltag. Patienten udspørges om, hvorvidt han har planer om at holde op med at ryge eller er holdt op med at ryge for nylig, og patienten indplaceres på et af de 6 stadier i Motivationscirklen. Det videre forløb tilrettelægges ud fra denne indplacering. I det følgende beskrives kun de patienter, som overvejer eller er gået i gang med et rygestop.

Patienter, der ønsker at følge rygestopkurset i den intensive periode, kan allerede ved den individuelle samtale med sygeplejersken lave en aftale om rygereduktion og starte umiddelbart derefter. Patienter, som først påbegynder rygereduktionen efter 1. mødegang, kan nå at reducere forbruget i løbet af de 10 dage, der går, inden det egentlige rygestop planlægges.

Patienten overvejer at holde op med at ryge (overvejelsesstadiet): Sygeplejerskens opgave er at støtte patienten i at overvinde den ambivalente holdning til et rygestop, informere patienten om konsekvenserne af rygningen og et rygeophørs betydning for hans sygdom og behandling, og afklare om patienten ønsker at reducere sit forbrug inden rygestoppet – i så fald gennemgås diverse nikotinsubstitutioner, og patienten får udleveret produkterne.

Patienten har planer om at holde op med at ryge (forberedelsesstadiet): Sygeplejerskens opgave er at hjælpe patienten med planlægning af rygeophør, at vurdere om patienten skal have individuel støtte til rygestop eller følge det planlagte rygestopkursus, støtte patienten i at fastsætte en rygestop-dato og afklare, om patienten ønsker at reducere sit forbrug inden rygestoppet.

Patienten er i gang med et rygeophørsforløb (påbegyndelsesstadiet og vedligeholdelsesstadiet): Sygeplejerskens opgave er at lade patienten fortælle om, hvordan det går med rygestoppet, støtte patienten med information om helbredsfordele specielt i relation til hjerte- og karsygdom, fortsat informere om og tilbyde nikotinsubstitution, vur-

¹ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes interviewguide for rygeanamnese.

² På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes Fagerstrøms test.

dere om patienten har abstinenser, herunder foretage kuliltemåling, og vurdere om der er behov for yderligere opfølgning.

Patienten er begyndt at ryge igen (tilbagefaldsstadiet): Det er langt fra alle patienter, som kan gennemføre et rygestop. Patienter, der forgæves har forsøgt at gennemføre et rygestop, har brug for accept og forståelse og tilbydes derfor en individuel samtale med det formål at fritage patienten for skyld og hjælpe ham til at fokusere på de erfaringer, han har erhvervet ved sit rygestopforsøg, da det er vigtigt, at patienten trækker på sine erfaringer ved et nyt rygestopforsøg. Det understreges over for patienten, at tilbagefald er forventeligt, når man forsøger sig med rygeophør.

Nikotinsubstitution

Sygeplejersken gennemgår ved den individuelle samtale de forskellige former for nikotinsubstitution med patienten, som får udleveret 2-3 produkter, afhængigt af dennes behov, til i alt 6 ugers forbrug. Pårørende, der ønsker at deltage i rygestoppet, kan få udleveret nikotinsubstitution til én uges forbrug. Patienten instrueres grundigt i brugen af nikotinsubstitution, så han ikke øger det daglige indtag af nikotin. Patient og behandler indgår en aftale om, hvor meget nikotinsubstitution (sugetabletter, resoribletter, inhalatorer, tyggegummi og plaster) patienten må indtage, hvilket noteres i rygestop-skemaet³. Patienten monitoreres ved næste kontakt med sygeplejersken, enten ved 1. rygestopmøde eller ved næste individuelle rygesamtale. I tilfælde af abstinenser eller symptomer på overdosering foretages der korrektion.

Kuliltemåling

Alle patienter vil få foretaget kuliltemåling efter gældende instruks⁴. I forbindelse med rygeophør vil patienten regelmæssigt få målt kulilte i udåndingsluften. Patienten vil hermed erfare, at kulilteindholdet i udåndingsluften falder som et resultat af rygeophøret.

8.4.3 Rygestopkursus

Patienterne oplyses om rygestopkurset i forbindelse med den individuelle samtale med sygeplejersken og igen ved 1. hjertemøde, og det pointeres over for patienten, at hans motivation er afgørende for et vellykket kursusforløb. Rygestopkurset henvender sig også til patientens ægtefælle eller samlever.

Kurset består af 5 mødegange á 1-1½ timers varighed afhængigt af deltagerantal. Der starter løbende rygestopkurser, hvilket muliggør, at patienten kan starte, så snart han er motiveret for at gennemføre et rygestop. Kurset er baseret på følgende temaer: patientens rygehistorie, motivation for rygestop, information om afhængighed og vedlige-

³ På www.Hjerterehabiliteringen.dk. findes rygestopskema.

⁴ På www.Hjerterehabiliteringen.dk. findes instruks for kuliltemåling.

holdelse af rygestop. Undervisningen varetages af sygeplejersker, som alle er rygestopinstruktører, og er struktureret omkring nedenstående emner og dertil hørende dias, som gennemgås ved de enkelte mødegange:

Rygestopkursus

Mødegang	Mødetema
1	Rygehistorie, ambivalens
2	Nikotinafhængighed, abstinenser, nikotinsubstitution
3	Højrisikosituationer, afspænding, afledningsteknik
4	Helbredsfordele ved rygestop, vægtøgning
5	Vedligeholdelse, evaluering

1. mødegang

Rygehistorie, ambivalens

Patienter og rygestopinstruktør præsenteres for hinanden, og patienternes rygehistorier gennemgås. Med udgangspunkt i Motivationscirklen diskuteres ambivalens i forhold til rygestop med fokus på, hvorfor den enkelte ønsker at stoppe nu. Erfaringer fra eventuelle tidligere rygestop inddrages. Rygningens relation til hjertesygdom og andre tobaksrelaterede sygdomme gennemgås, og de kortsigtede helbredsfordele fremhæves. Det drøftes, hvorfor det er så svært at stoppe med at ryge; både fysisk og psykisk afhængighed diskuteres. Mødet afsluttes med en kuliltemåling, og der laves eventuelt en aftale om en fælles rygestopdato med individuelle hensyn.

2. mødegang

Nikotinafhængighed, abstinenser, nikotinsubstitution

Mødet indledes med en deltagerrunde, hvor deltagerne fortæller, om det er lykket at nedsætte tobaksforbruget. Nikotinafhængighed, abstinenser og nikotinsubstitution gennemgås. Resultatet af Fagerstrøms test anvendes med henblik på dosering af nikotinsubstitutionen. De forskellige nikotinpræparater præsenteres, og deltagerne får prøver med hjem. Mødet afsluttes med en kuliltemåling, og den endelige stopdato fastsættes.

3. mødegang

Højrisikosituationer, afspænding, afledningsteknik

Mødet indledes med en evaluering af rygestopet, og deltagerne opmuntres til at fastholde deres rygestop. De deltagere, der ikke er holdt op med at ryge, støttes i beslutningen om rygestop, og der fastsættes en ny stopdato. Højrisikosituationer, så som fester og efter måltider, gennemgås, og deltagerne præsenteres for afledningsteknikker og afspændingsøvelser. Helbredsfordelene understreges endnu engang, og nikotinsubstitutionen evalueres for hver enkelt deltager. Mødet afsluttes med en kuliltemåling.

4. mødegang

Helbredsfordele ved rygestop, vægtøgning

Helbredsfordele efter ca. 12 dages rygestop drøftes med deltagerne. Vægtøgning og ændret kostadfærd hos den enkelte diskuteres, og der planlægges eventuelt et møde med diætisten. Mødet afsluttes med en kuliltemåling og udlevering af yderligere nikotinsubstitution.

5. mødegang

Vedligeholdelse, evaluering

På sidste møde evalueres rygestopet, og teknikker til vedligeholdelse af rygestopet gennemgås. Deltagerne orienteres om nødvendigheden af nedtrapning af nikotinsubstitution, og mødet afsluttes med udlevering af diplomer⁵ og rygestopnåle.

8.4.4 Individuel støtte til rygestop

Patienter, der ikke ønsker at deltage på rygestophold, vil få tilbud om individuel støtte til rygestop ved sygeplejersken og vil gennemgå samme forløb som holddeltagerne, dog med reduceret tidsforbrug. Også efter det 6 ugers intensive forløb, i forbindelse med de planlagte lægekontroller, vil patienten blive spurgt om sine aktuelle rygevaner og få tilbud om en eventuel forebyggelsessamtale med sygeplejersken.

⁵ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes rygestopdiplomer.

REFERENCER

- (1) Schnohr P, Jensen JS, Scharling H, Nordestgaard BG. Coronary heart disease risk factors ranked by importance for the individual and community. A 21 year follow-up of 12 000 men and women from The Copenhagen City Heart Study. *Eur Heart J* 2002; 23(8):620-626.
- (2) Shaper AG, Pocock SJ, Walker M, Phillips AN, Whitehead TP, Macfarlane PW. Risk factors for ischaemic heart disease: the prospective phase of the British Regional Heart Study. *J Epidemiol Community Health* 1985; 39(3): 197-209.
- (3) Kawachi I, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Manson JE, Rosner B et al. Smoking cessation in relation to total mortality rates in women. A prospective cohort study. *Ann Intern Med* 1993; 119(10):992-1000.
- (4) Kirchhoff M, Schroll M, Hagerup L, Larsen S. Smoking habits and risk of coronary heart disease, especially risk associated with low daily tobacco consumption. *Ugeskrift for læger* 1993; 155(10): 718-721.
- (5) Hein HO, Suadicani P, Gyntelberg F. Ischaemic heart disease incidence by social class and form of smoking: the Copenhagen Male Study – 17 years' follow-up. *J Intern Med* 1992; 231(5):477-483.
- (6) Nyboe J, Jensen G, Appleyard M, Schnohr P. Smoking and the risk of first acute myocardial infarction. *Am Heart J* 1991; 122(2):438-447.
- (7) Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* 2000; 160(7):939-944.
- (8) Hjerteforeningen, DCS. Rehabilitering af hjertepatienter – retningslinjer. Hjerteforeningen, DCS, editors. Hjerteforeningen, 1997.
- (9) DCS. Akut koronart syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Hildebrandt P, Gøtzsche CO, editors. *Ugeskrift for læger. Klaringsrapport*. 2001;(3):1-28.
- (10) Arbejdsgruppe nedsat af SfR. Referenceprogram for behandling af patienter med akut koronart syndrom uden ledsagende ST-segmentelevation i ekg'et. København, Sekretariatet for Referenceprogrammer, SfR. 2002.
- (11) Beck-Nielsen H, Henriksen JE, Hermansen K, Madsen LD, Olivarius NF, Mandrup-Poulsen TR et al. Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom – diagnostik og behandling. 2000(6). *Ugeskrift for læger*.
- (12) The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA* 1996; 275(16):1270-1280.
- (13) Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients. Results of a randomized trial. *Arch Intern Med* 1997; 157(4):409-415.
- (14) Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995; 155(18):1933-1941.
- (15) Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2).
- (16) Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2).

- (17) Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MF, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2).
- (18) Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and by-pass surgery: randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 324(7329):87-89.
- (19) Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2).
- (20) Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000; 321(7257):355-358.
- (21) Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(3).
- (22) Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(4).
- (23) Mundt K, Fugleholm AM, Hedegaard AM, Jepsen JM. Rygeophør på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2001.



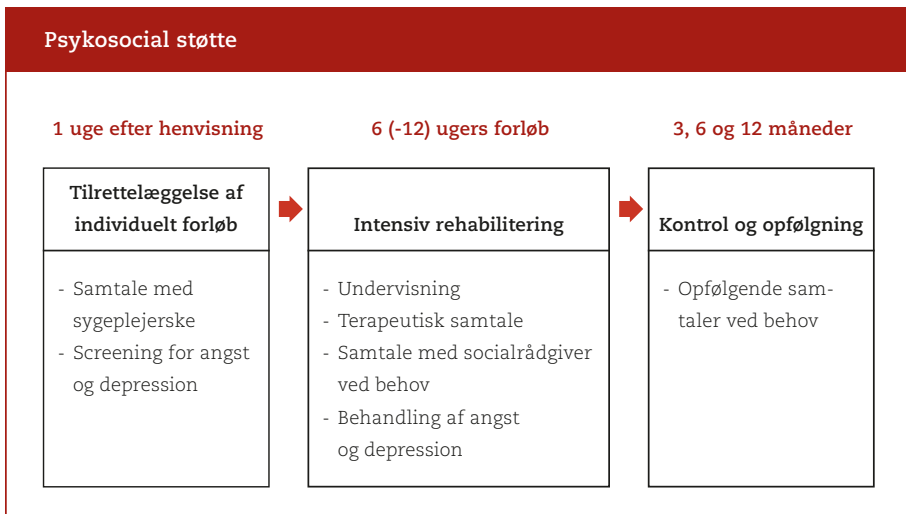
PSYKOSOCIAL STØTTE

Sygeplejerske Lone Brunse og Overlæge Morten Birket-Smith

INTRODUKTION

Psykosocial støtte i Hjerterehabiliteringen er ikke en afgrænset komponent i efterbehandlingen men indgår som en del af det samlede tilbud. Udover de strukturerede, individuelle samtaler spiller den psykosociale støtte en central rolle i de uformelle samtaler mellem patient og behandler og patienterne imellem, for eksempel i den fysiske træning, hvor det sociale samspil er essentielt. God symptombehandling kan ligeledes betragtes som en del af den psykosociale støtte, da god symptombehandling er vigtig i behandlingen af depression og angst udviklet i forbindelse med hjertesygdom.

9.1



Dette kapitel beskriver den strukturerede psykosociale intervention i Hjerterehabiliteringen, som omfatter terapeutisk samtale, gruppeintervention, behandling af angst og depression, døgnåben telefon samt social støtte. I kapitlet vil der være konkrete handlingsforslag til, hvordan den psykosociale støtte kan gribes an i praksis.

9.2 DOKUMENTATION

Angst og depression

Mens det er indlysende, at man som patient med blodprop i hjertet kan komme i krise, er det mindre kendt, at hjertesygdom øger risikoen for depression og angstlidelser, og at disse lidelser ubehandlet kan komplicere forløbet og give fornyede hjerteproblemer og død.

Depression ses hos 11%-25% af patienter med iskæmisk hjertesygdom, hvilket er væsentligt hyppigere end i befolkningen og omkring dobbelt så hyppigt som i almen praksis. Derudover udvikler op mod 30% en lettere depression, mens angstlidelser ses blandt 9% af ambulante hjertepatienter og hos 10%-50% ved akut koronarsyndrom (1-6). Enkelte nyere epidemiologiske undersøgelser tyder endda på, at psykiske faktorer kan være en disponerende faktor til udvikling af iskæmisk hjertesygdom (7-10), og undersøgelser har vist, at depression og angst underdiagnosticeres ved hjertesygdom (11-13).

Depression og angst komplicerer forløbet af hjertesygdom. Det er vist, at udvikler man depression, vil det ikke alene påvirke patientens subjektive helbred men også give ringere behandlingsresultat samt i nogle tilfælde en ringere overlevelse. Ubehandlet depression hos iskæmisk hjertesygge patienter øger morbiditeten og mortaliteten 3-4 gange sammenlignet med ikke-depressive (2); tilsvarende er det vist, at by-pass opererede patienter med moderat til svær depression har en øget mortalitet (14).

Undersøgelser tyder på, at fysisk træning har effekt som tillæg til den medikamentelle behandling af milde og moderat svære depressioner. Det anbefales, at træning ikke står alene men benyttes som et addendum til den medicinske behandling (15;16). I den psykosociale støtte indgår viden om, hvordan man mestrer sin sygdom som et vigtigt delelement, men viden kan ikke stå alene (17).

Behandling af angst og depression hos patienter med iskæmisk hjertesygdom tåles godt, har effekt på depression og synes at give et forløb med færre komplikationer (18-21). En stor undersøgelse med deltagelse af 2.481 blodpropssramte viser, at behandlingen ikke har effekt på overlevelsen (22).

Socialt netværk

Studier har vist, at mennesker, som lever alene og mangler socialt netværk, har højere risiko for iskæmisk hjertesygdom og død (23-26). Det er desuden vist, at social iso-

lation er associeret med nedsat overlevelse og helbredelse for patienter med hjerte- og karsygdom (27-29). Det er endnu ikke vist, at intervention over for socialt isolerede hjertepatienter kan forbedre helbredelsen og overlevelsen. Imidlertid er det vist, at intervention over for socialt isolerede hjertepatienter (30;31) øger livskvaliteten og det psykiske velbefindende (32). Det er endvidere vist, at depression kan forstærke social isolation (33).

Arbejdsfastholdelse

Mellem hver fjerde og femte patient med blodprop i hjertet er erhvervsaktive på indlæggelsestidspunktet, og disse patienter er ofte bekymrede for, om de kan genoptage deres arbejde. En dansk undersøgelse om erhvervsprognose efter blodprop i hjertet viste, at den kortsigtede erhvervsprognose var god; omtrent 90% af patienterne havde genoptaget arbejdet inden for de første 6 måneder (34). Resultaterne tyder på, at patienternes alder, uddannelse, socioøkonomiske forhold, psykosociale trivsel og egen tro på at kunne vende tilbage til arbejdet har større betydning for arbejdsfastholdelsen end patienternes fysiske funktionsniveau (34-36). Arbejdsfastholdelse indgår som et vigtigt mål inden for hjerterehabilitering (37). Det er imidlertid fortsat usikkert, hvor stor effekt indsatsen har, da området er sparsomt belyst (34;35).

Anbefalinger

Der er inden for hjerterehabilitering konsensus om, at psykosocial støtte skal indgå som en komponent i den samlede efterbehandling af hjertepatienter (37-39).

FORMÅL

Formålet med den psykosociale støtte i Hjerterehabiliteringen er dels at vejlede patienten i at mestre sin sygdom og sygdomsreaktioner og identificere og behandle psykiske lidelser som depression og angst, dels at styrke patientens sociale færdigheder og vejlede patienten i sociale forhold, herunder støtte patienten i arbejdsfastholdelse.

9.3

ARBEJDSMETODE

9.4

Den terapeutiske samtale

9.4.1

Når man rammes af en livstruende sygdom, er det almindeligt, at man hensættes i en krisetilstand, og næsten alle patienter, som rammes af hjertesygdom, vil på et eller andet tidspunkt i forløbet komme i krise. Krisen kan udløses ved en kombination af flere faktorer. Udover at patienten har smerter og nedsat fysisk funktionsevne, skal han affinde sig med en ny rolle, personligt såvel som arbejdsmæssigt, og han vil som regel være plaget af frygt for, at en lignende situation skal opstå.

Kriseforløbet kan inddeles i 4 faser: chokfasen, reaktionsfasen, bearbejdningsfasen og nyorienteringsfasen (40-42). Kriseforløbet afhænger af patientens fysiske, psykiske og

sociale ressourcer, således er to kriseforløb sjældent ens og følger ikke et fast mønster men skifter mellem forskellige faser.

Sygeplejersken er i hjerterehabiliteringsforløbet særligt opmærksom på patientens psykosociale trivsel. Ved den individuelle samtale spørger sygeplejersken patienten, hvordan han oplever sig selv i rollen som patient, hvordan han lever med sygdommen i hverdagen, og hvordan sygdommen har påvirket hans forhold til omgivelserne. Hermed får patienten mulighed for at sætte ord på forløbet, og sygeplejersken får lejlighed til at vurdere, om patienten er i krise. Vurderingen sker på baggrund af sygeplejerskens faglige viden om krisefaser, deres indhold og varighed.

Patientens pårørende bliver også berørt af situationen, og man kan opleve, at de pårørende reagerer mere voldsomt end patienten selv. Flere patienter beretter, at de pårørende er unødigt bekymrede i dagligdagen og er utrygge, når patienten skal udføre almindelige gøremål, han tidligere har udført uden problemer. De pårørende får derfor tilbud om at deltage i undervisningen og ved de individuelle samtaler. Patienten bør dog få mulighed for at affinde sig med sin nye rolle, før de pårørende inddrages. Inddragelse af pårørende skal tilpasses den enkelte patients situation.

I det følgende beskrives en række teknikker, som kan anvendes i samtalen med patienten (43):

Lad patienten beskrive situationen: Den terapeutiske samtale tager udgangspunkt i at lade patienten beskrive sygdoms- og behandlingsforløbet. Dermed sikres det, at sygeplejersken får et nuanceret billede af, hvordan patienten oplever sin situation. Er man som behandler for eksempel i tvivl om, hvorvidt patientens hjertebanken skyldes en rytmeforstyrrelse eller angst, kan man gennem denne beskrivelse spore sig ind på problemets karakter. Sygeplejersken får endvidere klarlagt, om patienten har forstået sammenhængen mellem sygdommen og de behandlingstiltag, der er iværksat af både medikamentel og non-medikamentel art.

De fleste patienter har brug for at tale om de samme ting mange gange som led i bearbejdelsen af situationen. Mangel på viden og usikkerhed om, hvad der er sket, kan afføde angst. Man bør derfor nøje afveje mængden af informationer i forhold til patientens ressourcer.

Gentag de sidste ord patienten siger: Hvis patienten er uvant med at sætte ord på sine følelser eller virker hæmmet, kan man anspore patienten til at fortsætte sin beretning ved at gentage de sidste ord, han har sagt. Dermed får patienten oplevelsen af, at man finder det, han siger, væsentligt. For at sikre at patienten husker hovedindholdet i samtalen, kan man afslutte med en opsummering af hovedemnerne, som efterfølgende indskrives i fællesjournalen.

Tillad pauser: Som behandler fristes man til at udfylde pauserne i samtalen med konklusioner eller nye spørgsmål, hvilket kan få patienten til at føle, at han ikke får lov til

at tale ud, eller at behandleren ikke lytter til, hvad han siger. Indgår pauser som en naturlig del af samtalen, vil det afsætte nye associationer og tanker hos patienten, som vil slappe af og åbne mere op. Mange af patienterne har svært ved at slippe forsvarsmekanismerne af frygt for at bryde sammen; de forsøger at dæmpe vreden, fortvivlelsen, skyldfølelsen og usikkerheden. Patientens forsvarsmekanismer kan have karakter af såvel overdrivelse som underdrivelse af sygdommen. Ved at vise patienten at man har god tid og lytter til, hvad han føler og tænker, hjælper man ham til at give slip på forsvaret og se sin situation i det rette perspektiv.

Besvar ikke nødvendigvis spørgsmål undervejs: Den angste patient stiller som regel mange spørgsmål, idet han søger beroligelse for, at hans symptomer ikke er livstruende. Patienten, som fortæller, at han vågner om natten med hjertebanken, vil afvente svar fra behandleren i håb om, at der er en fysisk forklaring. Hvis man har en mistanke om, at problemet er af psykisk karakter, bør man være varsom med at besvare patientens spørgsmål, da man risikerer, at svarene bremser patienten i selv at nå frem til en erkendelse af problemet. Spørger man patienten om hans bud på en forklaring, vil han ofte fortælle, at han spekulerer en del over sin sygdom om natten. Når patienten selv frem til en erkendelse af, at symptomerne er af psykisk art, hjælper det ham til at bearbejde situationen. Er patienten hjælpeløs og fortvivlet, kan man have en tendens til at give gode råd, men den bedste hjælp kan være at undlade at give råd. Patienten, som er i chok, kan have brug for, at behandleren tager over, men senere i forløbet kan man roligt overlade mere ansvar til patienten.

Gruppeintervention

9.4.2

I Hjerterehabiteringen lægges der vægt på det sociale samspil mellem patienterne, og mange af komponenterne gennemføres som gruppeintervention, eksempelvis rygestop, fysisk træning og patientundervisning.

Når en gruppe, som står i samme livssituation, deler erfaringer med hinanden, afdækkes og afprivatiseres deres problemer, og de begynder at forstå egne og andres problemer i en større sammenhæng. I en sådan gruppedynamisk proces bruger holddeltagerne hinandens erfaringer, og tilliden mellem patienter, der har været igennem det samme forløb, er ofte større end mellem behandler og patient. Den gruppedynamiske proces sætter det sociale samspil og de menneskelige ressourcer i centrum. Behandleren har ansvaret for at udnytte gruppens samlede ressourcer, så den enkelte får størst mulig støtte og indsigt. Der vil ofte dukke tunge emner op som angst for døden og angst for livet. I Hjerterehabiteringen lægges der vægt på, at behandlerne ikke overskrider deres kompetencer og således ikke udøver gruppeterapi (44).

Døgnåben telefon

9.4.3

I Hjerterehabiteringen tilbydes patienterne telefonrådgivning døgnet rundt. I åbningstiden bliver telefonen besvaret af sekretæren, som sammen med patienten vurderer, hvilken fagperson patienten vil have gavn af at tale med. Uden for åbningstid

bliver telefonen besvaret af personalet i hjerteafdelingens sengeafsnit. Her kan patienterne få svar på spørgsmål af mere akut karakter. Alle henvendelser registreres og returneres til Hjerterehabiliteringen, hvor personalet følger op på henvendelsen ¹.

I praksis bliver telefonlinjen kun brugt i lille udstrækning og kræver derfor kun få ressourcer; men patienterne giver udtryk for øget tryk ved, at de døgnet rundt kan komme i kontakt med hjerteafdelingen.

9.4.4 Behandling af angst og depression

Forudsætningen for relevant behandling af angsttilstande er identifikation og et vist kendskab til inddeling og diagnostiske kriterier. Antallet af mulige diagnoser med tilhørende diagnostiske kriterier er så stort, at det ikke er muligt at kende og benytte dem alle i klinisk sammenhæng. I de fleste sammenhænge vil det være tilstrækkeligt at kende de tre sværhedsgrader af depression samt et mindre antal angstdiagnoser, for eksempel panikangst, generaliseret angst, fobisk angst og hypokondri (sygdoms-angst).

Screening for angst og depression: Sygeplejersken i Hjerterehabiliteringen screener den enkelte patient for angst og depression. Til dette formål benyttes et anerkendt screeningskema ² (45;46). Svarer patienten ja til blot ét af spørgsmålene i den ene eller den anden kategori, kan det være tegn på, at patienten er depressiv, og patienten henvises til psykiatrisk vurdering. Patienten orienteres om, at han som hjertepatient er særligt udsat for at udvikle depression og angst, og at risikoen for forværring af hjertesygdommen stiger ved ubehandlet depression eller angstlidelse. Ønsker patienten ikke at tale med en psykiater, skal dette naturligvis respekteres.

Det kan i det enkelte tilfælde være vanskeligt at fastslå, hvad der er årsagen til udvikling af angst og depression hos en patient. Det kan være faktorer ved den somatiske sygdom eller behandlingen af den, en særlig psykisk sårbarhed, tidligere depression eller angstlidelse. Der vil således ofte være flere ætiologiske faktorer involveret ved depression og angst i forbindelse med hjertesygdom.

Patienter med lettere depression behandles i Hjerterehabiliteringen efter nedenstående principper, mens svære tilfælde visiteres til et behandlingsforløb i psykiatrisk regi.

Ved depression og angst fokuseres primært på behandling af den grundlæggende somatiske sygdom. Bedres patientens somatiske tilstand, vil depressionen kunne svinde spontant.

¹ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes registreringsskema ved akut henvendelse.

² På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes standard-screeningskemaet *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*.

Formodes depression og angst at være udløst eller forværret af medikamentel behandling, skiftes til anden, ikke depressionsfremmende behandling, hvis det er muligt.

Behandling af depression og angst ved hjertesygdom følger de samme principper som behandling af enhver anden depression og angsttilstand (47). Der vælges antidepressiva med ringe risiko for interaktion med den somatiske behandling. På grund af risiko for kardielle komplikationer anvendes de ældre tricykliske antidepressiva ikke (48).

Den sociale støtte

9.4.5

I Hjerterehabiteringen lægges der vægt på at klarlægge patientens behov for social støtte ved den individuelle samtale med sygeplejersken. Socialrådgiveren fra hospitalets hjerteafdeling deltager i den ugentlige tværfaglige konference³, hvor patientens eventuelle sociale problemer fremlægges. Socialrådgiveren rådgiver teamet om, hvilke sociale hjælpeforanstaltninger man kan tilbyde patienten, og det vurderes, om socialrådgiveren kan bidrage yderligere med individuel samtale og opfølgning.

Socialt netværk

I forbindelse med patientundervisningen i Hjerterehabiteringen informeres om betydningen af et socialt netværk. Patienten informeres af sygeplejersken eller socialrådgiveren om konkrete aktiviteter i lokalområdet, hvor der er mulighed for at vedligeholde igangsatte livsstilsændringer, møde ligestillede, tale sit forløb igennem og opdyrke et personligt netværk. Der lægges vægt på at tilpasse informationerne individuelt med hensyntagen til patientens ressourcer, ønsker og behov.

Aktiviteter i lokalområdet: Sygeplejersken og socialrådgiveren i Hjerterehabiteringen har besløgt udvalgte aktivitetssteder i lokalområdet og udarbejdet en aktivitetsmappe, som indeholder tekst- og billedmateriale om motionscentre, medborgerhuse og dagcentre. Materialet i mappen giver svar på brugerflade, pris, venteliste og hjertevenlige tilbud det enkelte sted⁴. Aktivitetsmappen har plads i venteværelset, så både patienter og pårørende kan holde sig ajour med aktiviteter i lokalområdet. Sygeplejersken og socialrådgiveren er ansvarlige for ajourføring af mappen.

Økonomi

Det kan være en økonomisk belastning at blive patient på grund af udgifter til medicin og eventuel lønnedgang i tilfælde af ændret jobsituation. Hvis økonomien bliver forringet, kan det være svært at bevare optimismen som hjertepatient, ikke mindst hvis man i forvejen har haft et kompliceret forløb. Patienterne i Hjerterehabiteringen informeres om, at sociallovgivningen rummer muligheder for at afhjælpe eventuelle økonomiske konsekvenser af hjertesygdommen⁵, og patienterne kan i enkelte tilfæl-

³ Se kapitel 4.

⁴ På www.Hjerterehabiteringen.dk findes uddrag fra Aktivitetsmappen.

⁵ På www.Hjerterehabiteringen.dk findes regler for tilskudsordning til medicin.

de få tilbud om en individuel samtale med socialrådgiveren. Socialrådgiveren vejleder patienterne i diverse støtteforanstaltninger, herunder forsikringsforhold, for eksempel udbetaling af engangssum ved kritisk sygdom.

Arbejdsfastholdelse

I Hjerterehabiliteringen støttes den erhvervsaktive patient til arbejdsfastholdelse enten på fuld tid, eventuelt med støtteforanstaltninger, eller på nedsat tid. Socialrådgiveren kan tilbyde at deltage i virksomhedsbesøg med patienten eller tage kontakt til patientens sagsbehandler i kommunen og for eksempel foreslå arbejdsfastholdelse på arbejdspladsen, flexjob, revalidering eller delpension. Støtte og opmuntring til arbejdsfastholdelse opnås gennem samtaler med socialrådgiveren og indirekte gennem det integrerede hjerterehabiliteringsprogram.

REFERENCER

- (1) Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med* 1996; 58(2):99-110.
- (2) Ladwig KH, Kieser M, Konig J, Breithardt G, Borggrefe M. Affective disorders and survival after acute myocardial infarction. Results from the post-infarction late potential study. *Eur Heart J* 1991; 12(9):959-964.
- (3) Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993; 270(15):1819-1825.
- (4) Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91(4):999-1005.
- (5) Koenig HG. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20(1):29-43.
- (6) Carney RM, Rich MW, Tevelde A, Saini J, Clark K, Jaffe AS. Major depressive disorder in coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1987; 60(16):1273-1275.
- (7) Eplov LF, Jørgensen T, Birket -Smith M, Segal S, Johansen C, Mortensen EL. Psychic vulnerability as a riskfactor for ischaemic heart disease. Poster at the European psychosomatic congress 2002. 2002.
- (8) Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation* 1996; 93(11):1976-1980.
- (9) Aromaa A, Raitasalo R, Reunanen A, Impivaara O, Heliövaara M, Knekt P et al. Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 377:77-82.
- (10) Kubzansky LD, Kawachi I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *J Psychosom Res* 2000; 48(4-5):323-337.
- (11) Perez-Stable EJ, Miranda J, Munoz RF, Ying YW. Depression in medical outpatients. Underrecognition and misdiagnosis. *Arch Intern Med* 1990; 150(5):1083-1088.
- (12) Freedland KE, Lustman PJ, Carney RM, Hong BA. Underdiagnosis of depression in patients with coronary artery disease: the role of nonspecific symptoms. *Int J Psychiatry Med* 1992; 22(3):221-229.
- (13) Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA* 1997; 277(4):333-340.
- (14) Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, White W, Smith PK, Mark DB et al. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery by-pass surgery. *Lancet* 2003; 362(9384):604-609.
- (15) Klarlund Pedersen B, Saltin B. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.
- (16) Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2001; 322(7289):763-767.

- (17) Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999; 18(5):506-519.
- (18) Shapiro PA, Lesperance F, Frasere-Smith N, O'Connor CM, Baker B, Jiang JW et al. An open-label preliminary trial of sertraline for treatment of major depression after acute myocardial infarction (the SADHAT Trial). *Sertraline Anti-Depressant Heart Attack Trial. Am Heart J* 1999; 137(6): 1100-1106.
- (19) Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, Swedberg K, Schwartz P, Bigger JT, Jr. et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA* 2002; 288(6):701-709.
- (20) Strik JJ, Honig A, Lousberg R, Lousberg AH CE, Tuynman-Qua HG, Kuipers PM et al. Efficacy and safety of fluoxetine in the treatment of patients with major depression after first myocardial infarction: findings from a double-blind placebo-controlled trial. *Psychosomatic Med* 2000; 62: 783-789.
- (21) McFarlane A, Kamath MV, Fallen EL, Malcolm V, Cherian F, Norman G. Effect of sertraline on the recovery rate of cardiac autonomic function in depressed patients after acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2001; 142(4):617-623.
- (22) Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *JAMA* 2003; 289(23):3106-3116.
- (23) Case RB, Moss AJ, Case N, McDermott M, Eberly S. Living alone after myocardial infarction. Impact on prognosis. *JAMA* 1992; 267(4):515-519.
- (24) Ell K, Dunkel-Schetter C. Social support and adjustment to myocardial infarction, angioplasty, and coronary artery by-pass surgery. *Plenum* 1994;301-331.
- (25) Gorkin L, Schron EB, Brooks MM, Wiklund I, Kellen J, Verter J et al. Psychosocial predictors of mortality in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial-1 (CAST-1). *Am J Cardiol* 1993; 71(4):263-267.
- (26) Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary BS. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1984; 311(9):552-559.
- (27) Ahern DK, Gorkin L, Anderson JL, Tierney C, Hallstrom A, Ewart C et al. Biobehavioral variables and mortality or cardiac arrest in the Cardiac Arrhythmia Pilot Study (CAPS). *Am J Cardiol* 1990; 66(1):59-62.
- (28) Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med* 1992; 117(12): 1003-1009.
- (29) Williams RB, Barefoot JC, Califf RM, Haney TL, Saunders WB, Pryor DB et al. Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *JAMA* 1992; 267(4):520-524.
- (30) Dracup K. Cardiac rehabilitation: The role of social support in recovery and compliance. *Plenum* 1994;333-353.
- (31) Hill DR, Kelleher K, Shumaker SA. Psychosocial interventions in adult patients with coronary heart disease and cancer. A literature review. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14(6 Suppl):28S-42S.
- (32) Ott CR, Sivarajan ES, Newton KM, Almes MJ, Bruce RA, Bergner M et al. A controlled randomized study of early cardiac rehabilitation: the Sickness Impact Profile as an assessment tool. *Heart Lung* 1983; 12(2):162-170.

- (33) Rogers Pitula C, Burg M, Sivarajan Froelicher E. Psychosocial Risk Factors: Assessment and Intervention for Social Isolation. In: Wenger N, Smith L, Sivarajan Froelicher E, McCall Comoss P, editors. *Cardiac Rehabilitation. A Guide to Practice in the 21st Century*. New York, Basel: Marcell Dekker, Inc., 1999: 279-285.
- (34) Nielsen FE. *Ervervsprognosen efter akut myokardieinfarkt*. Eget forlag, 2001.
- (35) Shea Pravikoff D. Return to Work: Factors and Issues of Vocational Counseling. In: Wenger N, Smith L, Sivarajan Froelicher E, McCall Comoss P, editors. *Cardiac Rehabilitation. A Guide to Practice in the 21st Century*. New York, Basel: Marcell Dekker, Inc., 1999: 295-302.
- (36) Söderman E, Lisspers J, Sundin Ö. Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease. *Social Science And Medicine* 2003; 56:193-202.
- (37) Hjerteforeningen, DCS. *Rehabilitering af hjertepatienter – retningslinjer*. Hjerteforeningen, DCS, editors. Hjerteforeningen, 1997.
- (38) DCS. Akut koronart syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Hildebrandt P, Gøtzsche CO, editors. *Ugeskrift for læger. Klaringsrapport*. 2001;(3):1-28.
- (39) Arbejdsgruppe nedsat af Sfr. Referenceprogram for behandling af patienter med akut koronart syndrom uden ledsagende ST-segmentelevation i ekg'et. København, Sekretariatet for Referenceprogrammer, Sfr. 2002.
- (40) Cullberg J. *Krise og udvikling*. Hans Reitzels forlag, 1981.
- (41) Wasserman D. *Depression – en almindelig sygdom*. Hans Reitzels Forlag, 2000.
- (42) Cullberg J. *Dynamisk psykiatri*. Hans Reitzels Forlag, 1989.
- (43) Bendix T. *Din nervøse patient*. 3 ed. Lægeforeningens forlag, 1991.
- (44) Kamper – Jørgensen L, Gry Poulsen J. *Forrebyggelse gennem gruppeaktiviteter. Forebyggende Sundhedsarbejde*. København: Munksgaard Danmark, 2003.
- (45) Yonkers KA, Samson J. Mood disorder measures. American Psychiatric Association. *Handbook of psychiatric measures*. Washington: APA, 2000.
- (46) Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6):361-370.
- (47) Levinson JL, Dwight M. *Cardiology. Psychiatric care of the medical patient*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- (48) Glassman AH, Roose SP, Bigger JT, Jr. The safety of tricyclic antidepressants in cardiac patients. Risk-benefit reconsidered. *JAMA* 1993; 269(20):2673-2675.



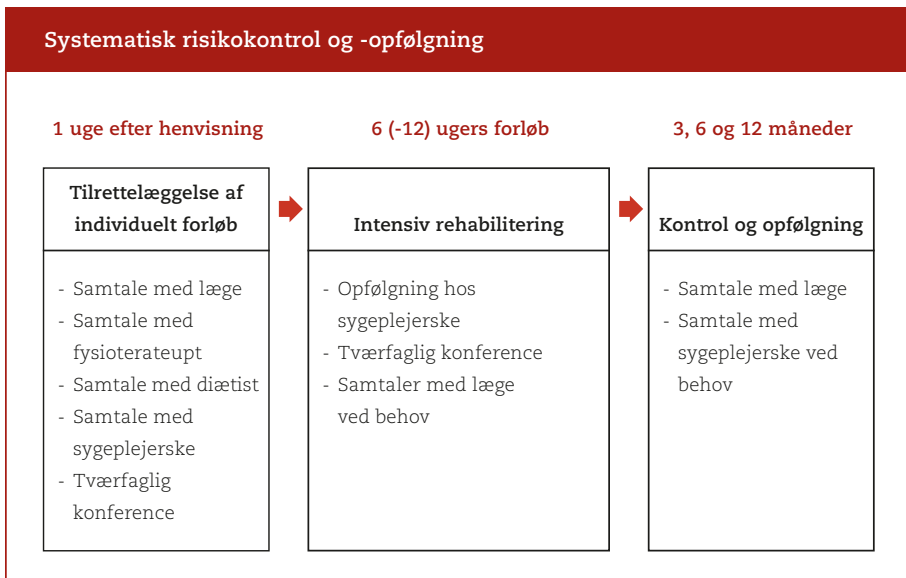
SYSTEMATISK RISIKOFAKTORKONTROL OG -OPFØLGNING

Læge Anne Merete Boas Soja og Læge Marianne Frederiksen

INTRODUKTION

Systematisk risikofaktorkontrol og -opfølgning indgår som en af de 7 komponenter i Hjerterehabiliteringen. I dette kapitel beskrives formålet med de planlagte opfølgende samtaler, og hvorledes disse gennemføres.

10.1



DOKUMENTATION

Der foreligger i dag solid dokumentation for, at risikoen for hjerte- og karsygdom kan reduceres ved behandling af modificerbare risikofaktorer hos hjertesygge og personer

10.2

i høj risiko for hjerte- og karsygdom. Den foreliggende dokumentation er systematisk gennemgået i de nationale retningslinjer for medikamentel og non-medikamentel profylaktisk behandling til patienter med iskæmisk hjertesygdom, diabetes mellitus type 2 (T2DM) og højriskpatienter (1-6).

10.3 FORMÅL

Formålet med den systematiske risikofaktorkontrol og -opfølgning er at sikre, at de fastsatte behandlingsmål opnås med henblik på at forbedre patientens livskvalitet, og reducere den samlede sygelighed og dødelighed på længere sigt.

10.4 ARBEJDSMETODE

Risikofaktorreduktion og patientopfølgning betragtes i Hjerterehabiliteringen overordnet som en tværfagligt koordineret opgave. Opfølgningen i Hjerterehabiliteringen er tilrettelagt som lægesamtaler, da lægen har en central placering som ansvarlig for den medicinske behandling. Samtaler gennemføres ud fra samme principper som de indledende samtaler, hvor nøgleordene er forberedelse, patientcentreret kommunikation, kontinuitet, dokumentation og kvalitetssikring som beskrevet i kapitel 4.

10.4.1 Opfølgende samtale hos lægen

Efter det 6 (-12) ugers intensive hjerterehabiliteringsforløb indkaldes alle patienter til en 30 minutters samtale efter 3 og 6 måneder. Forud for samtalen har patienten været til blodprøvetagning¹. Lægen kender patienten fra den individuelle samtale og fra de uformelle møder i Hjerterehabiliteringen og opdateres i forhold til rehabiliteringsforløbet ved at gennemgå journalen og blodprøvesvar inden samtalen. Samtalen gennemføres ud fra en fast interviewguide².

Særlige forhold gør sig gældende for PTCA-patienter, CABG-opererede og patienter med ICD-implantationer med hensyn til patientinformation, fysisk aktivitet, psykologiske faktorer, regler vedrørende kørekort og forhold vedrørende medikamentel behandling. Der er udarbejdet særskilte handleplaner for håndtering af disse patientgrupper³.

Kardielle symptomer

Samtalen indledes med at høre patienten, hvordan det er gået siden sidst. Eventuelle

¹ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes oversigt over rutineblodprøver.

² På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes interviewguide for opfølgende samtale.

³ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes de detaljerede handleplaner for de nævnte patientgrupper.

nye symptomer eller tilbagevenden af tidligere kardielle symptomer gennemgås. Der tages stilling til, om den symptomatiske behandling er optimal, og om der er behov for nærmere udredning eller henvisning til invasiv undersøgelse og behandling efter gældende retningslinjer⁴.

Psykosocial trivsel

Patienten er kommet mere på afstand af den akutte sygdom og er begyndt på sit nye liv. Der spørges til patientens sociale liv, og samtalen kommer ind på emner som sex, samliv, børn, venner og jobfunktion. Det vurderes, om patienter, som var i krise, har gennemlevet krisens faser, eller om patienten eventuelt har udviklet depressive træk. Ved tilstedeværende depression eller mistanke herom henvises patienten til psykiater til nærmere udredning.

Alkohol

Patienten med alkoholproblemer har som oftest en dårligere compliance, såvel adfærdsmæssigt som medicinsk. Ved mistanke om alkoholproblemer tages dette op med patienten, og patienten oplyses om muligheden for henvisning til alkoholambulatoriet.

Medicingennemgang

Medicinen gennemgås systematisk ved hvert lægebesøg, og der lægges vægt på, om patienten tager sin medicin som anvist og eventuelle bivirkninger. Eventuel usikkerhed omkring medicinen tages op, og patientens medicinskema og journalmedicinskemaet opdateres. Skønnes det, at patienten har brug for en nærmere gennemgang af medicinen, aftales tid med sygeplejersken.

Symptomatisk medikamentel behandling: Det sikres, at patienten er optimalt symptomatisk behandlet, og at patienten eventuelt trappes ud af præparater, der ikke længere er behov for, eksempelvis vanddrivende medicin. De gældende retningslinjer for symptomatisk medikamentel behandling og optitrering følges (1-3;7).

Profylaktisk medicinsk behandling: Ved hvert besøg sikres det, at patienten får og fortsat tager den profylaktiske medicin. Ved eventuelle bivirkninger tages der stilling til, om der skal holdes pause med behandlingen, og hvornår denne eventuelt skal genoptages, eller om der skal skiftes til et andet præparat. Følgende præparater gennemgås og ordineres afhængig af diagnose og co-morbiditet. Ordinerings- og doseringsfølger de gældende danske retningslinjer for sekundær profylaktisk behandling (1-3;5-7), som er operationaliseret i afdelingens lokale instruks⁵.

⁴ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes retningslinjer for henvisning til invasiv udredning og behandling.

⁵ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes afdelingens instruks for medicinsk behandling

Behandlingsmål i Hjerterehabiliteringen

Sekundær profylaktisk behandling	CHF (7;8)	IHD (1;2;5;9)	T2DM (3;10-12)	Højrisiko (5;6)
Trombocythæmning (13) Acetylsalicylsyre 75 ³ mg. Plavix 75 mg.	+ evt. ^{1,2}	+ evt. ^{1,2}	+	+ evt. ²
Beta-blokade	+	+	+	evt.
Verapamil		evt. alternativ til beta-blokker		
ACE-hæmmer	+	evt.	+	evt.
AT-II	evt.	evt.	+	evt.
Spironolakton	+			
Statiner (5;14)	+	+	+	evt.
AK-behandling ved atrieflimmer/klapoperasjon (13)	evt.	evt.	evt.	evt.

CHF = Kronisk hjertesvigt

IHD = Iskæmisk hjertesygdom

T2DM = Diabetes mellitus type 2

¹ 12 måneders tillægsbehandling til acetylsalicylsyre efter PCI .

² Ved allergi eller intolerance over for acetylsalicylsyre.

³ 150 mg. acetylsalicylsyre til patienter med tidligere blodprop i hjernen.

Systematisk risikofaktorkontrol

Den systematiske risikofaktorkontrol indebærer en sanering og kontrol af flest mulige risikofaktorer samtidigt eller konsekutivt alt efter patientens motivation og ressourcer. Som beskrevet i kapitel 4 er det lægen, der ved den første samtale skaber overblikket over patientens risikofaktorer. Lægen vurderer samtidig behovet for videreudredning og opfølgning samt ordinering af undersøgelser. Samtlige risikofaktorer anføres i fællesjournalen og i patientens behandlingsplan. Behandlingsmålene anføres ligeledes, så både lægen og patienten ved hvert besøg kan kontrollere effekten af indsatsen. Behandlingsmålene tager udgangspunkt i de gældende retningslinjer og fastlægges ud fra patientens motivation, ressourcer, diagnose og samlede risiko, som beskrevet i kapitel 4.

Blodtryk: Alle patienter får ved den første samtale hos lægen målt blodtryk på begge overarme i siddende stilling og efter at have hvilet sig i rolige omgivelser i minimum 10 minutter (6). Det sikres, at manchetten har den rette størrelse. Målingerne foretages fremover på den arm, hvor der findes det højeste tryk. Hvis der er mistanke om arteriel hypertension, "white coat hypertension", eller hvis der i anamnesen har været

mistanke om en dysregulering, foretages en døgnblodtryksmåling. Ved optitrering af eller tillæg af ny antihypertensiv medicin aftales blodtrykskontrol efter minimum 14 dage, afhængigt af tilstedeværelsen af flere, konkurrerende lidelser.

Kontrol af blodtryk varetages af sygeplejersken, som optitrerer patienten ud fra en detaljeret behandlingsplan formuleret af lægen. Hvis der er tale om lettere arteriel hypertension, og man antager, at saltrestriktion, væggtab og motion ikke kan inducere et tilstrækkeligt væggtab, påbegyndes medikamentel behandling ifølge de gældende retningslinjer (6). Med henblik på at øge medicincompliance behandles med maximal dosis af et præparat såfremt dette tåles, før der tillægges et nyt.

Kolesterol- og lipidtal: Alle patienter med iskæmisk hjertesygdom og påvist arteriosklerose sættes i behandling med statin uanset kolesterolniveau (5). Blandt højrisikopatienter er det en lægelig afvejning, om patienterne opfylder kriterierne for at opstarte statinbehandling uafhængigt af kolesterolniveauet (14).

Med henblik på at kontrollere om de fastlagte mål er opnået, kontrolleres kolesterol og lipider ved 3 og 6 måneders lægebesøgene. Svarene sammenlignes med udgangsværdierne og de fastlagte behandlingsmål. Er de fastlagte behandlingsmål ikke opnået, sikres det, at patienter i medicinsk behandling tager medicinen, og statin-dosis øges, eller der gives et tillæg af fibrat- eller nikotinsyrepræparat, afhængigt af graden og arten af hyperkolesterolemie og -triglyceridæmi. Patienter, som endnu ikke får statiner, opstartes heri.

Hyperglykæmi: Stram blodsukkerkontrol er vist at have betydning for komplikationsraten og overlevelsen blandt patienter med T2DM (3). I kapitel 11 beskrives det, hvorledes blodsukkerkontrollen håndteres i Hjerterehabiteringen.

Mikroalbuminuri: Fundet af mikroalbuminuri er tegn på begyndende påvirkning af nyrerne og findes hos ca. 20-30% af alle patienter med T2DM og hos ca. 10-15% af den ældre population uden kendt T2DM (15). Tilstedeværelsen af mikroalbuminuri forøger risikoen for hjerte- og karsygdom med 2-4 gange hos patienter med og uden T2DM. Hos patienter med T2DM er det magtpåliggende at intensivere den antihypertensive behandling og opstarte en nyrebeskyttende behandling, da tilstanden ellers progredierer til nefropati med 5-10% pr. år. I Hjerterehabiteringen anvendes morgen-spoturin som screeningsmetode. Hvis 2 ud af 3 konsekutive prøver taget over nogle måneder viser et albumin-kreatin-ratio $> 2,5$ mg/mmol, har patienten mikroalbuminuri. Til kvantitering af eventuel proteinurin foretages en døgnurinopsamling.

Ryning: Lægen informerer patienten om, at mangeårig rygning har stor betydning for udviklingen af hjerte- og karsygdom. Lægen tilskynder ex-rygerne til fortsat rygestop og præciserer over for rygerne, at et rygestop aldrig er for sent, selv om de nu er kommet lidt på afstand af den akutte sygdom. Det er vigtigt at understrege over for rygerne, at det er almindeligt med en lettere vægtstigning ved rygestop, men at dette kan begrænses eller helt undgås ved fysisk aktivitet. En del af patienterne vil være begyndt

at ryge igen ved 3 og 6 måneders kontrollerne, og disse motiveres til at genoptage rygestopet og henvises til en samtale hos sygeplejersken/rygestopinstruktøren.

Fysisk aktivitet: Lægen informerer patienten om betydningen af fysisk inaktivitet og udviklingen af hjerte- og karsygdom og understreger, at fysisk aktivitet er en ligeværdig behandling til den medikamentelle behandling. Ved de opfølgende samtaler udspørges patienten om det aktuelle funktionsniveau, og det vurderes, om patienten har genvundet sit tidligere funktionsniveau og kan klare sig som før. Samtidig vurderes det, om patienten er fysisk aktiv minimum 4 timer ugentligt.

Vægt: Lægen forklarer, at overvægt og fedme også er en risikofaktor for hjerte- og karsygdom og understreger betydningen af et vægttab for patientens overlevelse og livskvalitet. Patienten vejes ved kontrolbesøgene hos lægen, hvilket har vist sig at have stor psykologisk betydning for patienterne, der er i gang med et vægtforløb, og patienten roses for et opnået vægttab. Patienten tilbydes fornyet tid hos diætisten ved manglende vægttab.

Behov for opfølgning

Status og videre plan noteres i fællesjournalen og i patientens behandlingsplan. Ved behov for nærmere undersøgelse eller udredning henvises patienten til relevante undersøgelser. I samråd med patienten vurderer lægen, om der er behov for samtale med de øvrige behandlere i Hjerterehabiliteringen.

10.4.2 Afsluttende samtale

Ved den afsluttende lægesamtale afsættes 60 minutter til gennemgang af rehabiliteringforløbet. Samtalen gennemføres ud fra fast interviewguide, så samtalen kommer rundt om alle aspekter⁶.

Der kan være faktorer, der gør, at alle behandlingsmålene ikke er opnået til fulde ved den afsluttende samtale; sammen med patienten lægges en plan for det videre forløb. Alt efter sygdommens sværhedsgrad, komplicerende lidelser og risikofaktorkontrol, tages der stilling til, hvor patientens videre opfølgning skal foregå.

Langt de fleste patienter afsluttes til egen læge, som får tilsendt epikrise med beskrivelse af hele rehabiliteringsforløbet, blodprøvesvar, anbefalinger om yderligere behandlingstiltag og behov for besøg hos egen læge.

⁶ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes interviewguide for afsluttende samtale.

REFERENCER

- (1) Arbejdsgruppe nedsat af Sfr. Referenceprogram for behandling af patienter med akut koronart syndrom uden ledsagende ST-segmentelevation i ekg'et. København, Sekretariatet for Referen-ceprogrammer, Sfr. 2002.
- (2) DCS. Akut koronart syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Hildebrandt P, Gøtzsche CO, editors. Ugeskrift for læger. Klaringsrapport. 2001;(3):1-28.
- (3) Beck-Nielsen H, Henriksen JE, Hermansen K, Madsen LD, Olivarius NF, Mandrup-Poulsen TR et al. Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom – diagnostik og behandling. 2000(6). Ugeskrift for læger.
- (4) Dansk Selskab for Almen Medicin. Forebyggelse af iskæmisk hjertekarsygdom i almen praksis. 2. Reviderede udgave. 2002.
- (5) Færgeman O, Christensen B, Steen Hansen H, Jensen GH, Melchior TM, Nordestgaard BG et al. Sekundær og primær forebyggelse af koronar hjertesygdom med særligt henblik på dyslipidæmi. 2000(7). Ugeskrift for læger.
- (6) Abildgaard Jacobsen I, Bang LE, Borriild NJ, Feldt – Rassmussen BF, Steen Hansen H, Ibsen H et al. Hypertensio arterialis. Dansk Hypertensionsselskab 1999. 1999(9). Ugeskrift for læger.
- (7) Kühn Madsen B, Johannessen A, Thomassen A, Egeblad H, Mortensen SA. Diagnostik og behan-dling af hjerteinsufficiens. Oversigt og vejledende retningslinjer. 1997(9). Ugeskrift for læger.
- (8) Remme WJ, Swedberg K. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Eur Heart J 2001; 22(17):1527-1560.
- (9) Bertrand ME, Simoons ML, Fox KA, Wallentin LC, Hamm CW, McFadden E et al. Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2002; 23(23):1809-1840.
- (10) Grundy SM, Howard B, Smith S Jr, Eckel R, Redberg R, Bonow RO. Prevention Conference VI: Dia-betes and Cardiovascular Disease: executive summary: conference proceeding for healthcare professionals from a special writing group of the American Heart Association. Circulation 2002; 105(18):2231-2239.
- (11) European Diabetes Policy Group. A desktop guide to type 2 diabetes mellitus. Diabetes Med 1999; 16:716-730.
- (12) American Diabetes Association, ADA. Clinical Practice Recommendations 2001. Diabetes Care 2001; 24(suppl 1):S33-S63.
- (13) Godtfredsen J, Sandbjerg Hansen M, Elkjær Husted S, Pilegaard.H.K., Jespersen J. Antitrombotisk behandling ved kardiovaskulære sygdomme "Trombokardiologi". 2002(5). Ugeskrift for læger.
- (14) MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2002; 360(9326):7-22.
- (15) Donnelly R, Yeung JM, Manning G. Microalbuminuria: a common, independent cardiovascular risk factor, especially but not exclusively in type 2 diabetes. J Hypertens Suppl 2003; 21 Suppl 1:S7-12.



DIABETES MELLITUS TYPE 2

Læge Anne Merete Boas Soja og Sygeplejerske Malene Ejlertsen

INTRODUKTION

I den første del af projektperioden erfarede vi, at behandlingen af patienter med diabetes mellitus type 2 (T2DM) var mangelfuld i forhold til de foreliggende anbefalinger (1-4). Samtidig havde vi en mistanke om, at flere af patienterne havde T2DM, uden at diagnosen var stillet. For at forbedre diagnostikken af T2DM, og for at opnå bedre behandlingsresultater blandt hjertepatienter med T2DM, blev et særligt diabetesmodul udviklet som et supplement til den integrerede efterbehandling.

III.I

Dibetes Mellitus type 2 – supplerende modul

1 uge efter henvisning

Tilrettelæggelse af individuelt forløb
- Diabetessamtale med læge - Diabetessamtale med sygeplejerske



6 (-12) ugers forløb

Intensiv rehabilitering
- Diabetesundervisning - Individuel opfølgning ved behov



3, 6 og 12 måneder

Kontrol og opfølgning
- Individuel samtale med læge

I dette kapitel beskrives diabetesmodulet, som omfatter: screening for T2DM, individuelle diabetessamtaler, holdundervisning, individuel undervisning og temamøde om prædiabetes/nedsat glukose-tolerance (IGT). Det individuelle forløb hos diætisten om kosten og T2DM er beskrevet i kapitel 7.

II.2 DOKUMENTATION

Forekomsten af T2DM i den danske befolkning er vokset markant gennem de seneste år. Skønsmæssigt har omkring 200.000 personer i Danmark T2DM (5;6). Hjerter- og karsygdom er 2-6 gange hyppigere hos patienter med T2DM og er ansvarlig for 70-80% af den samlede dødelighed hos disse patienter (6). Systematisk risikofaktorkontrol hos patienter med T2DM kan forebygge udviklingen af mikrovaskulære senkomplikationer, såsom retinopati og nefropati og makrovaskulære sygdomme som slagtilfælde og hjerte- og karsygdom (7-16).

Udviklingen af T2DM synes at være et kontinuum af flere års forstyrrelser i glukosestofskiftet, gående fra en periode med IGT til manifest T2DM. Patienter med IGT har 1½-2 gange forøget risiko for hjerte- og karsygdom, og der foreligger i dag god dokumentation for, at intensiv livsstilsintervention kan hindre udviklingen af T2DM, og dette tilsyneladende i højere grad end ved farmakologisk behandling alene (17-19).

T2DM er en overset lidelse i befolkningen og hos hjertepatienter (5;20;21). Velundersøgt er det hos patienter med iskæmisk hjertesygdom, hvor de foreliggende studier afslører prævalenser på 20% med kendt T2DM og 16%-25% med nydiagnosticeret T2DM (20;21). Der har inden for kardiologien været en tendens til at acceptere relativt høje blodsukkerværdier i hjertepatienternes akutte sygdomsforløb som udtryk for et naturligt respons på kritisk sygdom, og der har ikke i den akutte eller den ambulante kardiologi været tradition for at varetage færdigudredningen, endsige videregive dette arbejde til egen læge eller diabetesambulatorier. At det er vigtigt at få stillet diagnosen T2DM hos hjertepatienten understreges af, at den absolutte gevinst ved intensiv efterbehandling af hjertesygge patienter med T2DM er større end hos hjertepatienter uden T2DM, ligesom dødeligheden efter et myokardieinfarkt for patienterne med T2DM er fordoblet i forhold til patienter uden T2DM (22;23). Stram blodsukkerkontrol er vist at have betydning for komplikationsraten og overlevelsen (24). Der foreligger kun et begrænset antal studier over effekten af en intensiv rehabilitering af hjertesygge patienter med T2DM, men de standardiserede hjerterehabiliteringsprogrammer synes ikke at være tilstrækkelige (25).

Ifølge danske og internationale anbefalinger er systematisk risikofaktorkontrol via livsstilsintervention og medikamentel behandling inklusiv stram blodsukkerkontrol, væsentlige elementer i behandlingen af patienter med T2DM (1;2;26). Anbefalingerne for efterbehandling af hjertepatienter understreger ligeledes vigtigheden af systematisk risikofaktorkontrol hos hjertepatienter med T2DM (26-28).

FORMÅL

II.3

Formålet med det særlige diabetesmodul i Hjerterehabiteringen er dels at screene for uerkendt T2DM og prædiabetiske tilstande, dels at integrere systematisk risikofaktor-kontrol for såvel makro- som mikrovaskulære senkomplikationer i den samlede efterbehandling af hjertepatienter med T2DM, via livsstilsintervention og medicinsk behandling, med henblik på en tidlig opsporing af enhver vaskulær skade. Endvidere har bestræbelsen været at samle efterbehandlingen af T2DM og hjertesygdom fysisk og trække på et kardio-diabetologisk kerneteam.

ARBEJDSMETODE

II.4

Screening for diabetes og prædiabetes

II.4.1

Screeningen foretages ca. 3 måneder efter det ambulante forløb umiddelbart før lægesamtalen ved en Oral Glukose Tolerans Test (OGTT¹), uanset det forudgående niveau af glykosyleret hæmoglobin (HbA1C). Alt efter udfaldet af undersøgelsen kan det afgøres, om patienten har en ikke erkendt T2DM, IGT, faste hyperglykæmi (IFG) eller ikke har T2DM.

Alle uden kendt T2DM får gennemført en OGTT-screening som en del af det videnskabelige projekt. Dette er en udvidelse af indikationen for udførelsen af en OGTT (1;6).

Indledende diabetessamtaler

II.4.2

For at sikre kontinuiteten i behandlingen er det den samme læge og sygeplejerske, der varetager det supplerende diabetestilbud.

Første diabetessamtale hos lægen

Lægesamtalen med den hjertesygge patient med T2DM gennemføres ud fra principperne for den første lægesamtale, som er beskrevet i kapitel 4. Det er vigtigt at skabe et grundigt overblik over det samlede sygdomsforløb, både hvad angår patientens T2DM og hjerte- og karsygdom. Ved samtalen indsamles en række supplerende oplysninger om T2DM, som registreres systematisk i fællesjournalen².

Anamnese: Patienten udspørges om familiær disposition til T2DM, tidligere gestationel T2DM, T2DM-varighed, tidligere diætisk vejledning, opfølgingsforløb og behandlingsregimer samt eventuel deltagelse i diabetesundervisning. Graden af sygdomsforståelse og egenomsorg vurderes med fokus på selvundersøgelse af blodsukker og/eller urin, symptomer på lavt og højt blodsukker, fodundersøgelse etc. Patienten udspørges om symptomer på perifer neuropati, autonom neuropati og arteriosklerotiske mani-

¹ På www.Hjerterehabiteringen.dk er OGTT-proceduren beskrevet

² På www.Hjerterehabiteringen.dk findes T2DM-interviewguide.

festationer fra andre kargebeter. Der lægges vægt på at få afdækket tilstedeværende diabetiske senkomplikationer såsom retinopati, nefropati, neuropati, tidligere fodsår og/eller amputationer, og ved behov rekvireres epikriser fra opfølgning inden for andre specialer (øjnlæge, ortopæd etc.).

Medicinalgennemgang: Lægen sikrer, at patienten er i optimal profylaktisk medicamentel behandling, og at planen for eventuel anden medicinering eller optitrering af medicin anføres i fællesjournalen. Ud fra en foreliggende HbA1C-værdi vil det ofte ved den første lægesamtale blive vurderet, om antidiabetisk medikamentel behandling kan blive nødvendig, men der afventes som regel døgnblodsukkerprofiler, med mindre patienten er svært dysreguleret.

Klinisk undersøgelse: I tillæg til den kardiologiske objektive undersøgelse af patienten gennemføres altid en grundig fodundersøgelse: perifere pulse, kapillær respons, gennemsyn for eventuel gangræn og fodsår, arterielle som neuropatiske, ligesom cicatricer ses efter for infektion.

Paraklinisk undersøgelse: Som supplement til den objektive undersøgelse af hjertepatienten foretages ofte en række let udførlige undersøgelser, med henblik på at karakterisere den arteriosklerotiske stigmatisering og autonome neuropati³. Ved mistanke om arteriel hypertension udføres som regel en døgnblodtryksmåling. Det sikres, at der foreligger en række biokemiske parametre til vurdering af blodsukkerkontrollen (fasteplasmagluucose, fasteblodsukker, HbA1C) og morgen-spoturin med urinalbumin/-kreatinin-ratio til diagnosticering af mikroalbuminuri. Ved mikroalbuminuri og makroalbuminuri udføres altid en døgnurinopsamling. Ved makroalbuminuri og påvirkede nyreparametre (forhøjede værdier af serum-kreatinin og se-carbamid, der umiddelbart ikke kan forklares på anden vis) henvises patienten til nefrologisk afdeling.

Behandlingsplan: Lægen og patienten fastsætter i fællesskab realistiske behandlingsmål, som anføres i fællesjournalen og i patientens behandlingsplan. Fastsættelsen af behandlingsmålene tager udgangspunkt i Hjerterehabiliteringens standardmål for patienter med T2DM, som fremgår af kapitel 4. Lægen vurderer afslutningsvis behovet for yderligere individuel diabetesopfølgning hos læge og/eller sygeplejerske. Vigtigheden af regelmæssig øjenundersøgelse og kontrol hos fodterapeuten understreges over for patienten.

Første diabetessamtale hos sygeplejersken

Samtalen afholdes ofte nogle dage før lægekonsultationen eller eventuelt samme dag i forlængelse af lægesamtalen. Sygeplejersken sikrer, at patienten måler sit blodsukker korrekt og forstår at handle på såvel hyper- som hypoglykæmi. Papirer angående lov om social service udfyldes, og der udleveres attester til fodterapeut og eventuelt skriftligt materiale om T2DM.

³ På www.Hjerterehabiliteringen.dk er de parakliniske undersøgelser beskrevet.

Sygeplejersken vurderer graden af egenomsorg⁴ hos patienten. Begrebet har især været anvendt inden for det diabetologiske speciale og betegner flere elementer og metoder, der gør det muligt for patienten med T2DM at mestre sin sygdom. Der foreligger mangeårige erfaringer med egenomsorg inden for diabetologien, som med fordel kan overføres til og udvikles inden for kardiologien (29;30). Den integrerede kardio-diabetologiske efterbehandling i Hjerterehabiteringen tilstræber at udvide og forene egenomsorgsbegrebet fra hvert af specialerne.

Sygeplejerskens ansvarsområde er bl.a. at udspørge patienten om symptomer på T2DM og senkomplikationer og informere om forebyggelse af fodsår og sociale støtteforanstaltninger, Diabetesforeningen såvel som lokale foreninger. Sygeplejersken fungerer ligeledes som kontaktperson til hjemmesygeplejersken og eventuelt praktiserende læge. Herudover er det sygeplejerskens ansvar at oplære patienten i mestring af blodsuktermålinger, angina pectoris ved anvendelse af angina pectorisdagbog og nitroglycerin, begyndende inkompensationstegn, såsom vægtøgning med egenadministration af diuretika og nitroglycerin, mestring af krise, angst og depression etc.

Mens den lægelige indsats i høj grad koncentrerer sig om risikofaktorkontrol og tidlig behandling af senkomplikationer, danner den kardio-diabetologiske sygeplejemæssige indsats i Hjerterehabiteringen en god basis for, at patienten foretager livsstilsændringerne og med større fleksibilitet formår at mestre de udfordringer, som vil opstå i tilfælde af flere komplicerende sygdomme.

Opfølgende diabetessamtaler

II.4.3

Den individuelle T2DM-opfølgning af hjertepatienterne er afhængig af graden af dysregulering men søges så vidt muligt varetaget ved de planlagte samtaler i starten af rehabiliteringsforløbet og ved de opfølgende konsultationer efter 3, 6 og 12 måneder. Da hjertepatienter med T2DM ofte er mere hjertesyge og har flere svært behandlelige risikofaktorer end hjertepatienterne uden T2DM, kræves der som regel flere individuelle kontrolbesøg hos såvel læge som sygeplejerske, ligesom opstart af insulinbehandling altid kræver intensiv læge- og sygeplejerskeopfølgning og ofte fornyet diætvejledning for at undgå vægtøgning.

Hos lægen

Ved de opfølgende lægesamtaler vurderer lægen, om patienten har nået de opstillede behandlingsmål, og hvis ikke disse er nået, revideres den tidligere fastlagte behandlingsplan for resten af rehabiliteringsforløbet i samråd med patienten. Det aftales individuelt, hvor ofte patienterne skal lave døgnprofiler, men særligt under optitrering af antidiabetika kan det være nødvendigt med flere lægelige opfølgninger og døgnprofiler. Undersøgelseresultater fra diverse fagspecialister (øjenlæge, fodterapeut, ortopædkirurg, dermatolog) drøftes med patienten. Hvis patienten ikke ved optimal livs-

⁴ Begrebet egenomsorg svarer til begrebet selfcare.

stilsændring, og med maksimal antidiabetisk medikamentel behandling, har opnået de opstillede glykæmiske behandlingsmål ved 3 måneders kontrollen (HbA1C < 6,5%, fastebloodsukker < 6,0 mmol/l, post-prandialt bloodsukker < 8,0 mmol/l), forberedes patienten på opstart af insulinbehandling. Her følges gældende retningslinjer for dosis ved opstart, og videre plan for optitrering ordineres af lægen i journalen. Ved opstart af insulinbehandling i Hjerterehabiliteringen er lægen til stede i de indledende faser, mens den videre opfølgning varetages af sygeplejersken⁴.

Hos sygeplejersken

Ved de opfølgende samtaler med sygeplejersken sikres det, at patientens mestring af såvel T2DM som hjerte- og karsygdom er optimal. Uafklarede spørgsmål om bloodsuktermålinger og -niveauer samt sex og samliv drøftes med patienten. Endvidere vurderes det, om patienten har behov for opdatering vedrørende livsstilsændringer. Sygeplejersken udspørger patienten om eventuelle udsving i bloodsuktermålinger med fokus på tilfælde af hypoglykæmi med eller uden føling. Patientens fødder undersøges for nyopståede sår, og patienter i insulinbehandling undersøges ved indstikstederne. Patientens blodtryk måles ved behov, og eventuelle planer om optitrering af medicin følges.

11.4.4 Holdundervisning

Diabetesundervisningen i Hjerterehabiliteringen er primært tilrettelagt som holdundervisning. Holdene består både af patienter med mangeårig og ny-diagnosticeret T2DM, og undervisningen er tilpasset disse forhold. Det tilstræbes, at der går 14 dage mellem hvert af undervisningsmodulerne, som ellers planlægges på faste dage og tidspunkter. Diabetesmøderne afholdes i tilknytning til det intensive rehabiliteringsforløb, hvor der kan samles 6-8 patienter med T2DM fra to eller flere af de igangværende hold. Diabetesmøderne afvikles over 3 mødegange à ca. 2½ times varighed og varetages af lægen og sygeplejersken. Hvert møde indledes med en kort gennemgang af mødets formål og varighed. Til hvert af diabetesmøderne er der udviklet et særligt undervisningsprogram⁶, og patienterne får kopier af undervisningsmaterialet til at sætte ind i Hjertebogen.

Det er et fokusområde for alle tre diabetesmøder at give patienterne indsigt i nødvendigheden af en intensiv multifaktoriel efterbehandling, med livsstilsintervention som en central komponent, med henblik på at forhindre udvikling af senkomplikationer og hæmme progression af disse. Der lægges vægt på, at patienterne selv har et ansvar for, at denne proces lykkes. Møderne er struktureret omkring nedenstående emner og dertil hørende dias, som gennemgås ved de enkelte mødegange:

⁵ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes instruks for insulinopstart.

⁶ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes undervisningsprogrammet.

Diabetesmøder

Mødegang	Mødetema
1	T2DM – en hjerte- og karsygdom
2	Livsstilens betydning – risikofaktorer og senkomplikationer
3	At leve videre med T2DM som hjertepatient

1. diabetesmøde

T2DM – en hjerte- og karsygdom

Formål

Formålet med mødet er, at patienter og pårørende får kendskab til årsagerne til og symptomerne på T2DM og arteriosklerotiske senkomplikationer, samt at patienterne oplæres i måling af blodsukker.

Afvikling

Patienterne informeres om årsagerne til T2DM og sygdommens nære relation til udviklingen af arteriosklerotiske følgesygdomme, med særlig fokus på hjerte- og karsygdom. Betydningen af arv, køn, tobak, overvægt og manglende motion forklares, og vigtigheden af en multifaktoriel intervention understreges. Sygeplejersken varetager de praktiske øvelser i blodsukkermåling. Patienterne foretager minimum to målinger under supervision, og de målte blodsukkerværdier diskuteres. Alle patienter låner et blodsukkerapparat med remedier, indtil de ønskede færdigheder er opnået, og de selv har fået anskaffet et apparat. Patienterne får udleveret et fortrykt skema med nøjagtige angivelser af de ønskede tidspunkter for blodsukkermålinger og opfordres til at udfylde det til anden mødegang.

2. diabetesmøde

Livsstilens betydning – risikofaktorer og senkomplikationer

Formål

Formålet med det andet diabetesmøde er, at patienterne forstår sammenhængen mellem ophobning af risikofaktorer og udviklingen af T2DM, og at en ikke velreguleret T2DM kan være medvirkende til udviklingen af senkomplikationer. Desuden skal patienterne lære at forstå og takle udsvingene i målte blodsukkerværdier. Budskabet er, at optimal hindring af sygdomsprogression opnås via en ændring af livsstil og via streng kontrol af blodsukker, blodtryk, kolesteroltal etc.

Afvikling

Sygeplejersken gennemgår indledningsvis blodsukkermålingerne med patienterne samt symptomer på og behandling af hyper- og hypoglykæmi. Lægen informerer om

behandlingen af risikofaktorer og T2DM, med fokus på de forskellige risikofaktoreres betydning for T2DM, og forebyggelsen og udviklingen af såvel makro- som mikrovaskulære senkomplikationer. Den anvendte medicin gennemgås ofte med reference til de præparater, patienterne selv anvender. Medicingennemgangen omfatter information om antidiabetika (inklusive insulin) og medicin til behandling af hjerte- og karsygdom. Målet er, at patienterne skal forstå nødvendigheden af anvendelse af polyfarmaci for at forhindre udvikling eller forværring af senkomplikationer. Patienterne får lejlighed til at reflektere over de ofte omfattende livsstilsændringer, de gennemgår, og den enkelte på holdet får mulighed for at evaluere sit eget sygdomsforløb hvad angår såvel T2DM som hjerte- og karsygdom. Sammenhænge mellem disse to sygdomme gennemgås, og patienterne kan få svar på spørgsmål om symptomer og andre sygdomsrelaterede hændelser. Afslutningsvis sikrer sygeplejersken, at patienterne har lært at måle deres blodsukker korrekt. Eventuelle problemer med blodsukkermålinger i hjemmet diskuteres, og der gives ved behov supervision i måling af blodsukker.

3. diabetesmøde

At leve videre med T2DM som hjertepatient

Formål

Formålet med det sidste diabetesmøde er at formidle nødvendigheden af et højt niveau af egenomsorg for såvel T2DM som hjertesygdom til patienterne samt oplyse om behovet for tætte opfølgingsforløb hos egen læge, øjenlæge og fodterapeut. Patienterne skal opnå kendskab til sociale støtteforanstaltninger og lokale aktiviteter inden for diabetesområdet.

Afvikling

Sygeplejersken drøfter de målte blodsukkerværdier med patienterne. Lægen gennemgår senkomplikationer til T2DM og orienterer om baggrunden for fastlæggelse af behandlingsmålene, fremtidige blodprøvekontroller og opfølgning hos øjenlæge og fodterapeut, herunder sociale støtteforanstaltninger. Emnet sex og samliv berøres. Sygeplejersken informerer om den videre kontrol – hvilke prøver skal foretages, hvordan og hvor tit? -, materialeindkøb og indkøb af ideelt fodtøj. Sygeplejersken informerer om Diabetesforeningens og de lokale foreningers arbejde, og hvordan de kan støtte den enkelte i fremtiden. Til slut får alle patienter individuelle tider hos sygeplejersken og lægen til kontrol og opfølgende samtaler.

Individuel undervisning

Hos enkelte særligt dysregulerede patienter, eller hos patienter med særlige behov, kan individuel opfølgning mellem undervisningsmodulerne være nødvendig. I Hjerterehabiliteringen tilbydes individuel diabetesundervisning til patienter i krise, patienter med særligt komplicerede sygdomsforløb, eller patienter, som ytrer ønske om et individuelt forløb. Undervisningen er tilrettelagt, så alle emnerne fra holdundervisningen så vidt muligt gennemgås.

Temamøde om nedsat glukosetolerance

II.4.5

Alle patienter i Hjerterehabiliteringen, som får konstateret IGT, inviteres til et temamøde à ca 2½ timers varighed. Undervisningen varetages af læge og sygeplejerske i fællesskab. Det pointeres over for patienterne, at IGT ikke er en sygdom men en tilstand, der kan normaliseres eller udvikle sig til T2DM, og at risikoen for at udvikle T2DM er ca. 3-5% pr. år (6).

For mange af patienterne vil temamødet opleves som en opsummering af den viden, de har fra hjertemøderne om livsstilsændringer. Temamødets hovedbudskab er, at den mest optimale behandling af IGT er: vægttab og vægttabsvedligeholdelse, daglig motion af minimum en ½ times varighed samt rygestop.

REFERENCER

- (1) Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med* 1998; 15(7):539-553.
- (2) Beck-Nielsen H, Henriksen JE, Hermansen K, Madsen LD, Olivarius NF, Mandrup-Poulsen TR et al. Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom – diagnostik og behandling. 2000(6). *Ugeskrift for læger*.
- (3) Turner RC, Millns H, Neil HA, Stratton IM, Manley SE, Matthews DR et al. Risk factors for coronary artery disease in non-insulin dependent diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS: 23). *BMJ* 1998; 316(7134):823-828.
- (4) Pedersen OB, Gaede PH. Intensified treatment of type 2 diabetes mellitus. Is polypharmacy necessary and justified?. *Ugeskrift for læger* 2000; 162(25):3582-3591.
- (5) Pressemeddelelse. Center for Sygdomsforebyggelse. Københavns Amt. Glostrup. 2002.
- (6) Borch-Johnsen K, Beck-Nielsen H, Christiansen JS, Heickendorff L, Brandslund I, Faber JO et al. Guidelines on diagnosis of type 2 diabetes. Investigation, diagnosis and glucose measurement. *Ugeskrift for læger* 2003; 165(15):1558-1561.
- (7) Videbaek J, Madsen M. Hjertestatistik 2000-2001. Hjerteforeningen og SIF, 2002.
- (8) Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlof B, Elmfeldt D, Julius S et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet* 1998; 351(9118):1755-1762.
- (9) Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, Rouleau JL, Rutherford JD, Cole TG et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators. *N Engl J Med* 1996; 335(14):1001-1009.
- (10) Aronson D, Rayfield EJ, Chesebro JH. Mechanisms determining course and outcome of diabetic patients who have had acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1997; 126(4):296-306.
- (11) Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. *Lancet* 2000; 355(9200):253-259.
- (12) Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet* 1998; 352(9131):837-853.
- (13) Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. UK Prospective Diabetes Study Group. *BMJ* 1998; 317(7160):703-713.
- (14) Gaede P, Vedel P, Parving HH, Pedersen O. Intensified multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: the Steno type 2 randomised study. *Lancet* 1999; 353(9153):617-622.
- (15) Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348(5):383-393.
- (16) Brenner BM, Cooper ME, de Zeeuw D, Keane WF, Mitch WE, Parving HH et al. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med* 2001; 345(12):861-869.

- (17) Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997; 20(4):537-544.
- (18) Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346(6):393-403.
- (19) Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344(18):1343-1350.
- (20) Tenerz A, Lonnberg I, Berne C, Nilsson G, Leppert J. Myocardial infarction and prevalence of diabetes mellitus. Is increased casual blood glucose at admission a reliable criterion for the diagnosis of diabetes? *Eur Heart J* 2001; 22(13):1102-1110.
- (21) Norhammar A, Tenerz A, Nilsson G, Hamsten A, Efendic S, Ryden L et al. Glucose metabolism in patients with acute myocardial infarction and no previous diagnosis of diabetes mellitus: a prospective study. *Lancet* 2002; 359(9324):2140-2144.
- (22) Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998; 339(4):229-234.
- (23) Gustafsson I, Hildebrandt P, Seibaek M, Melchior T, Torp-Pedersen C, Kober L et al. Long-term prognosis of diabetic patients with myocardial infarction: relation to antidiabetic treatment regimen. The TRACE Study Group. *Eur Heart J* 2000; 21(23):1937-1943.
- (24) Malmberg K, Ryden L, Efendic S, Herlitz J, Nicol P, Waldenstrom A et al. Randomized trial of insulin-glucose infusion followed by subcutaneous insulin treatment in diabetic patients with acute myocardial infarction (DIGAMI study): effects on mortality at 1 year. *J Am Coll Cardiol* 1995; 26(1):57-65.
- (25) Suresh V, Harrison RA, Houghton P, Naqvi N. Standard cardiac rehabilitation is less effective for diabetics. *Int J Clin Pract* 2001; 55(7):445-448.
- (26) American Diabetes Association, ADA. Clinical Practice Recommendations 2001. *Diabetes Care* 2001; 24(suppl 1):S33-S63.
- (27) Grundy SM, Howard B, Smith S Jr, Eckel R, Redberg R, Bonow RO. Prevention Conference VI: Diabetes and Cardiovascular Disease: executive summary: conference proceeding for healthcare professionals from a special writing group of the American Heart Association. *Circulation* 2002; 105(18):2231-2239.
- (28) Bonow RO, Mitch WE, Nesto RW, O'Gara PT, Becker RC, Clark LT et al. Prevention Conference VI: Diabetes and Cardiovascular Disease: Writing Group V: management of cardiovascular-renal complications. *Circulation* 2002; 105(18):e159-e164.
- (29) van Dam HA, van der HF, van den BB, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes. A systematic review. *Patient Educ Couns* 2003; 51(1):17-28.
- (30) Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, Peyrot M, Brancati FL. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2003; 29(3):488-501.



TVÆRFAGLIG ORGANISERING OG ARBEJDSSTILRETTELÆGGELSE

Sygeplejerske Lone Schou og Læge Ann-Dorthe Zwisler

INTRODUKTION

I 2.1

Arbejdet i Hjerterehabileringen er tilrettelagt med udgangspunkt i grundprincipperne om tværfaglighed og helhedsorienteret behandlingsideologi i henhold til gældende retningslinjer (1-4). I dette kapitel beskrives de strukturelle og organisatoriske forhold i Hjerterehabileringen.

FORMÅL

I 2.2

Formålet med den tværfaglige organisationsform er at sikre koordinering af indsatsen inden for de 7 behandlingskomponenter med henblik på at sikre et optimalt patientforløb og opfyldelse af behandlingsmålene.

PERSONALE

I 2.3

Organisering

I 2.3.1

Hjerterehabileringen hører organisatorisk under Kardiologisk afdeling, Medicinsk Center. Der er udpeget en lægelig leder for Hjerterehabileringen, som refererer til klinikledelsen. Ansvar for den daglige drift er uddelegeret til lederen. Hjerterehabileringen er organiseret med en flad ledelsesstruktur ud fra principperne i en sådan projektorganisation.

Lederen varetager en lang række administrative og kliniske opgaver. Det er lederens ansvar at sikre, at patientbehandlingen udføres i overensstemmelse med de fastlagte mål, og at koordineringen af det integrerede patientforløb forløber tilfredsstillende. Lederen sikrer den daglige drift i samarbejde med det tværfaglige personale og har ansvaret for, at der er et miljø, hvor det tværfaglige samarbejde fungerer optimalt

både internt og eksternt. Lederen har desuden ansvar for at sikre uddannelse af medarbejderne og teambuilding, således at alle medarbejdere arbejder for det samme mål. Lederen deltager i den lægelige morgenkonference i hjerteafdelingen og i afdelingsledelsesmøderne.

12.3.2 Personalesammensætning og kvalifikationer

Kerneteamet i Hjerterehabiliteringen omfatter ¼ læge, ¼ sygeplejerske, ¼ fysioterapeut, ¼ klinisk diætist, ¼ lægesekretær og ¼ receptionist.

Det perifere team omfatter en socialrådgiver, som deltager i alle tværfaglige konferencer. Psykiateren, der ikke deltager i den tværfaglige konference, indgår også i det perifere team, og afdelingen har et tæt samarbejde med psykiatrisk afdeling i form af løbende undervisning og supervision.

Der kræves en stor faglig og personlig selvstændighed hos personalet i Hjerterehabiliteringen, da hver faggruppe er ansvarlig for eget delområde. Der er udarbejdet funktionsbeskrivelser for samtlige stillinger i Hjerterehabiliteringen, som beskriver kvalifikationskrav, jobfunktioner og ansvarsområde ¹.

Der stilles krav om, at alle medarbejdere er specialuddannede inden for eget fagområde. Da det er komplicerede kardiologiske patienter, der indgår i efterbehandlingsforløbet, kræves det, at personalet også har en kardiologisk specialviden og erfaring med behandling af kardiologiske patienter.

Undervisning af patienter og pårørende er en af komponenterne i efterbehandlingen, og den enkelte behandlers evne til at formidle viden om hjertesygdom, bearbejde holdninger og motivere til livsstilsændringer er styrende for patienternes efterbehandlingsforløb. Derfor kræves det, at personalet har erfaring med voksenundervisning og motivationsskabende samtaleteknik og er motiveret for videreuddannelse inden for voksenpædagogik, adfærdsændringsteori, kommunikation og livsstilsintervention. Da der foregår en del videnskabeligt arbejde på afdelingen, lægges der desuden vægt på, at alle faggrupper har mulighed for videreuddannelse og løbende ajourføring inden for det videnskabelige felt.

Personalet skal helst have erfaring med tværfagligt samarbejde og problemløsning. Den tværfaglige projektorganisatoriske tilgang stiller store krav til personalet om at være udviklings- og forandringsorienteret og engageret. Personalet skal herudover have en grundlæggende respekt for alle faggrupper.

¹ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes funktionsbeskrivelser.

TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

I2.4

Den tværfaglige tilgang i Hjerterehabiliteringen bygger på grundtanken om, at beslutninger om behandlingsmål skal være præget af flerfaglig indsigt og en fælles forståelse. Denne organisationsform stiller et dobbeltkrav til behandleren om høj monofaglighed på den ene side og tværfaglighed på den anden. Behandleren skal tage udgangspunkt i og værdsætte egen faglige tyding af en given situation, samtidig med at hun skal indgå som dialogpartner og forholde sig kritisk til sit faglige standpunkt (5).

For at sikre et godt udgangspunkt for tværfagligheden har personalegruppen været på teambuildings- og træningskurser varetaget af organisationspsykologer. Der har været fokuseret på kommunikationsudvikling, mono- og tværfaglig supervision, udvikling af en fælles kultur og prioritering af det faglige og sociale samvær.

Personalegruppen har deltaget i hinandens behandlingstilbud til patienterne, for at få indsigt i arbejdet på tværs, og er løbende blevet opdateret inden for de enkelte områder ved udvidede personalemøder og ved den tværfaglige konference.

ARBEJDSLILRETTELÆGGELSE

I2.5

Der lægges stor vægt på, at personaleressourcerne anvendes bedst muligt, samtidig med at Hjerterehabiliteringen skal være en fleksibel arbejdsplads med plads til at tilgodese den enkelte medarbejders behov.

Arbejdsplanen er tilrettelagt med mulighed for flexetid i ydertidspunkterne. Patientkontakten ligger i et fast tidsrum mellem 8:30 og 15:30. Ydertidspunkterne er fastsat til administrativ tid. I arbejdsplanen er indlagt 1 ugentlig tværfaglig konference og et personalemøde hver 14. dag. Arbejdsplanen tager højde for personale- og lokalesituationen og den komplekse sammensætning af individuelle tider og flere parallelle hold, der kører sideløbende over 6 ugers forløb².

Ved den ugentlige tværfaglige konference gennemgås den kommende uges arbejdsopgaver, besøg og planlagt fravær med henblik på hensigtsmæssig opgaveløsning. Samtidig foretages løbende langtidspanlægning og tilpasning.

FYSISKE RAMMER

I2.6

Samtlige behandlingskomponenter er fysisk samlet i Hjerterehabiliteringen, der ligger adskilt fra hjerteafdelingen. Den fysiske samling af efterbehandlingen har en afgørende betydning for behandlingsindsatsen og giver patienterne en oplevelse af, at de enkelte komponenter er sideordnede. Ligeledes har det stor betydning for det tværfaglige

² På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes arbejdsplan og arbejdsplansbeskrivelse.

samarbejde, at der er daglig kontakt mellem de forskellige faggrupper, såvel formelt som uformelt.

Adskillelsen fra den akutte sengeafdeling falder fint i tråd med det naturlige patientforløb, hvor patienten i den akutte fase finder sig på sengeafdelingen og i det tidlige efterforløb fortsat er på hospitalet men fysisk adskilt fra sengeafdelingen. Hermed nedtones patientrollen, og patienten får et medansvar for sin behandling.

Sekretariat: Afdelingens hovednerve er sekretariatet, hvor den vigtigste funktion er modtagelse af patienter og koordinering af patientforløb. Sekretariatet består af en modtagelsesskranke, arbejdspladser med tilhørende computer, telefoner, fax og arkiveringsmuligheder.

Venteværelse: Venteværelset er placeret centralt i Hjerterehabiliteringen og er indrettet med siddepladser til patienter og pårørende. Her forefindes relevante tidsskrifter og informationsmateriale, varme/kolde sukkerfri drikke og frugt.

Toilet og bad: Toilet- og badefaciliteter er placeret ved venteværelset, og der er mulighed for omklædning og bad for både mænd og kvinder. Vores erfaring er dog, at kun få patienter benytter badefaciliteterne.

Konsultationsrum: Afdelingen råder over 3 konsultationsrum med tilhørende computer, telefon, undersøgelsesbrikse og blodtryksapparater.

Vejning: Vejning af patienterne foregår i et mindre, selvstændigt rum, hvor der findes en vægt, som alle benytter for at undgå forskelle i kalibrering af vægte. Vægten er elektronisk og kalibreres løbende. Den kan veje op til 200 kg og aflæses i brysthøjde, så svært overvægtige kan følge med i vægt og eventuel vægtreduktion.

Testrum: Et konsultationsrum er udstyret med testcykel og undersøgelsesbriks med henblik på gennemførelse af funktionstest på ergometercykel.

Træningsfaciliteter: Til den fysiske træning er der indrettet en træningssal på 40 m², som kan rumme ca. 8 personer, med musikanlæg, barre, ribber, måtter, bolde og andre redskaber. I forlængelse af træningssalen ligger et motionsrum med kondicykler, computer-station og tavle til undervisningsbrug. Hovedtrappen i Hjerterehabiliteringen til 4. sal indgår som en del af træningsfaciliteterne. Der er installeret telefon både i salen og motionsrummet i tilfælde af akut sygdom i forbindelse med træning og test.

Træningskøkken: Afdelingen har indrettet et træningskøkken, hvor diætisten sammen med patienter og pårørende laver mad. Køkkenet er indrettet efter Bispebjerg Hospitals hygiejniske principper og ud fra ergonomiske betragtninger. Der er installeret to kogeøer med tilhørende vask, ovn og køkkenredskaber. Der er køleskab med frys, opvaskemaskine og tavle til undervisning.

Spisestue/konsultationsrum: I diætistens konsultationsrum er der et møde-/spisebord, som benyttes i forbindelse med den praktiske madlavning. I lokalet findes undervisningsremedier og en arbejdsplads med computer og telefon.

Grupperum: Patientundervisningen på hold foregår i et lokale med plads til 12 personer, hvor der er god plads, der er lyst og mulighed for udluftning. Grupperummet indeholder, ud over et bord med stole, computer med tilhørende projektor, whiteboard-tavle, lærred, overheadprojektor og video.

Arbejdspladser: Hjerterehabiliteringen er indrettet således, at der er mulighed for at flytte rundt mellem arbejdspladserne; der findes således en computer med adgang til inter- og intranet og Grønt System i alle lokaler, og alle har hver et mobilt skuffedarium.

Depot: Afdelingen råder over et depot med opbevaringsplads, printer, kopimaskine, aflåst medicinskab etc.

SIKKERHED

12.7

Fysisk aktivitet kan udløse hjerterelaterede problemer. Ved superviseret træning er risikoen imidlertid meget lav (6). Erfaringen med træning af hjertesvigtspatienter, som er i øget risiko for livstruende arytmier, er endnu ikke så stor, men overholdes principperne for træningsintensitet, vurderes risikoen for træning af denne patientgruppe at være minimal (7). Der foreligger i dag ikke danske sikkerhedsforeskrifter ved fysisk træning med hjertepatienter, og der er stor variation mellem centre og lande i sikkerhedsrutiner (8).

På trods af den skønnede lave risiko ved træning prioriteres patientsikkerheden i Hjerterehabiliteringen højt. En ufravigelig regel er, at der altid skal være to fra hjerterehabiliteringsteamet til stede, når der er patienter i enheden. Alle i personalegruppen er uddannet i basal hjertestopbehandling, lægen og sygeplejerskabspersonalet ydermere i avanceret hjertestopbehandling. Træning i hjertestopbehandling foregår hver 6. måned ved en instruktør i hjertestop. I Hjerterehabiliteringen findes udstyr til og instruks i hjertestopbehandling³.

Hjertestopvogn: Hjertestopvognen indeholdende defibrillator m.m. er placeret centralt i venteværelset. Hjertestopmedicinen er, af sikkerhedsmæssige grunde, placeret i medicinskabet⁴. Defibrillatoren kontrolleres én gang ugentligt af sygeplejersken. Defibrillatoren kan benyttes alle steder på afdelingen med og uden strøm.

³ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes instruks for avanceret hjertestopbehandling.

⁴ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes medicinfortegnelse.

Medicin: Medicinen opbevares, efter retningslinjerne i H:S, i et aflåst medicinskab. Medicinudvalget tilgodeser behovet på afdelingen. Der er medicin til behandling af alle former for akut sygdom, såsom hjertestop, hjerte- og lungesygdomme og akutte diabetiske tilstande. Desuden er der forskellige former for smertestillende medicin og et bredt udvalg af hjertemedicin til afprøvning og opstart af behandling. Da rygestop er en del af behandlingen i Hjerterehabiliteringen, forefindes et stort udvalg af nikotinpræparater. Al medicin kontrolleres løbende af sygeplejersken med hensyn til udløbsdato og justeres efter gældende regler.

Ved akut sygdom: I tilfælde af hjertesvigt, takyarytmier, synkoper, brystsmertes etc. følges følgende procedure: 1) Lægen og plejepersonalet i Hjerterehabiliteringen tilkaldes, og eventuel behandling påbegyndes 2) Lægen vurderer, om patienten har brug for indlæggelse i det intensive eller stationære afsnit 3) Lægen følger patienten ved overflytningen.

Ved hjertestop: I tilfælde af hjertestop er proceduren som følger: 1) Der alarmes 2) Genoplivning og behandling opstartes 3) Patienten overflyttes til det intensive afsnit 4) Lægen følger patienten ved overflytningen.

Brand: Alle i personalegruppen er uddannet i brandslukning, og i afdelingen forefindes brandtæpper, pulverslukker og vandsprøjter. Ved brand følges følgende procedure: 1) Der alarmes 2) Umiddelbart truede evakueres 3) Alle døre og vinduer lukkes 4) Ilden slukkes hvis dette er muligt og 5) Brandvæsenet underrettes ved ankomsten om brandens beliggenhed og omfang.

Sikkerhed og fysiske rammer er i overensstemmelse med Arbejdstilsynets Bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø⁵ og H:S's standarder for hospitaler⁶.

⁵ Arbejdstilsynet, 1999. *Bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø. Lov nr. 784.*

⁶ H:S. 2003. *Standarder for hospitaler. Joint Commission International Accreditation.*

REFERENCER

- (1) Hjerteforeningen, DCS. Rehabilitering af hjertepatienter – retningslinjer. Hjerteforeningen, DCS, editors. Hjerteforeningen, 1997.
- (2) Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancina G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *Atherosclerosis* 1998; 140(2):199-270.
- (3) Wenger NK, Froelicher ES, Smith LK, Ades PA, Berra K, Blumenthal JA et al. Cardiac rehabilitation as secondary prevention. Agency for Health Care Policy and Research and National Heart, Lung, and Blood Institute. *Clin Pract Guidel Quick Ref Guide Clin* 1995;(17):1-23.
- (4) Giannuzzi P, Saner H, Bjørnstad H, Fioretti P, Mendes M, Cohen-Solal A et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24(13):1273-1278.
- (5) Seemann J. Distriktspsykiatrien i et organisatorisk spændingsfelt, 2001.
- (6) Van Camp SP, Peterson RA. Cardiovascular complications of outpatient cardiac rehabilitation programs. *JAMA* 1986; 256(9):1160-1163.
- (7) Recommendations for exercise training in chronic heart failure patients. *Eur Heart J* 2001; 22(2): 125-135.
- (8) Vanhees L, McGee HM, Dugmore LD, Schepers D, van Daele P. A representative study of cardiac rehabilitation activities in European Union Member States: the Carinex survey. *J Cardiopulm Rehabil* 2002; 22(4):264-272.

