

1

RATIONALE

INTRODUKTION

Læge Ann-Dorthe Zwisler

Hjerterehabilitering er i dag rettet mod patienter med iskæmisk hjertesygdom¹, hjer-tesvigt¹ og patienter med høj risiko for at udvikle iskæmisk hjertesygdom¹ (1).

Formålet med hjerterehabilitering er på kort sigt at stabilisere hjertesygdommen, be-grænse de fysiske og psykiske følger af hjertesygdom, forbedre funktionsniveauet og højne patientens livskvalitet. De langsigtede mål er at reducere patientens samlede risiko for hjertesygdom, bremse progression af hjertesygdom og endelig at reducere sygelighed og død (1).

Disse mål kan ifølge den foreliggende dokumentation bedst realiseres gennem inte-grerede hjerterehabiliteringsprogrammer baseret på fysisk træning, patientuddannel-se, livsstilsintervention og risikofaktorkontrol samt psykosocial støtte og optimering af symptomatisk behandling. Medikamentel behandling udgør en væsentlig del af den samlede efterbehandling (1).

SUNDHEDSMÆSSIGE GEVINSTER

I . I

Internationale studier har vist, at integreret hjerterehabilitering kan bidrage med betydelige sundhedsmæssige effekter blandt patienter med iskæmisk hjertesygdom (2-7).

Resultater fra internationale undersøgelser viser endvidere, at integreret hjertereha-bilitering er sundhedøkonomisk omkostningseffektiv (8-11). Dokumentationen for de enkelte komponenter af hjerterehabiliteringen er beskrevet i kapitel 5-11.

¹ Definition af sygdomsgruppen fremgår af ordlisten bagerst i bogen.

Sundhedsmæssige gevinster ved hjerterehabilitering

Reduktion i total dødelighed (31%)
 Reduktion i antallet af indlæggelser (16%-36%)
 Reduktion i symptomer på hjertesygdom
 Varige livsstilsændringer (rygning, kost og motion)
 Forbedring af patientens helbredsrelaterede livskvalitet
 Fysisk funktionsforbedring

I.2 RETNINGSLINJER OG ANBEFALINGER

I 1997 udgav Dansk Cardiologisk Selskab og Hjerteforeningen kliniske retningslinjer for rehabilitering af hjertepatienter (12). De danske retningslinjer ligger tæt op ad de gældende internationale anbefalinger (1;13;14). Hjerterehabiliteringens plads i behandlingen af patienter med iskæmisk hjertesygdom er efterfølgende blevet understreget fagligt (15-17) og politisk/administrativt (18-22). Imidlertid er implementeringen af integreret hjerterehabilitering på de danske sygehuse i dag langt fra fuldført (23;24).

I.3 FRA IDE TIL PROJEKT

I 1997 havde kun få danske sygehuse tilbud om hjerterehabilitering, som levede op til de nyudgivne retningslinjer (25;26). Ledelsen ved Kardiologisk afdeling på Bispebjerg Hospital nedsatte i foråret 1997 en tværfaglig arbejdsgruppe², som skulle vurdere, om efterbehandlingstilbuddet på afdelingen levede op til retningslinjerne. Arbejdsgruppen påpegede et behov for at omorganisere det eksisterende efterbehandlingstilbud og udarbejdede en lokal rapport om omorganiseringen (27). Rapporten blev positivt modtaget af afdelingsledelsen, sygehusledelsen og eksterne samarbejdspartnere. Det blev prioriteret højt at evaluere omorganiseringen, da der er sparsomme danske erfaringer med hjerterehabilitering. Et 3 årigt projekt³ blev igangsat med støtte fra fonde og forskningspuljer⁴.

I.4 LÆSEVEJLEDNING

Denne bog er en praktisk vejledning i organisering og udbygning af et hjerterehabiliteringsprogram. Bogen beskriver, hvordan arbejdet i dag er tilrettelagt i Hjerterehabi-

² Arbejdsgruppens sammensætning fremgår af bilag 1.

³ På hjemmesiden www.Hjerterehabilitering.dk findes en beskrivelse af projektet.

⁴ Oversigt over projektets sponsorer findes i bilag 3.

literingen, det rationale der ligger til grund for indsatsen, og de erfaringer personalet har gjort med udvikling og implementering af programmet. Erfaringerne er baseret på behandling af knap 400 patienter, som har fået tilbudt hjerterehabiliteringsprogrammet, hvoraf hovedparten har modtaget det fulde program.

Målgruppen for bogen er sundhedsprofessionelle og sundhedsplanlæggere, som arbejder med hjerteområdet eller rehabiliteringsområdet. Herudover henvender bogen sig til medicin- og sundhedsuddannelserne.

Bogen er inddelt i 3 sektioner: Rationale, Arbejdsmetode og Erfaringer. Kapitel 2, som omhandler nøglebegreberne i Hjerterehabiliteringen, introducerer komponenterne i efterbehandlingen, som beskrives i anden sektion. I tredje sektion beskrives erfaringerne med arbejdsmetoden.

Kapitel 11 om diabetes mellitus type 2 (T2DM) er meget omfangsrigt, da der i Hjerterehabiliteringen har været særlig fokus på dette område som led i et ph.d.-studium⁵.

Vi har tilstræbt at benytte den nyeste viden på området og refererer i det væsentligste til de nyeste relevante oversigts- og originalarbejder. Kapitlerne i bogen er udformet, så de kan læses selvstændigt; der kan derfor forekomme overlapninger. Efter hvert kapitel findes en referenceliste.

Bogen er udarbejdet af hjerterehabiliteringsteamet i fællesskab⁶. De enkelte kapitler er primært skrevet af enkelte bidragsydere, mens redaktionsgruppen har varetaget sammenskrivningen og ensretningen af teksten. Materiale, som har været anvendt i undervisningen, interviewguides, funktionsbeskrivelser m.m. er gjort tilgængeligt på nettet til inspiration for andre i det kliniske og administrative arbejde. Af pladshensyn er materialet ikke trykt i bogen men findes på:

www.Hjerterehabilitering.dk

Højrisikopatienter defineres i bogen som patienter i risiko for at udvikle hjertesygdom. Inden for rehabiliteringsområdet bruges forskellige betegnelser for den person, som har brug for rehabilitering⁷. Vi har valgt at bruge ordet "patient", da hjerterehabilitering i denne sammenhæng er en del af det samlede patientforløb i sygehusregi. Vi bruger også ordet "patient" om personer i høj risiko for at udvikle hjertesygdom. Fælles for disse personer er, at de har været indlagt på en hjerteafdeling på grund af symptomer, som har forårsaget indlæggelse.

⁵ Læge Anne Merete Boas Sojas ph.d.-studium om "Intensiv hjerterehabilitering af diabetes-patienter". Bispebjerg Hospital/Københavns Universitet. Forventes afsluttet april 2005.

⁶ Oversigt over forfattergruppen findes i bilag 5.

⁷ Ord som "patient", "bruger" og "klienter" bruges i forskellige sammenhænge inden for rehabiliteringsområdet.

De involverede fagpersoner kaldes sundhedsprofessionelle eller behandlere. Ordet “hjerterehabiliteringsteamet” omfatter alle medarbejderne i Hjerterehabiliteringen, mens “behandlerteamet” alene dækker behandlerne. Vi har valgt at bruge “han” om patienten og “hun” om behandleren.

I bogen benyttes almindeligt kendte ord og forkortelser, som anvendes inden for kardiologien. Mindre kendte ord og forkortelser forklares i ordlisten bagerst i bogen ⁸.

Hjerterehabiliteringen med stort H refererer til Hjerterehabiliteringsenheden på Kardiologisk afdeling på Bispebjerg Hospital, mens hjerterehabiliteringen med lille h henviser til området som helhed. Endelig bruges nutid i bogen, selvom der refereres til et projekt, der afsluttes januar 2004.

Projektets forløb og udviklingsproces er beskrevet i en rapport (28), og resultaterne fra evalueringen publiceres særskilt i videnskabelige artikler og afhandlinger, som også leverer en systematisk litteraturgennemgang.

⁸ Der henvises til gængse opslagsværker inden for kardiologien samt medicinske ordbøger på nettet.

REFERENCER

- (1) 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.
- (2) 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).
- (3) Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001; 345(12):892-902.
- (4) McAlister FA. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *BMJ* 2001;957-961.
- (5) 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.
- (6) 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.
- (7) 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).
- (8) 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.
- (9) Lowensteyn I, Coupal L, Zowall H, Grover SA. The cost-effectiveness of exercise training for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *J Cardiopulm Rehabil* 2000; 20(3):147-155.
- (10) Ades PA, Pashkow FJ, Nestor JR. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil* 1997; 17(4):222-231.
- (11) Oldridge N, Furlong W, Feeny D, Torrance G, Guyatt G, Crowe J et al. Economic evaluation of cardiac rehabilitation soon after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1993; 72(2):154-161.
- (12) Hjerteforeningen, DCS. Rehabilitering af hjertepatienter – retningslinjer. Hjerteforeningen, DCS, editors. Hjerteforeningen. 1997.
- (13) 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.
- (14) 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.
- (15) DCS. Akut koronart syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Hildebrandt P, Gøtzsche CO, editors. *Ugeskrift for læger. Klaringsrapport*. 2001;(3):1-28.
- (16) 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.

- (17) Larsen M.L., Sjøel A, Videbæk J. Hjerterehabilitering på sygehuse. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og DCS. 2003.
- (18) Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 1999.
- (19) Sund hele livet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2002.
- (20) KL, Amtrådsforeningen, Finansministeriet. Udfordringer og muligheder – den kommunale økonomi frem mod 2010. Schultz Information, 2002
- (21) Klarlund Pedersen B, Saltin B. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.
- (22) Sundhedsstyrelsens Hjertefølgegruppe. Det fremtidige behov for revaskulariserende behandling af iskæmisk hjertesygdom – herunder PCI-behandling. Notat. København, Sundhedsstyrelsen. 2003.
- (23) Ischiel Træden U, Olsen Zwisler AD, Møller L, Tønnesen H. Forebyggelse på danske sygehuse. En kortlægning. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse. Bispebjerg Hospital. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2003.
- (24) Zwisler ADO, Traeden UI, Videbaek J, Madsen M. Implementing cardiac rehabilitation services in Denmark – room for expansion. Poster NCC 2003.
- (25) Hjerteforeningen. Kardial rehabilitering i Danmark 1994. Hjertenyt 1994.
- (26) Brinksby L. A questionnaire study on cardiac rehabilitation at Danish hospitals. Nordic Conference on Cardiac rehabilitation IV. 1996.
- (27) Olsen AD, Degn L, Sigurd B. Hjerterehabilitering og – forebyggelse på Bispebjerg Hospital. 1997.
- (28) Zwisler ADO. DANREHAB-studiet. Efterbehandlingstilbud til patienter udskrevet fra en hjerteafdeling. Status. Bispebjerg Hospital og Statens Institut for Folkesundhed. 2002.

Kapitel 2

GRUNDPRINCIPPER

Læge Ann-Dorthe Zwisler og Sygeplejerske Lone Schou

INTRODUKTION

Behandlingstilbuddet i Hjerterehabiliteringen på Bispebjerg Hospital er tilrettelagt ud fra en række grundprincipper, som tager udgangspunkt i de gældende retningslinjer (1-3) og er fastlagt af den tværfaglige arbejdsgruppe (4).

2.1

Grundprincipper i Hjerterehabiliteringen

- Bredt hjerterehabiliteringsbegreb
- Bred målgruppe
- Integreret behandlingstilbud
- Individuelt tilpasset forløb
- Inddragelse af pårørende
- Tværfaglig opgaveløsning
- Patientcentreret kommunikation
- Systematisk visitering

I dette kapitel defineres og uddybes grundprincipperne. Afslutningsvis skitseres lovgivningen og etiske aspekter ved hjerterehabilitering.

GRUNDPRINCIPPER

2.2

Bredt hjerterehabiliteringsbegreb

2.2.1

Hjerterehabilitering defineres af WHO som: *“Summen af aktiviteter, der er nødvendige for at sikre hjertepatienten bedst muligt fysisk, psykisk og social funktionsniveau med henblik på,*

at patienten ved egen indsats kan genvinde en personligt tilfredsstillende rolle i samfundet, og leve et aktivt liv” (5).

Forebyggelsesindsatsen kan inddeles i primær, sekundær og tertiær forebyggelse: *Primær forebyggelse*: at forhindre at sygdom overhovedet optræder; *sekundær forebyggelse*: at identificere patienter i høj risiko for udvikling af iskæmisk hjertesygdom og identificere symptomer og sygdom i tidlige stadier for derved at afkorte sygdomsforløb og medvirke til bedre prognose; *tertiær forebyggelse*: at forhindre tilbagefald af sygdom og forhindre kroniske tilstande, herunder funktionsnedsættelse som følge af sygdom (6).

Hos patienter med kendt hjertesygdom er der således tale om sekundær og tertiær forebyggelse. Begrebet tertiær forebyggelse og WHO's definition af rehabilitering er i høj grad sammenfaldende.

Da såvel sekundær som tertiær forebyggelse er kerneydelser i efterbehandlingen af hjertepatienter, har vi i Hjerterehabiliteringen arbejdet med et hjerterehabiliteringsbegreb, som dækker både rehabilitering og forebyggelse. Hermed har vi ønsket at slå fast, at hjerte- og rehabiliteringsprogrammet er et bredt funderet rehabiliteringsprogram, der er væsentligt mere omfattende og helhedsorienteret end tidligere rehabiliteringsprogrammer, som oftest har koncentreret sig om enkelte delelementer, for eksempel fysisk genoptræning og patientundervisning.

2.2.2 Bred målgruppe

Effekten af hjerterehabilitering er især dokumenteret blandt yngre blodpropsramte mænd (7), men resultaterne fra nyere studier viser, at effekten kan overføres til en bredere målgruppe:

Diagnosegrupper

Iskæmisk hjertesygdom: Hjerterehabilitering anbefales i dag til alle patienter, som har manifestation på iskæmisk hjertesygdom: Blodpropsramte patienter, patienter som har fået gennemført ballonudvidelse, patienter som har gennemgået en by-pass operation og patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom, som endnu ikke har fået tilbudt integreret efterbehandling (1;8-11).

Hjerteopererede: Patienter, som har gennemgået andre hjerteoperationer end by-pass operation og ballonudvidelse, eksempelvis ICD-implantationer (12;13), klapoperationer (14) og hjertetransplantationer (15), har ligeledes dokumenteret effekt af hjerterehabilitering, der tilrettelægges ud fra de særlige forhold ved grundsygdommen og indgrebet (11).

Hjertesvigt: Der findes i dag god dokumentation for, at fysisk træning er et velindiceret behandlingstilbud til patienter med hjertesvigt, som er symptomatisk velbehandlede (16;17), og de kliniske retningslinjer på hjerterehabiliteringsområdet anbefaler, at

hjertesvigtpatienter tilbydes integreret hjerterehabilitering efter samme principper som patienter med iskæmisk hjertesygdom (10;11).

Højrisikopatienter: I de seneste år har der været stigende opmærksomhed på vigtigheden af at forebygge udviklingen af hjertesygdom blandt højrisikopatienter, og disse ses i dag som målgruppe for hjerterehabilitering med vægt på livsstilsintervention og risikofaktorkontrol (10).

Tværgående grupper

Kvinder: Flere studier har vist, at kvinder opnår samme effekt af hjerterehabilitering som mænd (18-20), og de nationale og internationale guidelines understreger, at kvinder også bør deltage i rehabiliteringsprogrammer (1;8-10). På trods af anbefalingerne tyder undersøgelser på, at kvinder kun deltager halvt så meget som mænd i rehabiliteringsprogrammer (18;21-24). Det kan blandt andet skyldes, at færre kvinder bliver henvist til rehabilitering (25;26), og at kvinder oftest er ældre end mænd, når de rammes af hjertesygdom (27).

Ældre: Der findes dokumentation for, at hjerterehabilitering er lige så gavnlig for ældre som for yngre patienter (28;29). På trods af den foreliggende dokumentation for effekten af behandlingen viser internationale studier, at relativt færre ældre hjertepatienter bliver henvist til hjerterehabiliteringsprogrammer (25;26), og ældre er mere tilbøjelige til at takke nej til tilbuddet om hjerterehabilitering (22;30). På en del danske sygehusafdelinger er der en øvre aldersgrænse for deltagelse i hjerterehabilitering, typisk 70 år (31).

Etniske minoriteter: Der er i dag begrænset viden om effekten af hjerterehabilitering blandt patienter med anden etnisk baggrund end dansk (32). På trods af den manglende viden har det i projektet ikke været muligt at belyse dette vigtige emne på grund af manglende økonomi til tolkebistand.

På baggrund af den foreliggende dokumentation og de kliniske retningslinjer er behandlingen i Hjerterehabiliteringen rettet mod dansktalende mænd og kvinder i alle aldersgrupper med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og høj risiko for udvikling af iskæmisk hjertesygdom.

Målgruppe i Hjerterehabiliteringen

- Patienter med iskæmisk hjertesygdom
- Hjertesvigtpatienter
- Højrisikopatienter

Patienter, der ikke er i stand til at transportere sig selv, tilbydes transport til og fra Hjerterehabiliteringen.

2.2.3 Integreret behandlingstilbud

Hjerterehabiliteringsforløbet kan inddeles i 3 faser: under indlæggelse (fase I), den ambulante hjerterehabilitering i hospitalsregi (fase II) og den sene opfølgings- og vedligeholdelsesfase (fase III) (33)¹. Inden for de seneste år har der været en stigende opmærksomhed på, at overgangen mellem faserne² er særlig sårbar på grund af manglende koordinering mellem faser, aktører og indsatser med risiko for tab af de opnåede sundhedsgevinster (34).

Tilbuddet i Hjerterehabiliteringen er et fase II-program i hospitalsregi. Ifølge de gældende retningslinjer omfatter ambulant hjerterehabilitering i dag integrerede efterbehandlingsprogrammer med inddragelse af fysisk træning, patientuddannelse, livsstilsintervention og risikofaktorkontrol, psykosocial støtte og optimering af symptomatisk behandling (1;35;36). Anbefalingerne foreskriver imidlertid ikke vægningen af de enkelte elementer, eller hvorledes disse skal sammensættes. Forudsætningen for et vellykket fase II- hjerterehabiliteringsforløb er optimal udredning og akut behandling.

På baggrund af den foreliggende evidens arbejder vi i Hjerterehabiliteringen med 8 komponenter.

Kernekomponenter i Hjerterehabiliteringen

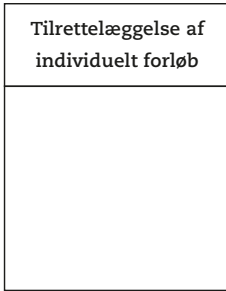
- Individuel tilrettelæggelse af hjerterehabiliteringsforløbet
- Patientundervisning
- Fysisk træning
- Støtte til kostomlægning
- Støtte til rygestop
- Psykosocial støtte, herunder døgnåben telefon
- Systematisk risikofaktorkontrol og klinisk opfølgning
- Supplerende diabetesmodul

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.

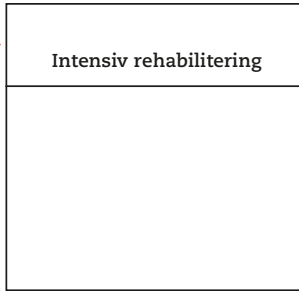
² Benævnes i den engelsksprogede litteratur "transition zones".

Patientforløb

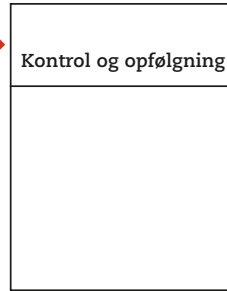
1 uge efter henvisning



6 (-12) ugers forløb



3, 6 og 12 måneder



Viden om sammenhængen mellem varighed af fase II-hjerterehabilitering og effekten af indsatsen er fortsat mangelfuld (10). I europæisk sammenhæng findes stor variation i varigheden af fase II- programmer fra 1 uge til 46 uger (33;37), og varigheden af de hjerterehabiliteringsprogrammer, som indgår i en metaanalyse over effekten, varierer fra 1 uge til 30 måneder (7). På trods af at området ikke er fuldt belyst, angives en minimumsvarighed på 8-12 uger i de nyeste internationale retningslinjer (10).

Det integrerede hjerterehabiliteringsforløb i Hjerterehabiliteringen strækker sig over 12 måneder. Forløbet indledes med en kort fase, hvor det individuelle forløb tilrettelægges, herefter følger et intensivt hjerterehabiliteringsforløb over 6 (-12) uger. Varigheden blev fastsat på baggrund af det eksisterende program. Når det intensive forløb er afsluttet, ses patienten til planlagte, opfølgende kontroller i Hjerterehabiliteringen efter 3, 6 og 12 måneder. Herefter afsluttes patienten til den praktiserende læge, eller patienten fortsætter i kardiologisk regi ved komplicerede sygdomsforløb.

Koordinering af komponenterne og de enkelte faggruppers indsats er en forudsætning for det integrerede hjerterehabiliteringsforløb og sikres i Hjerterehabiliteringen gennem organisering, arbejdstilrettelæggelse, kommunikation med patienterne og informationsudveksling mellem faggrupperne.

Individuelt tilpasset forløb

Patienten indgår som den mest centrale aktør i hjerterehabiliteringsforløbet, da medinddragelse af patienten er grundlaget for at et hjerterehabiliteringsforløb kan blive succesfuldt. I Hjerterehabiliteringen tilpasses forløbet til den enkelte patients behov og ressourcer på baggrund af individuelle samtaler mellem patienten og de sundhedsprofessionelle.

2.2.4

2.2.5 Inddragelse af pårørende

Pårørende spiller en vigtig rolle i Hjerterehabiliteringen og inddrages som ressourcepersoner i det samlede forløb. Undersøgelser tyder på, at patienter med god familiær støtte i højere grad fastholder deltagelse i hjerterehabiliteringen og livsstilsændringer end patienter uden familiær støtte (38). Pårørende rammes desuden ofte af magtesløshed og angst i forbindelse med nære familiemedlemmers sygdom og har et selvstændigt behov for støtte til at komme igennem den tidlige fase af akut sygdom i familien (39-43).

2.2.6 Tværfaglig opgaveløsning

De gældende retningslinjer fremhæver samstemmende, at hjerterehabiliteringsindsatsen i sygehusregi skal være baseret på en tværfaglig tilgang (1;8-10). I europæisk sammenhæng opdeles de involverede behandlere i et *kerneteam*, som udgøres af de behandlere, som patienten er i daglig kontakt med, og i et *perifert team*, som skal kunne inddrages ved særlige behov. Behandlerteamet i Hjerterehabiliteringen er sammensat af de personalegrupper, der i forvejen indgik i efterbehandlingsforløbet i afdelingen. Sammensætningen stemmer overens med de nyeste europæiske anbefalinger, som imidlertid ikke anfører samarbejdsform og de enkelte teammedlemmers ansvar og rolle i hjerterehabiliteringsforløbet.

Sundhedsprofessionelle i Hjerterehabiliteringen

Kerneteam

Læger

Sygeplejersker

Fysioterapeuter

Kliniske diætister

Sekretærer

Perifert team

Socialrådgiver

Psykiater

2.2.7 Patientcentreret kommunikation

Studier har vist, at kommunikationen mellem patienten og sundhedspersonalet kan have betydning for tilfredshed, livskvalitet og helbred (44;45) samt compliance (46-49). I overensstemmelse med de nyeste anbefalinger for kommunikation i sundhedsvæsenet (50) lægges der i Hjerterehabiliteringen vægt på, at kommunikationsformen er patientcentreret. Dette indebærer, at patientens adfærd, tanker, følelser og generelle velbefindende inddrages på linje med for eksempel biologiske og parakliniske aspekter ved sygdom og behandling.

Systematisk visitering

2.2.8

Selv om der findes lokale tilbud, tyder internationale erfaringer på, at langt fra alle patienter med behov henvises til hjerterehabilitering (33;37). I Hjerterehabileringen lægges der vægt på, at alle patientforløb vurderes systematisk med henblik på behov for hjerterehabilitering. Vurderingen baseres på oplysninger fra journalen om diagnoser og undersøgelsesresultater, herunder risikofaktorer samt samtale med patienten om hans behov og ressourcer. Det understreges over for patienten, at hjerterehabilitering er et tilbud på linje med al anden behandling, og at hjerterehabilitering opfattes og anbefales som en del af den samlede behandling.

På grund af de særlige forhold, som er forbundet med gennemførelse af et randomiseret studie³, blev visiteringen i projektperioden foretaget af en projektsygeplejerske.

LOVGIVNING

2.3

I modsætning til for eksempel i Belgien (37) findes der ingen specifik lovgivning om hjerterehabilitering i Danmark. Sygehusenes forpligtelse til at arbejde med forebyggelse, herunder hjerterehabilitering, er beskrevet i den generelle lovgivning på sygehusområdet⁴ (51). Lov om patienters retsstilling bekendtgør, at sundhedspersonale har pligt til at informere patienter om helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder rehabiliteringsmuligheder. Information om behandlingsmuligheder skal gives, uanset om hospitalet selv tilbyder behandlingen⁵. Siden 2001 er sygehusenes pligt til at udarbejde genoptræningsplaner blevet indskærpet. Patienten har krav på at få udformet en individuel genoptræningsplan i forbindelse med udskrivning, hvis lægen vurderer, at patienten har behov⁶. I etiske regler for læger §2 om lægens omhu og samvittighedsfuldhed anføres det, at læger er forpligtet til at medvirke til at forbygge sygdomme og fremme sundhed. Herudover er lægen via lægeløftet forpligtet til at søge ny viden til gavn for patienten, herunder viden om forebyggelse og rehabilitering.

Evidensbaseret behandling

2.3.I

I Hjerterehabileringen lægges der stor vægt på at følge de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer for behandling af hjertepatienter og risikopatienter, herunder retningslinjerne for hjerterehabilitering⁷. Kliniske retningslinjer udvikles for at støtte behandlerne i at sammensætte den bedst mulige evidensbaserede behandling til patienten ud fra den foreliggende viden på området. Behandlingsanbefalingerne i de kli-

³ På www.Hjerterehabilering.dk findes en beskrivelse af evalueringsmodellen samt inklusions- og eksklusionskriterier.

⁴ Sygehusloven, 1995.

⁵ Lov om patienters retsstilling, 1998.

⁶ Lov om sygehusvæsen, 2001.

⁷ De gældende retningslinjer for behandling af hjertepatienter og risikopatienter fremgår af de vejledende behandlingsmål i Hjerterehabileringen, som er beskrevet i kapitel 4.

niske retningslinjer er ikke lovbindende men bliver i stadig højere grad inddraget i retslige vurderinger i forbindelse med patientsager (52).

2.4 **ETIK**

Inden for medicinsk etik arbejdes der traditionelt med fire etiske principper: Retfærdighedsprincippet, princippet om respekt for autonomi/selvbestemmelse, pligt til at gavne og pligt til ikke at skade (53). Hjerterehabiliteringsområdet rummer, som al anden behandling, disse etiske aspekter. Betydningen og vægtningen af de fire aspekter skitseres her med fokus på kompleksiteten i grundprincipperne for hjerterehabiliteringsindsatsen.

I Hjerterehabiliteringen videreføres hjerteafdelingens grundprincipper for social retfærdighed i behandling af patienter; alder, køn og socialstatus har ingen indflydelse på behandlingen. Samtidig lægges der vægt på, at behandlingen er tilpasset den enkelte patients behov og ressourcer.

Patientens motivation og egen indsats er afgørende i forhold til opnåelse af behandlingsmålene, og respekten for patientens selvbestemmelse har stor betydning i hjerterehabiliteringsindsatsen. Samtidig er hjerterehabiliteringsindsatsen baseret på de sundhedsprofessionelles pligt til at formidle og anvende viden om sammenhæng mellem sygdom, livsstil, funktionsniveau og behandlingsmuligheder. Der lægges i arbejdet stor vægt på, at patienten i sidste ende har ansvar for eget helbred og sundhed.

Patientsikkerheden prioriteres som i resten af sundhedsvæsenet højt. I forebyggelsesarbejdet kan der imidlertid være situationer, hvor indsatsen afføder en utilsigtet sygeliggørelse. Det er især aktuelt hos højrisikopatienter, men også patienter, som efter et invasivt indgreb har fået at vide, at de er raske, kan opleve en utilsigtet sygeliggørelse i forbindelse med rehabiliteringsforløbet.

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) Olsen AD, Degn L, Sigurd B. Hjerterehabilitering og – forebyggelse på Bispebjerg Hospital. 1997.
- (5) World Health Organization Expert Committee. Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries. Technical report series no. 831. Geneva, World Health Organization. 1993.
- (6) Kamper Jørgensen F, Almind G. Det forebyggende sundhedsarbejde. Forebyggelsesbegreber og forebyggelsesprogrammer. Forebyggende Sundhedsarbejde. København: Munksgaard Danmark, 2003.
- (7) 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).
- (8) Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia 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.
- (9) 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.
- (10) 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.
- (11) 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.
- (12) Lewin RJ, Frizelle DJ, Kaye GC. A rehabilitative approach to patients with internal cardioverter-defibrillators. Heart 2001; 85(4):371-372.
- (13) Sears SF, Jr., Conti JB. Quality of life and psychological functioning of icd patients. Heart 2002; 87(5):488-493.
- (14) Miller HS. Exercise Training in Special Populations: Valvular Heart Disease. Cardiac Rehabilitation. A Guide to Practice in the 21st Century. New York, Basel.: Marcel Dekker, Inc., 1999.
- (15) Kobashigawa JA, Leaf DA, Lee N, Gleeson MP, Liu H, Hamilton MA et al. A controlled trial of exercise rehabilitation after heart transplantation. N Engl J Med 1999; 340(4):272-277.

- (16) 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.
- (17) Recommendations for exercise training in chronic heart failure patients. *Eur Heart J* 2001; 22(2): 125-135.
- (18) Limacher MC. Exercise and Cardiac Rehabilitation in Women. *Cardiol Rev* 1998; 6(4):240-248.
- (19) Lavie CJ, Milani RV. Benefits of cardiac rehabilitation and exercise training in elderly women. *Am J Cardiol* 1997; 79(5):664-666.
- (20) Cannistra LB, O'Malley CJ, Balady GJ. Comparison of outcome of cardiac rehabilitation in black women and white women. *Am J Cardiol* 1995; 75(14):890-893.
- (21) O'Callaghan WG, Teo KK, O'Riordan J, Webb H, Dolphin T, Horgan JH. Comparative response of male and female patients with coronary artery disease to exercise rehabilitation. *Eur Heart J* 1984; 5(8):649-651.
- (22) McGee HM, Horgan JH. Cardiac rehabilitation programmes: are women less likely to attend? *BMJ* 1992; 305(6848):283-284.
- (23) Hamilton GA, Seidman RN. A comparison of the recovery period for women and men after an acute myocardial infarction. *Heart Lung* 1993; 22(4):308-315.
- (24) Halm M, Penque S, Doll N, Beahrs M. Women and cardiac rehabilitation: referral and compliance patterns. *J Cardiovasc Nurs* 1999; 13(3):83-92.
- (25) Ades PA, Waldmann ML, Polk DM, Coflesky JT. Referral patterns and exercise response in the rehabilitation of female coronary patients aged greater than or equal to 62 years. *Am J Cardiol* 1992; 69(17):1422-1425.
- (26) Bowker TJ, Clayton TC, Ingham J, McLennan NR, Hobson HL, Pyke SD et al. A British Cardiac Society survey of the potential for the secondary prevention of coronary disease: ASPIRE (Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events). *Heart* 1996; 75(4):334-342.
- (27) Madsen M, Kjølner M, Rasmussen S. Kvinder og hjertesundhed – en rapport om sundhedsadfærd og hjertesygdom blandt kvinder. Statens Institut for Folkesundhed, editor. København, Statens Institut for Folkesundhed & Hjerteforeningen, 2003.
- (28) Balady GJ, Jette D, Scheer J, Downing J. Changes in exercise capacity following cardiac rehabilitation in patients stratified according to age and gender. Results of the Massachusetts Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Multicenter Database. *J Cardiopulm Rehabil* 1996; 16(1):38-46.
- (29) Ades PA, Waldmann ML, Gillespie C. A controlled trial of exercise training in older coronary patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1995; 50A(1):M7-11.
- (30) Ades PA, Waldmann ML, McCann WJ, Weaver SO. Predictors of cardiac rehabilitation participation in older coronary patients. *Arch Intern Med* 1992; 152(5):1033-1035.
- (31) Ischiel Træden U, Olsen Zwisler AD, Møller L, Tønnesen H. Forebyggelse på danske sygehuse. En kortlægning. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse. Bispebjerg Hospital. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2003.
- (32) Wenger NK, Kent Smith L, Sivarajan Froelicher E, McCall Comoss P. Challenges and Opportunities for Additional Research. In: Wenger NK, Kent Smith L, Sivarajan Froelicher E, McCall Comoss P, editors. *Cardiac Rehabilitation. A Guide to Practice in the 21st Century*. New York, Basel.: Marcel Dekker, Inc., 1999: 467-470.

- (33) 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 Cardio-pulm Rehabil* 2002; 22(4):264-272.
- (34) 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.
- (35) Hildebrandt P. Akut koronart syndrom – Retningslinjer for diagnostik og behandling. Hildebrandt PR, Gøtzsche CO, editors. 2001(3). *Ugeskrift for læger*.
- (36) 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.
- (37) Vanhees L, Mc Gee HM, Dugmore LD, Vuori I, Pentilla UR. The Carinex Survey. *Current Guidelines and Practices in Cardiac Rehabilitation Within Europe*. 1 ed. Leuven: Acco, 1999.
- (38) Pell J. Cardiac rehabilitation: a review of its effectiveness. *Coronary Health Care* 1997; 1:8-17.
- (39) Bedsworth JA, Molen MT. Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. *Heart Lung* 1982; 11(5):82-92.
- (40) Skelton M, Dominian J. Psychological stress in wives of patients with myocardial infarction. *Br Med J* 1973; 2(5858):101-103.
- (41) Stern MJ, Pascale L. Psychosocial adaptation post-myocardial infarction: the spouse's dilemma. *J Psychiatric* 1979; 23(1):83-87.
- (42) Taylor CB, Bandura A, Ewart CK, Miller NH, DeBusk RF. Exercise testing to enhance wives' confidence in their husbands' cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1985; 55(6):635-638.
- (43) Dracup K, Meleis A, Baker K, Edlefsen P. Family-focused cardiac rehabilitation. A role supplementation program for cardiac patients and spouses. *Nurs Clin North Am* 1984; 19(1):113-124.
- (44) Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152(9):1423-1433.
- (45) Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 40(7):903-918.
- (46) Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001; 26(5):331-342.
- (47) Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta – analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1998; 26:657-675.
- (48) Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Jr., Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 1988; 3(5):448-457.
- (49) Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol* 1987; 6(1):29-42.
- (50) Patientens møde med sundhedsvæsenet. Amdsrådsforeningen, Århus Amt, Kvalitetsafdelingen, 2003.

- (51) Fugleholm AM, Tønnesen H. Livsstil og forebyggelse på sygehuse. Ugeskrift for læger 2003; 165(11): 1121-1123.
- (52) Schwartz PJ, Breithardt G, Howard AJ, Julian DG, Rehnqvist AN. Task Force Report: The legal implications of medical guidelines. A Task Force of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 1999; 20(16):1152-1157.
- (53) Andersen S. Forebyggelse og etik. Forebyggende Sundhedsarbejde. København: Munksgaard Danmark, 2003.

LIVSTILSINTERVENTION

Sygeplejerske Jeannette Larsen og Læge Ann-Dorthe Zwisler

INTRODUKTION

Begrebet sundhedsadfærd bruges ofte synonymt med livsstil, og livsstilsformer som ryge-, kost- og motionsvaner er kædet stærkt sammen med sundhed, livslængde og hjertesygdom (1;2).

3.1

Livsstilsintervention, forstået som systematisk undervisning i teknikker til at ændre sundhedsadfærd, er essentiel for gennemførelse af livsstilsændringer og er et væsentlig element i forebyggelsen og efterbehandlingen af hjertesygdom i dag (3-5).

Formålet med livsstilsinterventionen i Hjerterehabiliteringen er at motivere og støtte patienterne i at foretage varige livsstilsændringer mod et hjertemæssigt sundere liv. Interventionen bygger på viden om den sammenhæng, der er mellem hjertesygdom og ryge-, kost- og motionsvaner.

TEORETISK GRUNDLAG

Der eksisterer en række teorier om, hvordan sundhedsadfærd etableres, og forskellige teorier har været dominerende i forskellige perioder. Ingen af teorierne har dog indtil videre til fulde kunnet forklare, hvordan varige livsstilsændringer opnås (1), og dokumentationen for de enkelte teories effekt på varig livsstilsændring er, trods den hyppige anvendelse, sparsom (6).

3.2

Det kliniske arbejde i Hjerterehabiliteringen er baseret på komponenter fra flere teorier og tager hensyn til, at livsstilsændring sker i et kompliceret samspil mellem adfærd, viden og holdning og er afhængig af kognitive, emotionelle og intellektuelle evner og færdigheder, motivation, omgivelser etc. (7).

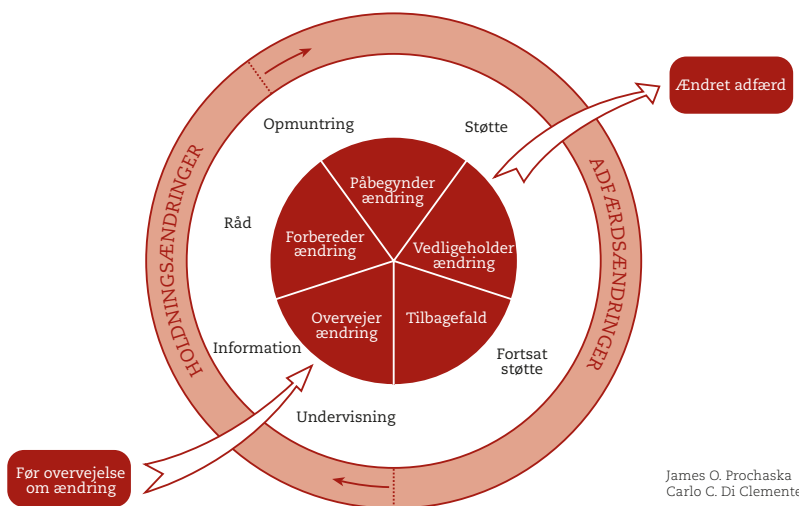
Stages of change modellen, som danner grundlag for mange forebyggelsestilbud på danske sygehuse (8-11), har været omdrejningspunktet for livsstilsinterventionen i

Hjerterehabiliteringen. Herudover indgår komponenter fra health-belief modellen, self-efficacy teorien¹ og principper for handlekompetence. Teoriernes hovedteser skitseres i det følgende med fokus på de elementer, der har betydning i det kliniske arbejde med hjertepatienter og risikopatienter. Der henvises til basislitteraturen for uddybende gennemgang af teorierne (1;12).

3.2.1 Stages of change modellen

Stages of change modellen er udviklet af psykologerne James O. Prochaska og Carlo C. DiClemente i 1980'erne på baggrund af en række observationer af personer, der har gennemgået et adfærdsændrende forløb som for eksempel rygeophør og alkoholstop.

Modellen tager udgangspunkt i, at en succesfuld adfærdsændring sjældent sker spontant. Oftest vil personen pendle frem og tilbage mellem forskellige stadier, inden han eventuelt når det sidste stadium, som markerer den vedvarende forandring. For at kunne støtte patienten i at ændre livsstil må man som behandler kunne identificere det stadium, patienten befinder sig på på det pågældende tidspunkt. Dermed bliver behandleren i stand til at målrette interventionen, ved enten at anvende motivations-skabende eller rådgivende teknikker, eller ved for eksempel at skifte fokus fra at undersøge begrundelser for forandring til planer for forandring.



Strategien er, at behandleren skal henvende sig forskelligt i mødet med patienten afhængigt af, hvilket stadium patienten befinder sig på. Formålet er at motivere patienten til at komme videre fra de enkelte stadier, derfor betegnes modellen også "Motivationscirklen" eller "Forandringsprocessen".

¹ Albert Banduras Social Cognition Theory.

En systematisk gennemgang af undersøgelser, hvor Stages of change modellen har været anvendt, har ikke kunnet dokumentere effekten entydigt (13).

Stadier

Førovervejelses-stadiet: På dette stadium vil patienten benægte, at han har et problem. Han vil ikke have nogen intentioner om at ændre sin sundhedsadfærd, som han oplever som uproblematisk. Som regel vil patienten undgå information om de skadelige konsekvenser af sin adfærd. Dårlige erfaringer fra tidligere forsøg på at ændre adfærd har måske bevirket, at han har resigneret.

Målet er at få en dialog i stand med patienten.

Overvejelses-stadiet: Patienten er nu opmærksom på, at hans adfærd udgør en sundhedsmæssig risiko. Han begynder at få et konfliktfyldt forhold til sin livsstil, idet han er bevidst om flere af de risici, der er forbundet med adfærden, men samtidig er tilfreds med de fordele den giver. Han er med andre ord i tvivl om, hvorvidt han ønsker at ændre adfærd. For mange bliver denne ambivalens en permanent tilstand, hvor man konstant overvejer at ændre adfærd men ikke formår at realisere ændringen.

Målet er at støtte patienten og afklare motivationen.

Forberedelses-stadiet: Patienten er nu tættere på en afklaring og har intentioner om at ændre adfærd i den nærmeste fremtid. Han har skærpet opmærksomheden på sine vaner, har ofte udtænkt strategier og lagt planer med henblik på at bryde sine vaner og har i nogle tilfælde indledt en adfærdsændring. Patienten opsøger viden, hvor der er fokus på de fordele, en adfærdsændring vil medføre.

Målet er at vejlede patienten i den praktiske forberedelse og planlægning af forløbet.

Påbegyndelses-stadiet: På dette stadium er patienten i gang med at ændre sundhedsadfærd. Omlægningen af vaner og livsstil fylder meget i hans liv, og især i starten er han meget fokuseret på at holde fast i den planlagte strategi. Der vil dog fortsat være behov for at justere strategien; der skal eventuelt bruges mere tid på motion, og patienten skal måske lære, hvordan han griber de situationer an, som indebærer risiko for tilbagefald. Ofte vil han blive overrasket over, at det kan tage adskillige måneder at blive fortrolig med sin nye livsstil.

Målet er at vejlede patienten i den praktiske gennemførelse af planen og forebyggelse af tilbagefald.

Vedligeholdelses-stadiet: Efterhånden er den nye adfærd integreret i dagligdagen, og det er vigtigt, at behandleren støtter patienten i at fokusere på de åbenbare fordele ved den nye livsstil. Behandleren må pointere over for patienten, at en vedvarende ændring af sundhedsadfærden er en langvarig proces, hvor han fortsat må være opmærksom på risikosituationer, og hvor det er nødvendigt fortsat at medtænke de planlagte strategier for at undgå tilbagefald.

Målet er at opmuntre og hjælpe patienten med at forebygge tilbagefald og fokusere på fordelene.

Tilbagefalds-stadiet: Det er ikke lykkedes for patienten at opretholde sin nye livsstil, og han vil ofte reagere med frustration; nogle vil have skyldfølelse og eventuelt udeblive fra de planlagte møder for at undgå konfrontation. For samtlige patienter gælder det, at de har behov for accept og forståelse. Erfaringen viser, at de fleste, der forsøger at foretage livsstilsændringer, gennemgår modellens stadier flere gange, før de opnår varige ændringer.

Motivation

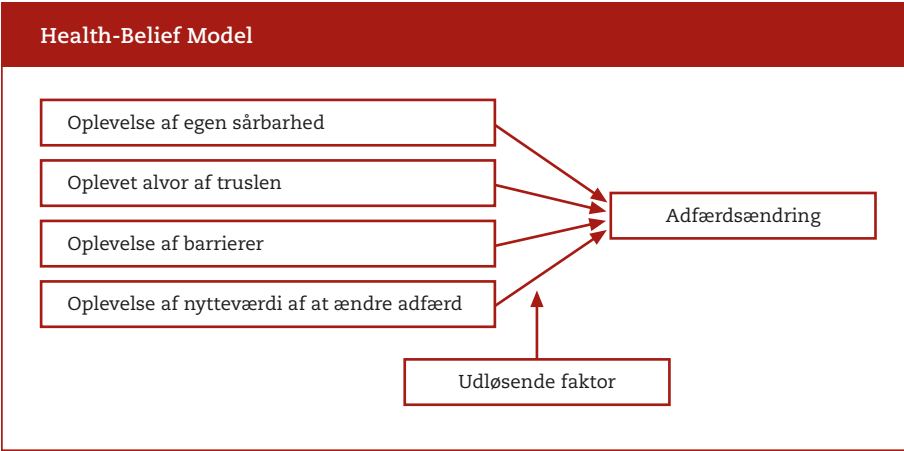
Motivation er et af de centrale begreber i Stages of change modellen. Man skelner ofte mellem indre og ydre motivation. Den indre motivation er betinget af, at den person, som for eksempel skal omlægge sin livsstil, har selvbestemmelse, dvs. at han selv afgør, om han vil ændre livsstil, ligesom den forudsætter, at han har erfaret, at han har mulighed for at påvirke sin sundhedstilstand. Denne erfaring bidrager til det engagement, som er afgørende for at ændre livsstil. Den ydre motivation er knyttet til de livsstilsændringer, omgivelserne pålægger én, for eksempel et job hvor der er ryge- eller alkoholforbud, eller umiddelbare belønninger som eksempelvis de ekstra penge man får til rådighed i forbindelse med et rygestop (14).

3.2.2 Health-belief modellen

Health-belief modellen er udviklet af psykologerne Godfrey Hochbaum og Irwin Rosenstock i 1950'erne og siden hen videreudviklet og modificeret. Modellen tager udgangspunkt i, at det er forholdet mellem den oplevede trussel ved sygdom, og de fordele og/eller ulemper der er forbundet med at omlægge sin sundhedsadfærd, som bestemmer, om patienten vælger at ændre adfærd. Beslutningen er et udslag af ønsket om at blive rask eller at undgå sygdom på den ene side og forventningerne til den ændring i sundhedsadfærden, der kan forebygges eller kurere sygdom på den anden side.

Hvorvidt man oplever sit helbred truet afhænger af, hvor bevidst man er om den sundhedsmæssige risiko ved ens adfærd, og om man har øget risiko for at udvikle en given sygdom. Beslutningen om at ændre sundhedsadfærd kan også udspringe af forandringer i ens tilværelse, for eksempel jobskifte, sygdom mm., eller tage afsæt i andres erfaringer med at ændre adfærd.

Teorien har været anvendt til at forklare, hvorfor rygeophørsraten er meget høj blandt hjertepatienter (15;16).

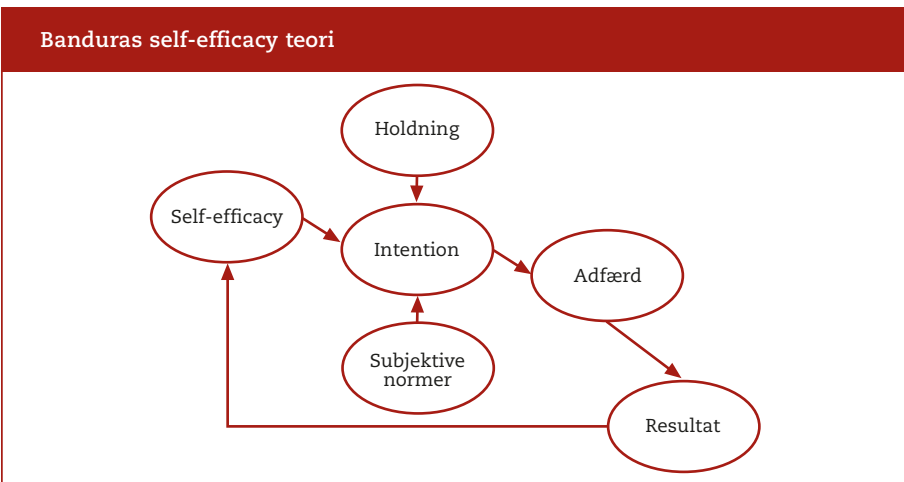


Banduras self-efficacy teori

3.2.3

Begrebet self-efficacy er udviklet af psykologen Albert Bandura i 1980'erne og tager udgangspunkt i den enkeltes tro på, at han magter at ændre adfærd. Dette afhænger af hans selvtillid i forhold til at gennemføre en *specifik* adfærdsændring. En adfærdsændring har kun effekt, hvis man har tillid til, at man kan gennemføre den pågældende adfærdsændring. Banduras self-efficacy teori er den bedst dokumenterede teori inden for hjerteområdet. Teorien har vist sig velegnet til at forklare, hvorfor nogle mennesker formår at ændre vaner, som på længere sigt fremmer hjertesundheden (17-19).

Sammenhængen mellem specifik selvtillid og effekt af adfærdsændringer er illustreret i nedenstående figur:



Mens *specifik selvtillid* dækker over en tiltro til, at man kan gennemføre den pågældende adfærsændring, indebærer begrebet *effekt-forventninger*, at man har kendskab til den eller de adfærsændringer, der kan lede hen til det ønskede mål. Der er med andre ord forskel på at vide, at man kan tabe sig ved at holde en fedtfattig diæt, og at man har tiltro til, man kan tabe sig. Har man gentagne gange forsøgt vægttab med fedtfattig diæt uden succes, vil resultatet være lav specifik selvtillid og ingen varig adfærsændring.

Specifik selvtillid påvirkes af fire faktorer: Tilskyndelse fra en autoritet, observation af andre i gruppesammenhæng, succesfuld afprøvning og positiv fysiologisk feedback (biofeedback) .

Et centralt begreb i Banduras teori er netop biofeedback som et middel til at styrke patientens specifikke selvtillid. Ideen er, at evaluering af målopnåelse via fysiologiske/biologiske markører benyttes som feedback for at styrke patientens tro på, at barrierer kan overvindes, og ny adfærd kan etableres.

3.2.4 Handlekompetence

Begrebet handlekompetence er beskrevet af Tone Gabrielsen (21). I forbindelse med livsstilsændringer sigtes der mod at udvikle den specifikke handlekompetence i forhold til de områder, inden for hvilke kompetencen skal udfolde sig. Målet er at skabe overensstemmelse mellem viden og handling. Handlekompetence indbefatter:

- en viden om problemet
- en holdning til problemet
- en evne til at handle i forhold til problemet

Det er den tværfaglige behandlergruppes opgave at motivere patienten til at danne sig en holdning på baggrund af den ny erhvervede viden og erfaring og ikke mindst at vise nye måder, hvorpå den nye viden kan omsættes til handling. Skal sundhedsformidlingen lykkes, må behandlergruppen sikre, at den viden, der formidles, og måden hvorpå den formidles, er relevant for den enkelte patient. Dette sikres bl.a. ved, at den viden patienterne præsenteres for er individuelt tilpasset og relateret til patienternes dagligdag (21).

3.2.5 Relation mellem anvendte teorier

Health-belief modellen og Banduras self-efficacy teori tilhører begge kategorien af psykologiske teorier, hvor sundhedsadfærd ses som et resultat af psykologiske processer, mens Stages of change modellen grupperes under planlægningsmodeller, hvis formål er at vejlede personer, der arbejder med livsstilsintervention, til at vælge den rette indsats, men ikke søger at forklare hvorfor mennesker gør, som de gør (1). Teorierne supplerer hinanden og har på flere områder fællestræk (22).

I nedenstående figur skitseres i hvilke stadier de psykologiske teorier og det tværgående begreb handlekompetence understøtter interventionsstrategien i Stages of change modellen.

| Stages of change modellen | | | | | | |
|---------------------------|---|--------------|---|---------------|------------------|--------------|
| | Stadier | | | | | |
| | Før-overvejelse | Over-vejelse | For-beredelse | På-begyndelse | Vedlige-holdelse | Tilbage-fald |
| Handlekompetence | Viden – holdning – handling | | | | | |
| Health-belief | Sygdommens alvor og konsekvensen af en uhensigtsmæssig livsstil understreges. Fordele og ulemper ved livsstilen afvejes. | | | | | |
| Self-efficacy | Tilskyndelse fra autoritet | | Styrkelse af specifik selvtillid Positiv fysiologisk biofeedback Observation af andre i gruppesammenhæng Succesfuld afprøvning | | | |

Modificeret efter Prochaska og Congdon (22).

TVÆRGÅENDE ARBEJDSMETODER

3-3

I Hjerterehabiliteringen anvendes forskellige praktiske arbejdsmetoder, og sammensætningen tager udgangspunkt i patientens motivation, behov og ressourcer. De anvendte metoder er beskrevet i kapitlerne om komponenterne: Patientundervisning, fysisk træning, støtte til rygestop, kostomlægning og kontrol og opfølgning. I det følgende beskrives de tværgående arbejdsmetoder: Den motiverende samtale, sundhedsformidling, tilskyndelse ved en autoritet, biofeedback og evaluering, gruppeaktiviteter og praktisk afprøvning.

Den motiverende samtale

3-3.I

Den motiverende samtale, som er udviklet af psykologerne William R. Miller og Stephen Rollnick i 1990'erne, anvendes i forebyggelsessammenhænge, hvor sundhedspersonale arbejder med at motivere personer til at gennemføre adfærdændringer med udgangspunkt i Stage of change modellen. Den motiverende samtale er primært rettet mod personer, som er motiverede for at ændre adfærd (påbegyndelses- og vedligeholdelsesstadiet) (23;24).

Den motiverende samtaleteknik er en rådgivningsform, som sætter patienten i centrum. Frem for at styre patienten mod et forudbestemt mål, tager den patientcentre-

rede sundhedsformidling udgangspunkt i patientens situation, hans ressourcer etc. Behandler og patient udarbejder i fællesskab den strategi, som bedst fremmer patientens handlekompetence. Hermed sikres det, at patienten kan bearbejde den viden, han præsenteres for, og træffe sin beslutning på et kvalificeret grundlag.

Behandleren indleder samtalen med at undersøge patientens forhåndsviden. Er patientens viden mangelfuld, får patienten tilbud om yderligere information. Det er vigtigt, at denne information er baseret på fakta, og at behandlerens vurderinger udelades. Patienten informeres om konsekvenserne af forskellige former for sundhedsadfærd. Den mundtlige information suppleres eventuelt med skriftligt materiale.

Formålet med den motiverende samtale er ikke nødvendigvis at få patienten til at gennemføre en adfærdsendring, snarere at tilpasse rådgivning og vejledning til den enkelte. Udgangspunktet er, at motivation for forandring udspringer af personlig afklaring og frigørelse fra den ambivalente holdning til forandringen. Ved at anvende en motiveerende samtaleteknik i en ikke fordømmende atmosfære, kan sundhedspersonalet hjælpe patienten til afklaring og eventuel forandring.

Den forebyggende samtale

Den forebyggende samtale er udviklet på Bispebjerg Hospital i slutningen af 1990'erne og er baseret på principperne for den motiverende samtale, men retter sig specifikt mod personer, som aktuelt ikke er motiverede for at ændre livsstil (før-overvejelses-, overvejelses- og forberedelsesstadiet) (9;10).

Forebyggelsessamtalen har fokus på risici i forhold til hjertesygdom, sammenhængen mellem arteriosklerose og livsstil, sygdommens alvor og konsekvensen af en uhenigtsmæssig livsstil, helbredsmæssige fordele ved livsstilsændringer og mulighederne for at opnå en hensigtsmæssig sundhedsadfærd.

Behandleren søger at styrke patientens specifikke selvtillid ved bl.a. at inddrage positive erfaringer fra tidligere livsstilsændringer. Der benyttes eventuelt biofeedback for at understrege konsekvensen af en uhenigtsmæssig livsstil. Det er behandlerens opgave at klarlægge, hvordan patienten kan motiveres til livsstilsændring, og hvad der vanskeliggør ændringen netop nu.

3.3.2 Sundhedsformidling

Sundhedsformidling, forstået som enhver professionel kommunikation om sygdom, sundhed og forebyggelse (25), er helt central i livsstilsinterventionen og er en integreret del af det teoretiske grundlag for arbejdet i Hjerterehabiliteringen. Samtidig medtænkes det i livsstilsinterventionen, at viden ikke kan stå alene (26;27) men indgår i et komplekst samspil med andre faktorer.

Den strukturerede sundhedsformidling foregår i forbindelse med de strukturerede tilbud om patientundervisning, gruppeaktivitet og individuelle samtaler. Der lægges i

det daglige arbejde vægt på, at viden formidles i en neutral, faktabetonet og fordoms-fri tone. Formidlingen søges tilpasset den enkelte patients motivation, behov og res-sourcer. Der tilstræbes en ensretning af informationsindhold blandt behandlerne, så man undgår forvirring og usikkerhed hos patienten om budskabet. Der arbejdes også bevidst med den non-verbale sundhedsformidling, i form af røgfrit miljø, frugtskåle og vand frem for søde drikke på drikkevognen. Betydningen af behandlernes egen sund-hedsadfærd er dokumenteret på blandt andet rygeområdet (28-31).

Tilskyndelse ved autoritet

3.3.3

Et gennemgående træk i Hjerterehabiteringen er, at lægen som autoritet understre-ger sygdommens alvor over for patienten og informerer om muligheden for at fore-bygge og undgå forværring af sygdommen via livsstilsændringer. Vigtigheden af, at lægen tilskynder til livsstilsændringer, har teoretisk afsæt i health-belief modellen og Self-efficacy teorien og er især veldokumenteret på rygeafvænningsområdet (32-34). Herudover angiver patienterne i en undersøgelse, at lægens råd har været afgørende for beslutningen om livsstilsændring (35).

Biofeedback

3.3.4

I Hjerterehabiteringen indgår evaluering af målopnåelse via fysiologiske/biologiske markører inden for alle områder. Evalueringen benyttes som feedback for at styrke patientens tro på, at barrierer kan overvindes, og ny adfærd kan etableres svarende til styrkelse af specifik selvtillid i Self-efficacy teorien.

Eksempler på anvendelse af biofeedback i Hjerterehabiteringen er kolesterolmåling ved diæntervention, vægtmåling i forbindelse med vægttabsforløb, kulitemåling og lungefunktionsmåling som led i rygestop, gentagen funktionstest og pulsmonitorering i forbindelse med fysisk træning.

Gruppeaktiviteter

3.3.5

I Hjerterehabiteringen lægges der vægt på det sociale samspil mellem patienterne, og mange af komponenterne gennemføres som gruppeintervention, eksempelvis ryge-stop, fysisk træning og madlavning. Effekten af gruppeaktiviteter som led i livsstilsin-terventionen er især dokumenteret inden for rygeområdet (36).

Praktisk afprøvning

3.3.6

Der lægges vægt på, at patienterne i Hjerterehabiteringsforløbet får mulighed for at afprøve livsstilsændringerne i praksis. Patienterne vil i forbindelse med den praktiske madlavning erfare, at hjertevenlig mad også kan smage godt, og opleve hvor lidt fedt der skal til. I den fysiske træning lægges der vægt på, at øvelserne kan overføres direkte til hverdagen.

Denne tværgående arbejdsmetode tager afsæt i flere af teoriene. I forhold til Self-efficacy teorien bidrager praktisk afprøvning blandt andet til at styrke den specifikke selvtillid, som har positiv indflydelse på varig livsstilsændring. Praktisk afprøvning er desuden et redskab til at øge patientens handlekompetence inden for et specifikt område, og endelig kan praktisk afprøvning give patienten nogle erfaringer, som han kan trække på i forbindelse med planlægning og gennemførelse af livsstilsændring i overensstemmelse med Stages of change modellen.

REFERENCER

- (1) Due P, Holstein B. Sundhedsadfærd. Forebyggende Sundhedsarbejde. København: Munksgaard Danmark, 2003.
- (2) 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.
- (3) Hjerteforeningen, DCS. Rehabilitering af hjertepatienter – retningslinjer. Hjerteforeningen, DCS, editors. Hjerteforeningen, 1997.
- (4) DCS. Akut koronart syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Hildebrandt P, Gøtzsche CO, editors. *Ugeskrift for læger. Klaringsrapport*. 2001;(3):1-28
- (5) 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
- (6) 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.
- (7) Olsen AD, Degn L, Sigurd B. Hjerterehabilitering og – forebyggelse på Bispebjerg Hospital, 1997.
- (8) Ischiel Træden U, Olsen Zwislser AD, Møller L, Tønnesen H. Forebyggelse på danske sygehuse. En kortlægning. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse. Bispebjerg Hospital. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2003.
- (9) 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.
- (10) Mundt K, Jensen M, Kann A, Søgaard Nielsen A, Grønbek M, Tønnesen H. Alkohol – forebyggelse på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse. Bispebjerg Hospital, 2003.
- (11) Juul Jørgensen S, Vind Hansen H, Hessov I, Bruun Lauritsen J, Madelung S, Tønnesen H. Operation. Komplikationer kan forebygges. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse. Bispebjerg Hospital., 2003.
- (12) *Health Behavior and Health Education – Theory, Research and Practice*. Jossey-Bass., 1997.
- (13) Riemsma RP, Pattenden J, Bridle C, Sowden AJ, Mather J, Watt IS. A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. *Health Technol Assess* 2002; 6(24).
- (14) Arborelius E. *Hvorfor gør de ikke som vi si'r?* – Teori og praksis om at påvirke menneskers levninger. 1995.
- (15) The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA* 1996; 275(16):1270-1280.
- (16) 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.

- (17) 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.
- (18) 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.
- (19) Træden UI. Kostvejledning i primær sundhedssektor – En interventionsundersøgelse over for forhøjet kolesterol i Roskilde Amt. FaDL, 1995.
- (20) Træden UI, Gunnarsdottir V. Kostvejledning i primær sundhedssektor – en medicinsk teknologivurdering. Munksgaard, 2000.
- (21) Gabrielsen T. Sundhedspædagogik for praktikere. 1999.
- (22) Prochaska J, Congdon K. Behavioral Change – Getting Started and Being Successful. 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.
- (23) Mabeck CE, Kallerup H, Maunsbach M, Bisgaard AT. Den motiverende samtale. *Ugeskrift for læger* 2001;(1):1-16.
- (24) Dalum P, Sonne TF, Davidsen M. At tale om forandring – en bog om sundhedsadfærd og motiverende samtaleteknik. 2000.
- (25) Brink Lund A. Sundhedsformidling. Forebyggende Sundhedsarbejde. København: Munksgaard Danmark, 2003.
- (26) Godin G. The effectiveness of interventions in modifying behavioral risk factors of individuals with coronary heart disease. *J Cardiopulm Rehabil* 1989; 9:923-936.
- (27) Cowan MJ. Cardiovascular nursing research. *Annu Rev Nurs Res* 1990; 8:3-33.
- (28) Nardini S, Bertolotti R, Rastelli V, Ravelli L, Donner CF. Personal smoking habit and attitude toward smoking among the health staff of a general hospital. *Monaldi Arch Chest Dis* 1998; 53(1):74-78.
- (29) Padula CA. Nurses and smoking: review and implications. *J Prof Nurs* 1992; 8(2):120-132.
- (30) Willaing I, Iversen L, Jorgensen T. What do hospital staff's smoking habits mean for knowledge, attitude and counseling practice related to smoking?. *Ugeskrift for læger* 2001; 163(32):4180-4181.
- (31) Willaing I, Jorgensen T, Iversen L. How does individual smoking behaviour among hospital staff influence their knowledge of the health consequences of smoking? *Scand J Public Health* 2003; 31(2):149-155.
- (32) Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, Amick TL, Pekow PS, Hosmer D et al. Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. *J Gen Intern Med* 1991; 6(1):1-8.
- (33) Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, Drook CA, Smith DM. Encouraging primary care physicians to help smokers quit. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1989; 110(8):648-652.
- (34) Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Willms DG et al. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA* 1988; 260(11):1570-1574.

- (35) Ockene JK, Lindsay E. Health care providers are key change agents in the community Intervention Trail for Smoking Cessation (COMMIT). International Quarterly of Community Health Education 1991.
- (36) Kamper-Jørgensen L, Gry Poulsen J. Forebyggelse gennem gruppeaktiviteter. Forebyggende Sundhedsarbejde. København: Munksgaard Danmark, 2003.

