

3

ERFARINGER

PROJEKTUDVIKLING OG PATIENTGRUNDLAG

Læge Ann-Dorthe Zwisler

INTRODUKTION

13.1

Hjerterehabiliteringen på Bispebjerg Hospital blev etableret i slutningen af 1999 ud fra den lokale arbejdsgruppes anbefalinger om omorganisering af hjerterehabiliteringsindsatsen (1). Hjerterehabiliteringsprojektet har siden etableringen været igennem en udviklingsproces, og personalet har indsamlet en lang række erfaringer med det praktiske kliniske arbejde undervejs. I dette kapitel beskrives patientgrundlaget og hovedtrækkene i udviklingsprocessen ¹.

PROJEKTUDVIKLING

13.2

Hjerterehabiliteringsprojektet har i det 3-årige forløb gennemgået en række udviklingsfaser, som typisk genfindes i forbindelse med omorganisering (3;4). I figuren på side 160 er de enkelte faser skitseret og tidsmæssigt indplaceret.

Projektfaser

13.2.1

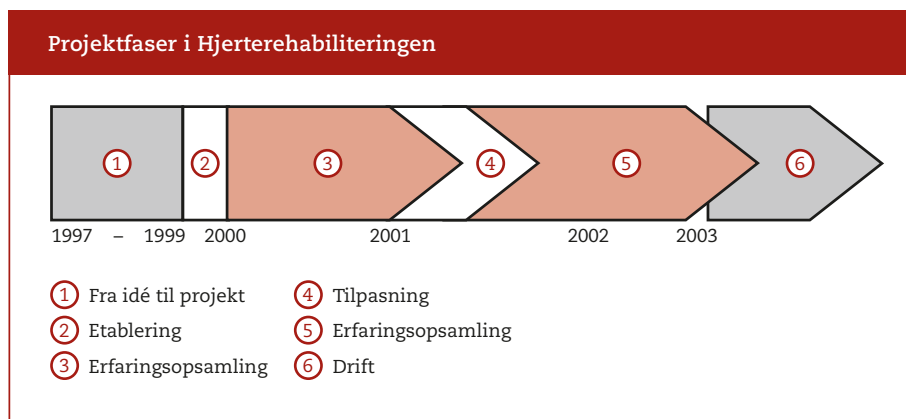
Etablering

Etablering af Hjerterehabiliteringen og afprøvningen af programmet var bredt funderet blandt personalet, som blev rekrutteret ved interne opslag ². Alle var med til at indrette lokaler ³ og etablere praktiske forretningsgange svarende til de overordnede retningslinjer (1;5). Metoderne og arbejdsgangene blev afprøvet på 3 pilothold og justeret ud fra patienternes evaluering.

¹ Projektudviklingen er detaljeret beskrevet i en særskilt rapport (2).

² Fællesuddannelsen er beskrevet i kapitel 12.

³ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes notat om lokaleetablering og indretning.



Erfaringsopsamling

I marts 2000 blev projektet påbegyndt. Det første år blev der ud fra et patientflow, svarende til en driftssituation, indsamlet en række organisatoriske og praktiske erfaringer med integreret hjerterehabilitering. Tilpasningsbehov i forhold til driftssituationen blev identificeret, og en række tilpasninger af programmet blev gennemført.

Tilpasning

Tilpasningerne er nøje afvejet i forhold til den videnskabelige protokol⁴, da projektet i hele forløbet har været underlagt præmisserne for et videnskabeligt studium.

De mest omfattende indholdsmæssige tilpasninger var knyttet til *den individuelle tilrettelæggelse af patientforløbet*, som i starten af projektet alene omfattede en samtale med lægen. Personalet fik ikke via lægesamtalen tilstrækkeligt kendskab til patienternes motivation, ressourcer og barrierer, og behandlingsmålene var ikke entydige for det tværfaglige behandlerteam. Med udgangspunkt i de tværfaglige drøftelser blev programmet udvidet til også at omfatte individuelle samtaler med fysioterapeuten, den kliniske diætist og sygeplejersken. De standardiserede interviewguides⁵ blev udarbejdet for at sikre et ensartet informationsindhold til de individuelle samtaler, og fokus for den tværfaglige konference blev ændret, så vægten blev lagt på *de individuelle forløb og fastsættelse af behandlingsmål og opfølgning*. Det samlede behandlerteam fik i forbindelse med tilpasningen større kendskab til patienterne, og patientforløbet kunne hermed i højere grad målrettes og individualiseres.

Det blev i tilpasningsperioden besluttet, at alle patienter skulle gennemføre en indledende funktionstest med henblik på individuel tilrettelæggelse af den fysiske træning og en opfølgende funktionstest og samtale med fysioterapeuten ved 3 og 12 måneders

⁴ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes den videnskabelige protokol for projektet.

⁵ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes interviewguides for individuelle samtaler.

kontrollerne. Tilpasningen medførte større fokus på den individuelle træning, opfølgning af træningseffekten, biofeedback og justering.

Erfaringerne fra det første år viste, at behandlingen af patienter med diabetes mellitus type 2 (T2DM) ikke levede op til de gældende retningslinjer (6), og behandlerteamet havde en mistanke om, at T2DM var underdiagnosticeret blandt patienterne i Hjerterehabiliteringen. I forbindelse med tilpasningen af programmet blev der sat fokus på T2DM, og hjerterehabiliteringsindsatsen blev udvidet med et særligt diabetes-modul, som beskrevet i kap.11.

I forhold til de organisatoriske tilpasninger viste erfaringerne gennem det første år, at der var behov for at styrke den daglige tværfaglige ledelse. Formålet med ændringen var at sikre en tættere opfølgning i forhold til den helhedsorienterede opgaveløsning, der ikke helt havde fundet fodfæste, og at imødekomme medarbejdernes efterspørgsel efter klarere retningslinjer for internt og eksternt samarbejde. Med flere faggrupper involverede i patientbehandlingen opstod der et behov for klare definitioner af arbejdsopgaver og arbejdsdeling, dels i forhold til patientbehandlingen, dels i forhold til administrative og tekniske opgaver. Hjerterehabiliteringsteamet erfarede, at den enkelte faggruppe har tendens til at fokusere på egen faglighed frem for at se samspillet med de øvrige faggrupper i forhold til den helhedsorienterede indsats. Der var derfor behov for løbende at drøfte betydningen af den helhedsorienterede tilgang i forhold til den fagspecifikke indsats.

Konsulenter fra hospitalets udviklings- og uddannelsesafdeling har fulgt og superviseret lederen og medarbejderne i udviklingsprocessen, og der er afholdt to seminarer i projektperioden; ét i forbindelse med etableringen af Hjerterehabiliteringen og ét i forbindelse med tilpasningen af hjerterehabiliteringsprogrammet.

Patientgrundlag

13.2.2

I den 3-årige projektperiode har 389 patienter taget mod tilbuddet om efterbehandling i Hjerterehabiliteringen, og 86% af patienterne har gennemført det intensive forløb. Patienternes gennemsnitsalder var 64 år og 7 måneder, og 36% var kvinder. Blandt patienterne havde 12% hjertesvigt, 58% havde iskæmisk hjertesygdom uden kliniske tegn på hjertesvigt, og 30% var hørjrisikopatienter. I alt 20% havde kendt T2DM. Omkring halvdelen af patienterne i Hjerterehabiliteringen boede alene ved starten af efterbehandlingsforløbet (47%), og 20% var tilknyttet arbejdsmarkedet.

I særskilte videnskabelige artikler vil oplysninger om patientfremmøde, patientevaluering af hjerterehabiliteringstilbuddet, ressourceforbrug og omkostningsberegninger blive præsenteret på linje med effektopgørelse og sundhedsøkonomiske analyser, jævnfør evalueringsmodellen for projektet⁶.

⁶ På www.hjerterehabilitering.dk findes evalueringsmodel for projektet.

REFERENCER

- (1) Olsen AD, Degn L, Sigurd B. Hjerterehabilitering og – forebyggelse på Bispebjerg Hospital. 1997.
- (2) Zwisler ADO. DANREHAB-studiet. Efterbehandlingstilbud til patienter udskrevet fra en hjerteafdeling. Status. Bispebjerg Hospital og Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
- (3) Enderud H. Beslutninger i organisationer. 7. udgave ed. København, 1986.
- (4) Rasmussen NK, Poulsen J. Evaluering af forebyggende sundhedsarbejde. In: Jørgensen FK, Almind G, editors. Forebyggende Sundhedsarbejde. København, Danmark, Munksgaard, 2003: 246-251.
- (5) Hjerteforeningen, DCS. Rehabilitering af hjertepatienter – retningslinjer. Hjerteforeningen, DCS, editors. Hjerteforeningen, 1997.
- (6) 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.

ERFARINGER MED DET NUVÆRENDE PROGRAM

Hjerterehabiliteringsteamet

INTRODUKTION

I4.1

I dette kapitel videregives hjerterehabiliteringsteamets erfaringer og refleksioner over integreret hjerterehabilitering i den nuværende form. Refleksionerne tager udgangspunkt i de tværfaglige drøftelser gennem det sidste år af projektet. Der har ikke i projektet været foretaget en systematisk procesevaluering med interviews af hjerterehabiliteringsteamet. Patienterne er derimod blevet inddraget i vurderingen af programmet i hele projektperioden og har løbende evalueret hjerterehabiliteringstilbuddet i forbindelse med erfaringsopsamling og tilpasning¹.

Det integrerede efterbehandlingstilbud i Hjerterehabiliteringen omfatter, i overensstemmelse med retningslinjerne, en række kernekomponenter (1-3). Hjerterehabiliteringsteamets kliniske erfaringer med behandlingsindholdet og organiseringen af arbejdet i Hjerterehabiliteringen gennemgås i det følgende.

BEHANDLINGSINDHOLDET

I4.2

Systematisk visitering

I4.2.1

Forudsætningen for et velfungerende hjerterehabiliteringstilbud er, at patienterne visiteres systematisk. I Hjerterehabiliteringen vurderer sygeplejersken systematisk alle patientforløb med henblik på behov for hjerterehabilitering, som beskrevet i kapitel 2. I en driftssituation vil det være mest hensigtsmæssigt, at visiteringen til Hjerterehabiliteringen indgår som en del af udskrivningsprocessen. For at sikre at alle delområder gennemgås systematisk, kan et visiteringsskema anvendes².

¹ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes det anvendte programevalueringsskema.

² På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes visiteringsskema, som kan anvendes i forbindelse med udskrivning eller ved ambulante visitering.

Vi oplever, at patienterne er mere motiverede for at deltage i det integrerede hjerterehabiliteringstilbud, når de bliver indkaldt til ambulante visiteringssamtale, end hvis de får tilbuddet under indlæggelsen. Patienterne er mere afklarede omkring deres sygdomssituation og har fået afklaret behovet for støtte i efterforløbet, når de møder til ambulante samtale. Vi anbefaler derfor, at patienter i fremtiden henvises til ambulante udskrivningssamtale i Hjerterehabiliteringen, når de er færdigudredt.

De patienter, vi modtager i Hjerterehabiliteringen, er blevet visiteret 1 uge efter udskrivelsen, hvilket svarer til henvisningstidspunktet til hjerterehabilitering for den typiske AMI-patient. Vi har erfaret, at tilbagehenvisningen til Hjerterehabiliteringen af patienter, som har modtaget akut og subakut invasiv behandling på andet sygehus, er usystematisk. Tilbagehenvisningen afhænger af, at sundhedspersonalet har tilstrækkelig indsigt i effekten og omfanget af tilbuddet om hjerterehabilitering på lokalsygehuset. I fremtiden bør der indføres effektive rutiner, der sikrer alle patienter ensartet systematisk visitering.

På baggrund af erfaringerne i Hjerterehabiliteringen finder vi et generelt behov for klare henvisningsprocedurer med angivelse af det optimale tidspunkt for hjerterehabilitering af den brede og uhomogene gruppe af patienter, som hjerterehabiliteringsindsatsen rettes imod i dag, nemlig by-pass opererede, patienter der har fået udført ballonudvidelse, patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigtpatienter og patienter i høj risiko for at udvikle hjertesygdom.

14.2.2 Individuel tilrettelæggelse af patientforløb, risikofaktorkontrol og -opfølgning

I Hjerterehabiliteringen varetages den individuelle tilrettelæggelse ved gennemførelse af individuelle samtaler og efterfølgende koordinering på den tværfaglige konference, som beskrevet i kapitel 4. Med denne model, hvor alle faggrupper ser patienten, styrkes både monofagligheden og tværfagligheden, og dermed forbedres det samlede patientforløb.

Sygeplejersken har i den sidste del af projektet varetaget koordineringen af patientforløbet. Vi mener, at indsatsen ville kunne styrkes, hvis sygeplejersken så patienten til en opfølgende samtale under eller efter det 6 ugers intensive forløb som supplement eller alternativ til kontrollen hos lægen. Det kan være svært for sygeplejersken at følge op på planlagte tiltag eller problemstillinger, hvis der ikke aftales et tidspunkt for en opfølgende samtale, og patienterne beder sjældent selv om at få en samtale med sygeplejersken.

Det har været en stor udfordring at arbejde med medicincompliance i Hjerterehabiliteringen, idet patienterne ofte får meget medicin på forskellige tidspunkter af døgnet. Vi har anvendt medicinskema til patienterne³, systematisk medicingennemgang og

³ På www.Hjerterehabiliteringen.dk findes patientmedicinskema og instruks for medicinskemaet.

journalopdatering ved samtlige lægekontroller. Det er meget svært at sikre høj medicincompliance på langt sigt. I fremtiden bør der være særlig fokus på dette område, da optimal medikamentel behandling og høj medicincompliance er af stor betydning for den samlede effekt af hjerterehabilitering.

Det har været meget udfordrende at koordinere den multifaktorielle intervention. Til løsning af den komplekse opgave har der været anvendt forskellige IT-programmer⁴, som imidlertid ikke er udviklet til et hjerterehabiliteringsforløb. Programmerne har derfor ikke i tilstrækkelig grad kunnet opfylde det samlede behov i Hjerterehabiliteringen. Patientens behandlingsplan, med manuel tilføjelse af supplerende oplysninger⁵, kombineret med standard-interviewguide for samtalerne, har opfyldt behovet i projektperioden. I fremtiden vil der være behov for et computerbaseret hjerterehabiliteringsprogram, der kan anvendes som led i den individuelle tilrettelæggelse og den systematiske risikofaktorkontrol og -opfølgning. En systematisk og entydig registrering af hjerterehabiliteringsindsatsen på patientniveau ville kunne bidrage med værdifulde oplysninger med henblik på evaluering og videreudvikling. Registreringen vil desuden kunne danne udgangspunkt for en fremtidig, national klinisk hjerterehabiliteringsdatabase, der med kobling til de eksisterende registre, Hjerteregistret (4) og den kliniske database Dansk Hjerteregister-invasiv, ville kunne bidrage med værdifuld viden om hjerterehabiliteringsindsatsen på individniveau⁶.

Patientundervisning

I4.2.3

I Hjerterehabiliteringen er patientundervisningen primært tilrettelagt som holdundervisning, som beskrevet i kapitel 5. For at sikre en ensartet informationsformidling er undervisningen tilrettelagt ud fra et standard-undervisningsprogram og ud fra standard-materiale. Det er imidlertid vigtigt, at den ansvarlige underviser har frihed til at viderebearbejde undervisningsmaterialet og strukturere undervisningsgangene ud fra patienternes ønsker og behov.

Vi har mod forventning erfaret, at stor aldersspredning kan give en god dynamik på holdet, hvis alle får lov til at komme til orde.

Hvis flere på holdet er blevet anbefalet vægttab eller rygestop, har vi oplevet, at patienterne indgår en aftale med hinanden, hvilket sætter skub i motivationen. Det viser sig, at patienterne hurtigt finder sammen og forstår at bruge hinanden, hvilket skaber en positiv holdeffekt. Omvendt kan der opstå en negativ holdeffekt, når en eller flere

⁴ PRECARD, HjerterAsk

⁵ HDL, triglycerider, BMI, tajlemål og hos patienter med diabetes mellitus type 2 (T2DM) endvidere: mikroalbuminurin, faste-BS/faste plasma glucose og HbA1C.

⁶ Der arbejdes aktuelt med ideer om en europæisk klinisk database for hjerterehabilitering under European Society of Cardiology, Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise testing.

patienter udviser modstand over for livsstilsændringer. Disse patienter kan i værste fald demotivere et hold, og det er op til underviseren at vurdere, om patienten skal fortsætte i et individuelt forløb.

Holdstørrelsen har stor betydning i forbindelse med patientundervisningen. Jo mindre holdet er, desto færre patienter vil der være at erfaringsudveksle med, og holdet kan hurtigt virke affolket ved afbud. På større hold kan det til gengæld være vanskeligt at tage individuelle hensyn, og mindre aktive patienter kan nemt blive overset eller have svært ved at komme til orde.

Der har været en uforudset stor efterspørgsel på kurset i hjertestopbehandling, og der er derfor oprettet ventelister til kurset. Patienter og pårørende deltager med stort engagement i kurset, og pårørende fortæller, at undervisningen i hjertestopbehandling har givet dem troen på at kunne handle rigtigt, hvis de pludselig skulle blive vidne til et hjertestop. Flere patienter har desuden givet udtryk for, at det har givet en øget tryghed i hverdagen at have set deres pårørende deltage aktivt på kurset.

I Hjerterehabiliteringen har holdene på grund af den brede målgruppe været uhomogent sammensat i forhold til diagnoser. Den uhomogene sammensætning har primært givet problemer i undervisningssituationen. En højriskopatient kan for eksempel have svært ved at identificere sig med en hjertesvigtpatient. Problemet kan løses ved, at man tilbyder supplerende undervisning til patienter med særlige diagnoser: iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og diabetes mellitus type 2 (T2DM), eller særlige problemstillinger, eksempelvis patienter med ICD-implantater, pacemaker eller patienter med atrieflimmer. Dette har dog ikke været muligt i Hjerterehabiliteringen på grund af det relativt lille patientindtag i projektperioden. Et større patientindtag i en driftssituation vil give mulighed for sammensætning af mere homogene grupper.

14.2.4 Fysisk træning

I Hjerterehabiliteringen får alle patienter tilbud om deltagelse i et intensivt superviseret træningsforløb over 6 uger, som beskrevet i kapitel 6.

Det har været overraskende at se, at patienterne hurtigt tager ansvaret for træningen, godt hjulpet på vej af pulsmonitorering. Det er vores erfaring, at patienterne stimuleres til at træne via pulsmonitoreringen og den individuelle evaluering. Patienterne har dog undervejs udtrykt ønske om en mere alsidig træning end den træning, der udføres i Hjerterehabiliteringen, som er baseret på aktiviteter, der let kan overføres til dagligdagen. Derfor er der indkøbt bolde til balance- og ligevægtsøvelser, gangstave og elastikker til træning af overekstremitetsmuskulaturen.

Hjertesvigtpatienter og patienter med iskæmisk hjertesygdom kan uden problemer træne sammen og udføre hverdagsaktiviteter som cykling, gåture, trappegang m.m., hvis træningen monitoreres individuelt, og der tages de nødvendige forbehold, som beskrevet i kapitel 6.

Fysioterapeuten har i forbindelse med den superviserede træning systematisk registreret symptomer, skader og uheld i forbindelse med træningen. De knap 400 patienter har i projektperioden tilsammen trænet omkring 6.000 timer, uden at der har været nogen former for kardielle hændelser.

Gennem det tætte samarbejde med fysioterapeuten har det øvrige hjerterehabiliteringsteam fået indsigt i fysioterapeutens arbejdsmetoder og mulighederne for at forbedre patienternes fysiske funktionsniveau med en relativt lille indsats. Behandlerteamet oplever patienternes glæde ved fysisk træning og får indsigt i, hvor meget patienterne kan klare i hverdagen.

Støtte til kostomlægning

I4.2.5

Støtte til kostomlægningen er i Hjerterehabiliteringen tilrettelagt som individuelle samtaler hos diætisten og praktisk madlavning på hold, som beskrevet i kapitel 7. Patienterne udebliver kun sjældent fra samtalerne om kost i Hjerterehabiliteringen, i modsætning til i en traditionel diætist-konsultation i hospitalsregi. Dette skyldes formentlig, at patienterne oplever, at kostinterventionen indgår som en central komponent i den samlede behandling.

Mange af patienterne er skeptiske, når de møder op til den praktiske madlavning. Flere er forlegne over at skulle modtage undervisning i at lave mad, andre er skeptiske over for, om den sunde mad virkelig smager godt. Dette kommer især til udtryk under spisningen den første gang, hvor mange fortæller, at de er overraskede over, hvor godt maden smager. Flere af patienterne beretter efterfølgende om, at de både anvender de hjertevenlige opskrifter til hverdagsmad og gæstemad. Patienterne ringer til diætisten lang tid efter, at de har afsluttet forløbet i Hjerterehabiliteringen, for at få inspiration til nye opskrifter. Hjerterehabiliteringsteamet er således ikke i tvivl om, at den praktiske madlavning giver mange mod på at lave en anden slags mad, end de plejer, hvilket erfaringsmæssigt er en vanskelig proces.

I kraft af det tætte samarbejde med diætisten får det øvrige hjerterehabiliteringsteam indsigt i kostens betydning og mulighederne for at motivere patienterne for kostomlægning, som især lægen traditionelt ikke er opmærksom på. Desuden får hjerterehabiliteringsteamet indsigt i diætistens arbejdsområder og arbejdsmetoder.

Støtte til rygestop

I4.2.6

Støtte til rygestop i Hjerterehabiliteringen omfatter individuel samtale med sygeplejerske, rygestop på hold og individuelle rygestopforløb, som beskrevet i kapitel 8.

Det er af afgørende betydning, at patienterne modtager ensartet information om betydningen af rygning og rygeophør som en del af forebyggelsen og behandlingen af hjertesygdom. Patienter, som i forbindelse med invasiv behandling får at vide, at de er raske, er mindre motiverede for rygeophør. Der bør i fremtiden blandt sundhedsper-

sonalet arbejdes med en ensretning af informationen og holdningen til betydningen af rygeophør for forebyggelse og behandling af hjertesygdom.

Det er meget svært at få patienterne til at stoppe med at ryge. Begynder patienten at ryge igen, er vi som behandlere tilbøjelige til at miste troen på, at interventionen nytter. Det er imidlertid vigtigt, at behandleren holder fast i, at rygeophør, som alle andre livsstilsændringer, er en proces, og at det kan kræve mange forsøg at opnå en varig livsstilsændring.

Det kan være vanskeligt at undervise på hold, hvor patienterne befinder sig på vidt forskellige stadier i motivationscirklen. Derfor har mange af rygestopforløbene i Hjerterehabiliteringen været gennemført individuelt.

I forbindelse med støtte til rygestop på hold er det vigtigt, at der på det første møde indgås klare aftaler med patienterne om, at de skal melde klart ud, hvis de ikke er parat til et rygestop. Dermed undgås det, at enkelte patienters ambivalens smitter af på holdet. Vi oplever ofte, at patienter, der troede, at de var motiveret for et rygestop, mister modet ved kursusstart. Disse patienter bør i stedet tilbydes en forebyggende samtale.

Patienterne er tilbøjelige til at blive væk fra kurset, hvis de er startet med at ryge igen. Dette kan undgås ved, at rygestopinstruktøren ved første møde understreger over for patienterne, at de fleste rygestopforløb indebærer tilbagefald.

14.2.7 Psykosocial støtte

Den strukturerede psykosociale intervention i Hjerterehabiliteringen omfatter individuel terapeutisk samtale, gruppeintervention, behandling af angst og depression, døgn-åben telefon samt social støtte, som beskrevet i kapitel 9.

Patientens kriseforløb kan forkortes væsentligt, hvis patienten tidligt i forløbet får mulighed for at tale med en behandler om sin situation. Dette kræver, at det tværfaglige behandlerteam har et grundigt kendskab til kriseforløb og krisehåndtering.

En del patienter i Hjerterehabiliteringen vil blive henvist til nærmere vurdering hos psykiateren. Det kan være en svær opgave at fortælle patienten, at han bør vurderes af en psykiater. Patienten vil ofte blive bekymret og forsvare sig med, at hans situation ikke er så alvorlig, og at han ikke opfatter sig selv som psykisk ustabil. Det er derfor vigtigt at understrege over for patienten, at mange mennesker i forbindelse med akut sygdom rammes af angst og depression, og at dette kan og skal behandles på lige fod med de øvrige følgetilstande til hjertesygdom.

De uformelle samtaler mellem patient og behandler og patienterne imellem spiller en vigtig rolle i den psykosociale støtte. Middagen i forbindelse med den praktiske madlavning har et vigtigt socialt aspekt, og under den fysiske træning bliver patienterne

rystet sammen i en sådan grad, at flere af holdene har fortsat gruppetræningen på eget initiativ efter afslutning af forløbet i Hjerterehabiteringen. I fremtiden bør Hjerterehabiteringen støtte videreførelsen af disse selvdannede grupper med henblik på fortsat psykosocial støtte og vedligeholdelse af træningen i fase III.

Man bør være opmærksom på, at pårørende kan udvise samme reaktionsmønster som patienten, og at patient og pårørende kan påvirke hinanden negativt. Det hænder, at de pårørende reagerer mere voldsomt på sygdommen end patienten selv. Flere patienter fortæller, at den pårørende bliver bange og utryg i forbindelse med dagligdags aktiviteter, som patienten tidligere har udført uden problemer. Det er vigtigt at inddrage de pårørende i undervisningen og de individuelle samtaler, eventuelt efter at patienten har haft mulighed for på egen hånd at affinde sig med sin nye rolle.

I evalueringen af behandlingstilbuddet lægger patienterne stor vægt på, at der er døgndækket telefonisk adgang til Hjerterehabiteringen. Den betydning, patienterne tillægger denne funktion, står i modsætning til, at telefonen sjældent benyttes uden for Hjerterehabiteringens åbningstid. Implementeringen af en døgndækket telefonlinje kræver meget få ekstra ressourcer i forhold til den tryghed, det skaber hos patienterne.

Det har haft stor betydning for den samlede hjerterehabiteringsindsats, at socialrådgiveren har deltaget i den tværfaglige konference og har bistået med rådgivning om mulighed for sociale støtteforanstaltninger. Behandlerteamet vurderer, at det er en uoverkommelig opgave at sætte sig ind i dette område, da lovgivning og praksis ofte ændres.

Supplerende diabetesmodul

14.2.8

Diabetesmodulet i Hjerterehabiteringen omfatter screening for T2DM, individuelle diabetesamtaler, holdundervisning og temamøde om prædiabetes/nedsat glukosetolerance (IGT) som beskrevet i kapitel 11. Ved den systematiske screening for T2DM i Hjerterehabiteringen har vi fundet et overraskende stort antal patienter med nyopdaget T2DM (5). Screening for T2DM kan gennemføres uden større problemer i et hjerterehabiteringsforløb. De logistiske problemer, der ofte anføres som en forhindring, har vi i Hjerterehabiteringen afhjulpet med et computerbaseret hjælpeprogram.

Det er velkendt, at patienter med T2DM er mere syge end ikke-diabetikere. I efterbehandlingen skal patienterne derfor følges tættere og behandles mere intensivt for at opnå de stramme behandlingsmål. Dette medfører ofte en øget grad af polyfarmaci, hvilket skaber problemer med compliance.

Livsstilsintervention er for patienter med T2DM en endnu større omvæltning end for ikke-diabetikere. For eksempel må patienter med T2DM, som alle andre, være forbedret på en mindre vægtøgning i forbindelse med rygestop. Hvis patienten samtidig opstartes i, eller man øger omfanget af visse antidiabetiske præparater, vil han ofte

opleve en yderligere vægtøgning, hvilket gør det sværere at fastholde et rygestop. Hjerterpatienterne vælger i øvrigt ofte efter anbefaling at nedsætte indtaget af fedt og søde sager og øge indtaget af frugt, men for patienter med T2DM er der også begrænsninger på frugtindtaget.

Seksuelle problemer er velkendt hos patienter med T2DM. Rejsningsproblemer kan dog med succes afhjælpes medikamentelt. Det er vigtigt, at behandleren diskuterer seksuelle problemstillinger med både de kvindelige og de mandlige patienter.

I Hjerterehabiliteringen har vi bestræbt os på at efterleve de fastlagte behandlingsmål for glykæmisk kontrol. Det har imidlertid været meget svært at nå målet og at fastholde patienterne på det optimale niveau over 12 måneder. Det kræver meget tæt opfølgning og løbende efteruddannelse af behandlerteamet, hvis behandlingsmålet skal nås og fastholdes.

14.2.9 Samarbejde med primær sektor

Generelt har der ikke været særlige tiltag i forhold til styrkelse af samarbejdet med primær sektor, udover rutinemæssig afsendelse af epikriser i forbindelse med afslutning af patienterne ved 12 måneders kontrollen hos lægen. Desuden bliver egen læge i det tidsmæssigt lange forløb informeret om medicinændringer via patientens medicinskema.

Der er stor risiko for tab af de opnåede behandlingseffekter i forbindelse med skift mellem sektorer; ligeledes er der risiko for, at patienterne oplever manglende kontinuitet i patientforløbet.

I fremtiden vil der være behov for at fokusere på samarbejdet med primær sektor, så patienterne sikres et sammenhængende patientforløb, og de opnåede behandlingseffekter bevares.

14.3 ORGANISERING

14.3.1 Tværfaglig organisering og opgaveløsning

Arbejdet i Hjerterehabiliteringen er tilrettelagt med udgangspunkt i grundprincipperne om tværfaglighed og helhedsorienteret behandlingsideologi, som beskrevet i kapitel 12.

Indsatsen optimeres, når de forskellige faglige tilgange og kompetencer anvendes i et sammenhængende forløb med koordinering af opgaveløsning. Det kan imidlertid være overordentligt svært at praktisere tværfagligt samarbejde. En forudsætning er fælles definitioner i afdelingen.

Det tværfaglige behandlingsforløb stiller meget høje krav til det monofaglige niveau. Sikres monofagligheden ikke gennem ansættelse og uddannelse af højt kvalificerede medarbejdere, er der en risiko for, at den tværfaglige gruppe får en multidisciplinær tilgang, hvilket vil sige, at alle kan lidt af det hele, hvormed den professionelle tilgang forsvinder. Projektet har synliggjort vigtigheden af fortsat monofaglig videreuddannelse samtidig med videreuddannelse og specialtræning inden for hjerterehabiliteringsområdet, med henblik på at sikre et højt fagligt niveau inden for alle komponenter i behandlingen.

Det kan være svært for behandleren at efterleve dobbeltkravet om monofaglighed og tværfaglighed. I en diskussion om behandlingsstrategi vil den profession, som historisk har opnået den højeste status, her lægen, ofte få det sidste ord, da det samlede behandler-team er opdraget i en kultur, hvor det er lægen, der fastlægger behandlingen. Kravet om dialog betyder, at diskussionen om monofaglighed og tværfaglighed nødvendigvis må fylde meget, og velkendte loyalitetsbindinger til egen faggruppe kommer under stærkt pres. Det tværfaglige samarbejde er en proces, der kræver stadig opfølgning og supervision, ikke mindst fordi der løbende bliver ansat nyt personale med nye værdier i Hjerterehabiliteringen.

Tværfaglighed stiller store krav til de ledelsesmæssige prioriteringer og det ledelsesmæssige overblik i forhold til et sammenhængende patientforløb med hensyn til involveringen og koordineringen af de forskellige typer af faglighed, samtidig med at monofagligheden skal fastholdes og udvikles.

Det er vigtigt i forbindelse med både ansættelse af personalet og prioriteringen af personalets arbejdstilrettelæggelse, at der sikres fælles holdninger til deltagelsen i det tværfaglige samarbejde omkring såvel den konkrete opgaveløsning som det organisatoriske, koordinerende arbejde.

Der kan især opstå samarbejdsproblemer i forbindelse med følgende situationer: usikkerhed om opgaveløsning, uenighed om hvem, der skal gøre hvad, uenighed om mål og vurderingskriterier, forskelle i personalets involvering i afdelingen og forskelle i personalets ønske om ledelses- og samarbejdsform. I den fremtidige organisering er det vigtigt ledelsesmæssigt at tage stilling til og involvere medarbejderne aktivt i disse problemstillinger og fastlægge en struktur for disse.

Fælles elektronisk patientjournal

Hjerterehabiliteringsteamet har i hele forløbet arbejdet med en fælles elektronisk patientjournal (EPJ), som er en af hjørnestenene i den tværfaglige opgaveløsning. Implementeringen af EPJ blev uforudset et projekt i projektet og krævede mange personaleressourcer. Som man har erfaret i andre sammenhænge (6), har indførelsen af EPJ medført en række organisatoriske konsekvenser og rejst et behov for redefinering af de enkelte faggruppers roller og funktioner. Vores erfaring er, at en succesfuld implementering af EPJ i højere grad stiller krav til kulturen i organisationen end til selve software-

I4.3.2

systemet. I Hjerterehabiliteringen blev EPJ indført i forbindelse med en grundlæggende omlægning af behandlingsorganisationen. Det viste sig trods alt at være et gunstigt tidspunkt for en så gennemgribende forandring af kendte arbejdsgange, da der i behandlerteamet var en meget stor åbenhed og forandringsvillighed.

Det har vist sig at være afgørende for koordineringen af et tværfagligt patientforløb, at der er et klart fælles informationsgrundlag, der bygger på en fælles systematisk informationsindsamling. Endelig er det fælles informationsgrundlag en væsentlig forudsætning for kvalitetssikringen af det sammenhængende patientforløb.

Patienterne er aktivt involveret i anvendelse af EPJ i Hjerterehabiliteringen, og patienterne bliver fra starten introduceret til EPJ ved den indledende samtale med lægen, hvor de oplyses om, at de er velkomne til at læse med og kommentere journalnotaterne. Vi har erfaret, at langt de fleste patienter føler sig trygge ved denne form og meget interesseret følger med, hvilket svarer til erfaringerne fra anvendelse af EPJ i almen praksis. Vi har dog også oplevet, at enkelte, især ældre patienter, har givet udtryk for usikkerhed vedrørende behandlingsindsatsen på grund af den fraværende papirjournal.

14.3.3 Fysiske rammer

Samtlige behandlingskomponenter er i dag fysisk samlet i Hjerterehabiliteringen. Den fysiske samling spiller en meget stor rolle for det tværfaglige samarbejde, da den daglige, uformelle kontakt giver faggrupperne mulighed for at udveksle erfaringer. Desuden mindskes kulturelle barrierer for samarbejde ved den daglige kontakt.

Ved etableringen af Hjerterehabiliteringen blev der lagt vægt på, at der skulle være adgang til bade faciliteter, som udgør en stor omkostning i forbindelse med indretning. Det har dog efterfølgende vist sig, at kun få patienter benytter sig af bade faciliteterne.

Det har haft stor betydning, at køkkenet er indrettet, så det kan anvendes til såvel teoretisk som praktisk undervisning. De ældre patienter og hjertesvigtpatienterne kan have svært ved at stå op under hele madlavningen, og disse patienter har stor glæde af, at der er blevet indkøbt ergonomisk indstillelige skamler. Det er af afgørende betydning, at der i køkkenindretningen tages højde for, at mange af patienterne i et hjerterehabiliteringsforløb er overvægtige og har brug for mere plads end normalvægtige.

Hjerterehabiliteringen blev etableret i nogle velegnede lokaler, som imidlertid havde dårlige adgangsforhold. I akutte situationer er det vigtigt, at adgangsforholdene lever op til gældende standarder for handicappede, dels af hensyn til sikkerhed, dels i forhold til gruppen af patienter, som har svær funktionsnedsættelse.

REFERENCER

- (1) Hjerteforeningen, DCS. Rehabilitering af hjertepatienter – retningslinjer. Hjerteforeningen, DCS, editors. Hjerteforeningen, 1997.
- (2) DCS. Akut koronart syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Hildebrandt P, Gøtzsche CO, editors. Ugeskrift for læger. Klaringsrapport. 2001;(3):1-28.
- (3) 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.
- (4) Videbaek J, Madsen M. Hjertestatistik 2000-2001. Hjerteforeningen og SIF, 2002.
- (5) Soja AM, Zwisler ADO, Melchior T, Hommel E. Abnormal glucose metabolism among patients attending cardiac rehabilitation. The DANSUK study. AACVPR . 2003.
- (6) Svenningsen S. Electronic patient records and medical practice. Reorganization of roles, Responsibilities, and Risks. København: CBS, 2003.

FREMTIDIGE UDFORDRINGER

Læge Ann-Dorthe Zwisler

INTRODUKTION

15.1

Ud fra videnskabelige undersøgelser og vores erfaringer er hjerterehabilitering et centralt område i den fremtidige samlede indsats i behandling og forebyggelse af hjertesygdom. Vi har med gennemførelsen af projektet taget initiativ til at styrke og udvikle dette område. Vi er kommet et godt stykke ad vejen, men der mangler fortsat videreudvikling.

Gennemførelsen af projektet har givet anledning til overvejelser om mere grundlæggende forhold inden for hjerterehabiliteringsområdet. I dette kapitel videregives hjerterehabiliteringsteamets subjektive overvejelser om det sammenhængende hjerterehabiliteringsforløb, det tværsektorielle samarbejde og uddannelseskrav i fremtiden.

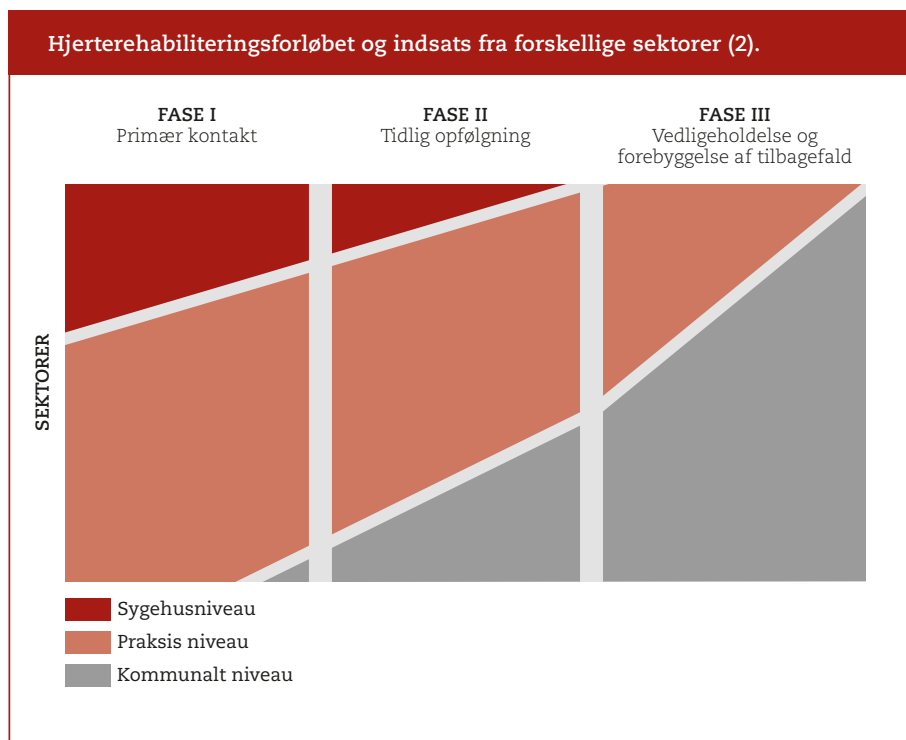
DET SAMMENHÆNGENDE HJERTEREHABILITERINGSFORLØB

15.2

Patientforløbet inden for hjerterehabiliteringen udgøres ikke alene af indsatsen i Hjerterehabiliteringen men kan inddeles i 3 faser, der afløser hinanden i et kontinuerligt, kronologisk forløb. Hver fase har sine karakteristika med hensyn til formål, indhold og aktører (1)¹.

Fase I er den indledende fase, hvor sygdom og behandlingsbehov opstår, diagnosen stilles, akut behandling iværksættes, prognosen for tilstanden vurderes, og efterbehandlingsforløbet planlægges. Fase II kan karakteriseres som den tidlige efterbehandlingsfase, hvor rehabilitering iværksættes og opfølgning varetages. Fase III er den sene efterbehandlingsfase, hvor de iværksatte tiltag vedligeholdes, og tilbagefald forebygges.

¹ Hjerterehabiliteringsforløbet kan også inddeles i 4 faser. Vi har valgt at anvende definitionen fra *The European Society of Cardiology Working Group on Cardiac Rehabilitation*.



Forløbet vil oftest være baseret på indsatser fra flere aktører i forskellige sektorer, og det er afgørende, at hjerterehabiliteringsforløbet af patienten opfattes som logisk og sammenhængende.

15.2.1 Hjerterehabiliteringsforløbet

Fase I

En optimal hjerterehabiliteringsindsats i den første fase og en efterfølgende systematisk visitering til fase II er forudsætningen for et vellykket fase II-hjerterehabiliteringsforløb i hospitalsregi.

Erfaringerne fra Hjerterehabiliteringen har vist, at den systematiske vurdering og visitering udpeger en stor gruppe af hjertepatienter og højrisikopatienter, som har behov for en systematisk rehabiliteringsindsats. Erfaringerne fra Hjerterehabiliteringen har imidlertid også vist, at det ikke er alle patienter, der ønsker eller er egnede til et hjerterehabiliteringsforløb i ambulant hospitalsregi. Især den ældre gruppe af patienter og patienter med hjertesvigt har svært ved at overskue deltagelsen i et længerevarende forløb med mange besøg på hospitalet.

Der er i dag meget begrænsede muligheder for at tilbyde patienter med behov for hjerterehabilitering et alternativ til en hospitalsbaseret ambulans behandling, eksempelvis hjemmebaseret hjerterehabilitering, eller som i andre lande fase II-rehabilitering under indlæggelse.

Fase II

Gentagne kortlægninger af hjerterehabiliteringsindsatsen har vist, at der eksisterer et behov for udbygning af de ambulante fase II-hjerterehabiliteringsprogrammer på landets sygehuse (3-7). Med hjerterehabiliteringsprojektet på Bispebjerg Hospital har vi vist, at det er muligt at organisere en ambulans efterbehandling, der efterlever de gældende retningslinjer for hjerterehabilitering (8-10).

Det er hjerterehabiliteringsteamets erfaring, at tværfagligheden fordrer en anden organisatorisk opbygning end den traditionelle, hierarkiske sygehus- og afdelingsstruktur, der i højere grad understøtter den specialiserede monofaglige kultur. Udfordringen i fremtiden bliver derfor at udvikle et organisatorisk design og en ledelsesform for rehabilitering, der i højere grad understøtter den tværfaglige opgaveløsning og kontinuiteten i patientforløbene på tværs af traditionelle faggrupper og -kulturer, samtidig med at organisationen skal sikre opretholdelsen af et højt monofagligt niveau.

Et alternativ til hospitalsbaseret fase II-hjerterehabilitering er hjemmebaseret hjerterehabilitering, som har vist sig at være lige så effektiv som hospitalsbaserede programmer (11-15). Hjemmebaseret hjerterehabilitering fordrer imidlertid, at der eksisterer velfungerende hospitalsbaserede programmer, hvorfra personalet har udgående funktion eller kan hente erfaring og ekspertise. Der er behov for at udvikle og indhøste erfaringer med hjemmebaseret hjerterehabilitering i Danmark, så hjerterehabiliteringen i fremtiden kan nå ud til en bredere målgruppe end blot de relativt velfungerende patienter, som er i stand til at deltage i de hospitalsbaserede programmer.

Fase III

Ved afslutning af fase II-hjerterehabilitering har det stor betydning, at patienten kan viderehenvises til et velfungerende fase III-tilbud med henblik på at fastholde de opnåede effekter af indsatsen.

Ud fra de praktiske erfaringer i Hjerterehabiliteringen og fra kortlægningsundersøgelsen om hjerterehabiliteringsindsatsen ved vi, at fase III-hjerterehabiliteringstilbuddene er meget sparsomme i Danmark (3). Der er i Danmark, som i andre lande, et tvingende behov for udbygning af fase III- hjerterehabilitering. Kommunale sundhedscentre, som aktuelt debatteres i Danmark, har været foreslået som et bud på udbygning af fase III-hjerterehabilitering i lokalområderne i andre europæiske lande (16).

15.2.2 Tværsektorielt samarbejde

Inden for de seneste år har der været en stigende opmærksomhed på, at overgangen mellem faserne² er særligt sårbar på grund af manglende koordinering mellem aktører og indsatser (17). Problemet er ikke alene, at det tværsektorielle samarbejde, eller manglen på samme, ikke understøtter et optimalt forløb. Problemet er væsentligst, at et ikke velfungerende tværsektorielt samarbejde forringer en ellers god indsats inden for de enkelte faser og sektorområder.

Det har vist sig at være en svær opgave at sikre et sammenhængende og optimalt patientforløb i Hjerterehabiliteringen. Opgaven bliver yderligere besværliggjort, når det sammenhængende forløb skal sikres på tværs af de forskellige sektorer. Et væsentligt element i sikringen af det tværsektorielle samarbejde er visiteringen. Det er centralt, at der sikres klare retningslinjer for visiteringsprocedurer, og at der etableres et fælles ansvar for gennemførelsen af visiteringen på tværs af sektorerne. Det er hjerterehabiliteringsteamets overbevisning, at det tværsektorielle samarbejde ville kunne forbedres væsentligt i fremtiden; aktuelle modeller for styrkelse af samarbejde som Shared Care og Sundhedscentre er konkrete bud herpå.

15.3 UDDANNELSE AF PERSONALE

En af de væsentligste erfaringer, hjerterehabiliteringsteamet har gjort, er, at tværfagligheden skal være baseret på et højt monofagligt niveau hos de involverede faggrupper, samtidig med at tværfagligheden skal være funderet på en grundlæggende gensidig respekt for de enkelte involverede faggrupper.

Et afgørende element i realiseringen af ovenstående er etableringen af en egentlig uddannelse inden for hjerterehabiliteringsområdet. I fremtidens uddannelse, herunder speciallæge i kardiologi, bør kendskab til og håndtering af hjerterehabilitering ligeledes være et krav. Skal et højt fagligt niveau sikres, forudsætter det, at grunduddannelsen og videreuddannelsen understøtter dette gennem veldokumenterede metoder, indsatstyper, dokumentation og evalueringer inden for eget fagområde. Grundlæggende antagelser om sammenhængende patientforløb og om nødvendigheden af det tværfaglige samarbejde inden for forskellige typer af indsatsområder skal skabes og profileres i forbindelse med både grunduddannelsen og videreuddannelsen, hvis hjerterehabilitering skal implementeres succesfuldt i fremtiden.

15.4 AFSLUTNING

Der findes i dag solid dokumentation for effekten af integreret hjerterehabilitering (18-23), og der er bred faglig og politisk/administrativ enighed om, at indsatsen har en

² Benævnes i den engelsksprogede litteratur "transitionzones".

plads i behandlingen (8-10;24-29). På trods af denne enighed foreligger de efterlyste konkrete nationale, regionale og lokale implementeringsplaner for indsatsen (30) endnu ikke i Danmark.

Med Hjerterehabiliteringsprojektet har vi vist, at det er muligt at organisere ambulante hjerterehabilitering i sygehusregi efter gældende retningslinjer (8-10), og med denne bog leverer vi et bud på en implementeringsplan, der forhåbentlig kan være til gavn for sundhedspersonale og sundhedsplanlæggere, som arbejder med hjerterehabilitering. Det er vores håb, at denne indsats vil komme landets hjertepatienter til gode, så alle patienter med behov vil få tilbud om hjerterehabilitering i fremtiden.

REFERENCER

- (1) 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.
- (2) Olsen AD, Degn L, Sigurd B. Hjerterehabilitering og – forebyggelse på Bispebjerg Hospital. 1997.
- (3) Zwisler ADO, Traeden UI, Videbaek J, Madsen M. Implementing cardiac rehabilitation services in Denmark – room for expansion. Poster NCC 2003.
- (4) Videbaek J, Madsen M. Hjertestatistik 2000-2001. Hjerteforeningen og SIF, 2002.
- (5) Videbaek J, Madsen M. Hjertestatistik 1999. Hjerteforeningen og SIF, 1999.
- (6) Brinksby L. A questionnaire study on cardiac rehabilitation at Danish hospitals. Nordic Conference on Cardiac rehabilitation IV. 1996.
- (7) Hjerteforeningen. Hjerteforeningen. Kardial rehabilitering i Danmark 1994. Hjertenyt 1994.
- (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 Referen-ceprogrammer, Sfr. 2002.
- (11) Arthur HM, Smith KM, Kodis J, McKelvie R. A controlled trial of hospital versus home-based exercise in cardiac patients. *Med Sci Sports Exerc* 2002; 34(10):1544-1550.
- (12) Collins L, Scuffham P, Gargett S. Cost-analysis of gym-based versus home-based cardiac rehabilitation programs. *Aust Health Rev* 2001; 24(1):51-61.
- (13) Frasure-Smith N, Lesperance F, Prince RH, Verrier P, Garber RA, Juneau M et al. Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet* 1997; 350(9076):473-479.
- (14) Imich J. Home-based cardiac rehabilitation. *Nurs Times* 1997; 93(50):48-49.
- (15) Miller NH, Warren D, Myers D. Home-based cardiac rehabilitation and lifestyle modification: the MULTIFIT model. *J Cardiovasc Nurs* 1996; 11(1):76-87.
- (16) Marquez-Calderon S, Villegas PR, Briones Perez De La Blanca, Sarmiento Gonzalez-Nieto V, Reina SM, Sainz H, I et al. Incorporation of cardiac rehabilitation programs and their characteristics in the Spanish National Health Service. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56(8):775-782.
- (17) McCall Cosmos P. The New Infrastructure for Cardiac Rehabilitation Practice. In: Wenger N, Smith L, Sivaranjan Freolicher E, McCall Comoss P, editors. *Cardiac Rehabilitation. A Guide to Practice in the 21st Century*. New York, Basel: Marcell Dekker, Inc., 2003.
- (18) 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).

- (19) Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001; 345(12):892-902.
- (20) McAlister FA. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *BMJ* 2001;957-961.
- (21) Campbell NC, Thain J, Deans HG, Ritchie LD, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: randomised trial of effect on health. *BMJ* 1998; 316(7142):1434-1437.
- (22) Stewart KJ, Badenhop D, Brubaker PH, Keteyian SJ, King M. Cardiac rehabilitation following percutaneous revascularization, heart transplant, heart valve surgery, and for chronic heart failure. *Chest* 2003; 123(6):2104-2111.
- (23) 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).
- (24) Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 1999.
- (25) Sund hele livet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
- (26) KL, Amtrådsforeningen, Finansministeriet. Udfordringer og muligheder – den kommunale økonomi frem mod 2010. Schultz Information, 2002.
- (27) Klarlund Pedersen B, Saltin B. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.
- (28) Sundhedsstyrelsens Hjertefølgegruppe. Det fremtidige behov for revaskulariserende behandling af iskæmisk hjertesygdom – herunder PCI-behandling. Notat. København, Sundhedsstyrelsen, 2003.
- (29) Larsen M.L., Sjøel A, Videbæk J. Hjerterehabilitering på sygehuse. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og DCS, 2003.
- (30) 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.

EFTERSKRIFT

Hjerterehabilitering er integreret i Hjerterafdelingens patientforløb og starter ved indlæggelsen. Patienter med hjertekrampe, hjertepumpesvigt, hjerteblodprop og patienter i høj risiko for at udvikle iskæmisk hjertesygdom bliver straks informeret om betydningen af tobaksrygning, kost, fedme, motion, blodtryk og sukkersyge. Og der tages under indlæggelsen hånd om patientens psykiske reaktion på akut sygdom. Imidlertid er indlæggelsesforløbene i dag så korte – ofte under 4-5 dage – at det ikke er muligt at nå at informere om og iværksætte livsstilsændringer og få indsigt i patientens aktuelle fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau. Mange patienter er så akut syge, at de ikke er i stand til at modtage og forstå de mange informationer og aktiviteter.

Når informationerne om livsstilsfaktorer er så vigtige, er det fordi ændringer i livsstilen er den væsentligste faktor for at undgå tilbagefald med forværring af sygdomme, genindlæggelser og nye blodpropper. Sikring og optimering af patientens funktionsniveau fysisk, psykisk og socialt er forudsætningen for tilbagevenden til et normalt liv efter sygdommen, og dermed en bedre livskvalitet.

Hjerterehabiliteringen med læger, sygeplejersker, sekretærer, fysioterapeuter og diætister, med tæt kontakt til socialrådgiver og psykiater, har medført, at der nu er etableret mulighed for at påvirke livsstilsfaktorer og funktionsniveau på længere sigt for patienter indlagt på Hjerterafdelingen, Bispebjerg Hospital. Hjerterehabiliteringsteamet har medvirket til et helhedssyn på patienterne og til, at der har kunnet skabes et kontinuerligt patientforløb for hjertepatienter; et helhedssyn, som har haft afsmittende effekt på holdningen i afdelingen.

International forskning har vist, at man kun påvirker risikoprofilen og funktionsniveauet ved en fokuseret og holistisk indsats, hvor alle aspekter af rehabiliteringen vurderes samtidigt, mod tidligere at vurdere hver enkelt faktor for sig. Der er i Hjerterehabiliteringen skabt et frugtbart forskningsmiljø, så der også fremover vil være basis for udvikling og tilpasning af indsats og tilbud til patienterne.

Hjerterehabiliteringen er kommet for at blive.

Jørgen Fischer Hansen
Klinikchef, dr. med.

Karin Højgaard Jeppesen
Klinikoversygeplejerske

Oktober 2003
Kardiologisk klinik
Medicinsk Center
H:S Bispebjerg Hospital

4

BILAG OG ORDLISTE
