

I gang igen efter blodprop i hjertet

– socialt differentieret hjerterehabilitering

**I gang igen
efter blodprop i hjertet**

– socialt differentieret hjerterehabilitering

Titel:

**I gang igen
efter blodprop i hjertet**

– socialt differentieret hjerterehabilitering

Forfatter:

Lucette Meillier
(lucette.meillier@stab.rm.dk)

Copyright:

Sundhedsfremme og Forebyggelse, Århus
Center for Folkesundhed
Region Midtjylland
Alle rettigheder forbeholdes

Udgiver:

Region Midtjylland
Center for Folkesundhed
Olof Palmes Allé 15
8200 Århus N
Tlf: 8728 4700
Fax: 8728 4702

I forbindelse med rapporten udgives

Manual: I gang igen efter blodprop i hjertet
– socialt differentieret hjertehabilitering

Bestilling:

Rapport og manual kan erhverves ved
henvendelse til Center for Folkesundhed
eller Hjerteforeningen på:
telefon nr. 8728 4750 (Center for Folkesundhed)
telefon nr. 3393 1788 (Hjerteforeningen)
samt på mail: helen.kibreab-tella@stab.rm.dk

Materialet kan downloades på:

www.folkesundhed-midt.dk
<http://hjerteforeningen.dk/sw28322.asp>

ISBN nr: 87-991564-3-1 (Trykt udgave)

ISBN nr: 87-991564-5-8 (Elektronisk udgave)

Udgivelse: December 2007

Oplag: 1.500

Grafisk produktion:

Werks Offset A/S, Århus

I gang igen efter blodprop i hjertet

– socialt differentieret hjerterehabilitering



Forord	9
Resumé og konklusioner	11
Et socialt differentieret hjerterehabiliteringsprogram	11
Fase 1. Indledende del under indlæggelsen	12
<i>Rekruttering</i>	12
Fase 2. Tidlig efterbehandling	12
<i>Deltagelse</i>	12
<i>Hjemmebesøg</i>	13
Fase 3. Vedligeholdelse	13
Resultater	14
Konklusion	16
Perspektiver for socialt differentieret hjerterehabilitering	17
Udfordringer ved ny struktur	17
Perspektiver for andre patientgrupper	17
Social ulighed i hjertesundhed	19
Indhold	19
Social ulighed i hjertedødelighed	19
Deltagelse i hjerterehabilitering	20
Sociale og psykologiske faktorer	22
Ulighed i hjertesygdom bør angribes fra flere vinkler	23
Litteratur	24
Forberedelse af socialt differentieret hjerterehabilitering	
– rammer og tidligere tilbud	26
Hjerterehabilitering i Danmark	26
<i>Lovgivning</i>	26
<i>Hjerterehabiliteringens tre faser</i>	27
Tidligere hjerterehabiliteringsprogram på Århus Sygehus	27
<i>Fase 1. Indledende del under indlæggelsen</i>	28
<i>Fase 2. Tidlig efterbehandling</i>	28
<i>Fase 3. Vedligeholdelse</i>	29
Projektorganisation	29
<i>Styregruppe</i>	30
<i>Team</i>	31
Evaluerings af tidligere hjerterehabilitering	31
<i>Et års patientjournaler</i>	31
<i>Medicinsk Audit blandt udsatte hjertepatienter</i>	32
<i>Opsummerende fra evaluering af tidligere hjerterehabilitering</i>	37

Mål med interventionen	37
Finansiering af ydelser	38
AAS – Århus Sygehus	38
Praktiserende læger	39
Hjerteforeningens Rådgivningscenter Århus	39
Lokalcentre i Århus Kommune	39
Sociale myndigheder	39
Psykologbistand	39
Økonomisk udfordring ved overgang til drift	39
Litteratur	40
Socialt differentieret hjerterehabilitering – programindhold	41
Grundlag for socialt differentieret hjerterehabilitering	41
Grund- og udvidet hjerterehabilitering	41
Hjemmebesøg	41
Grundrehabilitering	41
Fase 1. Indledende del under indlæggelsen	41
Fase 2. Tidlig efterbehandling	43
Fase 3. Vedligeholdelse	45
Udvidet hjerterehabilitering	45
Fase 1. Indledende del under indlæggelsen	45
Fase 2. Tidlig efterbehandling	45
Fase 3. Vedligeholdelse	45
Hjemmebesøg	46
Litteratur	47
Kommunikation med patienter om sundhedsfremme og forebyggelse	48
Begreber og kommunikation med patienter	48
Fra compliance til concordance	49
Forebyggelse og sundhedsfremme blandt udsatte hjertepatienter	50
Forebyggelse og sundhedsfremme gennem hjerterehabiliteringsforløbet	51
Fase 1: indledende del under akutte fase	51
Fase 2: Tidlig efterbehandling	52
Fase 3: Vedligeholdelse	53
Andre muligheder for sundhedsfremmende indsats i akutte fase	54
Litteratur	54
Et udviklingsprojekt – Justeringer efter patientforløbsvurdering	55
Medicinsk Audit 2003	55
Audit-panel	55
Patientudvælgelse	56
Patientinterview	56

<i>Interview med egen læge</i>	57
<i>Spørgsmål til sygehusvæsenet</i>	57
<i>Spørgsmål til hjertereforeningens Hjertecenter Århus</i>	58
<i>Procedurer for Audit-mødet</i>	58
Resultater fra Medicinsk Audit med relevans for socialt differentieret hjerterehabilitering	59
<i>Patientens vurdering af udvidet hjerterehabilitering</i>	59
<i>Patientens mål efter Fase 2: Tidlig efterbehandling</i>	60
<i>Personalehåndtering af belastede patienter</i>	61
<i>Kommunikation mellem patient og system</i>	62
<i>Kommunikation systemerne imellem</i>	64
Team-proces gennem første år	64
Justeringer efter Medicinsk Audit og team-proces	65
Fortsatte udfordringer for socialt differentieret hjerterehabilitering	67
Resultater – socialt differentieret hjerterehabilitering	68
Materiale og metode	68
Deltagelse i hjerterehabiliteringens Fase 2	70
<i>Deltagelse i hjerterehabiliteringselementer</i>	70
<i>Frafald</i>	71
<i>Patientgrundlag i socialt differentieret hjerterehabilitering</i>	73
<i>Misklassifikation</i>	75
<i>Øget deltagelse i hjerterehabilitering</i>	75
<i>Hjemmebesøg</i>	75
Deltagelse i hjerterehabiliteringens Fase 3	77
Belastninger	79
Psykisk lidelse og depression	79
<i>Psykisk lidelse</i>	80
<i>Depression</i>	81
Motion	82
BMI – vægt	82
Rygning	84
<i>Rygestatus</i>	84
<i>Rygekvantum</i>	87
<i>Motivation til rygeophør</i>	87
Behandlingsmål et år	87
Re-Mi og dødelighed efter et år	90
Diskussion og konklusion	91
Litteratur	93

Implementering af socialt differentieret hjerterehabilitering	94
Samarbejde mellem mange organisationer og faggrupper	94
Udviklings- og projektfase	96
<i>Relativ fordel – var det nye bedre end det gamle?</i>	97
<i>Havde aktiviteten indflydelse på sociale relationer?</i>	98
<i>Var det nye foreneligt med normerne i gruppen?</i>	99
<i>Var aktiviteten kompleks?</i>	100
<i>Kunne aktivitetens mål og elementer kommunikeres?</i>	100
<i>Var der tid nok til at afprøve og sprede ideen?</i>	101
<i>Afprøvelighed – kunne man gå tilbage til det gamle?</i>	101
<i>Kunne aktiviteten deles op i enkelt komponenter?</i>	101
<i>Forpligtigelsesgrad?</i>	102
<i>Mulighed for løbende modifikation?</i>	103
<i>Var aktiviteten fysisk synlig?</i>	104
<i>Opsummerende om udviklings- og projektfasen</i>	104
Forankring	106
<i>Århus Sygehus</i>	106
<i>Egen læge</i>	107
<i>Hjerteforeningens Rådgivningscenter Århus</i>	108
<i>Århus Kommunes Lokalcentre</i>	108
<i>Få aktiviteter forankret</i>	108
Litteratur	108
 Perspektiver for social differentiering	109
Socialt differentieret hjerterehabilitering i Region Midtjylland	109
Tilrettelæggelse af hjerterehabilitering i Danmark	109
Social differentiering – perspektiver for andre patientgrupper	112
Litteratur	112

Forord

Undersøgelser viser, at et sammenhængende og fuldt udbygget rehabiliteringsforløb efter blodprop i hjertet (MI) reducerer dødeligheden af hjertesygdom og risikoen for ny blodprop i hjertet. Det øger patientens mulighed for at fastholde sit fysiske, psykosociale og erhvervsmæssige funktionsniveau og vende tilbage til et helt og meningsfuldt liv.

Det burde derfor være en selvfølge, at alle patienter med blodprop i hjertet uanset køn, alder, sundhedsmæssig og social status tilbydes og støttes i at gennemføre hjerterehabilitering, som tilgodeser deres behov. Sådan ser det ikke ud i dag, idet der endnu ikke alle steder i det danske sundhedsvæsen tilbydes fuldt udbygget hjerterehabilitering. Ydermere er der sociale forskelle når det gælder rekruttering til hjerterehabilitering, gennemførelsesgraden og udbyttet. Deltagelsesgraden er alt for lav.

Det forhenværende Århus Amt var tidligt opmærksom på de sociale forskelle i sundhed og havde allerede i midten af 1990'erne sat social ulighed i sundhed på den politiske agenda. Da Socialministeriet og Sundhedsministeriet i slutningen af 1990'erne samarbejdede om social ulighed i sundhed og oprettede en pulje til interventionsprojekter, var det et incitament til at udarbejde et projekt med det formål at undersøge, hvorvidt det er muligt at arbejde bevidst og systematisk med socialt

differentierede tilbud i sundhedsvæsenet. Valget faldt på hjerterehabilitering, som på dette tidspunkt var etableret som et velfungerende tilbud på Århus Amtssygehus, nu Århus Sygehus.

I et samarbejde med Medicinsk Kardiologisk Afdeling A blev der inden for de gældende regler og med udgangspunkt i det allerede eksisterende hjerterehabiliteringsprogram arbejdet med dels at finde en måde, hvorpå man enkelt kunne identificere de socialt udsatte patienter, dels at tilrettelægge et forløb som indholdsmæssigt og pædagogisk tilgodeså deres specifikke behov for støtte.

Årsager til social ulighed i sundhed kan ikke fjernes, men sundhedsvæsenet kan mere bevidst og systematisk arbejde for ikke at øge uligheden yderligere. Lige og fri adgang til sundhedsvæsenets ydelser giver ikke automatisk lighed i sundhed. Hvis den enkelte patient skal have lige mulighed for at få fuldt udbytte og opnå sundhed, skal man tilpasse tilbuddene til den enkeltes forudsætninger og vilkår.

Denne rapport fortæller, hvordan man systematisk kan arbejde med socialt differentieret hjerterehabilitering, hvad der kom ud af det med særlig fokus på processen, men også med udvalgte resultater. Mere uddybende resultater publiceres i videnskabelige tidsskrifter. Vi håber, at rapporten kan inspirere regioner og kommu-

ner til at arbejde med og fortsat udvikle socialt differentieret hjerterehabilitering, såvel som socialt differentierede tilbud på andre områder, hvor det er relevant.

Projektet startede i 1999. Frem til nu er der sket mange ændringer. Århus Amtssygehus blev en del af Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, flere nøglepersoner har skiftet job og Danmark har fået en ny sundhedslov og en strukturreform. Århus Amt er nedlagt, og funktioner på hospitalssområdet hører nu under Region Midtjylland. Til trods for de mange og store omvæltninger har der været et kolossalt engagement og opbakning i hele perioden.

Først og fremmest tak til de mange patienter, der har udfyldt spørgeskemaer og deltaget i interviews trods belastning og akut sygdom. Der skal ligeledes rettes en stor tak til personalet ved Medicinsk Kardiologisk Afdeling A, Århus Sygehus, hvor overlæge Mogens Lytken Larsen, sygeplejerske Karen Lind, Dorrit Grosen Andersen og Birgitte Gustafson ihærdigt arbejder med det differentierede rehabiliteringstilbud overfor patienterne. Til Hjertereforeningens Rådgivningscenter Århus, hvor centerleder Elisabeth Egeskov og sygeplejerske Annette Parbo ved Hjertereforeningens Hjertecenter Århus for et stort engagement i sociale funktioner efter hjertesygdom, og interessen i at udvikle tilbud i Hjertecenterregi for udsatte hjertepatienters aktiviteter i tredje rehabiliteringsfase til hjertepatienter. Til Sociallægeinstitutionen og alle Lokaltcentre ved Århus Kommune, til Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhed ved Aarhus Universitet og til kolleger ved Sundhedsfremme og Forebyggelse, Cen-

ter for Folkesundhed, Region Midtjylland. En særlig tak til Styregruppens medlemmer for konstruktive diskussioner, idé-udfoldelse og vedvarende indsats i et til tider stort arbejde i forbindelse med udvikling af socialt differentieret hjerterehabilitering - f.eks. gennem Medicinske Audits. Sekretær Gerd Nielsen for utrætteligt arbejde med æstetisk opsætning af skriftlige materialer til patienter og personale, og arrangement og opfølgning på utallige møder. Sidst, men ikke mindst, tak til Datamanagementenheden, studentermedhjælpere, Finn Breinholt Larsen, Kirsten Melgaard Nielsen og Louise Nordvig for mange timers indtastning og analyser af spørgeskemadata.

Socialt differentieret hjerterehabilitering er finansieret gennem:

Indenrigs- og Sundhedsministeriets samt Socialministeriets pulje til interventionsprojekter i sundhedsvæsenet mod ulighed i sundhed 980.000 kr. årligt 2000-2004, Århus Amts pulje til folkesundhedsvidenskab med kr. 1.193.053 i årene 2003-2005 og Hjertereforeningen, der støttede projektet med kr. 240.000 i 2005.

I gang igen efter blodprop i hjertet

*v. Sundhedskonsulent og koordinator
Lucette Meillier
og
Kontorchef
Kirsten Vinther-Jensen*

*Sundhedsfremme og Forebyggelse,
Århus
Center for Folkesundhed,
Region Midtjylland*

Resumé og konklusioner

Udsatte patienter vil nyde godt af et sammenhængende hjerterehabiliteringsprogram efter de internationale og danske retningslinier om fuldt udbygget hjerterehabilitering. Høj deltagelse blandt lavt uddannede patienter er efterstræbelsesværdigt, hvis vi forudsætter hjerterehabilitering har samme positive effekt for denne gruppe, som der er dokumentation for i litteraturen. For at tiltrække og fastholde udsatte patienter i hjerterehabiliteringsforløbet er der brug for et grundigt tilrettelagt forløb med klare arbejds- og ansvarsfordelinger mellem de faggrupper og sektorer, der er involveret. Man kan med socialt differentieret hjerterehabilitering mere bevidst imødekomme socialt udsatte patienters behov indenfor rammerne af retningslinierne. F.eks. ved at tilbyde patienter med større behov ekstra besøg og tilrettelægge forløb samt pædagogik ud fra netop denne gruppe patienters behov. Denne rapport indeholder baggrund, indsats, resultater og forslag til justeringer af socialt differentieret hjerterehabilitering. Sådanne bestræbelser og principper vil også kunne gøre gavn indenfor andre grupper af kroniske patienter og andre områder i sundhedsvæsenet.

Et socialt differentieret hjerterehabiliteringsprogram

I perioden 1. september 2002 til 31. december 2004 blev der indlagt 388 patienter på ≤ 75 år med førstegangs MI på

Århus Sygehus. Patienterne blev under indlæggelsen tilbudt socialt differentieret hjerterehabilitering, som indeholdt alle elementer krævet i Sundhedsstyrelsens nationale retningslinier om hjerterehabilitering:

I hjerterehabiliteringens Fase 1 indgik diagnose og prognostiske procedurer, akut behandling samt visitation til hjerterehabilitering.

I hjerterehabiliteringens Fase 2 indgik medicinsk efterbehandling, optimering af symptomatisk behandling, vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling, fysisk træning, psykosocial støtte, livsstilsintervention og patientuddannelse udbudt af et tværfagligt sammensat team af hjertelæge, hjertesyggeplejerske, diætist og fysioterapeut.

I hjerterehabiliteringens Fase 3 indgik vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling samt vedligeholdelse af ændring af livsstil i Hjerteforeningens Hjertecenter Århus, hos egen læge, hos Lokaltcentre i Århus Kommune og patientens egne forslag til hvordan han eller hun kunne komme *I gang igen efter blodprop i hjertet*.

Hele hjerterehabiliteringens Fase 1 og 2 foregik på sygehuset. Der blev ved siden af Hjerteforeningens, Lokaltentrenes, egen læges og andre muligheder i lokalområ-

det tilbudt etårsopfølgning ved Medicinsk Kardiologisk Afdelings Rehabiliteringsenhed – Århus Sygehus, som et element i Fase 3.

Patienterne blev ud fra uddannelse og civilstand tilbudt et socialt differentieret hjerterehabiliteringsprogram bestående af enten grundrehabilitering til uddannede og gifte patienter og udvidet hjerterehabilitering til patienter, der var lavt uddannede eller enlige eller patienter, som manglede fortrolige at tale med. Sygeplejersken på rehabiliteringsenheden var tovholder og kontaktperson for patienterne, indtil de var godt igang med Fase 3 hos egen læge og andre tilbud.

Fase 1: **Indledende del under indlæggelsen**

Rekruttering

Med socialt differentieret hjerterehabilitering, og de screeningsprocedurer, der blev indført i forbindelse hermed, blev:

- » 85,8 % af alle patienter indlagt med førstegangs MI i alderen < 75 år henvist til rehabilitering

Der var til sammenligning med historisk kontrolgruppe blandt førstegangs MI patienter i alderen < 70 år, hvor alle patienter modtog grundrehabilitering i perioden 2000-2002:

- » 5,7 % flere patienter, der blev henvist til hjerterehabilitering

Med et effektivt screeningsværktøj og systematisk tilgang til inklusion og henvisning til socialt differentieret hjertereha-

bilitering var det muligt at få høj og lige rekruttering til hjerterehabilitering. Det var et vigtigt element, at hjerterehabiliteringen med selvfølghed blev introduceret som den videre behandling, og at første besøg i hjerterehabiliteringen foregik to uger efter udskrivelsen med kontrol ved hjertelæge.

Fase 2: **Tidlig efterbehandling**

Koblingen til den lægelige indsats og det tværfaglige samarbejde, som udmøntede sig i et sammenhængende rehabiliteringstilbud var vigtig. Den samlede faktor for patientens kontakter til andre faggrupper, andre afdelinger og til videre forløb i Fase 3 var hjertesyggeplejersken. Hun fungerede som koordinator i hjerterehabiliteringens Fase 2 og som bindeled til elementer i hjerterehabiliteringens Fase 3. Den fysiske nærhed af personalegrupper og samling af rehabiliteringselementer i et sammenhængende dagsprogram for den enkelte patient, var vigtig for deltagelse i enkelt-elementer.

Det individuelt sammensatte hjerterehabiliteringsprogram blev til i samråd med patienten ved det første besøg.

Deltagelse

- » 79,6 % af alle patienter mødte til hjerterehabilitering
- » 71,1 % af alle patienter mødte frem ved etårsopfølgning
- » Der var ingen sociale forskelle i henvisning, fremmøde eller gennemførsel af hjerterehabiliteringen

Der var i sammenligning med historisk kontrolgruppe blandt førstegangs MI patienter i alderen < 70 år, hvor alle patienter modtog grundrehabilitering i perioden 2000-2002:

- » 13,3 % flere patienter, der mødte til hjerterehabilitering
- » 16,3 % flere patienter, der gav informeret samtykke til at deltage i undersøgelsen

Deltagelsen hos hjertelæge og sygeplejerske var højere end deltagelse hos diætist og fysioterapeut.

Det kunne lykkes at øge henvisning og gennemførelse af hjerterehabilitering ved indførelse af socialt differentieret hjerterehabilitering. Det var muligt at opnå lige så høj deltagelse og gennemførelse blandt socialt udsatte patienter.

Hjemmebesøg

Det kan være et godt tilbud til hjertepatienter, der afviser hjerterehabilitering eller har andre lidelser, at få et tilbud om hjemmebesøg af hjertesygeplejerske. Da der var høj inklusion og deltagelse, var patienter som ikke modtager hjerterehabilitering imidlertid så syge, at hjertelidelsen ikke var det primære problem. Patienterne følte sig godt hjulpet på de afdelinger, hvor de var indlagt, af egen læge og af hjemmeplejen. Der blev kun gennemført et hjemmebesøg i projektperioden.

Etablering af hjemmebesøgsordning, med mulighed for at give ikke henviste patienter og patienter der har afvist hjerterehabilitering et alternativt tilbud, kan fortsat være en god idé. Her tænkes på hjertere-

habiliteringsenheder, hvor inklusionen ikke bliver tilsvarende høj. Herunder kan rådgivning af plejepersonale og pårørende til patienter, der ikke selv er i stand til at deltage pga. demens eller andre årsager, være en mulighed.

Fase 3: Vedligeholdelse

Patienter i udvidet hjerterehabilitering følte sig godt hjulpet af det individuelt tilrettelagte rehabiliteringsforløb på Århus Sygehus, og et videre gruppeforløb á tre besøg sammen med andre patienter og deres pårørende i Hjertereforeningens Hjertecenter Århus måtte afbrydes på grund af manglende tilslutning fra patienterne. Dette er ikke ensbetydende med at gruppeforløb i det hele taget ikke kan fungere for socialt udsatte patienter. I Medicinsk Audit og til sygeplejersken nævnte patienterne, at de følte sig godt hjulpet og ”mætte” af det individuelle forløb, og at de ikke magtede andre patienters lidelse. Patienterne manglede overskud til at deltage i en gruppe. Patienterne ønskede fokus væk fra hjertesygdom og hen på almindelig aktivitet og kontakt til andre mennesker og anførte, at der også var transportvanskeligheder.

Nogle af patienterne kunne have stor glæde af at dele erfaringer med andre, hvis det ikke havde været som opfølgning til et individuelt forløb. I fremtidig hjerterehabilitering skal der måske differentieres til individuelle forløb og gruppeforløb blandt hjertepatienter, idet nogle af patienterne ikke ville have deltaget, hvis der kun havde været tilbudt gruppeforløb.

Gratis deltagelse i kurser om kost, motion, rygeophør og afspænding ved Hjerterefor-
eningens Hjertercenter Århus tiltrak kun
få patienter. Under 20 patienter og deres
pårørende benyttede sig af tilbuddet i den
1½ års periode efter indlæggelsen, hvor
det var muligt.

Der blev i stedet henvist til Århus Kom-
munes Lokalcentre for pensionerede pa-
tienter. Her var et positivt samarbejde og
større velvillighed fra patienternes side
til deltagelse. Patienterne anførte, at til-
gangen her ikke var fokuseret på sygdom,
men var et generelt tilbud om deltagelse i
motion og aktiviteter med andre borgere
fra lokalområdet. Henvisning og deltagel-
se i dette regi er ikke kvantificeret.

Resultater

Flere patienter i udvidet hjerterehabite-
ring følte sig belastet og blev screenet po-
sitive for angst og depression.

Patienter i udvidet hjerterehabitering
havde større risiko for psykisk lidelse:

- » 33 % vs. 17,2 % havde > 70 %
sandsynlighed for psykisk lidelse
1½ måned efter indlæggelsen
- » 33,1 % vs. 15,8 % havde > 70 %
sandsynlighed for psykisk lidelse
efter et år

Patienter i udvidet hjerterehabitering
havde større risiko for depression. Lige-
ledes var der ingen forandring i depressi-
onsandel efter 1½ måned og 1 år:

- » Ved tredje besøg 1½ måned efter
indlæggelsen blev 34,5 % vs. 15,3 %
af patienterne screenet positive
for depression
- » Efter et år blev 33,3 % vs. 16,5 %
af patienterne screenet positive for
depression

Ved indlæggelsen var patienter i grund-
og udvidet hjerterehabitering lige fysisk
aktive. Patienter i grundrehabilitering var
signifikant mere fysisk aktive ved etårsop-
følgningen. Patienter i udvidet hjertereha-
bilitering ændrede ikke aktivitetsniveau.

60,9 % af patienterne var overvægtige,
og 14,1 % var svært overvægtige ved ind-
læggelsen. Andelen af overvægtige steg til
68,5 % et år efter indlæggelsen. Andelen af
svært overvægtige steg til samme niveau
for patienter i grundrehabilitering som
den var i gruppen af udvidet hjertereha-
bilitering.

Gennemsnitligt tog patienterne 2 kg på
ved etårsopfølgningen. Patienter i udvi-
det og grund hjerterehabitering hhv. 2,4
og 1,5 kg. Forskellen i vægtøgning var ikke
statistisk signifikant. Kontrolleret for for-
søg på rygeophør i forbindelse med ind-
læggelsen var OR:0,45 (95 % CI: 0,25-
0,80) for at bevare samme vægt.

Ca. halvdelen af alle, der røg ved indlæg-
gelsen, var røgfri ved etårsopfølgningen.
Taget i betragtning at et meget stort antal
patienter der normalt fravælger hjertere-
habitering deltog, var det en høj ryge-
stopfrekvens. Der var dog fortsat forskel
på rygestopraten blandt udsatte patienter
og de veluddannede med ægtefæller:

- » 37,4 % af rygerne i udvidet hjerterehabilitering var helt røgfri ved etårsopfølgningen mod 58,4 % af rygere blandt patienter i grundrehabilitering
- » Henholdsvis 75,5 % og 78,9 % af rygerne ved indlæggelsen i udvidet hjerterehabilitering og grundrehabilitering, som var røgfri 1½ måned efter indlæggelsen, var fortsat røgfri ved etårsopfølgningen
- » Færre patienter i udvidet hjerterehabilitering formåede at påbegynde et rygeophør ved indlæggelsen
- » Der var lige mange røgfrie patienter i udvidet hjerterehabilitering, der havde deltaget i det socialt differentierede hjerterehabiliteringstilbud i Studie 2 (2002-2005) og som ville have fået tilbudt udvidet hjerterehabilitering under Studie 1 (2000-2002) efter et år. 16,4 % flere patienter i grundrehabilitering var røgfri efter et år (Studie 2), sammenlignet med den historiske kontrolgruppe (Studie 1)
- » Patienter uden symptomer på depression havde 2,7 gange større chance for at være røgfrie efter et år

Rygekvantum blev signifikant nedsat mellem indlæggelsen og etårsopfølgningen blandt fortsatte rygere i hhv. udvidet hjerterehabilitering og grundrehabilitering:

- » Ved indlæggelsen 25,2 vs. 23,5 cigaretter
- » Ved etårsopfølgningen 16,8 vs. 11,8 cigaretter

Blandt fortsatte rygere 1½ måned efter indlæggelsen var motivationen til rygeophør høj for begge hjerterehabiliteringsgrupper. Ved etårsopfølgningen havde

patienterne lavere motivation til ophør. Denne forskel var dog ikke signifikant for patienter i grundrehabilitering. Fald i motivation var ikke signifikant forskellig mellem de to patientgrupper.

Ved etårsopfølgningen var der en høj medicineterlevelse og opnåelse af behandlingsmål for både grund- og udvidet hjerterehabilitering i socialt differentieret hjerterehabilitering.

I forhold til den historiske kontrolgruppe var der ved etårsopfølgningen:

- » Samme niveau af medicineterlevelse med børnemagnyl både for grund- og udvidet hjerterehabilitering
- » Højere medicineterlevelse af betablok- kere for både grund- og udvidet hjerte- rehabilitering. Forskellene var ikke signifikante
- » Højere medicineterlevelse af statiner. Forskellen var signifikant for patienter i grundrehabilitering
- » Højere medicineterlevelse af ACE-hæmmere. Forskellen var signifikant blandt patienter i udvidet hjerterehabilitering

Med hensyn til behandlingsmål var:

- » Andelen af patienter med totalkolesterol < 5 signifikant højere for begge hjerterehabiliteringsgrupper end i den historiske kontrolgruppe
- » Andelen af patienter med LDL- kolesterolniveau < 3 signifikant højere for begge hjerterehabiliteringsgrupper end i den historiske kontrolgruppe
- » Andelen med HDL kolesterol > 1 højere, men ikke signifikant forskellig

for patienter i udvidet hjerterehabilitering i forhold til den historiske kontrolgruppe

- » Andelen af patienter med fastebloodsukker < 7 mindre, men ikke signifikant forskellig fra den historiske kontrolgruppe

Ved etårsopfølgningen var der relativt få patienter, som havde fået fornyet blodprop i hjertet (re-MI) blandt patienter i både grund- og udvidet hjerterehabilitering. Der var signifikant færre genindlæggelser med re-MI og dødsfald efter socialt differentieret hjerterehabilitering. Forskellen var at finde blandt patienter i grundrehabilitering. Forskel i re-MI og dødsfald var mindre, men ikke signifikant forskellig for patienter i udvidet hjerterehabilitering.

Konklusion

Ved socialt differentieret hjerterehabilitering tilknyttet sygehusafdeling kan det lade sig gøre at eliminere social ulighed i rekruttering og fremmøde til hjerterehabilitering. Der kan opnås lige medicinsk compliance og opnåelse af signifikant lige behandlingsmål blandt patienter i grund- og udvidet hjerterehabilitering.

Patienterne i socialt differentieret hjerterehabilitering havde, sammenlignet med en historisk kontrolgruppe, signifikant færre genindlæggelser på grund af re-MI og dødsfald i det socialt differentierede tilbud, end ved det tidligere tilbud. Ændret genindlæggelse og dødelighed kan være resultat af ændret medicinsk og kirurgisk behandling samt ændrede behandlingsmål i perioden. Opdelt i grund- og udvidet hjerterehabilitering var forskel-

lene fortsat kun signifikant for patienter i grundrehabilitering.

Samlet set var der en høj rygestopfrekvens i socialt differentieret hjerterehabilitering. Der var lige høj motivation til rygeophør under Fase 2 i hjerterehabiliteringen, men patienter, der begyndte at ryge igen, havde svært ved at holde motivationen for rygeophør, når der var gået et år.

Udsatte patienter i udvidet hjerterehabilitering blev dobbelt så ofte screenet positivt for tegn på angst og depression. Det formåede indsatsen ikke at minimere, og det kan overvejes om udredning og behandling for depression var systematisk nok. Det bør overvejes at tilbyde psykologsamtaler til patienter med udtalte angst og depressionssymptomer i fysisk tæt tilknytning til den øvrige hjerterehabilitering i Fase 2.

Der bestod således stadig på nogle områder ulighed mellem grupperne efter socialt differentieret hjerterehabilitering et år efter indlæggelsen. Der var langt flere depressive blandt patienter i udvidet hjerterehabilitering, kun patienterne i grundrehabilitering formåede at blive mere fysisk aktive, og en større andel formåede at kvitte cigaretterne helt.

Der opstod fortsat problemer i overgang mellem sektorer i sundhedsvæsenet og til elementer i Fase 3 i rehabiliteringen. Socialt udsatte patienter var mere følsomme for manglende sammenkitning af programelementer mellem sektorer. Det var vanskeligere for denne patientgruppe selv at finde vej til de relevante ydelser og stille krav. Dette problem kan ikke løses fra syg-

domsgruppe til sygdomsgruppe. Det kræver videreudvikling af generelle retningslinier for overgange mellem faggrupper og sektorer.

Perspektiver for socialt differentieret hjerterehabilitering

Hvis deltagerantallet var lige så højt alle steder i Danmark, som ved Århus Sygehus, ville mange patienter få gavn af de effekter, der er dokumenteret ved hjerterehabilitering. Ved indførelse af systematisk inklusion og individuel tilgang er der således et hjertesundhedspotentiale for andre hjertepatienter i Danmark.

Social differentiering i hjerterehabilitering ligger i forlængelse af de etablerede retningslinier. De involverede faggrupper og organisationer kan med enkle midler indføre screenings-instrumenter, og det er muligt at indarbejde en pædagogisk praksis i sygehusvæsenet, der passer til udsatte patienter. Effektiviteten og et mål om at nå alle indlagte patienter afhænger af en systematisk indsats. Indførelse af bløde værdier som social differentiering kræver således hård systematik.

Der bør indgå en kontaktperson, der følger udsatte patienter helt til dørs fra indlæggelsen til overgang ved Fase 2 eller 3 i kommunen. De udsatte patienter er særligt følsomme for skift i personalet og de fysiske rammer. I projektet var denne kontaktperson en sygeplejerske, der bandt alle rehabiliterings elementer og eventuelle andre behandlere for patientens andre lidelser sammen i et sammenhængende hele for patienten. Det kan overvejes at ansætte personale, der følger patienten

fra rekruttering under indlæggelsen, over Fase 2 og Fase 3 i hjerterehabiliteringen.

Der arbejdes fra Sundhedsstyrelsens side med forløbsprogrammer for kroniske patienter, der kan imødegå disse problemer. For at gøre det, bør social differentiering, en pædagogisk dimension, standardisering af kommunikationsværktøj om programforløb, motivation, patientmål og målopnåelse også indtænkes i forløbsprogrammer.

Udfordringer ved ny struktur

Det er muligt at indføre systematisk screening og med relativt enkle midler forøge chancen for at socialt udsatte patienter gennemfører hjerterehabilitering. Der er stor chance for at udsatte patienter falder fra i overgangen mellem organisationer, eller at vigtige informationer for kontinuiteten ikke finder vej over sektorgrænser. Ud fra resultater af forsøget *I gang igen efter blodprop i hjertet* ser det ud til, at koblingen mellem hjertelæge og de øvrige rehabiliteringselementer i et synligt sammenhængende tilbud er vigtigt for deltagelsen blandt patienterne. Denne kobling og synlighed er meget vigtig at overveje, hvis hjerterehabiliteringens Fase 2 skal udbydes i kommunalt regi. Ligeledes vil systematisk og enkel kommunikation af patientens situation og forebyggende tiltag være vigtig for kontinuiteten.

Perspektiver for andre patientgrupper

Elementer af socialt differentieret hjerterehabilitering kan overføres på områder som gig, Kronisk Obstruktiv Lungelidel-

se (KOL), diabetes og kræft. Tilrettelægges sådanne forløb individuelt som i dette projekt, vil det være muligt at etablere hjerterehabilitering for patienter der tilhører mindre sygdomsgrupper, som har lige så store konsekvenser for patienten, men hvor sundhedsvæsenet ikke har etablerede rehabiliterings- eller genoptræningsprogrammer.

Der er øget bevågenhed om social ulighed i sundhed. Årsagerne kan vi ikke fjerne i sundhedsvæsenet, men vi kan arbejde for ikke at øge uligheden yderligere. Lige adgang til ydelser giver ikke automatisk lighed i sundhed. Man kan lidt provokatorisk sige: Hvis man behandler alle ens, gør man forskel på folk!

Social ulighed i hjertesundhed

Indhold

Der er publiceret en række artikler og rapporter om ulighed i sundhed, hvilke befolkningsgrupper der er udsatte, og hvad der karakteriserer udsatte patienter. Årsager til ulighed i sundhed kan ikke ændres i sundhedsvæsenet, men der kan arbejdes kompenserende for den ulige sygdomsbyrde, der rammer udsatte grupper. Der er ikke gennemført og publiceret mange interventioner, der har forsøgt at imødegå ulighed i sundhed i den behandlende del af sundhedsvæsenet. Hvad skal der til? Hvordan motiverer man patienter til at deltage? Kan vi nå alle? Hvilke barrierer er vanskelige at overkomme for patienterne? Hvilke personalegrupper skal involveres? Hvordan skal faggrupper og organisationer samarbejde? Hvad kræver det af personalet? Hvor langt kan vi nå i eksisterende strukturer? Kan det overføres til drift efter projektperioden?

Denne rapport indeholder løsningsforslag, der blev fundet på ovenstående spørgsmål i forbindelse med udvikling, implementering og evaluering af et socialt differentieret hjerterehabiliteringsprogram ved Medicinsk Kardiologisk Afdeling A på Århus Sygehus. Det er først og fremmest en procesevalueringsrapport, der lægger vægten på udvikling og evaluering af, hvad der får rekruttering, samtaler med patienter og samarbejdet mellem faggrupper og organisationer til at fungere til patienternes bedste. Rapporten

indeholder resultater med hensyn til fremmøde, belastninger, depression, livsstil, behandlingsmål, re-MI og dødelighed frem til etårsopfølgningen. Uddybende resultater publiceres i videnskabelige tidsskrifter. Resultaterne er et spejl på bestræbelserne i implementeringsprocessen og de vanskeligheder og barrierer, der fortsat skal overvindes for at opnå mere lighed i hjertesundhed. Man kan ikke fuldt kompensere for ulighed i hjertesundhed i sundhedsvæsenet, men man kan komme et godt stykke ad vejen.

Social ulighed i hjertedødelighed

Det er dokumenteret, at manglende erhvervsuddannelse øger risikoen for at få en hjertesygdom og dø af den. Det, der tidligere blev set som en direktørsygdom, har de sidste 30 år udviklet sig til at blive de lavt uddannedes, de manuelt arbejdende og de dårligt lønnede sygdom. Især opstod store sociale forskelle på grund af stigning i både forekomst og dødelighed blandt ufaglærte, samtidig med et fald blandt ledende funktionærer (1,2). Flere lavt uddannede og personer med lav indkomst dør inden ankomst til sygehuset. Ufaglærte arbejdere, enlige, socialt isolerede, patienter med belastninger i livet og med stress er ladet tilbage med en højere risiko for hjertesygdom og død (3, 4). Ser man på de yngre hjertepatienter, har de, der bringes i live til hospitalet, ligele-

des ulige chancer for at overleve med deres sygdom. Der er i dag 1,54 gange større risiko for at dø indenfor 30 dage efter en blodprop i hjertet blandt den tredjedel af 30-64-årige med lavest indkomst sammenlignet med tredjedelen med højest indkomst. Dødeligheden efter de første 30 dage er for samme gruppe 1,24 gange større. En tilsvarende ulighed gør sig gældende for aldersgruppen 65-75 år. Efter blodprop i hjertet har lavt uddannede således dårligere prognose. (5).

Dette gør sig også gældende i andre vestlige lande. Risikoen for re-MI er højere, og den relative risiko for at dø op til syv år efter første blodprop er 1,47 gange større for patienter med skoleuddannelse under gymnasieniveau (6).

Deltagelse i hjerterehabilitering

Med udvikling af et hjerterehabiliteringstilbud, der tiltrækker alle patienter og fastholder de lavt uddannede, har man muligheden for at reducere dødeligheden efter de første 30 dage, og dermed reducere den sociale ulighed i hjertesundhed i årene efter MI (7). Et sammenhængende og fuldt udbygget rehabiliteringsforløb efter blodprop i hjertet øger patientens chance for at fastholde og måske forbedre sit fysiske, psykosociale og erhvervsmæssige funktionsniveau, og dermed patientens chance for at vende tilbage til et helt og meningsfuldt liv efter blodprop i hjertet. En meta-analyse af sammenhængende undervisningsbaserede programmer for hjertepatienter viser, at programmerne reducerer dødeligheden af hjertesygdom med 35 % og reducerer risiko for re-MI med 29 % (8).

Hjerterehabilitering hjælper imidlertid kun de patienter, der deltager og gennemfører forløbet. Det er en udfordring at rekruttere og motivere alle potentielle deltagere til at møde frem og gennemføre et fuldt hjerterehabiliteringsprogram. Afhængigt af patientfaktorer som f.eks. alder og sygehusets indsats er deltagelsesprocenten internationalt et sted mellem 21 % og 86 %. Meget få internationale studier har kunnet præsentere en høj deltagelsesprocent. De fleste rapporterer deltagelsesrater mellem 25 % og 55 %. Adskillige studier rapporterer større deltagelse blandt mænd, yngre patienter og patienter med færre konkurrerende sygdomme (9-14). Årsager til ikke at deltage rapporteres at være lange afstande til hjerterehabiliteringscenter, mangel på forsikringsdækning, alder, sygdommens beskaffenhed, konkurrerende sygdomme, køn, familieforpligtigelser og rolleovervejelser. Forhold, der påvirkede deltagelse i hjerterehabilitering positivt, var opfordring fra lægen, at sundhedspersonalet anså hjerterehabilitering for vigtig og effektiv, at der var let adgang, gode transportmuligheder, høj vurdering af egne evner til at gennemføre forandringer, høj social støtte, høj socio-økonomisk status og høj uddannelse blandt patienterne (15). Lang afstand og manglende forsikringsdækning er ikke barrierer for deltagelse her, men alligevel er der relativt lav deltagelse i hjerterehabilitering, også i Danmark.

Efter Sundhedslovens § 16 skal alle patienter kunne få information om deres helbredstilstand, herunder oplysninger om relevante forebyggelses- og behandlingsmuligheder (17). Det gælder også hjertepatienter. Der er kun publiceret få

studier om rekruttering og deltagelse i hjerterehabilitering i Danmark, men det anslås at under halvdelen af danske hjertepatienter får tilbudt hjerterehabilitering under indlæggelsesforløbet. De senere år er interessen steget, og antallet er voksende. Under DANREHAB på Bispebjerg Hospital i København blev 32 % af patienterne inviteret bl.a. på grund af restriktive inklusionskriterier for patienter med anden lidelse (co-morbiditet). 47 % af de patienter, der opfyldte inklusionskriterierne, deltog (18,19).

Socialt udsatte eller lavt uddannede patienter er mindre tilbøjelige til at deltage, selv om de får et tilbud om hjerterehabilitering (20,21). Kun et enkelt studie i Tyskland viste ligelig deltagelse ud fra uddannelseskriterier, men konkluderede, at patienter med lav socioøkonomisk status så ud til at have dårligere helbredsmæssigt udgangspunkt. Hjerterehabiliteringen blev mere kompliceret i og med der skulle tages højde for andre lidelser. Som et resultat heraf havde de specifikke behov i hjerterehabiliteringen (22). Hvis hjerterehabiliteringen vil gøre op med social ulighed i rekruttering, er det derfor også vigtigt at kunne tilrettelægge indsatsen efter varierende muligheder blandt patienterne og at rekruttere til hjerterehabilitering, selv om der samtidig er andre lidelser.

En analyse af kroniske patienter med 17 alvorlige og mindre alvorlige lidelser viste, at 32 % mellem 25-79 år har mere end én kronisk lidelse, og at antallet af lidelser stiger med alderen (23). Da hjertesygdom optræder hyppigst efter 60-års alderen vil der være en stor andel af patienter med andre lidelser. Selv når man ser bort fra

forhøjet blodtryk og angina pectoris, der er del af sygdomskomplekset iskæmisk hjertesygdom, har blodproppatienter hyppigere mere end én sygdom. Sammenlignet med alle voksne i Region Midtjylland mellem 25 og 79 år er der bl.a. en høj korrelation mellem MI og astma (9,9 % vs. 5,6 %), diabetes (14,4 % vs. 3,1 %), apopleksi (3,9 % vs. 1 %), KOL/kronisk bronkitis (14,4 % vs. 3,5 %), gigt (34,3 % vs. 19,2 %), kræft (3,1 % vs. 1,5 %), diskusprolaps (17,3 % vs. 12,3 %) og tinitus (18,1 % vs. 10,3 %). Korrigeret for alder er der signifikant flere MI-patienter der har astma, diabetes, hjerneblødning, KOL/kronisk bronkitis, grå stær, angsttilstande, alvorlig psykisk sygdom, diskusprolaps og tinitus. En del af forklaringen er, at mange af disse sygdomme deler samme risikofaktorer. Det kan dog ikke udledes hvilken sygdom, der er kommet først i en tværsnitsanalyse. Patienterne kan have fået andre lidelser efter deres MI (24).

Lavt uddannede patienter har flere skadelige sundhedsvaner trods deres kroniske sygdom og samlet set et følgende lavere funktionsniveau. Der er flere lavt uddannede MI-patienter i Region Midtjylland, der ryger (32 % vs. 18 %), spiser usundt (15 % vs. 4 %), og som er inaktive (33 % vs. 11 %) efter en blodprop i hjertet, end højt uddannede (24).

Der er ulighed i medicin efterlevelse blandt hjertepatienter. I et registerstudie blandt 30.078 MI patienter indlagt mellem 1995 og 2001 blev receptfornyerelser for statiner og betablokkere analyseret seks måneder efter indlæggelsen. Den tredjedel af patienter mellem 30-64 år, der havde højest indkomst, havde 1,27 (95 % CI: 1,19-

1,35) større sandsynlighed for at starte statin behandlingen sammenlignet med den tredjedel med lavest indkomst. Risikoen for at bryde behandlingen var her efter lavere for gruppen med højest indkomst (HR 0,73 95 % CI: 0,66-0,82) (25). Dødeligheden blandt patienter med ringe medicin efterlevelse af statiner var højere (24 % vs. 16 %) i en opfølgningsperiode på gennemsnitligt 2,4 år efter MI (26).

Sociale og psykologiske faktorer

Der er også andre sammenhænge, der giver dårlig prognose. I et registerstudie blandt 646 patienter i Århus med ustabil angina pectoris, MI eller pludselig hjerterød fandt man, at det at bo alene øgede risikoen til det dobbelte. Blandt angina pectoris og MI-patienter havde mænd, der var skilt eller boede alene, 1,5 gang højere risiko for at få hjertesygdom end gifte mænd (27). Patienter, der levede alene, havde ligeledes sværere ved at komme sig efter MI. Patienter med deres første MI manglede social støtte, oplevede belastninger i livet, boede alene eller manglede fortrolige i deres sociale netværk, havde ringere prognose for hjertesygdom og samlet en højere dødelighed i ni ud af ti studier (8). Når det gjaldt patienter med et tæt netværk med høj kontakthyppighed, klarede de sig bedre. De blev tidligere udskrevet og kom hurtigere på et bedre funktionsniveau, målt tre måneder efter indlæggelsen (28).

Blandt psykologiske faktorer fortjener depressive tendenser opmærksomhed. Mange patienter har oplevet angst eller udviklet depression i tilknytning til deres hjerte problemer. Nogle havde psykologi-

ske belastninger i livet og oplevede ekstra psykologisk stress ved en akut sygdom som MI. Patienter, der oplevede depressioner, især patienter der tidligere i livet har været diagnosticeret for depression, har ringe udsigt. Blandt 1.250 hertepatienter i North Carolina blev 27 % identificeret som depressive, 11 % i moderat til alvorlig grad. Ved op til 19,4-års opfølgning viste det sig, at 51 % af de moderat til alvorligt deprimerede patienter døde af kardiovaskulære sygdomme i opfølgningsperioden til sammenligning med 35 % af de ikke-depressive patienter (29). Patienter med depressive tendenser er beregnet til at have 1,3 – 6,6 gang større risiko for re-MI end ikke depressive hertepatienter (29). Der er flere faktorer, der knytter depression til udvikling af hjertekarsygdom. Patienterne har ringere medicin efterlevelse, og livsstilsomlægninger som rygeophør, motion og hjertesund mad er vanskeligere for depressive patienter at gennemføre. Der er voksende evidens for, at depression er en uafhængig risikofaktor for hjertesygdom. Behandling af depression viste sig at øge patienternes livskvalitet, men det påvirkede ikke prognosen for hjertekarsygdom. Der er fremsat en hypotese om, at depression kan skyldes forkalkningstilstande i hjernen – det vil sige samme processer, der giver MI (30). Hvis det er tilfældet, er medicinsk behandling og støtte til at ændre sundhedsvaner i en mere hjertesund retning livsnødvendigt for depressive patienter.

Ved kronisk sygdom vil udstødning fra arbejdsmarkedet være en risiko, særligt for lavt uddannede. Ved gennemgang af litteraturen så det ikke ud til, at MI-patienter havde store vanskeligheder med at vende

tilbage til arbejdsmarkedet, sammenlignet med andre kroniske lidelser. 90 % af patienterne genoptog arbejdet inden for det første år efter MI. Blandt de, der trådte tilbage fra arbejdsmarkedet, havde cirka halvdelen på forhånd planer om tilbage-trækning. Patienter med hårdt fysisk arbejde udgjorde 15 % af patienterne. De havde vanskeligere ved at vende tilbage på arbejdsmarkedet end andre patienter (RR 4,7) (31). Arbejdsmarkedstilknytning vil være et relevant tema for 5 % af patienterne.

Ulighed i hjertesygdom bør angribes fra flere vinkler

De hjertepatienter, der ud fra risikoprofil fortjener ekstra opmærksomhed, er:

- » patienter med faglært uddannelse eller mindre
- » patienter, der bor uden voksen samlever
- » patienter, der oplever depressioner
- » patienter, der har konkurrerende lidelse

Det kan lade sig gøre at yde lavt uddannede og enlige et ekstra tilbud i hjerterehabiliteringen. Patienter, der oplever psykologiske belastninger under deres

hjerterehabileringsperiode, kan identificeres og gives ekstra støtte eller behandling for depressioner. Det vil være et led i indsatsen mod social ulighed i sundhed at medtage så mange patienter som muligt i hjerterehabilitering – uanset konkurrerende lidelser – blot patienten evner at deltage i forløbet. Derfor skal så mange som muligt inkluderes i hjerterehabiliteringen eller tilbydes elementer af hjerterehabileringen i et andet regi.

Der er et stort potentiale i hjertesundhed, hvis vi er i stand til at sikre systematisk rekruttering og fastholde deltagelse gennem hele rehabiliteringsforløbet blandt lavt uddannede og belastede patienter. Det er derfor vigtigt at udvikle metoder, som kan opspore, motivere, fastholde og hjælpe denne gruppe patienter til et positivt udbytte. Der er derfor behov for hjerterehabilitering med mulighed for et individuelt tilpasset tilbud. Rent pædagogisk skal en sådan indsats også kunne støtte forandring af situation og sundhedsadfærd blandt patienter med vanskelige vilkår i deres sociale liv, patienter med tegn på angst og depression og med belastninger i livet, der øger barriererne for medicinefterlevelse.

Litteratur

1. Tüchsen F, Endahl LA. Increasing inequality in ischaemic heart disease morbidity among employed men in Denmark 1981-1993: the need for a new preventive policy. *International Journal of Epidemiology* 1999;**28**:640-4.
2. 2004 HjerteStatistik. Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed. 2004.
3. Ickowics JR, Viscoli CM, Horwitz RI. Functional Recovery after Myocardial Infarction in Men: The Independent Effects of Social Class. *Annals of Internal Medicine* 1997;**127**:518-25.
4. Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, CORDANO M, Costa G, Hardiong S, et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology* 2003;**32**:830-7.
5. Rasmussen JN, Rasmussen S, Gislason GH et al. Mortality after acute myocardial infarction according to income and education. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;**60**:351-6.
6. Tonne C, Schwartz J, Mittleman M, Melly S, Suh H, Goldberg R. Long-Term Survival After Acute Myocardial Infarction Is Lower in More Deprived Neighborhoods. *Circulation* 2005;**111**:3063-70.
7. Nielsen KM, Faergeman O, Larsen ML, Foldspang A. Danish singles have a twofold risk of acute coronary syndrome: data from a cohort of 138290 persons. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007;**2006**(60):721-8.
8. Hemmingway H, Marmot M. Evidence based cardiology. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal* 1999;**318**:1460-7.
9. Dusseldorp E, Elderen Tv, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A Meta-Analysis of Psychoeducational Programs for Coronary Heart Disease Patients. *Health Psychology* 1999;**18**(5):506-19.
10. Cooper AF, Jackson G, Weinman J, Horne R. Factors associated with cardiac rehabilitation attendance; a systematic review of the literature. *Clinical Rehabilitation* 2002;**16**:541-52.
11. Daly J, Sindone AP, Thompson DR, Hancock K, Chang E, Davidson P. Barriers to Participation in and Adherence to cardiac Rehabilitation Program: A Critical Literature Review. *Prog Cardiovascular Nursing* 2002;**17**(1):8-17.
12. Worcester MUC, Murphy BM, Mee VK, Roberts SB, Goble AJ. Cardiac rehabilitation programmes: predictors of non-attendance and drop-out. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2004;**11**:328-35.
13. Witt BJ, Jacobsen SJ, Weston SA, Killian JM, Meverden RA, Allison TG, et al. Cardiac Rehabilitation After Myocardial Infarction in the Community. *Journal of the American College of Cardiology* 2004;**44**(5):988-96.
14. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers G, Lip GYH. Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research* 2001;**51**:497-501.
15. Beswick AD, Rees K, West RR, Taylor FC, Burke M, Gribsch I, et al. Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2005;**49**(5):538-55.
16. Jackson L, Leclerc L, Erskine Y, Linden W. Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors. *Heart* 2005;**91**:10-14.
17. Sundhedsloven. Lov nr. 546 af 24. juni 2005.
18. Zwisler A-D. Cardiac Rehabilitation. A survey on implementation in Denmark and presentation of a local model. Copenhagen, Denmark: University of Copenhagen; 2004.
19. Zwisler A-D, Nissen NK, Madsen M, DANREHAB-gruppen. Hjerterehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget. Copenhagen, Denmark: Statens Institut for Folkesundhed, Sundhedsstyrelsen, H:S Bispebjerg Hospital; 2006. Report No.: 2006; 6(10).
20. Pell J, Pell A, Morrison C, Blatchford O, Dargie H. Retrospective study of influence of deprivation on uptake of cardiac rehabilitation. *British Medical Journal* 1996;**313**:267-8.
21. Melville MR, Packham C, Brown N, Weston C, Grey D. Cardiac rehabilitation: socially deprived patients are less likely to attend but patients ineligible for thrombolysis are less likely to be invited. *Heart* 1999;**82**:373-7.
22. Altenhoener T, Leppin A, Grande G, Rompel

- M. Social inequality in patients' physical and psychological state and participation in rehabilitation after myocardial infarction in Germany. *International Journal of Rehabilitation Research* 2005;**28**(3):251-7.
23. *Hvordan har du det?* Sundhedsprofil for Region Midtjylland. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland 2006.
 24. Larsen FB *Hvordan har du det?* Online nr. 2 2007 <http://www.rm.dk/Sundhed/Folkesundhed> + separate analyser.
 25. Rasmussen JN, Gislason GH, Rasmussen S et al. Use of statins and beta-blockers after acute myocardial infarction according to income and education. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007;**61**:1091-7.
 26. Rasmussen JN, Chong A, Alter DA. Relationship Between Adherence to Evidence-Based Pharmacotherapy and Long-term Mortality After Acute Myocardial Infarction. *JAMA* 2007;**297**(2):177-86.
 27. Nielsen KM, Faergemann O, Foldspang A, Larsen ML. One out of four patients with myocardial infarction do not attend cardiac rehabilitation – non-attendees have a low socioeconomic status and a higher risk of dying. In: *Acute coronary syndrome: Incidence and prognosis*. Aarhus, Denmark: Faculty of health Sciences, University of Aarhus; 2006.
 28. Smith KM, Harkness K, Arthur HM. Predicting cardiac rehabilitation enrollment: the role of automatic physical referral. *European journal of Cardiovascular prevention & Rehabilitation* 2007;**13**(1):60-6.
 29. Barefoot J et al. Depression and Long-Term Mortality Risk in patients with Coronary Artery Disease. *American Journal of Cardiology* 1996;**78**:613-7.
 30. Zellweger MJ, Osterwalder RM, Langewitz W and Pfisterer ME. *Coronary disease and depression*. *European Heart Journal* 2004;**25**:3-9.
 31. Nielsen FE *Erhvervsprognose efter akut myokardieinfarkt*. Disputats, Eget forlag 2001.

Forberedelse af socialt differentieret hjerterehabilitering – rammer og tidligere tilbud

Hjerterehabilitering i Danmark

Lovgivning

Alle patienter har ifølge sundhedslovens § 16 (1) ret til at få informationer om deres helbred og om hvilke forebyggelses- og behandlingsmuligheder, der findes.

På hjerteområdet er der veludviklede standarder for efterbehandling og rehabilitering af patienter efter indlæggelse med hjertesygdom. Sundhedsstyrelsens nationale retningslinier *Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse* fra 2004 (2) anbefaler, at:

- » *Alle patienter, der indlægges med hjertesygdom, skal vurderes med henblik på et individuelt tilbud om hjerterehabilitering*
- » *Sygehusafdelinger, der behandler hjertepatienter, udarbejder lokale instrukser for systematisk vurdering af behov for og gennemførelse af hjerterehabilitering og forebyggende medicinsk behandling*

Sundhedsstyrelsens nationale retningslinier for hjerterehabilitering bygger på anbefalinger fra Dansk Cardiologisk Selskab, Hjertereforeningen og Netværk af Forebyggende Sygehuse i Danmark *Hjerterehabilitering på danske sygehuse* fra 2004 (3).

American Heart Association har i 2007 udgivet en anbefaling for, hvilke niveauer af målopnåelse, der bør sættes for hjerterehabilitering. Den rummer både mål for henvisning af patienter og dokumentation af effekt ved enkelte procedurer i sammenhængende hjerterehabilitering. Målopnåelser refererer til elementer fra henvisning af patienter over måling af risiko for bl.a. udvikling af kardiovaskulær lidelse, mål for ændring af livsstilsfaktorer, tilstedeværelse af depression, lipidmålinger og kommunikation med sundhedspersonalet. Der anvises værktøj til, hvordan hjertepatienters deltagelse i hjerterehabiliteringens enkelte elementer kan monitoreres gennem Fase 1, 2 og 3 (4). Der er således ganske gode værktøjer til måling af hjerterehabiliteringens enkeltelementer. Der tilbagestår dog fortsat en udfordring i at beskrive, hvordan man skal håndtere sociale og psykologiske elementer.

En anden udfordring er sammenhæng i rehabiliteringsforløbet og smidige overgange mellem de sektorer, der har ansvaret for kroniske patienter i sygdommens forskellige faser. Regionerne skal ifølge sundhedslovens § 119 varetage den del af den patientrettede forebyggelse, som finder sted på hospitaler og i almen praksis.

Kommunerne har ansvar for borgernes sundhed, borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme og den del af den patientrettede forebyggelse, som ikke varetages af regionen (1). Denne lovmæssige arbejdsdeling forudsætter et tæt samarbejde om sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering. I dag tilbydes størstedelen af den eksisterende hjerterehabilitering i hospitalsregi, men der er en udvikling på vej, hvor kommunerne vil spille en større rolle. Allerede i dag er der flere kommunale tilbud og forsøg med nye regionale-kommunale samarbejdsmodeller.

I forbindelse med strukturreformen blev der igangsat initiativer til forbedring af forløb for kroniske patienter i sygehussvæsenet. Sundhedsstyrelsen udsendte i foråret 2007 *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom* i høring til interessenter i sundhedsvæsenet og patientforeninger (5). Netværk af Forebyggende Sygehuse i Danmark og Hjertereforeningen har gjort sig overvejelser om, hvordan disse forløbsovervejelser kan integreres med retningslinier for hjerterehabilitering og udfoldes under den nye struktur med udgivelse af publikationen *Hjerterehabilitering efter strukturreformen* (6). Her angives måder, hvorpå ansvarsfordelingen kan håndteres, så patienterne modtager de rehabiliteringselementer, de har krav på.

Hjerterehabiliteringens tre faser

Det optimale hjerterehabiliteringsforløb består af:

- » Fase 1 - Den indledende fase under akut forløb
- » Fase 2 - En tidlig efterbehandling indenfor de første måneder

- » Fase 3 - Vedligeholdelse efter de første måneder, som kan vare flere år

Fase 1 foregår i hospitalsregi. Fase 2 foregår oftest i hospitalsregi, men elementer kan ligge i kommunalt regi og skal integrere livet med en hjertesygdom i patientens hverdag. Fase 3 foregår hos egen læge, i kommunal regi og i patientens hverdag.

Fase 1: Indledende del

- » Diagnose og prognostiske procedurer
- » Akut behandling
- » Visitation til hjerterehabilitering

Fase 2: Tidlig efterbehandling

- » Optimering af symptomatisk behandling
- » Vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling
- » Fysisk træning
- » Psykosocial støtte
- » Livsstilsintervention (rygning, kost og motion)
- » Patientuddannelse

Fase 3: Vedligeholdelse

- » Vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling
- » Vedligeholdelse af ændringer i livsstil

Tidligere hjerterehabiliteringsprogram på Århus Sygehus

Det tilbud, som blev givet i forbindelse med socialt differentieret hjerterehabilitering *I gang igen efter blodprop i hjertet*, bygger på en hospitalsbaseret indsats.

Rehabiliteringsenheden ved Århus Sygehus havde ved projektets start gennem

en årrække tilbudt individuelt tilrettelagt hjerterehabilitering til patienter efter blodprop i hjertet. Tilbuddet indeholdt alle anbefalede elementer i hjerterehabiliteringens Fase 1 og 2 i de gældende retningslinier, og var hermed et godt udgangspunkt for udbygning overfor udsatte patienter, som kunne føre til vurdering af eventuel positiv effekt ved et socialt differentieret tilbud. Alle patienter under 70 år blev før interventionsprojektet om socialt differentieret hjerterehabilitering tilbudt hjerterehabilitering.

Der foregik i perioden 2000-2002 en registerundersøgelse af indlæggelser, dødelighed samt en undersøgelse af patienter med hensyn til rehabiliteringsdeltagelse, medicin efterlevelse, ændring af biokemiske markører samt livsstil op til et år efter indlæggelsen for patienter med akut koronar syndrom (AKS)(7) Disse data kunne anvendes i en historisk sammenligningsundersøgelse.

Fase 1:

Indledende del under indlæggelsen

Patienter med blodprop i hjertet indlagt på Medicinsk Kardiologisk Afdeling A ved Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, blev inden projektperioden henvist til hjerterehabilitering i nærliggende afdeling af personalet ved Akut Hjerterafdeling. Kriterier for MI blev bekræftet ved enten signifikante ekg-forandringer (Q-tak, St-elevation, venstresidigt grenblok) eller forhøjede biokemiske markører (TnT eller CKMB).

Under indlæggelsen blev der ud over den medicinske og eventuelt akutte kirurgiske behandling påbegyndt samtaler om medi-

cin, rygning, kost og motion samt givet psykisk og social støtte til patienten og dennes familie.

Alle patienter under 70 år blev systematisk henvist. Patienter over 70 år blev henvist, hvis personalet skønnede, at patienten var motiveret og rask nok. Det blev tilstræbt, at patienten fik en mødedato for start i rehabilitering indenfor de første 14 dage til tre uger efter udskrivelsen, således at den samlede hospitalsrehabilitering kunne gennemføres indenfor otte uger, som er normal sygdomsperiode efter blodprop i hjertet. Patientens samlever eller anden nærtstående blev ligeledes inviteret til at deltage i hjerterehabiliteringen. Det blev fra personalets side understøttet, at hjerterehabiliteringen var en del af den samlede behandling, som fandt sted efter indlæggelsen. Indbydelsen til hjerterehabilitering var således samtidig indbydelse til første kontakt med en hjertelæge efter udskrivelsen.

Fase 2:

Tidlig efterbehandling – hjerterehabilitering

Der blev tilbudt et cirka fem til seks ugers program bestående af:

- » Tre lægesamtaler, arbejdstest, medicinsk behandling, blodtryksmåling og, hvis nødvendigt, røntgen af hjerte og lunger
- » Fire sygeplejerskesamtaler om indlæggelsen, fysiologi ved blodprop i hjertet, rådgivning om medicin, kropssignaler, fysisk tilstand, psykosocial støtte og samtaler om motion og rygestoprådgivning

- » To diætistsamtaler. Kostanamnese og patientens ønsker til kostændringer, samt en opfølgning på disse ændringer og vægt
- » Fysisk træning på hold to gange om ugen over seks uger. Denne del af rehabiliteringen fortsatte ud over samtalerne med det øvrige sundhedspersonale og kunne lappe over arbejdstid for de, der vendte tilbage til arbejde efter 8 uger

Det blev tilstræbt, at patienten havde kontakt med de samme personer gennem hele forløbet. Der blev udleveret telefonnummer og navn på kontaktsygeplejersken, så patienten altid vidste hos hvem og hvor det var muligt at få råd, hvis der opstod et problem. Ved særlige behov kunne der tilbydes ekstra samtaler. Tilbuddet blev sammensat individuelt efter den enkelte patients behov og ønsker. Samtaler med sundhedspersonalet blev tilrettelagt sekventielt på mandage eller torsdage, så patienten modtog et samlet program for en dag, med to eller tre elementer blandt ovenstående uden for lange pauser imellem. Der blev serveret hjerterigtig frokost undervejs. Venteværelset var venligt indrettet med mulighed for at tage sig en kop kaffe eller saft.

Fase 3:

Vedligeholdelse

Der blev ikke givet noget systematisk tilbud til patienterne efter Fase 2 på sygehuset før projektperioden for socialt differentieret hjerterehabilitering. Patienterne blev henvist til egen læge og videre opfølgning der. Patienterne fik en brochure om, hvad Hjertereforeningens Rådgivningscenter Århus kunne tilbyde. Ved særligt

behov blev det undersøgt, om der fandtes et tilbud til patienten på aflastningscentre, tilbud i kommunen, private foreninger eller andet, der matchede patientens behov.

Projektorganisation

Ved socialt differentieret hjerterehabilitering *I gang igen efter blodprop i hjertets* start blev der nedsat en styregruppe.

I den første fase af projektet blev styregruppen dannet for at etablere et samarbejde om socialt differentieret hjerterehabilitering mellem interesserede og relevante organisationer i Århus samt for at udforme en ansøgning om midler til at gennemføre indsatsen.

I den anden fase af projektet – ved nærmere undersøgelse af rehabiliteringsbehov og udformning af en socialt differentieret indsats – blev styregruppen udvidet med den ansatte projektkoordinator, projektsekretær samt yderligere personale fra Århus Sygehus.

Ved den tredje fase – implementering af det udformede program – fortsatte styregruppen som hidtil, men der blev sideløbende nedsat et team omkring den behandlergruppe, der stod for den praktiske implementering af udvidet hjerterehabilitering. Teamet mødtes for at foretage erfaringsopsamling om de konkrete patientforløb, og til uddannelse og kurser om pædagogik. I visse tilfælde udbudt for hele personalet i Rehabiliteringsenheden. Teamet opsamlede erfaringer til fremlæggelse og bearbejdning i styregruppen.

Styregruppe

Den første styregruppe blev nedsat i 1999 med det opdrag at sammenskrive en foreløbig ansøgning og plan for det videre arbejde. På baggrund af forventning om, hvilke emner der ville være relevante for udsatte hjertepatienter, blev styregruppen sammensat af faggrupper og organisationer, der blev vurderet væsentlige for programindhold. Styregruppen deltog i analyse af patientens behov og i udformning af programindholdet. Der blev samtidig fokuseret på, at de udvalgte til styregruppen skulle repræsentere ledere – det vil sige, at medlemmerne skulle have beslutningskompetence i deres organisation.

Faggrupper omkring indlæggelsen, såsom hjertelæge og sygeplejerske, var selvskrevne. En repræsentant for praktiserende læger, som havde forskningsmæssig erfaring på hjerteområdet blev foretrukket, ligesom det var en oplagt mulighed at se, hvilke muligheder Hjertereforeningens Rådgivningscenter i Århus havde for at etablere indsats for udsatte patienter. Der blev, ud fra forventning om problem med arbejdsfastholdelse efter MI, etableret kontakt til Århus Kommunes Sociallægeinstitution for repræsentation, ligesom initiativtager og værtsinstitutionen for den kommende projektkoordinator – den daværende Sundhedsfremmeenhed i Århus Amt – nu Center for Folkesundhed i Region Midtjylland blev repræsenteret med en leder og en planlægger.

Projektkoordinator blev ansat ultimo 2000. Ansættelser i projektet skete efter bevilling af midler til en femårig periode fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets samt Socialministeriets pulje til in-

terventionsprojekter i sundhedsvæsenet mod ulighed i sundhed. Kort efter projektkoordinator, trådte en sekretær ind i styregruppen. I den undersøgelsesfase, der herefter blev indledt i 2001, trådte den projektansatte sygeplejerske, som fandt materiale frem på Århus Sygehus, ligeledes ind i styregruppen. Herefter blev der kun ændret personer ved stillingsskift blandt de repræsenterede organisationer.

Styregruppen har gennem projektperioden bestået af (flere afdelinger har ændret navne i projektperioden. For overskuelighedens skyld anvendes organisationernes nuværende navn):

- › Overlæge Mogens Lytken Larsen, Medicinsk Kardiologisk Afdeling A, Århus Sygehus
- › Afdelingssygeplejerske Jette Ramsgaard, Rehabiliteringsenheden A140, Århus Sygehus (fra 2002-2005)
- › Projektsygeplejerske Birgitte Gustafson, Rehabiliteringsenheden A140, Århus Sygehus
- › Lektor Jørgen Lous, Institut for Almen Medicin, Århus Universitet (perioden 1999-2002)
- › Lektor Bo Christensen, Institut for Almen Medicin, Århus Universitet (perioden 2002-2005)
- › Centerleder og socialrådgiver Elisabeth Egeskov, Hjertereforeningens Hjertecenter Århus
- › Socialoverlæge Mads Meldgaard Nielsen, Sociallægeinstitutionen Århus Kommune (perioden 1999-2004)
- › Sociallæge Kirsten Horsten, Sociallægeinstitutionen Århus Kommune (perioden 2004-2005)

- › Afdelingschef Kirsten Vinther-Jensen, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
- › Sundhedskonsulent Finn Breinholt Larsen, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
- › Sekretær Gerd Nielsen, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland og
- › Projektkoordinator Lucette Meillier, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

Team

Den personalegruppe, der primært var involveret i udvidet rehabilitering, mødtes i perioden 2002-2005. I starten hver 14. dag, senere ca. hver eller hver anden måned i implementeringsperioden. Teamet bestod af:

- › Afdelingssygeplejerske Jette Ramsgaard, Rehabiliteringsenheden A140, Århus Sygehus
- › Projektsygeplejerske Birgitte Gustafson, Rehabiliteringsenheden A140, Århus Sygehus
- › Sygeplejerske Karen Lind, Rehabiliteringsenheden A140, Århus Sygehus
- › Sygeplejerske Dorrit Grosen Andersen, Rehabiliteringsenheden A140, Århus Sygehus
- › Centerleder og socialrådgiver Elisabeth Egeskov, Hjerteforeningens Hjertecenter Århus
- › Sygeplejerske Annette Parbo, Hjerteforeningens Hjertecenter Århus (Frem til 2003)
- › Sekretær Gerd Nielsen, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland og

- › Projektkoordinator Lucette Meillier, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

Ved de sidste tre møder i projektperioden fra slutningen af år 2004 og 2005 deltog teammedlemmer i styregruppemøder af hensyn til forankring af indsatsen.

Evaluering af tidligere hjerterehabilitering

Med udgangspunkt i den internationale litteratur om skæv rekruttering, lav deltagelse og lav gennemførsel blandt udsatte patienter, indledte styregruppen med at kigge på, om den eksisterende hjerterehabilitering fungerede for disse patienter. Alle patienter indlagt med MI gennem en etårs periode fik gennemgået deres journal, og der blev gennemført et Medicinsk Audit blandt 10 udsatte patienter for at vurdere nytten og forbedringsmuligheder i rehabiliteringen set ud fra patienternes behov.

Et års patientjournaler

Ud fra journalgennemgang af patienter indlagt med MI i perioden 1. april 2000 til 31. marts 2001 kunne der besvares spørgsmål som:

- » Hvor stor var deltagelsen i hjerterehabilitering gennem et år?
- » Hvad karakteriserede patienter, der ikke fik et tilbud?
- » Hvilke grunde var der til manglende tilbud, hvor det af journalmaterialet syntes relevant?

Overlægen ved Rehabiliteringsenheden og projektkoordinator gennemgik et års pa-

tientjournaler. Gennemgangen blotlagde, hvor effektiv rekrutteringen var fra Akut Hjerterafdeling til Rehabiliteringsenheden. 71 % af førstegangs indlagte MI-patienter under 70 år mødte frem til hjerterehabilitering efter indlæggelsen. Det blev ud fra journalmaterialet skønnet, at 20 % af patienterne havde tilstande der retfærdiggjorde, at de ikke var blevet inviteret. Det drejede sig om alvorlig anden lidelse, svær apopleksi, demens, svær psykiatrisk lidelse, retardering og alkoholmisbrug. Disse tilstande blev udpeget som grundlag for eksklusion i det socialt differentierede hjerterehabiliteringstilbud.

Ved gennemgangen blev der identificeret en mindre gruppe patienter, der fejlagtigt ikke var indbudt, patienter som var overgået til andre sygehuse og dermed tabt af syne og patienter, der havde takket nej. Tilsammen udgjorde denne gruppe 9 %, hvormed deltagelsesandelen skønnedes at kunne øges.

Medicinsk Audit

blandt udsatte hjertepatienter

Det Medicinske Audit blev gennemført for 10 patienter, som havde faglært uddannelse eller mindre. Halvdelen havde gennemført hjerterehabilitering, og den anden halvdel havde ikke fået et hjerterehabiliteringstilbud eller havde takket nej.

Blandt hjerterehabiliterede hjertepatienter var målet at få svar på spørgsmålene:

- » Hvad syntes patienterne fungerede godt i det forløb, de havde været igennem?
 - › Det eksisterende i hjerterehabiliteringen, der kunne bygges videre på

- » Hvor havde patienterne ikke følt sig godt hjulpet? Hvor var der brug for yderligere støtte til genoptagelse af fuld aktivitet i patientens arbejds- eller privatliv?
 - › Det indholdsmæssige, der kunne ændres og udbygges
- » Hvor kunne der ved forløbsgennemgang mellem professionelle på Akut Hjerterafsnit, Rehabiliteringsenheden, praktiserende læge og eventuelt sociale myndigheder identificeres huller i forløbet?
 - › Det organisatoriske, der kunne forbedres

Blandt de ikke hjerterehabiliterede hjertepatienter var målet at belyse:

- » Hvor mange hjerterehabiliteringselementer havde patienterne fået med sig fra indlæggelsestiden, fra andre afdelinger, fra egen læge og eventuelt fra hjemmeplejen?
 - › Etablere et tilbud til en patientgruppe, der ikke blev dækket
- » Grunde til at afstå fra hjerterehabilitering, som kunne imødekommes i fremtidig rekruttering og indhold
 - › Identificere måder, der kunne motivere patienter til at deltage

Audit-panel

Alle styregruppemedlemmer for projektet deltog i Audit, som blev gennemført i august 2001. Derudover var de aktuelle patienters praktiserende læge inviteret.

Medicinsk Audit blev gennemført uden forudgående udveksling af informationer om patienten mellem parterne.

- » Overlægen gennemgik lægejournal for indlæggelsen og lægelig del af hjerterehabiliteringen for de patienter, der deltog heri
- » Afdelingssygeplejersken og overlægen gennemgik sygeplejejournal og hjerterehabiliteringsforløb for de patienter, der havde gennemført hjerterehabilitering
- » Egen læge var inviteret til at fremlægge sin vurdering. I tilfælde hvor lægen ikke kunne fremmøde, gennemgik projektkoordinator forløbet ud fra telefoninterview med egen læge
- » Til sidst blev patientens oplevelser af forløb gennemgået af projektkoordinator efter interview med patienten
- » Opsamlende diskuterende Audit-panelet overensstemmelser og uoverensstemmelser i patientforløb og mulige årsager

Udvælgelse af rehabiliterede hjertepatienter

12 patienter, enten med lav uddannelse eller patienter der var enlige og havde gennemført et hjerterehabiliteringsforløb, blev kontaktet pr. brev. Syv patienter blev interviewet om deres indlæggelses- og hjerterehabiliteringsforløb. Blandt de interviewede hjertepatienter blev udvalgt fem, der havde forløb med flest forbedringsmuligheder, til gennemgang i Audit.

Udvælgelse af ikke rehabiliterede hjertepatienter

Otte patienter, der ikke havde gennemført hjerterehabilitering, og som ud fra journalmaterialet blev vurderet raske nok til et interview, blev ligeledes kontaktet pr. brev. En patient døde, inden kontakten blev

etableret. Seks patienter blev interviewet om indlæggelses- og efterforløb. Heraf blev fem patienter udvalgt til Audit.

For alle interview af patienter til Audit gjaldt, at der skulle være gået mindst fire måneder fra indlæggelsestidspunktet.

Patientinterview

Der blev gennemført semistrukturerede interview med patienterne ud fra ni spørgeområder. Interviewet foregik i patientens hjem, med mindre andet blev ønsket. Der anvendtes båndoptager. En patient ønskede ikke interviewet båndet, her blev der taget notater undervejs. I flere tilfælde deltog patientens ægtefælle i interviewet. Der blev lagt vægt på, at interviewerens ikke var en del af staben på sygehuset, at det var vigtigt at høre både positivt og negativt om forløbet, da målet med Audit var at justere og forbedre fremtidig hjerterehabilitering. Patienten skulle frit kunne fortælle, hvad der lå vedkommende på sinde.

Interviewene varede mellem en og to timer, og patienten underskrev fuldmagt til indsigt i patientjournaler, kontakt til egen læge samt fremlæggelse af patientforløbet i Audit.

På baggrund af gennemlytning af interviewbånd, blev der skrevet seks til otte siders resumé af patientforløb. Resuméet fulgte interviewguiden og blev skrevet som kortfattede statements til alle delforløb. Der blev noteret patientkommentarer og citater, hvor der var særlige vinkler på elementer i hjerterehabiliteringen. Ved Audit blev der fokuseret på patientens fremlæggelse af:

- » Tiden og forløbet under indlæggelsen
- » Indkaldelse og deltagelse i hjerterehabilitering
- » Udbytte af hjerterehabiliteringen for deltagere
 - › Forløb hos hjertelæge
 - › Forløb hos sygeplejerske
 - › Rygestopinstruktion
 - › Forløb hos diætist
 - › Forløb i fysioterapi
- » Kontakt til egen læge. Herunder samtaler om medicinering, rygning, motion, kost, vægt og alkohol
- » Arbejdsliv efter udskrivelsen
- » Fysiske udfoldelser efter udskrivelsen
- » Genoptagelse af sociale aktiviteter
- » Sociale netværks størrelse og deltagelse i sygdomsforløb via emotionel støtte, råd og vejledning samt praktisk hjælp
- » Følelse af ængstelse og nervøsitet (hvis det var nævnt af patienten)
- » Vurdering af patientens sygdomsforståelse
- » Patientens kontakter angående hjertesygdom efter indlæggelsen
- » Eventuel indflydelse på forløb fra andre sygdomme
- » Opfattelse af patientens sociale og familiære situation
- » Livsstilsfaktorer og fysisk/psykiske faktorer, som havde været berørt under efterfølgende konsultationer
- » Planer for videre hjerterehabilitering hos egen læge
- » Patientens funktionsniveau sammenlignet med niveau før MI
- » Anvendelse af epikrise fra Århus Sygehus
- » Eventuelle specifikke spørgsmål på baggrund af patientinterview

Deltagelse af/interview med praktiserende læge

Tre ud af ti patienters egen læge deltog, de resterende blev i et telefoninterview bedt om deres vurdering af patientens forløb. Interviewtidspunktet var på forhånd aftalt, og egen læge sad klar med journaloplysninger på patienten. Lægerne blev interviewet ud fra en standardiseret interviewguide, med tillæg af specifikke spørgsmål hvis der var anledning til det efter patientinterviewet. Interviewet varede ca. 20 minutter. Lægerne blev bedt om at beskrive:

- » Patientens kardiologiske sygdomsforløb i kontakt med egen læge inden indlæggelsen

Interviewbåndene blev gennemlyttet, og der blev skrevet to siders resumé af lægens vurdering af patientforløb. Resuméet fulgte systematisk ovenstående kategorier. Inden Audit-mødet blev der identificeret eventuelle afklarende spørgsmål ud fra forløb hos egen læge, som indgik i spørgsmål til sygehusvæsenet. Resuméerne blev uddelt og gennemgået af projektkoordinator for de patienter, hvor egen læge ikke var til stede ved det medicinske Audit.

Spørgsmål til sygehusvæsen

Overlægen for hjerterehabilitering fra Medicinsk-Kardiologisk Afdeling A og afdelingssygeplejersken fra Rehabiliteringsenheden fik stillet spørgsmål om forløb, efterfulgt af eventuelle patientspecifikke spørgsmål. Afdelingssygeplejersken kommenterede afdelingens principper eller patientens reaktioner sideløbende. Hele sygehus-teamet havde adgang til interview-guides for patientinterview, og interview med egen læge. Inden mødet blev

de bedt om at forberede svar på følgende spørgsmål om patientens forløb på sygehuset:

Overlæge:

- » Patientens kardiologiske sygdomsforløb i sygehusregi
- » Eventuel vanskeliggørende co-morbiditet
- » Koordinering med eventuel anden behandling
- » Forventet fysiske funktionsniveau efter rehabilitering

Afdelingssygeplejersken

i Hjerterehabiliteringsenheden:

- » Forløbets fokuspunkter og eventuelle afvigelser for indholdsmæssige standarder for hjerterehabilitering under følgende punkter:
 - › Lægelig kontrol og opfølgning
 - › Medicinordination og justeringer
 - › Information om sygdomsforløb
 - › Kostvejledning og vægtkontrol
 - › Motion og fysisk træning
 - › Rygeafvænning
 - › Psykosocial støtte
- » Gennemførelse af hjerterehabiliteringsforløb

Afdelingssygeplejersken gennemgik forløb ved fysioterapeut og diætist, da disse faggrupper ikke deltog i Audit.

Mål med Medicinsk Audit

Efter fremlæggelse af ovenstående personalegruppers vurdering blev patientens resumé uddelt til gennemgang ved Audit-mødet under patient-fremlæggelsesdelen. Resuméet blev afsluttet med en opsummering om kommunikationen under rehabiliteringsforløbet, vurdering af mulige

faldgruber, sammenhænge og problemer samt positive oplevelser. Afslutningsvist blev der stillet en række spørgsmål og diskussionspunkter til Audit-panelet ud fra det konkrete forløb.

Det var Audit-panelets opgave efter gennemgang af den enkelte patients forløb at nå frem til:

1. Positive og negative hændelser med hensyn til patientens forløb i perspektivet om social ulighed i hjerterehabilitering
2. Vurdering af positive tiltag, der havde styrket patientens tilbagevenden til dagligdagen og give forslag til, hvad der kunne have styrket forløbet for den enkelte patient

Audit blev afsluttet med at danne et overblik over de fremkomne væsentlige elementer for hjerterehabiliteringen med angivelse af handlemuligheder, som relaterede sig til ulighedsperspektivet.

Elementer fra Medicinsk Audit til brug i socialt differentieret hjerterehabilitering

Der vil ikke her blive gennemgået specifikke resultater af Audit, men blot anført hvilke elementer, der var behov for at integrere i den socialt differentierede hjerterehabilitering.

Under indlæggelsen følte patienterne sig trygge og i gode hænder, meget taknemmelige over behandlingen, som blev vurderet professionel. Patienterne følte sig velinformerede om, hvad der var sket af medicinske tiltag og kirurgiske indgreb – f.eks. udførelse af PCI og indlagt stent – under forløbet. Patienterne vurderede at

have fået god indledende støtte til rygeophør og materiale om livsstilsforandringer. De følte også, at de havde været gennem et meget intenst forløb på få dage og ret pludseligt var hjemme igen.

Hjerterehabiliteringen blev vurderet positivt af patienterne:

- » Det var positivt for patienterne at komme til i hjerterehabiliteringen indenfor få uger efter indlæggelsen. Der havde været tilpas tid hjemme til lige at erkende hvad der var sket, men ikke for lang tid til at bekymre sig om hvad der videre skulle ske inden mødet i hjerterehabiliteringen
- » Det var positivt, at patienten kunne gennemføre hjerterehabiliteringen inden udløb af en otte ugers sygeperiode
- » Der var stor tilfredshed med den individuelle tilgang og med en kontaktperson i form af en gennemgående sygeplejerske
- » Samlede dage med besøg hos både hjertelæge, sygeplejerske, diætist og fysisk træning i forskellige kombinationer var velanset, da patienten ikke skulle møde mange uafhængige gange efter hinanden
- » Patienterne følge sig hørt og forstået af personalet
- » En del af patienterne følte sig godt forstået af deres praktiserende læge

Der var dog også punkter til forbedring:

- » Ved parallelt besøg i flere ambulatorier opstod der ind imellem forvirring om, hvad der skulle ske for patienten
- » Det var ind imellem problematisk at overgå fra en behandler til en anden – også ved overgang mellem

sygehusrehabiliteringens Fase 2 og Fase 3 hos egen læge

- » Nogle patienter følte sig godt taget af, men stadig berørte og kede af det i efterforløbet
- » Patienterne havde forskellig evne til at håndtere ændrede behov for sociale kontakter i efterforløbet. F.eks. til at bede om mere hjælp eller ønske sig fri af bestemte sociale kontakter
- » Patienterne følte sig ikke altid forstået og støttet, som de ønskede, i deres netværk
- » Især opstod der vanskeligheder eller mangler i kommunikation af oplysninger om patienten mellem behandlergrupper eller ved overgange mellem organisationer
- » Den ene behandlergruppe kunne være langt bedre orienteret om patientens sociale forhold end den anden. Der manglede orientering og overførsel af informationer om tidsforløb og forudgående hændelser mellem behandlere. Dette var et vigtigt punkt for forbedring

For patienter i hjerterehabilitering og blandt dem, der ikke modtog hjerterehabilitering gjaldt, at:

- » Enkelte følte sig mindre godt forstået og hjulpet af sociale myndigheder efter sygdomsepisoden og efterfølgende vanskeligheder
- » Enkelte følte sig i konflikt med egen læge
- » Hos nogle kunne man se stærk begrænsning i at tage sig af egen sygdom, når der var belastninger i hjemmet i form af syg ægtefælle eller andet
- » Nogle undgik mest muligt kontakt med sygehusvæsenet på grund af tidligere belastende kontakter

Opsummerende fra evaluering af tidligere hjerterehabilitering

Samlet set viste journalgennemgang og det Medicinske Audit, at:

- » Den eksisterende hjerterehabilitering var et rigtigt godt og velfungerende fundament at bygge videre på
- » Der fremstod patientkategorier, der burde differentieres imellem:
 - › De patienter, der ikke kunne deltage i hjerterehabilitering
 - › De patienter, der havde gavn af mere opfølgning
 - › De patienter, der klarede sig godt med eksisterende hjerterehabilitering
- » Patienter, der blev tilbudt hjerterehabilitering, men afviste eller ikke fremmødte på dagen, skulle have et tilbud om samtaler hjemme for derigennem at få mulighed for at fortryde deres afvisning
- » Der skulle sættes på at mindske usikkerhed om, hvad der skulle ske i forløbet for patienterne på de punkter, der kunne lægges entydige planer for
- » Der skulle fokus på at fastholde patienter i hjerterehabiliteringsforløb
- » Det skulle afbødes, at patienterne møder mange forskellige behandlere gennem forløbet
- » Der skulle være endnu stærkere sammenhæng og kommunikation mellem involveret sundhedsfagligt personale i den enkelte patients forløb
- » Der skulle fortsat fokuseres på psykisk trivsel
- » Der skulle fokuseres på sygdoms-erkendelse
- » Det skulle vægtes, at patienten forstod virkning og eventuelle bivirkninger af medicin og livsstil
- » Patienten skulle støttes yderligere, hvis de havde vanskeligt ved at håndtere

ændringer i det sociale eller arbejdsmæssige liv

- » Der skulle sættes på længere forløb for udsatte patienter, da bearbejdningen tog længere tid, og der var flere belastninger i disse patienters liv
- » Der skulle sættes på et fleksibelt program med mulighed for individuelt tilsnit og individuel længde af program
- » Der skulle arbejdes på overgangen mellem Fase 2 og Fase 3 i hjerterehabiliteringen – især overgangen mellem sygehus og egen læge
- » Udsatte patienter skulle tilbydes et gruppeforløb i Fase 3, for at skabe netværk og kontakter til andre hjertepatienter
- » Udsatte patienter skulle have ekstra tilbud om praktiske færdigheder og motivation i Fase 3 af hjerterehabiliteringen
- » Der var ikke behov for et gennemgående tilbud i hjerterehabiliteringen, som fokuserede på arbejdsfastholdelse for samtlige patienter. Dette kunne drages ind ved individuelt behov. Dette blev understøttet af litteraturgennemgang for hjertepatienter og arbejdstilknytning

Mål med interventionen

Der findes som nævnt megen litteratur, der konstaterer social ulighed i sundhed. Jævnfør afsnit 1 er social ulighed i hjertesundhed et af de områder, der er bedst belyst med hensyn til fordeling og konsekvenser, også på nogle af de ovenstående punkter.

Der er til gengæld få studier, der belyser hvordan, og om man kan påvirke social ulighed i sundhed gennem målrettede interventioner. Det overordnede mål med

projektet var således at undersøge, om man ved bevidst indsats overfor udsatte patienter kunne øge ligheden i hjertesundhed efter en blodprop i hjertet.

Udfordringen i et socialt differentieret rehabiliteringsprogram i hospitalsvæsenet var at undersøge:

- » Om sygehusvæsenet kunne indarbejde standarder for en differentieret behandling på en social dimension
- » Om det var muligt at tiltrække flere udsatte patienter til hjerterehabilitering
- » Om det var muligt at fastholde flere udsatte patienter i hjerterehabiliteringen
- » Om det var muligt at forbedre overgangene imellem personalegrupper og organisationer
- » Om det var muligt at øge sundhedsfaktorer for udsatte hjertepatienter
- » Om det var muligt at mindske risikofaktorer for udsatte hjertepatienter
- » Om det var muligt at mindske antallet af genindlæggelser for re-MI blandt udsatte hjertepatienter
- » Om det var muligt at forbedre overlevelse blandt udsatte hjertepatienter

Det skulle efterfølgende vurderes, om et sådant program ville kunne overføres og virke på et andet sygehus eller i andet regi.

Finansiering af ydelser

Udvikling og aktiviteter blev gennem projektperioden helt eller delvist finansieret af projektmidler. Det var projektets mål at integrere så mange aktiviteter som muligt i allerede eksisterende funktioner, så videreførelsen ikke blev afhængig af fortsat til-

gang af udefra kommende projektmidler. Udfordringen var at tilbyde så tilpas mange nye eller anderledes funktioner, at der reelt var tale om en udvikling af differentieret rehabilitering, men så tilpas få aktiviteterne med sandsynlighed ville kunne opuges og videreføres i de bærende organisationer.

Der blev tilført uens økonomisk tilskud til aktiviteter i de forskellige organisationer.

Projektkoordinator var ansat i Afdeling for Folkesundhed, Aarhus Amt i perioden efterår 2000 til efterår 2005 lønnet af midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Socialministeriets pulje vedrørende social ulighed i sundhed samt fra Århus Amts pulje til Miljø for Folkesundhedsvidenskab. Herefter blev der i 2005 givet tilskud til løn for afrapportering fra Hjerteforeningen.

Der var i projektforberedelsen og interventionsperioden lønnet en halvtids projektsekretær i Afdeling for Folkesundhed, Århus Amt.

AAS – Århus Sygehus

Personalet på Akut Hjerтеаfsnit fortsatte sine aktiviteter som sædvanligt. I den indledende del af hjerterehabiliteringen blev systematisk opsporing af nyindlagte MI-patienter, interview og henvisning til grund- eller udvidet hjerterehabilitering samt spørgeskemaadministration finansieret ved ansættelse af halvtids projektsygeplejerske. Spørgeskemaadministrationen og projektudviklingsdelen bortfaldt ved afslutning af projektperioden og opsporing samt systematisk rekruttering til de to hjerterehabiliteringstyper skulle gå tilbage

til afdelingens funktioner. Rekrutteringen havde tidligere udelukkende været foretaget af Akut Hjerтеаfsnit, så der var tale om en midlertidig støtte til udvikling af rekrutteringsfunktionen i projektperioden.

I hjerterehabiliteringen blev der især tilført midler til sygeplejerskefunktioner, idet timer til udvikling af projekt og indgåelse i projektteam, samt timer afsat til funktioner i udvidet hjerterehabilitering blev finansieret af projektet. Ekstra funktioner til opsporing af patienter med angst og depression blev indlagt i det ansatte sygeplejerskepersonales funktioner. Der blev således i projektperioden finansieret to halvtids sygeplejersker, fire ugentlige timer til udviklings- og koordineringsfunktioner for afdelingssygeplejersken samt fire ugentlige timer til sekretærbistand i hjerterehabiliteringsfunktioner ved Rehabiliteringsenheden. Diætist- og fysioterapi-funktioner blev ikke udvidet og lægeaktiviteten blev integreret i det eksisterende arbejde uden økonomisk kompensation. Ved afslutning af projektet og overgang til drift vil funktioner til udvidet hjerterehabilitering samt sekretærfunktioner skulle dækkes af interne midler.

Praktiserende læger

Funktioner hos den praktiserende læge til opfølgning på forebyggende helbredssamtale blev undersøgt. Der eksisterede sygesikringsydelser, som kunne dække disse funktioner. Der var således tale om udnyttelse af de i forvejen eksisterende ydelser.

Hjerteforeningens Rådgivningscenter Århus

Møder og ydelser ved Hjerteforeningens Rådgivningscenter Århus blev alle dækket

af projektmidler og ville hermed være de vanskeligste at dække ind ved overgang til drift. Hver patients deltagelse i aktiviteter i Rådgivningscenteret blev registreret og afregnet separat, mens deltagelse i udvikling af projektet og arbejdet i styregruppen blev dækket af Hjerteforeningens Rådgivningscenter Århus selv.

Lokalcentre i Århus Kommune

Aktiviteter for patienter på overførselsindkomst blev i forvejen tilbudt i Lokalcentrene. Der var således ikke brug for projektmidler ved henvisning til disse ydelser. Disse udgifter blev dækket af Århus Kommune, som ønskede en forebyggende funktion for ældre borgere.

Sociale myndigheder

Funktioner i det sociale system kostede ikke ekstra projektmidler, men byggede på henvisning til eksisterende ydelser.

Psykologbistand

Ved behandling af angst og depression hos psykolog blev der henvist til eksisterende tilbud til patienter med livstruende lidelse. Her dækkede sygesikringen 60 % af udgifterne til psykologsamtaler, hvis patienten blev henvist fra sin praktiserende læge. Patienten dækkede selv den resterende del af udgiften. Der var altså her tale om at benytte de eksisterende ydelser i sundhedsvæsenet.

Økonomisk udfordring ved overgang til drift

Der var således i flere organisationer tale om udnyttelse af det eksisterende ydelses-tilbud. En fuld udnyttelse af disse tilbud ville øge omkostningerne i de respektive organisationer, men også være en henvis-

ning af borgere, for hvem ydelserne blev tiltænkt. Aktiviteter ved egen læge, i lokalcentre, ved psykolog og ved sociale myndigheder rummede således ingen økonomiske barrierer ved overgang til eventuelt drift.

De mest sårbare funktioner at dække ind økonomisk var sygeplejerskefunktioner på

Århus Sygehus og aktivitetstilbud til hjertepatienter i Hjertereforeningens Hjertecenter Århus.

Ud fra alle disse betragtninger blev der sammensat et socialt differentieret hjerterehabiliteringsprogram, som beskrives i næste afsnit.

Litteratur

1. *Sundhedsloven*. Lov nr. 546 af 24. juni 2005.
2. *Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse*. Center for Forebyggelse og Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen, 2004.
3. *Hjerterehabilitering på danske sygehuse*. Sekretariat for netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Hjertereforeningen i samarbejde med Dansk Cardiologisk selskab, 2004.
4. Thomas, RJ, King M, Lui K et al. AACVPR/ACC/AHA 2007 Performance Measures on Cardiac Rehabilitation for Referral to and Delivery of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Services. *Circulation* 2007;116:1611-1642.
5. *Forløbsprogram for kronisk sygdom – udkast til høring*. Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen 26. januar 2007.
6. *Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen. Rehabilitering og sammenhængende patientforløb for kronisk syge. Inspiration til kommuner, regioner, almen praksis, sygehuse m.fl.*. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Hjertereforeningen, 2007.
7. Nielsen, KM. *Acute coronary syndrome: Incidence and prognosis*. PhD thesis. Faculty of Health Sciences, University of Aarhus, 2006.

Social differentieret hjerterehabilitering – programindhold

Hjerterehabiliteringen ved Århus Sygehus indeholdt som tidligere nævnt alle elementer af Fase 1 og Fase 2 i den anbefalede hjerterehabilitering, og levede dermed op til kravene i et fuldt udbygget hjerterehabiliteringsprogram. Der var hermed et godt udgangspunkt for at udbygge med særlige tilbud for udsatte patienter samt vurdere en eventuel positiv effekt ved et differentieret tilbud.

Grundlag for socialt differentieret hjerterehabilitering

I forhold til den tidligere rehabilitering blev aldersgruppen udvidet fra at omfatte alle under 70 år, til at inkludere alle patienter på 75 år eller derunder, som første gang blev indlagt med en blodprop i hjertet. Alle patienter over 75 år fik et tilbud efter vurdering af behov, men indgik ikke i undersøgelsesmaterialet.

Der blev etableret tre typer rehabilitering for forskellige grupper af patienter:

Grund- og udvidet hjerterehabilitering:

Patienter der tog mod hjerterehabiliteringstilbud under indlæggelsen blev opdelt i to grupper:

- » Gruppen af patienter med samlever og god uddannelse blev tilbudt grund-

rehabilitering byggende på det tidligere hjerterehabiliteringstilbud

- » Gruppen af udsatte patienter blev herudover tilbudt udvidet hjerterehabilitering

Hjemmebesøg:

- » Patienter, der var ekskluderede, blev fulgt via kontakt til sundhedsfagligt personale i sygehusvæsenet. Patienterne blev kontaktet med tilbud om hjemmebesøg af hjertesyggeplejersken, når det skønnedes relevant i forhold til anden lidelse og patientens situation
- » Patienter, der afviste rehabilitering eller ikke mødte frem, blev kontaktet telefonisk og tilbudt hjemmebesøg af hjertesyggeplejerske. Efter behov kunne patienten tilbydes at træde ind i fuld sygehusrehabilitering

Grundrehabilitering

Fase 1:

Indledende del under indlæggelsen

Patienter med blodprop i hjertet blev under indlæggelsen henvist til hjerterehabilitering i nærliggende afdeling af personalet fra Akut HjerTEafdeling. Kriterier for MI blev bekræftet ved enten signifikante ekg-forandringer (Q-tak, St-elevation, venstresidigt grenblok) eller forhøjede biokemiske markører (TnT, CKMB). I enkelte tilfælde var disse markører ikke på det

nævnte niveau, men patienten havde ved en lægelig vurdering fået diagnosen MI.

Under indlæggelsen blev der ud over den medicinske og eventuelt akutte kirurgiske behandling påbegyndt samtaler om medicin, rygning, kost og motion samt givet psykisk og social støtte til patienten og dennes familie.

Rehabiliteringens forløb blev gennemført efter samme principper som tidligere beskrevet.

Ved den differentierede rehabilitering blev indlæggelseslister for Akut Hjerтеаfsnit gennemgået flere gange om ugen. Dette udgjorde et screeningssystem, hvor indlagte patienter blev fulgt med hensyn til diagnostiske kriterier for MI. De diagnosticerede MI-patienter blev interviewet om deres ægteskabelige stilling, sociale netværk samt om skole- og erhvervsuddannelse. Interviewet fandt sted på tredjedagen under indlæggelsen eller snarest derefter. Ved interviewet, som blev foretaget af en projektsygeplejerske, blev der ud over de støttende samtaler personalet ved Akut Hjerтеаfsnit gennemførte, kort talt med patienten om hans/hendes muligheder for at:

- » Mobilisere eksisterende netværk, som patienten især havde glæde af at være sammen med (holde kontakten til adekvat samvær)
- » Modtage tilbudt støtte fra netværket (i orden at bede om praktisk hjælp)
- » Være åben over for dem, der var tæt på (i orden at bede om emotionel støtte fra dem, der kunne hjælpe én bedst)
- » Få bedst mulig støtte fra ægtefælle/nærtstående (adekvat emotionel støtte)

- » Mange patienter reagerede ved at blive meget trætte eller kede af det. Det blev nævnt som en normal reaktion (forberedelse på eventuelle psykiske reaktioner)

Med andre ord – patienten blev støttet i at tænke på sine egne behov og være en lille smule egoistisk.

Enkelte patienter var ikke længere på afdelingen, da de diagnostiske kriterier lå fast, men blev kontaktet hurtigst muligt herefter og interviewet af sygeplejersken, og tilbudt rehabilitering. Ved denne diagnostiseringsovervågning og kontaktprocedure forsvandt ingen patienter af syne.

De samtalepunkter om diagnoser, medicin, symptomer, træthed, reaktioner og livsstilsfaktorer der tidligere blev gennemført af personalet ved Akut Hjerтеаfsnit fortsatte. Samtaler om rygning blev fortsat, understøttet med nikotinplaster. Der blev ændret en smule i ordbrug ved henvisning til rehabilitering overfor patienterne. For yderligere at understøtte personaleholdningen i at rehabiliteringen *var* behandlingen, blev patienterne henvist til *efterbehandling* frem for rehabilitering. Det var vigtigt for patientens opfattelse af rehabilitering som behandling, at den lægelige efterbehandling knyttedes tæt sammen med de øvrige rehabiliteringselementer. Patienten kunne fravælge rehabiliteringen, men ønskede det ofte ikke, da det indebar fravalg af lægelig efterbehandling. Den egentlige stillingtagen til deltagelse i rehabiliteringens elementer skete således ofte under lægekonsultationen i selve Rehabiliteringsenheden, efter at patienten havde haft en positiv oplevelse af

stedet og hvad indholdet kunne forventes at være.

Screening af patienter til grund- eller udvidet rehabilitering

På baggrund af interviewet om ægteskabelig stilling, netværk, belastninger i netværk og uddannelse blev patienterne henvist til enten grundrehabilitering eller udvidet hjerterehabilitering.

Alle højt uddannede patienter ifølge Dansk Uddannelses Nomenklatur (DUN) klassifikation 5-8, Danmarks Statistik – som var samlevende eller gift blev inviteret til grund rehabilitering. Det svarer til uddannelse på bachelorniveau eller højere (1).

Udsatte patienter blev udpeget som lavt uddannede ifølge DUN klassifikation 1-3 eller patienter uanset uddannelse som boede uden voksen samlever eller som oplevede et højt niveau af belastninger i livet, kombineret med lav social støtte. Udvidet rehabilitering blev tilbudt udsatte patienter og deres partner eller ægtefælle.

Gruppen af faglærte patienter tilhørende DUN klassifikation niveau 4 blev delt i grund- eller udvidet rehabilitering ud fra alder. Samlevende eller gifte patienter over 55 år blev rekrutteret til grundrehabilitering. Faglært uddannede patienter på 55 år og derunder blev tilbudt udvidet hjerterehabilitering uanset civilstand.

Patienter med alvorlig anden lidelse, misbrug, demens eller andre tilstande som forhindrede dem i at følge et normalt forløb blev ikke tilbudt rehabilitering. (Figur 1). *Se side 44.*

Fase 2:

Tidlig efterbehandling

Der blev fortsat tilbudt cirka fem til seks ugers program bestående af:

- » Tre lægesamtaler, arbejdstest, medicinsk behandling, blodtryksmåling og hvis nødvendigt røntgen af hjerte og lunger
- » Fire sygeplejerskesamtaler om indlæggelsen, fysiologi ved blodprop i hjertet, rådgivning om medicin, kropssignaler, fysisk tilstand, psykosocial støtte og samtaler om motion og rygestoprådgivning
- » To diætistsamtaler. Kostanamnese og patientens ønsker til kostændringer, samt en opfølgning på disse ændringer og vægtkontrol
- » Fysisk træning på hold to gange om ugen over otte uger. Denne del af rehabiliteringen fortsatte ud over samtalerne med øvrige sundhedspersonale, og kunne fortsætte efter tilbagevenden til eventuelt arbejde

Det blev tilstræbt, at patienten havde kontakt med samme personer gennem hele forløbet. Der blev udleveret telefonnummer og navnet på kontaktsygeplejersken, så patienten altid vidste hvem og hvor det var muligt at få råd, hvis der opstod et problem. Ved særlige behov kunne der tilbydes ekstra samtaler. Tilbuddet blev sammensat individuelt efter den enkelte patients behov og ønsker. Samtaler med sundhedspersonalet blev tilrettelagt sekventielt på tirsdage eller torsdage, så patienten modtog et samlet program for en dag, med to eller tre elementer blandt ovenstående, uden for lange pauser. Der blev serveret hjerterigtig frokost under-

Ekskludere

Patient > 75 år gundrehabilitering efter behov
Alvorlig anden lidelse
Svær apopleksi
Demens

Psykisk lidelse
Retardering
Alkoholmisbrug

Inklusionskriterier Grundrehabilitering

Erhvervsuddannelse:

1. Patienter > 55 år med faglært uddannelse
2. Alle patienter med mere end faglært uddannelse

og

Socialt netværk:

Bor med partner eller ægtefælle

Inklusionskriterier Udvidet hjerterehabilitering

Erhvervsuddannelse:

1. Patienter ≤ 55 år med faglært uddannelse
2. Alle patienter med mindre end faglært uddannelse

eller

Socialt netværk:

Patienter uden samlever

eller

Patienter i beskyttet bolig eller på plejehjem

eller

Lavt niveau af social støtte i kombination med subjektivt vurderet høj belastning i livet vedrørende:

økonomi

boligproblemer

arbejdsproblemer

relation til partner

relation til familie eller børn

anden sygdom

sygdom i nære familie

andet

Figur 1. Inklusionskriterier til socialt differentieret rehabilitering ved Århus Sygehus, Århus Universitetshospital

vejs. Venteværelset var venligt indrettet med mulighed for at tage sig en kop kaffe eller saft.

Screening for angst og depression. Samtale om psykiske påvirkninger og henvisning til udredning og eventuel behandling for depression ved egen læge. Det blev oplyst egen læge, at han/hun havde mulighed for at henvise til psykologforløb på op til 10 konsultationer i op til et år efter opstået livstruende sygdom. Sygesikringen ville betale 60 %, patienten 40 % af udgifterne.

Fase 3:

Vedligeholdelse

Der blev ikke givet noget systematisk tilbud til patienterne efter Fase 2 på sygehuset. Patienterne blev henvist til egen læge og videre opfølgning der. Patienterne fik brochurer om, hvad Hjertecenter Århus kunne tilbyde. Ved særligt behov blev der undersøgt, om der fandtes et tilbud til patienten.

Etårsopfølgningen på sygehusets Rehabiliteringsenhed ved hjertelæge og sygeplejerske. Gentagelse af screening for angst og depression og eventuel henvisning til udredning og behandling for depression ved egen læge.

Udvidet hjerterehabilitering

Fase 1:

Indledende del under indlæggelsen

Identisk for grund- og udvidet hjerterehabilitering.

Fase 2:

Tidlig efterbehandling

Der blev tilbudt et samlet forløb på seks til otte uger. Ud over grundrehabiliteringsprogrammet bestod udvidet hjerterehabilitering af:

Sygehus-del:

- » Ekstra sygeplejerskesamtale.
Patienten samlede op på det gennemgående forløb og beskrev ønsker for, hvad der skulle arbejdes videre med efter sygehusrehabiliteringen. Ved særligt behov kunne der fortsættes med samtaler
- » Patientens hjerterehabiliteringsbeskrivelse, gennemførte ændringer og vanskeligheder i efterforløbet samt ønsker til fremtidens handlinger blev sendt til egen læge

Egen læge:

- » Løbende kontakt og behandling under hjerterehabiliteringsforløbet i sygehusregi
- » Udredning og behandling ved positivt test-resultat for angst og depression
- » Henvisning til psykolog på indikation

Fase 3:

Vedligeholdelse

Sygehus-del:

- » To måneder efter afslutning ved sygehuset – fire måneder efter indlæggelsen – blev der gennemført en telefonisk opfølgning af kontaktsygeplejersken på hjertemæssig trivsel, om patienten havde fået kontakt til de elementer i tredje hjerterehabiliteringsfase, der var henvist til og en vurdering af, om der var behov for andre tilbud

- » Telefonisk screening for angst og depression og eventuel henvisning til udredning ved egen læge
- » Henvisning til relevante programmer og aktiviteter for tredje hjerterehabiliteringsfase

Egen læge:

- » Patienten blev henvist til ½ times forebyggende helbredssamtale
- » På baggrund af patientens hjerterehabiliteringsbeskrivelse, ændringer i livsstil, medicinering og ønsker til fremtiden kunne egen læge tage tråden op fra sygehusrehabiliteringen

Hjerteforeningens Hjertecenter Århus:

- » Der blev tilbudt gruppeforløb i Hjertecenter Århus over tre gange, umiddelbart efter det individuelle forløb på sygehuset
 - › Første besøg vedrørende tidligere hjertepatienters erfaringer og gennemgang af tilbud i Hjertecenteret
 - › Andet besøg vedrørende mad og egne erfaringer som hjertepatient
 - › Tredje besøg udgjorde en smagsprøve på motion og motionstilbud
- » Tilbud om praktiske redskaber til livsstilsændringer. Patienterne og deres ægtefæller kunne 1½ år efter indlæggelsen gratis deltage i alle tilbudte gruppeprogrammer i Hjertecenter Århus vedrørende mad, motion, afspænding og rygestopforløb
- » Patienterne kunne modtage en individuel samtale med socialrådgiver og en individuel konsultation med afspændingsterapeut

Lokalcenteraktiviteter

Patienter udenfor arbejdsmarkedet og på pension kunne henvises til kommunens lokalcenter i det område, han eller hun boede. Her blev knyttet kontakt til almindelig gymnastik, motionsrum og deltagelse i sociale aktiviteter, som ikke var hjertespecifikke. Der kunne ligeledes henvises til visitation til kommunal hjælp ved Lokalcentrene.

Særlige behov

Patienter med behov for hjælp til kontakt med deres socialrådgiver i Århus Kommune blev hjulpet med det. Der blev etableret kontakt til aktiviteter der var afdelingen bekendt, og som kunne opfylde et specifikt behov hos den enkelte patient. F.eks. aflastningsophold på højskole, kontakt til ældreklub eller andre aktiviteter.

Kontaktsygeplejersken stod for etablering af første henvendelse og understøttelse af, at disse tilbud blev gennemført under hjerterehabiliteringens Fase 2. Det var således en vigtig funktion hos sygeplejerskerne at sikre sammenhæng over fag- og sektorgrænser for patienter i udvidet hjerterehabilitering.

Hjemmebesøg

Patienter, der havde afvist tilbud om hjerterehabilitering eller ikke mødte op, eller patienter der på grund af co-morbiditet ikke fik tilbudt hjerterehabilitering kunne modtage hjemmebesøg.

Sygeplejerskerne i Rehabiliteringsenheden havde overblik over alle patienter indlagt med MI, og fulgte disse patienter gennem deres videre forløb i sygehusvæsenet eller

via kommunale tilbud. Når og hvis plejepersonalet skønnede det relevant med en hjertemæssig samtale, kontaktede hjertesyggeplejersken patienten eller de pårørende med tilbud om et hjemmebesøg.

Indholdet i dette hjemmebesøg svarede til første besøg i grundrehabiliteringen. Patienten havde mulighed for at gennemgå sit indlæggelsesforløb, berette om tiden og tanker efter hjemkomsten, og medicinen blev gennemgået. Her ud fra kunne der tages fat i emner, som den enkelte patient fandt relevant. Ved behov kunne patienten modtage flere besøg.

I det tilfælde at patienten var ude af stand til selv at deltage i samtaler, kunne de pårørende eller plejepersonalet i kommunen tilbydes rådgivning.

Hjemmebesøg blev anset for vigtigt i det tilfælde, hvor der var et stort frafald af patienter, henvist til hjerterehabilitering. Hermed fik patienten en chance for at starte hjerterehabilitering på hjemmebane, og eventuelt genoptage et afvist forløb i sygehusregi.

Der var således et program for alle hjertepatienter, der ønskede det. Ovenfor er angivet, hvilket indhold der var i socialt differentieret hjerterehabilitering. Den pædagogiske tilgang til patienterne var dog også vigtig for patienternes opfattelse af, at de magtede de mange forandringer i livet, der byder sig efter blodprop i hjertet. Der blev arbejdet på en bevidst pædagogik undervejs i forløbet.

Litteratur

1. Danmarks Statistik, Undervisningsministeriet. DUN 2001. Dansk Uddannelses-Nomenklatur. Copenhagen: Danmarks Statistik; 2002.

Kommunikation med hjertepatienter om sundhedsfremme og forebyggelse

Dette afsnit er skrevet i samarbejde med Karen Lind, Dorrit Grosen Andersen og Birgitte Gustafson, der var sygeplejersker hos Rehabiliteringsenheden på Århus Sygehus med primær kontakt til patienter i udvider rehabilitering

Der er en række håndfaste handlinger, som forværrer patientens prognose. Rygning, fed mad, for lidt motion, at undlade at tage sin medicin, uregelmæssige arbejdstider osv. Patienten skal støttes i forebyggende handlinger.

Der er også en række sociale og psykiske omstændigheder, som hjælper patienterne til at omstille sig til en ny livssituation – et liv med kronisk lidelse. God psykisk trivsel, troen på at man kan klare livets udfordringer, godt socialt netværk, en voksen samlever og adgang til emotionel og praktisk støtte er elementer, der dokumenteret giver hjertepatienter bedre prognose i årene efter blodprop i hjertet. Patienten har ringe mulighed for at handle på de håndfaste forebyggelsesbudskaber, hvis ikke de grundlæggende trivselsparametre er på plads.

Det er altså helt nødvendigt at integrere forebyggelse og sundhedsfremme i hjerterehabiliteringen – især for lavt uddannede patienter, der er mere udsatte for sociale og psykisk belastende omstændigheder.

Begreber og kommunikation med patienter

Menneskeligt overskud er en ressource ved siden af uddannelsesmæssige, økonomiske og netværks-ressourcer. Hege R. Eriksen og Holger Ursin kom i 2002 med en spændende synsvinkel på sammenhængen mellem biologisk teori, kognitive teorier og læringsteorier (1). Social ulighed i sundhed udvikler sig, når der er ulighed i distribution af ressourcer. Gruppen af lavt uddannede har statistisk set:

- » flere belastninger i livet
- » færre ressourcer til at håndtere uforudsete og belastende hændelser, som f.eks. hjertesygdom
- » færre positive forventninger til, at de kommer godt ud af sygdomsepisoden

Det giver stress, også i den biologisk somatiske forstand. Hormonsystemet går i gang, det parasympatiske nervesystem påvirkes og immunsystemet påvirkes. Stress er ikke alene en respons på hjertesygdom, men også betinget af *forventninger* til hvad der kommer ud sygdomsepisoden. Dels i forhold til de handlemuligheder personen har og dels de forventninger han eller hun har, til effekten af sine anstrengelser. Der er tre slags forventninger til en situation som blodprop i hjertet:

- » Jeg kan klare udfordringer (coping)
- » Ingenting hjælper (hjælpeløshed)
- » Alt går galt hvis jeg prøver (håbløshed)

Jo flere erfaringer af karakteren “ingen-ting hjælper” og ”alting går galt” under et menneskes opvækst, des større sandsynlighed for, at disse forventninger bliver realitet ved fremtidige problemer – også i en kritisk sygdomssituation.

Eriksen og Ursins pointe er, at jo færre coping-forventninger patienten har, des mere stiger stress, angst og depression, des vanskeligere er det for patienten at håndtere sit sociale liv og klare de psykiske reaktioner ved hjertesygdom, og des vanskeligere er det at ændre livsstil og passe sin medicin i relation til hjertesygdom (1). Det vigtigste modsvar i rehabiliteringen bliver her at give positive tilbagemeldinger og oplevelser. Dvs. producere positive oplevelser eller henlede på det, der udvikler sig positivt for patienten.

Fra compliance til concordance

I patientbehandlingen var der en voksende forståelse for begrænsninger i compliance-modellerne. I interaktion med patienten skulle der fokus på det felt, der indenfor både patientens og den professionelles ekspertise kunne samles, og hvor patienten kunne støttes i arbejdet mod fælles aftalte mål. De to felter skulle så at sige smelte sammen, og der var fokus på fællesmængden fra behandler og patient. Begrebsligt arbejdede personalet ud fra en Concordancemodel (2).

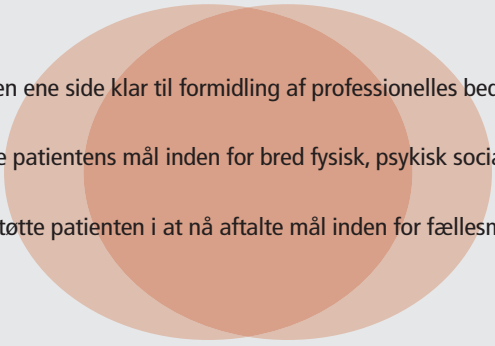
Afhængigt af målgruppen var denne fællesmængde større eller mindre. I teorier,

der berører kommunikation f.eks. Diffusion of Innovation - opereres med homofili og heterofili mellem afsender og modtager. Jo mere afsender og modtager ligner hinanden, des lettere går kommunikationen. Der deles værdier, baggrund og forståelsesramme – der er tale om homofili (3). I kontakten med socialt udsatte patienter kunne der være meget langt mellem afsenders og modtagers værdier og baggrund. Patienten havde lav uddannelse, kom fra et andet miljø og havde for en dels vedkommende en overraskende belastet livssituation. Patienten kunne have fuldstændig andre væsentlighedskriterier for sundhed og trivsel end det uddannede sundhedspersonale. Det stillede krav til personalet! Personalet skulle kunne skifte mellem sit faglige perspektiv og patientens perspektiv og være åben for helt alternative prioriteringer i bestræbelserne på at finde fællesmængden, hvor indenfor patienten havde lyst og mulighed for at stille egne mål. Personalet skulle først og fremmest kunne se, hvem de havde foran sig, afkode hvilke målmuligheder patienten havde og støtte patienten i at nå de mål, han eller hun satte.

Gennem projektperioden har det praktiske arbejdsteam løbende diskuteret og haft undervisning i tilgange til samtalen mellem patient og sygeplejerske samt i regi af Hjertereforeningens Hjertecenter Århus. Concordance-principper lå i forlængelse af at respektere patientens valg og prioriteter vedrørende sit liv. Det var hospitalssygeplejerskernes overbevisning, at et menneske havde grunde til at handle som det gjorde, og at der skulle udvises respekt for patientens valg. For at blotlægge patientens motiver havde det været na-

Personalet

Fra: **Compliance** Til: **Concordance**

- 
- » På den ene side klar til formidling af professionelles bedste bud
 - » Afsøge patientens mål inden for bred fysisk, psykisk social ramme
 - » Fokus på at støtte patienten i at nå aftalte mål inden for fællesmængden af mål

Figur 1. Fra compliance til concordance i samtaler med hjertepatienter

turligt at læne sig op af principper fra den motiverende samtale teknik (4,5). Der blev dog ikke arbejdet systematisk ud fra motiverende samtale, men i praksis lå den anvendte samtale teknik i den retning.

Det var muligt at komme et stykke af vejen med kommunikationsmåder. Nedenfor vil det fremgå, hvad der rent faktisk skete i spændingsfeltet mellem forebyggelse og sundhedsfremme i den rehabilitering, der blev tilbudt på Århus Sygehus!!

Forebyggelse og sundhedsfremme blandt udsatte hjertepatienter

Arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme er et kompliceret samspil mellem forskellige professioners viden og erfaring, befolkningens opfattelser, erfaringer, valg og livsomstændigheder. Det gælder i høj grad også tilrettelæggelse af kommunikation med hjertepatienter i rehabiliteringen.

Man kan anlægge forskellige perspektiver på begrebet sundhed. I et forebyggelsesperspektiv er hjertesundhed noget, der kan bevares ved at fjerne eller undgå risikofaktorer, der er årsag til eller forværrer sygdommen. I et sundhedsfremmeperspektiv er sundhed imidlertid ikke blot fravær af sygdom, men en positiv egen-skab ved individet, og sundhed er den kraft og styrke, der sætter mennesker i stand til at håndtere dagligdagens belastninger og udfordringer. For hjertesygge drejer det sig om at håndtere sygdommen oveni de eventuelle belastninger, der i forvejen er i patientens liv.

Der knytter sig naturligt en række kommunikationsmetoder og begreber til forebyggelses- og sundhedsfremme-regimet. Når der i forebyggelses-regimet opstilles kontante mål for kolesterolniveau i blodet, kostindtag, motionsniveau, rygestop og medicinering medfører det metoder som instruktion om behandling og forventning om efterlevelse – compliance. I sund-

hedsfremme-regimet vil man nærmere operere med mål som kvalitet og velvære, overblik og følelse af at være kaptajn i eget liv. Kommunikationen sigter på, at patienten selv definerer mål indenfor en bred fysisk, psykisk og social ramme, reflekterer over hvad der vil bringe ham eller hende nærmere sine mål samt definerer handlinger, der tilfredsstiller egne behov. Begrebsmæssigt er vi inde i f.eks. handlekompetence og empowerment. Man kan groft taget også stille dette op som et afsender- eller modtager-perspektiv til rehabiliteringsprocessen.

Forebyggelse og sundhedsfremme gennem hjerterehabiliteringsforløbet

Fase 1:

Indledende del under akutte fase

Forebyggelses-regime: Personalet gav korte og kontante informationer om behandling, medicin, rygeophør, kostens, vægtens og motions indvirkning på helbredelsesforløbet. Ingen patient var i tvivl om dette, og det afspejlede at patienterne inden indlæggelsen var vidende om den teoretiske sammenhæng mellem livsstil og hjertesygdom. Lægelig information fungerede her som en nøgtern optegning af de muligheder, der var for forebyggelsesmæssige forbedringer af prognosen. Herefter var det op til patienten, hvad han eller hun ville og kunne gennemføre.

Sundhedsfremme-regime: Under indlæggelsesinterviewet, hvor patienterne blev rekrutteret til grundrehabilitering eller udvidet rehabilitering, blev der indhentet informationer om patientens netværk og mulighed for støtte. Der blev i tilknytning

hertil givet tre meget korte råd om at prioritere positive kontakter i netværket, at tillade sig at bruge netværkets tid til praktisk hjælp og at være åben for emotionel støtte. Rådene er beskrevet under den indledende del af indlæggelsen i afsnittet om indhold af socialt differentieret rehabilitering s 42. Der blev ikke lagt op til egentlig uddybende samtale om disse emner, men givet korte statements, som passede bedre til mennesker i akut krise. Der var således ikke en egentlig integration af forebyggelses- og sundhedsfremme-tilgangen under indlæggelsen.

Overgang fra akutte fase til tidlig efterbehandling / rehabilitering: Rekrutteringssystemet var helt systematisk, og der blev tilbudt et sammenhængende forløb. Mange – især socialt udsatte patienter – havde vanskeligt ved at skifte afdeling og personale. F.eks. fra akut indlæggelse til rehabilitering og igen fra rehabilitering til efterbehandling hos egen læge. Det skulle være tydeligt for patienten, hvad der skulle ske. Der blev afsat et mødetidspunkt, inden patienten forlod den akutte afdeling, og patienten blev tilbudt at gå med personalet forbi Rehabiliteringsenheden for at hilse på personalet der. Et vigtigt formidlingspunkt under indlæggelsen var, at rehabiliteringen er en del af behandlingen efter MI. Hjertelægen var indgangen til et sammenhængende tilbud af sygeplejefaglig, diætistisk, fysioterapeutisk og social rehabilitering. Det drejede sig om forventninger. Mange patienter vidste ikke, hvad de skulle forvente sig af samtale med sygeplejerske, men vidste at de havde brug for at blive fulgt op hjertemæssigt hos en lægelig specialist. Det første møde med hjertelægen blev fulgt op med en syge-

plejesamtale – hvor patienten fik en første erfaring med, hvad en sådan kontakt kunne bruges til af patienten, og hvor der blev skabt tillid mellem kontaktsygeplejersken og patienten. Det var vigtigt at systemet fungerede, at patienten vidste hvad der skulle ske, og at der blev etableret et tilhørsforhold. Patienten skulle opleve at personalet ”ville dem”.

Fase 2:

Tidlig efterbehandling

Forebyggelses-regime: Der var fortsat fokus på livsstil og rådgivning i den tidlige efterbehandling efter indlæggelsen. Emner som rygning, motion, kost, fedme, blodlipider, medicin, hjertets fysiologi – hvad sker med hjertet under en blodprop og hvordan kroppen regenereres, skulle berøres. En stor del af rehabiliteringen var rettet ind i en forebyggelsesramme. Der var f.eks. ganske bestemte doser medicin. Disse elementer skulle ikke sættes til diskussion. Men til forskel for perioden under indlæggelsen var der nu langt mere fokus på patientens oplevelser, ønsker, færdigheder og mulighed for opbakning til at nå motionsmål, kostmål, vægtmål og så videre. Som beskrevet i indledningen skete denne samtale hele tiden i et individuelt tilsnit med føling for patientens prioriteringer. I interaktion med patienten var fokus på det felt, hvor indenfor både patientens og den professionelle ekspertise kunne samles, og hvor patienten kunne støttes i arbejdet med et af sine mål. Der var fokus på fællesmængden fra behandler og patient. I praksis arbejdedes med Concordance i denne rådgivning (2).

Dermed blev tilsnittet i patientkontakten aldrig en standardløsning, selv om sund-

hedspersonalet hele tiden overfor sig selv måtte holde et niveau af handlinger, som gav effekt på hjertesygdom, som indre referenceramme under samtalerne. Der blev taget udgangspunkt i hver enkelt patients situation og ønsker. Patienterne følte sig respekteret og deres grænser blev ikke overskredet.

Sundhedsfremme-regime: Emner, som kaldte på sundhedsfremmetilgangen i rehabiliteringen drejede sig om de psykosociale områder. I anden fase af Hjerterehabiliteringen blev der talt om at fastholde arbejde og aktiviteter, psykisk trivsel, social trivsel, seksualitet – i det hele taget det at komme i gang med at leve livet igen. På disse områder kunne der ikke opstilles helt så faste dosis-mål som for de forebyggelsesrettede områder. Her var det patienten, der definerede om det gik godt eller mindre godt, og om der var brug for forandringer. Personalet støttede patienten i at udpege de områder, der nagede. Men også med at spejle de områder, hvor indenfor patienten havde det godt. Det vigtige var, at personalet her bevarede et samlet billede af patientens liv og muligheder. Patienten definerede, hvad der var vigtigst i det samlede livsbillede, og samtalerne udformede sig ud fra dem.

De emner, som blev taget op sås ud fra patientens syn på det. Hvordan emnet berørte patienten. Der blev således arbejdet med tailored information.

Ved sidste besøg i rehabiliteringen opstillede patienten egne mål for, hvad han eller hun skulle holde fast i eller udvikle efterfølgende.

Sygeplejersken hjalp med de praktiske problemer, som krævede kontakt med forskellige sektorer i sundheds- og socialvæsenet. Ved behov blev der taget kontakt til socialforvaltning – det kunne f.eks. dreje sig om hjælp til at anskaffe støttestrømper eller ansøgning om medicintilskud. Der henvistes til fysioterapi, hvis patienten ikke havde fået det organiseret hos egen læge. Små praktiske problemer som tårnede sig op for patienten og udgjorde en barriere for at tage sig af det, som kun patienten selv kan gøre socialt, fysisk og livsstilmæssigt.

Alle emner blev berørt. Både de kontante forebyggelsesrettede og de psykosociale. Men de kunne fylde meget eller meget lidt i den samlede rehabilitering. Patienten prioriterede.

Pointen i alt dette var, at patienten ikke kunne bringes til at efterleve mål sat af andre, hvis det ikke gav mening i hans eller hendes prioriteringsunivers. Ind imellem var de sociale belastninger så store, at det vigtigste kunne være at bringe ro og stabilitet i livet igen. Det kunne være forudsætningen for at få overskud til at tage sig af andre områder. Personalet havde oplevet overraskende stort ændringspotentiale for hårde forebyggelsesemner hos patienter, som ud fra deres livshistorie og betingelser havde ringe mulighed for at gennemføre dem. Men det hjalp, når patienten selv havde sat målet, og havde fået støtte til at nå det med færdigheder, praktiske råd og social støtte fra omgivelserne.

Næste vigtige skridt var, at forløbet blev fulgt op og støttet i almen praksis – i den tredje rehabiliteringsfase.

Fase 3:

Vedligeholdelse

Forebyggelses-regime: Vedligeholdelse af symptomatisk og profylaktisk behandling fra sygehusregi blev videreført hos egen læge. Der var i projektperioden ingen afstemning af kommunikationsmetoder hos egen læge.

På Hjertereforeningens Hjertecenter Århus var der mulighed for at vælge færdighedstræning med hensyn til madlavning og motion. Der var en større interesse i at arbejde med ændringshjulet overfor alle livsstilsfaktorer for hjertesygdom. Denne fremgangsmåde var lidt i modsætning til den concordance-tilgang, der var på sygehuset. Ideerne blev dog aldrig ført helt ud i livet, da patientdeltagelsen i Hjertecenteret var meget lille.

I Fase 3 blev patienterne indkaldt til etårsopfølgning. Her kom vedligeholdelse af fysisk, psykisk og social trivsel samt livsstil atter til debat med sygeplejersken, ud fra patientens tidligere fokuspunkter og aktuelle ønsker.

Sundhedsfremme-regime: Både egen læge, Hjertereforeningens Hjertecenter Århus, Lokalcenteret og sygeplejersken på Rehabiliteringsenheden kunne tage emner op indenfor det psykosociale område. Lokalcenteret kunne tilbyde sociale aktiviteter og samvær indenfor rammen af sundhedsfremme-regimet. Det vides ikke, hvilken tilgang der er brugt andre steder end på Århus Sygehus og i Hjertecenteret Århus.

Andre muligheder for sundhedsfremmende indsats i akutte fase

En gruppe amerikanske psykologer og forskere, med K. Petrie i spidsen, har udviklet en tidlig intervention overfor negative sygdomsforventninger og mestrings-evner efter blodprop i hjertet (6). Ved systematisk at arbejde med fem områder allerede under indlæggelsen kunne sygdomsopfattelsen udvikle sig mindre negativt, med stor betydning for patientens videre trivsel og funktionsniveau.

Petrie's fund fik forskerne til at arbejde med:

- » **Hvilke ord patienten satte på sin tilstand.** For de amerikanske patienter havde dramatiske ord som "attack" eller mindre dramatiske som "blodprop i hjertet" en sammenhæng med, hvilke sygdomssymptomer patienten hæftede på sygdommen, og hvor alvorligt symptomerne blev oplevet. F.eks. store bryst-smerter, åndenød osv..
- » **Troen på hvad der var årsager til sygdommen.** Var det noget patienten forventede han kunne ændre og ville have indflydelse på?
- » **Forventninger til varigheden.** Ville sygdommen vare længe? Hvad kunne patienten selv gøre og hvornår? Forventer patienten at komme til at gøre de samme ting som før sin MI?
- » **Forventninger om fysiske, psykiske og sociale konsekvenser.** Troede patienten han kunne gå på arbejde, og at han kunne være sammen med sin familie, løbe, elske og danse som før?

» Forventninger om helbredelsesgrad.

Troede patienten at hjertesygdommen kunne kontrolleres og holdes nede – og troede patienten, at han via egen indsats kunne medvirke til forbedring af helbredelsesgrad?

Disse fem forhold bestemte patientens coping-procedurer, om patienten følte han eller hun kunne mestre situationen, og efterfølgende om patienten f.eks. ville følge medicinske råd. Det vigtige var, at en negativ perception kunne ændres, hvis personalet talte om patientens negative opfattelser hurtigt efter at de optrådte. Forventninger til sygdomsforløbet kom først et par dage efter MI, så en negativ perception kunne adresseres så snart den optrådte, og før den bed sig fast hos patienten (6).

Litteratur

1. Eriksen HR & Ursin H Social inequalities in health: Biological, cognitive and learning theory perspectives. I: *Norsk Epidemiologi* 2002(12): 33-38.
2. Bissel P, May C & Noyce PR From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. I: *Social Science & Medicine* 2004(58):851-862.
3. Rogers EM *Diffusion of innovations. Fourth edition.* New York: Free Press 1995.
4. Miller WR & Rollnick S *Motivationssamtalen.* Hans Reitsels Forlag, 2004.
5. Prescott P & Børtveit T *Sundhed og ændring af adfærd.* Psykologisk Forlag A/S 2005.
6. Petrie, KJ, Cameron LD, Ellis CJ et al Changing Illness Perceptions After Myocardial Infarction: An Early Intervention Randomized Controlled Trial. I: *Psychosomatic Medicine* 2002(64): 580-586.

Et udviklingsprojekt – Justeringer efter patientforløbsvurdering

Medicinsk Audit 2003

Efter et år med socialt differentieret hjerterehabilitering, foretog vi endnu en patientforløbsvurdering gennem Medicinsk Audit. Målet var denne gang at vurdere om udvidet hjerterehabilitering fungerede tilfredsstillende. To hovedområder havde vores interesse.

- » Når vi patienterne og opfyldes deres største behov i udvidet hjerterehabilitering?
- » Mulige årsager til optimale og ikke optimale udvidede hjerterehabiliteringsforløb – forslag til justeringer?

Audit-panel

Alle styregruppemedlemmer og medlemmer af det team, der arbejdede med patienter i udvidet hjerterehabilitering deltog i det Medicinske Audit. Audit blev afholdt over to dage i internat. Patienternes praktiserende læger deltog ikke personligt, men blev telefoninterviewet af projektkoordinator. Audit blev gennemført oktober 2003. Både baggrundsgruppe og projektteam for socialt differentieret hjerterehabilitering deltog. Auditpanelet bestod således af:

- › Overlæge ved Medicinsk Kardiologisk afdeling, Århus Sygehus
- › Afdelingssygeplejerske ved Rehabiliteringsafsnittet, Århus Sygehus
- › Tre projekttilknyttede sygeplejersker ved Rehabiliteringsafsnittet, Århus Sygehus
- › Lektor i Almen Medicin ved Århus Universitet
- › Centerleder ved Hjertereforeningens Rådgivningscenter Århus
- › Projektkoordinator i Sundhedsfremme og forebyggelse ved Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
- › Kontorchef i Sundhedsfremme og forebyggelse ved Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
- › Sundhedskonsulent i Sundhedsfremme og forebyggelse ved Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
- › Projektsekretær i Sundhedsfremme og forebyggelse ved Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

Socialoverlægen fra Århus kommune var forhindret i at deltage.

Medicinsk Audit blev gennemført efter samme skabelon og principper som det første Medicinske Audit i 2001.

Patientudvælgelse

Ved udvælgelse af patienter til interview om hjerterehabiliteringsforløbet blev der taget stilling til 16 konsekutivt indlagte patienter, der havde fået tilbudt udvidet hjerterehabilitering eller hjemmebesøg. Patienterne skulle have haft mindst fire måneders forløb efter indlæggelsen og være afsluttet i Fase 2 af hjerterehabiliteringen. Der skulle gennemgås forløb for både yngre og ældre patienter, kvinder og mænd, og der skulle være en vis andel af patienter, der havde deltaget i Hjertecenter Århus' program. Ud fra forventning om godt 30 % med depressive tendenser blandt hjertepatienter skulle der findes tre til fire, som var test-positive ved diagnostisk screening for depression og en ligelig fordeling af patienter, der havde deltaget og ikke deltaget i Hjertecenter Århus' forløb. Tre patienter blev ikke kontaktet. En patient ønskede ikke telefonopfølgning til hjerterehabiliteringsforløbet, hvorfor vi afstod fra yderligere kontakt, en patient var stadig i forløb og en mand udgik for at opnå ligelig fordeling mellem kønnene.

13 patienter blev efter en skriftlig henvendelse kontaktet telefonisk og anmodet om at deltage i et interview til brug for Audit. To ønskede ikke at deltage. Begge udtalte, at de havde været glade for hjerterehabiliteringen, men en patient ønskede at lægge sygdommen bag sig, og en patient var usikker på om pressen ville få adgang til og misbruge interviewudtalelser. Der blev gennemført 11 interviews. Audit gav plads til gennemgang af 10 forløb. Et forløb var så uproblematisk og positivt, at det ikke ville bibringe nye oplysninger til revision af hjerterehabiliteringen og blev dermed udeladt. Der blev således gennemgået ti

patientforløb blandt patienter med indlæggelse mellem november 2002 og februar 2003. Patientforløbene inkluderede alle de ønskede vinkler i forhold til Hjertecenterdeltagelse, hjemmebesøg, depressive tendenser, kønsfordeling, aldersspredning og dermed forskellig tilknytning til arbejdsmarkedet. Patientinterviewene blev gennemført maj og juni 2003, fire til syv måneder efter indlæggelsen.

Patientinterview

Der blev gennemført semistrukturerede interview med patienterne. Ud over spørgsmål som indgik i spørgeområder ved Audit 2001 (*se side 32*), blev der spurgt til patientens vurdering af:

- » Udformning af patientplaner til tredje hjerterehabiliteringsfase og egen læge
- » Telefonopfølgning med sygeplejerske efter fire måneder
- » Forløb i Hjertereforeningens Hjertecenter Århus

Interviewene varede mellem en og to timer, og patienten underskrev fuldmagt til indsigt i patientjournaler, kontakt til egen læge samt fremlæggelse af patientforløbet i Audit. Procedurer ved patientinterview var de samme som i 2001, men intervieweren havde denne gang to informationer om patienten. Det ene var en kopi af svar på spørgeskema om patientens psykiske trivsel for at vurdere, om der skulle spørges til håndtering af eventuel depression. Det andet var en kopi af epikrisen med patientens planer for Fase 3 til brug for interview om oplevelse af opfølgning hos praktiserende læge.

På baggrund af gennemlytning af interviewbånd, blev der skrevet seks til otte siders resumé af patientforløb ud fra fastlagte kategorier. Resuméet fulgte interviewguiden og blev skrevet som kortfattede statements til alle delforløb. Der blev noteret patientkommentarer og citater, hvor der var særlige vinkler på elementer i hjerterehabiliteringen. Resuméet blev afsluttet med en opsummering om kommunikationen under hjerterehabiliteringsforløbet, vurdering af mulige faldgruber, sammenhænge og problemer samt positive oplevelser. Afslutningsvist blev der stillet en række spørgsmål og diskussionspunkter til Audit-panelet ud fra det konkrete forløb. Disse resuméer blev udgivet til gennemgang ved Audit-mødet under patient-fremlæggelsesdelen. Det vil sige efter personalet havde gennemgået deres vurdering af forløbet.

Interview med egen læge

Alle patienters egen læge deltog, efter skriftlig opfordring, i et telefoninterview om deres vurdering af patientens forløb. Interviewtidspunktet var på forhånd aftalt, og egen læge sad med journaloplysninger på patienten. Lægerne blev interviewet ud fra en standardiseret interviewguide. Interviewet varede ca. 20 minutter. Lægen blev bedt om at beskrive:

- » Patientens kardiologiske sygdomsforløb, hvor egen læge var involveret inden indlæggelsen
- » Patientens kontakter angående MI efter indlæggelsen
- » Eventuel indflydelse på forløb fra andre sygdomme
- » Opfattelse af patientens sociale og familiære situation

- » Hjerterehabileringselementer, som har været berørt under efterfølgende konsultationer
- » Planer for videre hjerterehabilitering ved egen læge
- » Patientens funktionsniveau sammenlignet med niveau før MI
- » Anvendelse af screeningsresultat for depression
- » Anvendelse af epikrise om sygehusets hjerterehabiliteringsforløb og patientplaner for tredje hjerterehabiliteringsforløb ved egen læge
- » Eventuelle specifikke spørgsmål på baggrund af patientinterview

Interviewbåndene blev gennemlyttet, og der blev skrevet et to siders resumé af lægens vurdering af patientforløb. Resuméet fulgte systematisk ovenstående kategorier. Inden Audit-mødet blev der identificeret eventuelle afklarende spørgsmål ud fra forløb ved egen læge, som indgik i spørgsmål til sygehusvæsenet. Resuméerne blev uddelt og gennemgået af projektkoordinator.

Spørgsmål til sygehusvæsenet

Sygehuspersonalet fik stillet generelle spørgsmål, efterfulgt af eventuelle patient-specifikke spørgsmål ud fra interview med patient og egen læge. Procedurerne var de samme som i 2001 (*Se side 35*). Personale blev som i 2001 bedt om at forberede svar på følgende spørgsmål om patientens forløb på sygehuset:

Overlæge:

- » Patientens kardiologiske sygdomsforløb i sygehusregi
- » Eventuel vanskeliggørende co-morbiditet

- » Koordinering med eventuel anden behandling
- » Forventet fysiske funktionsniveau efter hjerterehabilitering

Rekrutteringssygeplejerske:

- » Kriterier for inklusion til udvidet hjerterehabilitering
- » Forløb for netværkssamtale under indlæggelsen
- » Registreringer vedrørende patientens deltagelse i hjerterehabiliteringselementerne:
 - › Lægeundersøgelser
 - › Diætist
 - › Sygeplejerskesamtaler
 - › Rygeafvænning
 - › Fysioterapi
 - › Hjemmebesøg
 - › Gruppesøg på Hjertecenter Århus

Hjerterehabiliteringssygeplejersker:

Der blev bedt om svar på samme områder som i 2001 og herudover blev der bedt om kommentarer på:

- » Screening for angst og depression
- » Patientens planer for Fase 3 i hjerterehabiliteringsforløb, aftalt ved afsluttede sygeplejerskesamtale
- » Forløb og indhold af opfølgende telefonsamtale
- » Patientens modtagelse af anbefaling af videre rehabiliteringsforløb ved Hjertecenter Århus
- » Patientens modtagelse af anbefaling af ½ times forebyggende helbredssamtale ved egen læge, efter endt forløb i Fase 2 af hjerterehabilitering

Spørgsmål til Hjerteforeningens Hjertecenter Århus

Lederen af Hjerteforeningens Hjertecenter Århus havde som de øvrige deltagere indsiget i alle spørgeguides. Patienternes aktiviteter under gruppeforløbene blev bedt bedømt ud fra følgende spørgsmål:

- » Fremmøde til gruppeforløb i Hjertecentret
- » Deltagelse af ægtefælle eller andre nærtstående
- » Forløb af gruppemødet for patienten m.h.t. – kontakt til Hjertecentrets personale og kontakt til andre patienter
- » Særlige interesseområder for patienten
- » Patientens ønsker om deltagelse i andre af Hjertecentrets aktiviteter efter gruppeforløbet
- » Vurdering af eventuelle efterfølgende aktiviteter i Hjertecentret

Procedurer for Audit-mødet

Medicinsk Audit blev gennemført uden forudgående udveksling af informationer om patientforløb mellem parterne.

Audit-mødet forløb over to arbejdsdage. Der var afsat ca. tre kvarter til gennemgang af hver patient. Patientforløbet blev kort fremlagt af de involverede personaler ud fra ovenstående spørgsmål. Fremlæggelserne kom i kronologisk rækkefølge for indlæggelses- og hjerterehabiliteringsforløb, afsluttende med patientens egen vurdering.

Herefter diskuterede panelet forløbet med udgangspunkt i tre opstillede punkter:

1. Positive og negative hændelser med hensyn til patientens forløb i perspektivet om social ulighed i rehabilitering

2. Relevansen af elementer i den udvidede hjerterehabilitering og hvorvidt disse havde påvirket positive og negative hændelser i patientens forløb. Panelet gav forslag til, hvad der for den enkelte patient kunne have styrket forløbet yderligere
3. Problemstillinger af generel karakter med udgangspunkt i den enkelte patient

Der blev udarbejdet en til to sider for hver enkelt patient, som sammenfattede panelets vurdering af forløbet.

Efter gennemgang af de ti patienters forløb afsluttedes Audit med at danne et overblik over de fremkomne væsentlige elementer for udvidet hjerterehabilitering og hjemmebesøg med angivelse af handlemuligheder, som peger frem mod justeringer eller nye elementer.

Resultater fra Medicinsk Audit med relevans for socialt differentieret hjerterehabilitering

Overordnet set vurderede patienterne indlæggelsen og hjerterehabiliteringsforløbet positivt, ligesom ved Audit i 2001. Der optrådte da også punkter som fortsat var meget vanskelige for patienterne. Nedenfor vil de punkter, der trængte sig på for patienterne, blive angivet i stikordsform. Fase 1, 2 og 3 af hjerterehabiliteringen beskrives under de enkelte temaer og ud fra personalegruppernes eller organisationernes kontakt med patienten.

Patientens vurdering af udvidet hjerterehabilitering

Der var generelt en meget positiv holdning til hjerterehabiliteringsforløbet i både Fase 1 og Fase 2. Det individuelle tilsnit, hvor patienten kunne få talt om de emner, der lå ham/hende på sinde i den rækkefølge det føltes relevant, var værdsat højt. Enkelte episoder blev kritiseret, men de fleste problemer blev fortsat fremført i forbindelse med overgange mellem faggrupper eller mellem anden og tredje rehabiliteringsfase. Der fremkom følgende vurderinger fra Audit:

- » Den individuelle tilgang gav plads til at patienten kunne føle, at netop hans/hendes problem kunne behandles, uanset hvor stort eller lille det måtte synes
- » Start på den tidlige efterbehandling i anden hjerterehabiliteringsfase to til tre uger efter indlæggelsen var optimal. Patienten nåede at komme hjem og få ro til at begribe situationen, men der gik ikke for lang tid til efterbehandling, så der opstod nervøsitet
- » Et forløb over flere uger i Fase 2 på Århus Sygehus var nødvendigt. Forløbet kunne ikke have været mere komprimeret
- » Det fungerede godt, at forløbet kunne afkortes eller forlænges efter individuelle behov og situation
- » Patienterne følte sig godt hjulpet og "mætte" efter forløbet i den tidlige efterbehandling på Århus Sygehus
- » Patienterne fremhævede, at de følte sig trygge ved muligheden for at kunne ringe til kontaktsygeplejerske og at kunne komme i kontakt med en "ekspert", men meget få benyttede sig af det. Det samme var ifølge sygeplejerskerne gældende over året.

- » Patienterne var modstræbende overfor at gå videre i et gruppeforløb efter det individuelle tilfredsstillende forløb, og afslog med begrundelser om, at de ikke magtede transporten, at de var i gang med arbejde, at de følte der var for mange ting de skulle passe og lignende. Det var Audits vurdering, at det var svært for patienterne at skifte fysisk lokalitet, personale og at forestille sig at dele erfaringer med andre hjertepatienter
- » Patienter, der mødte frem til gruppeforløbet ved Hjerterforeningen, havde svært ved at rumme de andre patienters problemer. Patienterne anførte, at de andre patienter var meget mere syge og havde flere problemer end de selv. Andre patienter blev ikke vurderet som en kilde til inspiration for, hvordan man kunne tackle livet efter blodprop i hjertet, men som en byrde at skulle forholde sig til. Patienterne henvendte sig mest til personalet under gruppe-seancerne, og flere mødte frem første gang, hvorefter de udeblev. Der kunne være store forskelle mellem aktuelle problemstillinger for de patienter, der mødte frem. F.eks. på grund af køn, alder, familiesituation og tilknytning til arbejdsmarkedet
- » Enkelte patientgrupper havde i særlig høj grad brug for et individuelt hjerterehabiliteringsforløb eller et forløb med ligesindede. Der var patienter, der holdt sig meget alene i hverdagen og afstod fra sociale aktiviteter, etniske grupper og patienter med psykisk sygdom, hvor det generelle tilbud i Hjerterforeningens Rådgivningscenter Århus slet ikke matchede behovene

- » Nogle patienter følte, der var for mange tilbud til dem. Det gjaldt især patienter, der samtidig var involveret i lokale aktiviteter. F.eks. havde kontakt til hjemmesygepleje, var involveret i Lokalcenter eller andet
- » Få patienter havde behov for flere besøg end udvidet hjerterehabilitering kunne tilbyde i sygehusregi. De kunne henvises til yderligere besøg i Hjerterforeningen eller hos egen læge

Patientens mål efter Fase 2: Tidlig efterbehandling

Patienterne anførte som deres vigtigste præferencer efter sygdommen:

- » At få hverdagen i gang igen var langt det vigtigste
- » At de nære ting i hverdagen og tæt på patienten selv var vigtigt
- » At støtte i netværket var vigtigt
- » At det var vigtigt at efterfølgende aktiviteter foregik i det lokale miljø
- » At der var god støtte af egen læge

Ved gennemgangen af interviewmaterialet fremgik det at:

- » Der opstod flere kommunikationsproblemer med behandlere, når patienterne manglede sygdomserkendelse. Der opstod flere episoder med konflikt mellem patientens opfattelse af, hvilke tiltag der var nødvendige og behandleres opfattelse af, hvad patienten burde gøre
- » Der opstod flere konflikter og bekymringer i relation til netværk og ægtefælle, når der var manglende sygdomserkendelse
- » Det var vigtigt for forløbet, at sygdomsepisoden gav mening i patient-

tens liv. Følelsen af total meningsløshed skabte større problemer på det psykiske plan som igen kunne skabe problemer med netværk og opretholdelse af ny livsstil

Personalehåndtering af belastede patienter

For at kunne hjælpe bedst muligt, var det meget vigtigt for personalet at udveksle erfaringer om forhold ved sygdomsforløbet eller patientens situation. Det var ikke altid informationerne blev overført fra den ene behandler til den anden. Dette kunne f.eks. medføre, at patienten opstillede urealistiske mål for sig selv, og sygeplejersken arbejdede hårdt på at hjælpe patienten til at finde frem til en løsning. Men uden en følelse at patienten blev hjulpet ved det. Manglende kendskab til alkoholproblemer eller andre belastende forhold i patientens liv kunne selv i samtaleforløb over to måneder hæmme en god udvikling. Oplysninger fra egen læge og patienten om sådanne forhold af betydning for hjerterehabiliteringens gennemførelse, kunne have givet sygeplejersken et bedre overblik på patientens situation og have ført til, at samtalerne havde fået et andet forløb.

- » F.eks. var det vanskeligere – og krævede langt mere tid – at runde alt, der ifølge standarden burde indgå i den tidlige efterbehandling, når der var tale om et komplekst sygdomsmæssigt forløb med mange medicinske udredninger. Det var sværere at finde ændringsmuligheder for patienten, når han/hun havde mange sygdomsmæssige vanskeligheder, der skulle medtænkes

- » Patienter, der ikke fortæller om f.eks. angsttilstande belastes af, at samtalerne ikke medfører et realistisk mål for patienten
- » Det var lettere at fokusere på sociale og psykiske elementer af hjerterehabiliteringen i de sygdomsmæssigt ukomplicerede forløb

Det fremkom, at hver patient havde helt forskellig mulighed for ændringer, afhængigt af:

- » Patientens arbejdssituation
- » Patientens psykiske konstitution
- » Patientens sociale forhold. Der var i Audit eksempler på, at det var et positivt åndehul for patienten at kunne komme uden sin ægtefælle
- » Belastningsniveau. F.eks. store belastninger med ægtefælles sygdom, børn, økonomi eller andet, der fastholdt patientens fokus udenfor sin egen situation
- » Patientens parathed til specifikke ændringer som kost, rygning og motion. Det gav modstand at tale om et emne, som patienten ikke selv var i gang med at ændre. F.eks. konfrontation om målbare ændringer som vægten der stod stille eller gik opad i stedet for nedad

Personalet blev opmuntret af en række forhold:

- » Det var en stor hjælp for retningen i rådgivningen at kunne se patienten gennem sociale briller
- » Patienterne fremførte, at de ønskede at tage udgangspunkt i aktiviteter – f.eks. sociale aktiviteter, afspænding eller lignende – men ikke i sygdom

- » Patienterne kunne være motiverede og klare ændringer i livet trods svære odds – det være sig store eller små ændringer. Personalet fokuserede på de punkter, hvor patienten var motiveret og følte på patientens vegne sejr ved, at der altid var et eller andet der var lykkedes for patienten i forløbet

I flere tilfælde ønskede patienten at gøre mere ved sine sundhedsvaner eller med sit daglige liv end han/hun egentlig magtede. Personalets rolle blev at bremse op og hjælpe patienten med at prioritere ændringer, der ville have størst hjertemæssig betydning eller betyde mest i patientens hverdag, og som var realistiske at leve med i længden.

I disse tilfælde var det personalets erfaring, at patienten forud havde knoklet for at opnå forandringer, men at patienten ikke selv var tilfreds med resultatet. Prioritering af ændringer medførte ofte en betydelig lettelse hos patienter, som ønskede at være en ”god patient”.

Kommunikation mellem patient og system

I forbindelse med Audit fremkom en række eksempler på, hvornår kommunikationen mellem patient og sygehus, egen læge, Hjerteforeningens Hjertecenter Århus eller andre havde fungeret godt eller skidt. Det gav betydelige mistillidsproblemer i forløbet når:

- » Patienten følte sig misforstået eller kontrolleret
- » Patienten havde et overset sygdomsproblem, der først senere blev opdaget

- » Patienten følte sig overset som menneske af behandleren
- » Patienten forventede det umulige og projicerede frustration over sygdommen over på behandleren. F.eks. blev en patient meget vred på sin egen læge, fordi vedkommende en uge inden indlæggelsen havde været til sundhedstjek, hvor lægen *ikke opdagede, at der var en blodprop på vej*
- » Der blev givet udtryk for uens vurdering af fremtid i forskellige dele af behandlingsteamet. Er man f.eks. ”rask og så god som ny” efter KAG og ilægning af stent kunne det give patienten den opfattelse, at de ikke led af en kronisk sygdom, som de behøvede tage hensyn til i deres videre livsførelse

Der blev identificeret flest misforståelser mellem patient og egen læge – f.eks. i forbindelse med indlæggelsesforløbet og diagnose samt mellem patient og diætist.

I overgangen mellem Fase 2 og 3 til det videre forløb blev det anbefalet patienten at bestille ½ times forebyggende helbredsamtale hos egen læge. Få patienter havde bestilt tid og været til en sådan samtale, og der var mange grunde til det. F.eks.:

- » Forholdet til egen læge var præget af mistillid – patienten havde ikke lyst
- » Patienten kunne ikke forestille sig, at emner fra hjertesyggeplejersken kunne tages op på samme måde hos egen læge
- » Patienten havde et godt forhold til egen læge og havde været der sideløbende igennem Fase 2. Der var således ikke behov for en opsamling
- » Patienten ville hellere gå til egen læge med noget konkret og følte, lægen havde for travlt til sådanne samtaler

- » Egen læge ønskede hellere at integrere elementer fra ½ times forebyggende helbredssamtale i de løbende konsultationer ved måling af blodtryk, receptfornyelse eller andet, og til gengæld lægge flere konsultationer for at følge udviklingen nøjere
- » Patienten havde glemt det

En positiv screening for depression blev af de samme grunde ikke altid taget op af egen læge, da patienten selv skulle rette henvendelse. Nogle patienter havde haft et rigtigt godt forløb med udredning og samtaler med egen læge om depression, andre havde slet ikke talt med lægen om det. En løsning kunne være, at egen læge selv kunne tage kontakt til patienten, hvis et positivt screeningsresultat blev fremsendt.

Indholdet i diætistbehandlingen gav anledning til et par kommentarer. Ved første konsultation blev der optaget kostanamnese, og her blev patientens mad i løbet af en dag minutøst gennemgået. Patientens vægt blev registreret. Ved opfølgende besøg hos diætist blev patienten eventuelt vejret igen, og der blev talt om, hvordan kostændringer havde kunnet gennemføres for patienten. Selv om personalet havde en åben tilgang til, hvilke muligheder for forandring der lå indenfor patientens rækkevidde og patientens motivation, vakte det modstand hos den gruppe patienter, der ikke havde kunnet gennemføre de kostændringer, de selv synes de burde. Flere patienter følte sig kontrolleret og ”afsløret” ved proceduren. Det havde føltes nærgående at tale om specifikke madpræferencer og valg for patienten.

Samme reaktion opstod ikke overfor hjerterelæger eller sygeplejersker, der havde en bredere vifte af emner at tale om, som kunne veje et ømtåleligt område op.

En række kommunikative tiltag viste sig at fungere godt for patienterne. F.eks. når:

- » Patienten var forberedt på, hvad der skulle ske som næste skridt. Et indlæggelsesforløb kunne trods overførsler mellem forskellige sygehuse og hurtige indgreb opleves roligt og sikkert af patienten, når han/hun var blevet godt orienteret undervejs
- » Patienten følte sig respekteret af personalet for sine prioriteringer af sin sygdom og ændringsforslag
- » Der blev taget fat i problemerne – Det udfyldte skema om angst og depressive tendenser var et signal om, at det var i orden at føle sig trist og angst, og der blev inviteret til at uddybe, hvis der var udslag i skemaet
- » Patienten havde gennemgået en smertefuld forandringsproces med store ambivalente følelser for forandringer af livsstil eller andet. For personalet føltes det, som om nogle patienter næsten på forhånd havde opgivet forandringer, og personalet havde arbejdet hårdt for at støtte patienten i de forandringer der lykkedes. Ved slutningen kunne patienten med lethed meddele, at *det var dejligt selv at klare problemerne*
- » Patienten fik skrevet ned, hvad der var talt om og fik dermed et overblik over, hvad han/hun rent faktisk havde gennemført og havde som fremtidige mål

Et råd fra personalet kunne opfattes meget forskelligt. Det blev af en patient opfattet som et tilbud, af en anden som et påbud, og reaktionerne var derfor forskellige. F.eks. gav en generel bemærkning fra diætisten om, at det var godt at spise fisk, et overdrevet ekko. En ikke etnisk dansk patient tog rådet meget bogstaveligt, og spiste sig gennem store mængder fisk hver dag, selv om det ikke var en nydelse. I en anden situation kunne et decideret påbud være på sin plads. F.eks. hos en meget usikker patient, der ønskede tid for sig selv eller at være alene med sin ægtefælle. Her var et påbud om ro efter behov en støtte til patienten til at kræve fravær af besøg fra bekendte til ud på natten.

Kommunikation systemerne imellem

Det viste sig fortsat at være væsentligt og vanskeligt at kommunikere over sektorgrænser. F.eks. blev en patient, der i mange år havde haft planer om ændring af livsstil, ikke taget helt alvorligt af sin egen læge, og dermed ikke støttet til yderligere vægttab. Selv om det af udskrivningsbrevet fremgik, at patienten havde tabt adskillige kilo, satte det sig ikke igennem i egen læges opfattelse af patientens evne til ændringer. Udskrivningsbrevene må ud over de kliniske og medicinske data fokusere på oplysninger om, hvad patienten har været igennem i rehabiliteringen, og hvad patienten ønsker at arbejde videre med. Det blev fra praktiserende læger anført, at man ofte får tilsendt udskrivningsbrevet flere gange med små tilføjelser og ændringer fra sygehuset. Det igangsatte et unødvendigt sorteringsarbejde hos egen læge, og man risikerede at miste informationer. Det ville lette, hvis udskrivningsbrevet først blev afsendt, når det sidste var rettet til.

Den anden vej rundt sad egen læge ofte inde med viden om patientens forhold, der kunne have lettet sygehuspersonalets arbejde. F.eks. om familiesituation, misbrug, psykisk sygdom eller patientens arbejdsforhold og øvrige konstitution.

Team-proces gennem første år

Det daglige arbejdsteam omkring hjertepatienterne fra Rehabiliteringsenheden ved Århus Sygehus og Hjertereforeningens Hjertecenter Århus samt projektkoordinator, mødtes jævnligt for at evaluere arbejds gange samt justere procedurer.

Teamet medvirkede til udformning af patientbrochure, breve og fastsatte de praktiske arbejds gange vedrørende patientdeltagelse og spørgeskemaadministration. Teamet medvirkede i tilrettelæggelse af gruppeforløb á tre gange i Hjertereforeningens Rådgivningscenter Århus.

Der blev afholdt kurser i pædagogik i teamet, hvor det øvrige personale på afdelingen og i Hjertereforeningens Hjertecenter blev inviteret, teamet gik enkelte patientforløb igennem for at identificere vanskeligheder, der skulle tackles i programmet. I forbindelse med disse diskussioner blev det tydeligt, at der var en lidt forskellig pædagogisk tilgang blandt sygeplejerskerne fra Rehabiliteringsenheden på Århus Sygehus og i Hjertereforeningens Hjertecenter Århus. Her ønskede man at konfrontere patienterne systematisk med alle relevante livsstils mål i et livsstilskompass og bede patienterne vurdere sig selv i forhold til det niveau, der effektivt ville forebygge hjertekarsygdomme. Tilgangen blandt personalet på Rehabiliteringsenheden var

mindre kontrollerende og indpasset i den concordance-tænkning, som er beskrevet i foregående afsnit.

Gennem de mange møder, der blev afholdt på afdelingen, blev der identificeret og foreslået følgende ændringer i program og procedurer:

- » Der var udarbejdet et spørgeskema om livsstilsfaktorer og ændringer heraf, som skulle formidles til egen læge. Dette skema blev i teamet ændret til at være en del af udskrivningsbrevet, og i stedet indeholde en skematisk opsummering af, hvilke rehabiliteringselementer der blev tilbudt i udvidet rehabilitering, hvilke patienten havde deltaget i, samt plads til få bemærkninger om patientens succeser eller vanskeligheder for hvert af områderne: sygeplejerskesamtaler, diætistsamtaler, fysisk træning, og rygestop-samtaler.
- » Gennem det første halve år blev det klart, at det var vanskeligt at motivere patienter i udvidet rehabilitering til at fortsætte i de tilbudte gruppeforløb ved Hjerteforeningens Hjertecenter Århus. Dette gav anledning til mange diskussioner om årsager. Blev patienterne ikke overbevisende henvist ved sidste sygeplejerskesamtale? Var der barrierer ved overgang til aktivitet i en anden organisation med andre professionelle og en anden form? Eller var patienterne tilfredse med det tilbud, de allerede havde gennemgået? Der blev gennemført tre gruppeforløb, hvor relativt få deltagere mødte frem, heraf kom flere kun første gang. Patienterne havde svært ved at tale med hinanden og henvendte sig mest til de tilstede-

værende professionelle under forløbet. Efter hårdt arbejde med at tilrette og ændre, måtte teamet foreslå gruppeforløbene nedlagt.

- » Der blev identificeret gode erfaringer fra pensionerede patienter ved Lokalcentren, og teamet foreslog mere formel kontakt etableret hertil.
- » Det blev pointeret, at ikke etniske danskere blev fastholdt i programmet, men at der var vanskeligheder med tolkning og forståelse af spørgeskemaer. Denne gruppe havde i særlig grad brug for den individuelle tilgang eller et forløb med andre ligesindede, der havde samme tilgang til mad, motion og sygdomsforståelse.
- » Et skema til systematisk opfølgning på patienter, der ikke deltog i rehabilitering, blev udviklet. I forløbet blev det tydeligt, at disse patienter følte sig positivt overraskede over at få et tilbud om hjemmebesøg. Men de følte sig også godt behandlet af det sundhedspersonale, der omgav dem, hvis de havde hjemmepleje eller anden lidelse. Der blev således gennemført meget få hjemmebesøg, idet patienterne takkede nej. Dette skal ses i lyset af, at de ikke rehabiliterede patienter var få og ofte led af andre alvorlige lidelser eller havde tilstande som blev fulgt op i sygehusvæsenet, i kommunen eller ved sociale myndigheder.

Ændringsforslag fra team-gruppen blev bragt til styregruppen og bearbejdet der.

Justeringer efter Medicinsk Audit og team-proces

Der blev samlet set ændret på følgende rehabiliteringselementer i løbet af projekt-

perioden ud fra Medicinsk Audit og teamforslag:

- » Gruppeforløb á tre gange for patienter i udvidet rehabilitering i Hjerterefor- eningens Hjertercenter Århus blev aflyst. Tilbud til patienter i udvidet rehabili- tering om at deltage i værktøjsprægede holdaktiviteter, som centeret i forvejen afholdt, blev fastholdt og udvidet med mulighed for at deltage i én individuel afspændingsseance
- » Teknikken i overførsel af informationer til praktiserende læge om patientens rehabiliteringsforløb, mål for tredje rehabiliteringsfase samt succeser og vanskeligheder blev ændret. Udskriv- ningsbrevet blev teknisk sat op, så lægen først skulle gennemse et overblik over rehabiliteringsforløb og anbefalinger for videre rehabiliteringsforløb – før de kliniske oplysninger
- » Det blev anbefalet, at hjertesyg- plejersken ved sidste besøg for patienter i udvidet rehabilitering skulle bestille tid til ½ times forebyg- gende helbredssamtale, så det næste møde i tredje rehabiliteringsfase var fastsat, når patienten afsluttede syge- husets hjerterehabilitering
- » Patienten fik fortsat noter om, hvilke mål han eller hun havde for tredje rehabiliteringsfase, samt hvilke succeser og vanskeligheder patient og sygeplejer- ske fælles havde noteret ved femte syge- plejerskebesøg. Arket blev sat ind i Hjerrebogen udarbejdet af Hjerterefor- eningen, som var blevet udleveret under indlæggelsen. Dette ark blev efter ændringen identisk med et

ark med oversigt over, hvilke rehabilite- ringselementer han eller hun havde deltaget i, samt opsummering af anbe- falingen for tredje rehabiliteringsfase, som blev sendt til egen læge

- » Lokalcentrene blev inddraget i tredje rehabiliteringsfase, og patienter på pension blev systematisk orienteret om, hvad der foregik af aktiviteter i deres Lokalcenter
- » Der blev systematisk noteret grunde for patienter, der ikke var henvist til re- habilitering samt taget noter for deres forløb ½ år efter indlæggelsen
- » Der blev udviklet og ændret på patient- informationsmaterialer, breve og ind- kaldelse til fire-måneders telefonopfølg- ning og etårsopfølgning
- » Der blev planlagt yderligere kurser om den sårbare patient m.v. for hele Hjer- terehabiliteringsenheden og Hjerterecen- ter Århus, og der blev iværksat supervi- sion ved psykolog af team-medlemmer med henblik på gennemgang af vanske- lige forløb for patienter i udvidet reha- bilitering

Det blev diskuteret på Audit, om udsatte patienter burde have tilbudt en netværks- samtale med den nære familie og rehabili- teringssygeplejerske. Dette forslag frafaldt gruppen igen, da det ved de konkrete pa- tienter, der kunne have haft behov, ikke ville have kunnet fungere. Blandt tre rele- vante, ville én patient have afvist at deltage og to ville ikke have haft stor hjælp af det nære netværk, da det var her, der var store problemer.

Fortsatte udfordringer for socialt differentieret hjerterehabilitering

Forløbene i Audit identificerede en række punkter, som forblev udfordringer vi ikke kunne pege på løsninger for i projektet:

- » Det var vanskeligt at arbejde med rehabiliteringsforløb over sektorgrænser. Det var op til patienten at efterspørge ydelser hos egen læge
- » Patienter med positivt testresultat for depression burde allerede i Fase 2 i sygehusets Rehabiliteringsenhed få tilbudt psykologhjælp
- » Der var behov for koordinering, når patienten havde flere sygdomme, og patienten havde et større behov for en helhedsvurdering af sin situation og muligheder. Rehabiliteringssygeplejerskerne påtog sig opgaven i dette projekt, men der kunne have været flere løsningsmuligheder
- » Ved samarbejde mellem flere organisationer, og når patienten fortsatte sit forløb i et andet regi, var der potentielt forskellig prioritering af, hvad der var væsentligt for patienten, samt forskellig pædagogisk metode. Det var nødvendigt med koordinering af arbejdsopgaver og afstemning af fokuspunkter mellem faggrupper og over sektorgrænser. Der var dog i projektet en god forståelse for det tværfaglige samarbejde og respekt om de andre faggruppers arbejde
- » I dette projekt fungerede en individuelt tilrettelagt indsats for udsatte patienter så godt, at patienterne ikke følte behov

for at fortsætte i gruppeforløb. Det er dog ikke ensbetydende med, at gruppeforløb slet ikke kunne fungere for denne gruppe patienter. Gruppeforløb kan være et godt tilbud for patienten, der kan se, at andre patienter har samme oplevelser og besværligheder som en selv. Der vil dog være en gruppe patienter, som fra starten vil vælge gruppeforløb fra. Et delt program, hvor nogle går i grupper og andre udelukkende modtager individuel rådgivning, kunne være en løsning.

Projektet *I gang igen efter blodprop i hjertet* fandt løsninger, der passede til den struktur, der fandtes på det pågældende sygehus og de pågældende organisationer i tredje rehabiliteringsfase. Der findes ikke én løsning på, hvordan socialt differentieret hjerterehabilitering skal organiseres. Det må tilrettelægges ud fra de behov og strukturer en sådan rehabilitering skal fungere i.

I dette projekt har udgangspunktet været hospitalsbaseret hjerterehabilitering. Under den ny struktur efter kommunalreformen 2007 kan kommunerne varetage dele af Fase 2. Det vil kræve nye overvejelser om sammenbinding af den lægespecifikke specialistopfølgning og de elementer af fase to hjerterehabilitering, der bliver placeret i kommunalt regi. Det er netop sammenkoblingen af hjertelæge og den øvrige hjerterehabilitering, der fastholder udsatte patienter i forløbet.

Resultater – socialt differentieret hjerterehabilitering

Materiale og metode

I perioden 1. september 2002 til 31. december 2004 blev alle indlagte første gangs MI-patienter ≤ 75 år inkluderet. Der indgik i alt 288 patienter fra optageområdet, og patienterne blev fulgt i et år. Sidste patient deltog i etårsopfølgning i februar 2006 (Studie 2).

Inklusions- og eksklusionskriterier er beskrevet i afsnit 3 *side 44*.

Undersøgelsens data er indsamlet løbende i etårsforløbet:

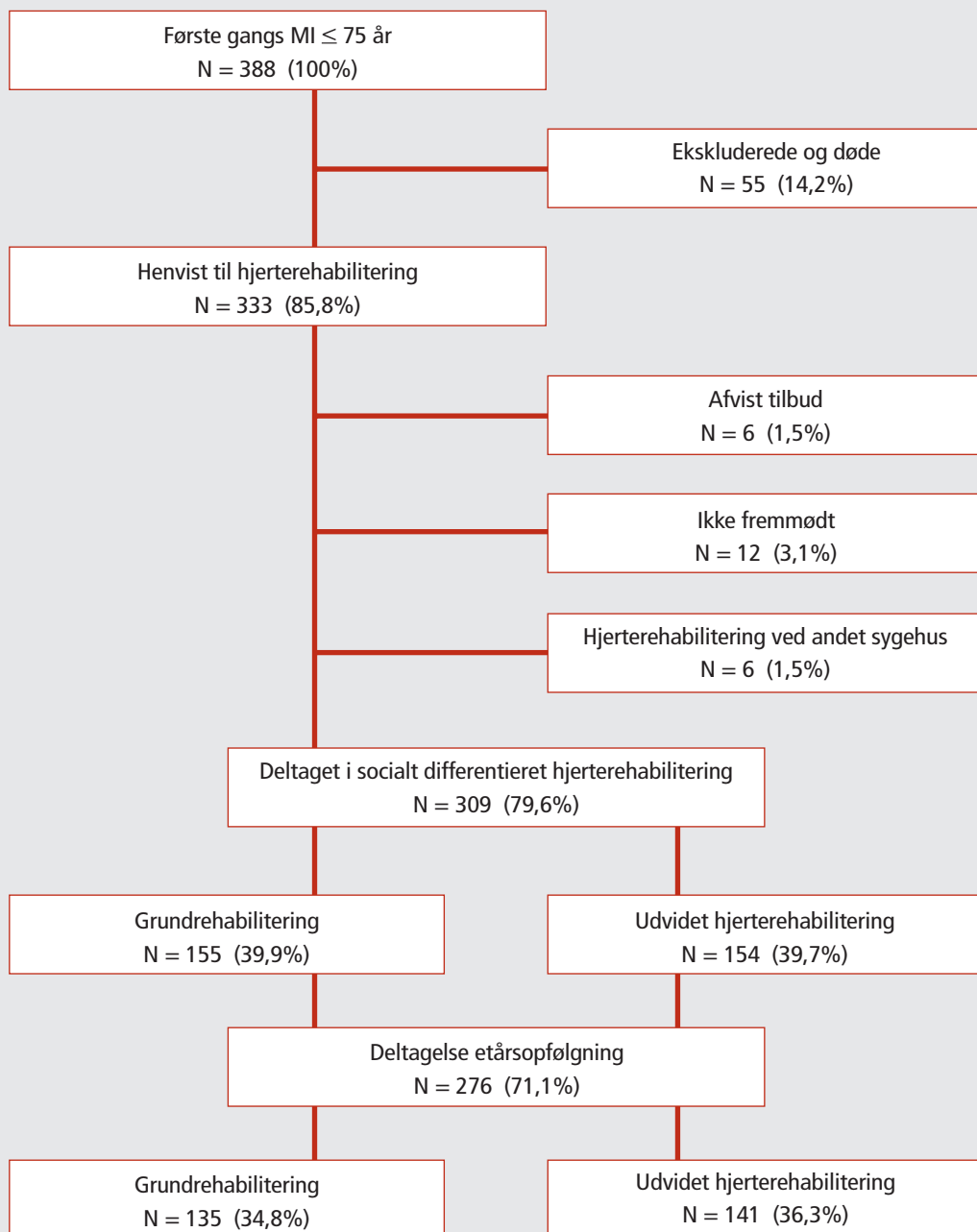
- » Indlæggelsesdata er indhentet af projektsygeplejerske i Det grønne system ved Århus Sygehus, Labka og journaldata, samt ved sygeplejerskeinterview af patienten under indlæggelsen vedrørende etnicitet, uddannelse, arbejde, bolig, civilstand, socialt netværk og belastninger
- » Halvanden måned efter indlæggelsen udfyldte patienten et skema om fysisk, psykisk, social trivsel (SF36), angst og depression samt rygning, motion og vægt
- » Plejepersonalet udfyldte løbende spørgeskema vedrørende deltagelse i hjerterehabilitering
- » Plejepersonalet udfyldte spørgeskema med kvalitative beskrivelser af patienter, der ikke deltog i hjerterehabilitering

- » Til etårsopfølgningen udfyldte patienten et spørgeskema med oplysninger om arbejde, bolig, civilstand, socialt netværk og belastninger, fysisk, psykisk, social trivsel (SF36), angst og depression samt rygning, motion og vægt. Kliniske oplysninger blev noteret af personalet ved etårsopfølgningen og indhentet fra Labka
- » Efterfølgende er der indhentet registerdata vedrørende genindlæggelser og dødsfald blandt patienterne

Uddannelsesniveau blev klassificeret efter patientens samlede antal års uddannelse – fra skolestart til afslutning af erhvervsuddannelse. Der blev anvendt *Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN)*, som bygger på *International Standard Classification of Education (ISCED)* (1). DUN klassifikationen er samlet i lavt, middel og højt uddannelsesniveau. Lavt uddannelsesniveau svarer til ufaglærte og specialarbejdere. Middel uddannelsesniveau svarer i store træk til lærlinge/elevuddannelser, andre faglige uddannelser og korte videregående uddannelser. Højt uddannelsesniveau omfatter patienter med en mellemlang og lang videregående uddannelse. Se afsnit 3 *side 43*.

Data blev indtastet og kontrolindtastet i SPSS. Analyser blev gennemført i STATA.

Indlagte på Århus Sygehus



Figur 1. Henvisning og deltagelse i socialt differentieret hjerterehabilitering ved Århus Sygehus, Aarhus Universitetshospital blandt førstegangs MI-patienter ≤ 75 år

Der blev etableret en historisk kontrolgruppe blandt 205 < 70-årige førstegangsindlagte MI-patienter fra Århus Sygehus, der i perioden 1. april 2000 til 31. marts 2002 indgik i et større registerstudie om AKS i Århus kommune (studie 1) (2). Patienter fra dette studie blev fulgt i hjerterehabiliteringen, og der blev indsamlet data om demografiske variable, livsstilsfaktorer, kliniske data samt registerdata. Alle patienter i den historiske kontrolgruppe gennemførte hjerterehabilitering som svarede til grundrehabilitering i dette projekt. Kontrolgruppen er ud fra demografiske variable efterfølgende inddelt i undergrupper, identisk med de to grupper, der i dette projekt fik tilbudt grund- og udvidet hjerterehabilitering. Resultater af de sammenlignende undersøgelser med den historiske kontrolgruppe, som er fremlagt i abstracts på konferencer om hjerterehabilitering, formidles her. Detaljerede sammenlignende hovedresultater formidles i videnskabelige tidsskrifter og vil således ikke fremgå af denne rapport.

Deltagelse i hjerterehabiliteringens Fase 2

Blandt alle 388 indlagte patienter i målgruppen blev 333 (85,8 %) henvist til hjerterehabilitering og 309 (79,6 %) mødte frem. Blandt de fremmødte var der en ligelig henvisning til grund- og udvidet hjerterehabilitering (se side 69).

Beregnes fremmøde blandt 333 henviste patienter, mødte 92,8 % frem (intention to treat). 83,8 % af de fremmødte patienter fuldførte Fase 2 af hjerterehabiliteringen i sygehusregi defineret som mindst

fire sygeplejerskebesøg blandt patienter i grundrehabilitering og mindst fem besøg for udvidet. Kun fire patienter mødte frem mindre end tre gange og opgav herefter hjerterehabiliteringen.

293 blandt de 309 (94,8 %) hjerterehabiliterede patienter havde givet informeret samtykke og blev inviteret til etårsopfølgning. Ved etårsopfølgningen deltog 276 (71,1 %) af alle indlagte MI-patienter, heraf var 135 (34,8 %) deltagere i grundrehabilitering og 141 (36,3 %) deltagere i udvidet hjerterehabilitering.

Deltagelse i hjerterehabiliteringselementer

I det samlede hjerterehabiliteringsprogram blev tilbudt tre besøg hos hjertelæge, hhv. fire og seks samtaler hos sygeplejerske for grund- og udvidet hjerterehabilitering, to diætistsamtaler og 12 træningssessioner over seks uger med fysioterapeut. Ikke alle patienter i hjerterehabilitering deltog i alle tilbud. På side 71 og 72 beskrives deltagelse i enkeltelementer.

Delvis deltagelse ved sygeplejerske var for en gruppe af patienterne ensbetydende med et besøg mindre end anvist. Der var meget høj deltagelse hos hjertelæge og sygeplejerske, og patienter i udvidet hjerterehabilitering fik således flere besøg. På grund af den individuelle tilgang var der mulighed for yderligere opfølgning for de patienter, der havde behov – uanset hjerterehabiliteringsgruppe. 45 % af patienterne i udvidet hjerterehabilitering havde behov for yderligere besøg ved hjertelægen – det var 12,1 % flere end patienter i grundrehabilitering.

Tabel 1 A

Hjertelæge

	Udvidet	Grund	N=291
Delvis deltagelse	9,3%	12,1%	10,7%
Fuld deltagelse	45,7%	55,0%	50,2%
Ekstra deltagelse	45,0%	32,9%	39,2%

Delvis deltagelse er 1-2 besøg

Fuld deltagelse er 3 besøg

Ekstra deltagelse er > 3 besøg

Sygeplejerske

	Udvidet	Grund	N=291
Delvis deltagelse	19,2%	12,9%	16,2%
Fuld deltagelse	43,0%	60,0%	51,2%
Ekstra besøg	37,7%	27,1%	32,6%

Delvis deltagelse er ≤ 3 besøg for grund- og ≤ 4 for udvidet hjerterehabilitering

Fuld deltagelse er 4 besøg for grund- og 5 for udvidet hjerterehabilitering

Ekstra besøg er ≥ 5 gange for grund og ≥ 6 gange for udvidet hjerterehabilitering

	Udvidet	Grund	N=291
Telefonsamtaler separat			
Ja	82,1%	0,7%	

Tabellen fortsætter side 72

Selv om der var tilrettelagt to yderligere sygeplejerskekontakter for patienter i udvidet hjerterehabilitering var der også her, for 37,7 % af patienternes vedkommende, behov for flere ekstra opfølgninger. Det var 10,6 % flere end blandt patienter i grundrehabilitering. Der var ringe deltagelse ved den fysiske genoptræning. Over 70 % af patienterne deltog ikke, og kun 5,8 % deltog i mere end syv undervisningsgange. Diætisten fik mindst et besøg af 83,2 % af alle patienter.

Frafald***Ekskluderede***

Blandt 55 (14,2 %) ekskluderede patienter var der en større andel ældre med alvorlig co-morbiditet og en større andel kvinder end blandt de, der blev henvist til hjerterehabilitering. 16 (29 %) af de ekskluderede patienter døde indenfor det første år.

Ikke fremmødte

24 patienter faldt fra mellem rekruttering og fremmøde i hjerterehabilitering. Blandt de 24 (7,2 %) ikke fremmødte, var tre pa-

Tabel 1 B

Fysisk træning

	Udvidet	Grund	N=291
Ikke deltaget	74,1%	67,1%	70,8%
Delvis deltagelse	18,5%	25,7%	22,0%
Fuld deltagelse	6,6%	5,0%	5,8%
Ekstra deltagelse	0,7%	2,1%	1,4%

Delvis deltagelse er 1-7 besøg

Fuld deltagelse er ≥ 8 -12 besøg

Ekstra deltagelse er > 12 besøg

Diætistsamtaler

	Udvidet	Grund	N=291
Ikke deltaget	17,2%	16,4%	16,8%
Delvis deltagelse	10,6%	9,3%	10,0%
Fuld deltagelse	59,6%	67,9%	63,3%
Ekstra deltagelse	12,6%	6,4%	9,6%

Delvis deltagelse er 1 besøg

Fuld deltagelse er 2 besøg

Ekstra deltagelse er > 2 besøg

Tabel 1. Deltagelse i lægesamtaler, sygeplejerskebesøg, telefonopfølgning, fysisk træning og diætistsamtaler i socialt differentieret hjerterehabilitering

tienter scoret til udvidet hjerterehabilitering, 9 patienter ønskede ikke at deltage i spørgeskemaundersøgelsen og 12 var scoret til grundrehabilitering. Der var således ikke et socialt skævt frafald fra rekruttering til deltagelse. Blandt ikke fremmødte patienter var 5 (20,8 %) døde i perioden mellem rekruttering og fremmødetidspunkt og 6 patienter (25 %) gennemgik hjerterehabilitering ved et andet sygehus.

Manglende informeret samtykke

16 patienter, som deltog i hjerterehabilitering, gav ikke informeret samtykke til del-

tagelse i spørgeskemaundersøgelsen. Disse patienter blev derfor henvist til grundrehabilitering og blev ikke inviteret til etårsopfølgningen.

Frafald ved etårsopfølgning

Fire patienter afbrød hjerterehabiliteringsforløbet i Fase 2, og blev ikke indbudt til etårsopfølgning. Ud over de ikke inviterede, mødte 11 overlevende patienter ikke frem. Patienterne udgjorde 3,6 % af alle rehabiliterede patienter. Blandt disse 11 patienter havde 9 gennemført udvidet hjerterehabilitering, der var flere med kort

eller uden uddannelse og flere med comorbiditet, men der var ingen aldersforskel, kønsforskel, forskel i civilstand, forskel i tilknytning til arbejdsmarkedet eller etnisk forskel indenfor gruppen.

Det var fortrinsvist ældre patienter, der ikke indgik informeret samtykke. 6 patienter var 70 år og derover, og samlet set måtte flere ældre patienter opgive hjerterehabiliteringen, bl.a. på grund af comorbiditet. Aldersforskellen var 0,8 år på alle patienter fra inklusion sammenlignet med den gruppe patienter, der fastholdt frem til etårsopfølgning i grundrehabilitering. Der var ingen aldersforskel blandt patienter i udvidet hjerterehabilitering fra inklusion til etårsopfølgning.

Patientgrundlag i socialt differentieret hjerterehabilitering

Gennemsnitsalderen blandt alle indlagte patienter var 60,4 år \pm SD 10,1 og 71 % var mænd. Gennemsnitsalderen blandt alle henvist til hjerterehabilitering var 59,3 år. 78 % af patienterne var < 70 år og 67 % var under pensionsalderen på 65 år (se side 74).

For alle patienter henvist til hjerterehabilitering gjaldt, at 75 % boede med en ægtefælle eller partner, 30 % havde ingen uddannelse eller mindre end faglært uddannelse og 47 % var fortsat på arbejdsmarkedet på inklusionstidspunktet. Patienter rekrutteret til udvidet hjerterehabilitering:

- » Var oftere kvinder (32 % vs. 21 %)
- » Modtog oftere førtidspension (18 % vs. 3 %)
- » Var oftere udenfor arbejdsmarkedet (60 % vs. 46 %)

- » Boede oftere i lejerbolig (47 % vs. 25 %)
 - » Var oftere af anden etnisk herkomst end dansk (11 % vs. 4 %)
- end patienter rekrutteret til grundrehabilitering.

På grund af kriterier for henvisning:

- » Boede flere alene eller uden voksen partner (46 % vs. 1 %)
- » Var flere ufaglærte og specialarbejdere (53 % vs. 5 %)
- » Var gennemsnitsalderen lavere (58,2 år vs. 60,3 år)

blandt patienter henvist til udvidet hjerterehabilitering.

Blandt 157 patienter henvist til udvidet hjerterehabilitering var rekrutteringsgrunden:

- » Lav uddannelse evt. sammen med andre rekrutteringsgrunde 108 (68,8 %)
- » Høj uddannelse, men boede alene 42 (26,8 %)
- » Høj uddannelse, var samlevende, men manglede støtte til belastninger 3 (1,9 %)

De fleste patienter med belastninger og lav støtte i deres sociale netværk var at finde blandt lavt uddannede eller enlige patienter. Rekrutteringsværktøjet anvendt under indlæggelsessamtalen kunne derfor have været forenklet til at omfatte uddannelse og civilstand.

79 faglærte patienter i grundrehabilitering var over 55 år. Gruppen af patienter i udvidet hjerterehabilitering ville have været 80,1 % af alle patienter, hvis gifte/samlevende patienter med faglært uddannelse (DUN = 4) med alder \geq 55 år var blevet rekrutteret. Et inklusionskriterium, der

Socialt differentieret hjerterehabilitering

Karakteristika	Grund-rehabilitering N (%)	Udvidet hjerterehabilitering N (%)	Rehabilitering på andet hospital N (%)	Ekskluderede N (%)	I alt N (%)
I alt	171 (44)	157 (41)	5 (1)	55 (14)	388 (100)
Køn					
Mand	135 (79)	107 (68)	5 (100)	30 (55)	277 (71)
Kvinde	36 (21)	50 (32)	0	25 (45)	111 (29)
Alder					
26-35 år	2 (1)	1 (1)	1 (20)	0	4 (1)
36-45 år	10 (6)	19 (12)	0	3 (5)	32 (8)
46-55 år	35 (20)	46 (29)	0	6 (11)	87 (22)
56-65 år	69 (40)	50 (32)	2 (40)	15 (27)	136 (35)
66-75 år	55 (32)	41 (26)	2 (40)	31 (56)	129 (33)
Bor med ægtefælle eller samlever					
Ja	144 (99)	85 (54)		0	229 (75)
Nej	2 (1)	72 (46)		1 (100)	75 (25)
Erhvervsuddannelse (DUN)					
Ufaglært grundskole til 7. klasse (DUN 0-2)	6 (4)	73 (47)		0	79 (26)
Ufaglært til 10. klasse (DUN 3)	2 (1)	10 (6)		0	12 (4)
Faglært uddannelse (DUN 4)	93 (64)	54 (34)		1 (100)	148 (49)
Kort videregående uddannelse (DUN 5)	9 (6)	9 (6)		0	18 (6)
Mellemlang videregående uddannelse (DUN 6)	22 (15)	7 (4)		0	29 (10)
Lang videregående uddannelse (DUN 7+8)	14 (10)	4 (3)		0	18 (6)
Beskæftigelse					
I arbejde	77 (53)	62 (39)		0	139 (46)
Arbejdsløs	10 (7)	17 (11)		0	27 (9)
Folkepension	53 (36)	48 (31)		1 (100)	102 (34)
Førtidspension	4 (3)	28 (18)		0	32 (11)
Hjemmegående	1 (1)	2 (1)		0	3 (1)
Studerende	1 (1)	0		0	1 (0)
Bolig					
Lejebolig	36 (25)	73 (47)		0	109 (36)
Ejerbolig	109 (75)	82 (52)		0	191 (63)
Plejehjem	0	1 (1)		0	1 (0)
Andet	1 (1)	1 (1)		1 (100)	3 (1)
Etnicitet					
Dansk	140 (96)	139 (89)		1 (100)	280 (92)
Andet	6 (4)	18 (11)		0	24 (8)

Tabel 2. Demografiske variable for første forekomst af MI patienter ≤ 75 år

rummer alle faglærte, ville således have været urealistisk. Der var ingen statistisk signifikant forskel på co-morbiditet mellem grupperne kontrolleret for alder.

Misklassifikation

Som det fremgår af Tabel 2 findes der ufaglærte og enlige blandt patienter rekrutteret til grundrehabilitering. I alt 17 patienter fik tilbudt og gennemgik et andet hjerterehabiliteringsprogram end de ifølge deres demografiske profil var berettiget til. 13 patienter, som opfyldte kriterium for udvidet hjerterehabilitering, blev fejlagtigt henvist til grundrehabilitering. Heraf 10 patienter med lav uddannelse, to veluddannede patienter som boede alene og en samlevende veluddannet patient, der manglede social støtte. Fire patienter, der ikke opfyldte nogen af kriterierne for udvidet hjerterehabilitering, blev fejlagtigt henvist hertil. Patienterne analyseres efterfølgende i den hjerterehabiliteringsgruppe, de har deltaget i.

Øget deltagelse i hjerterehabilitering

I den historiske kontrolgruppe indgik patienter < 70 år. Ved sammenligning af samme aldersgrupper ser deltagelsen i hjerterehabilitering ud som figur 2 s. 76:

Ved sammenligning med hjerterehabilitering af patienter i Studie 1 (2000-2002) blev:

- » 5,7 % flere tilbudt hjerterehabilitering og
- » 13,3 % flere deltog

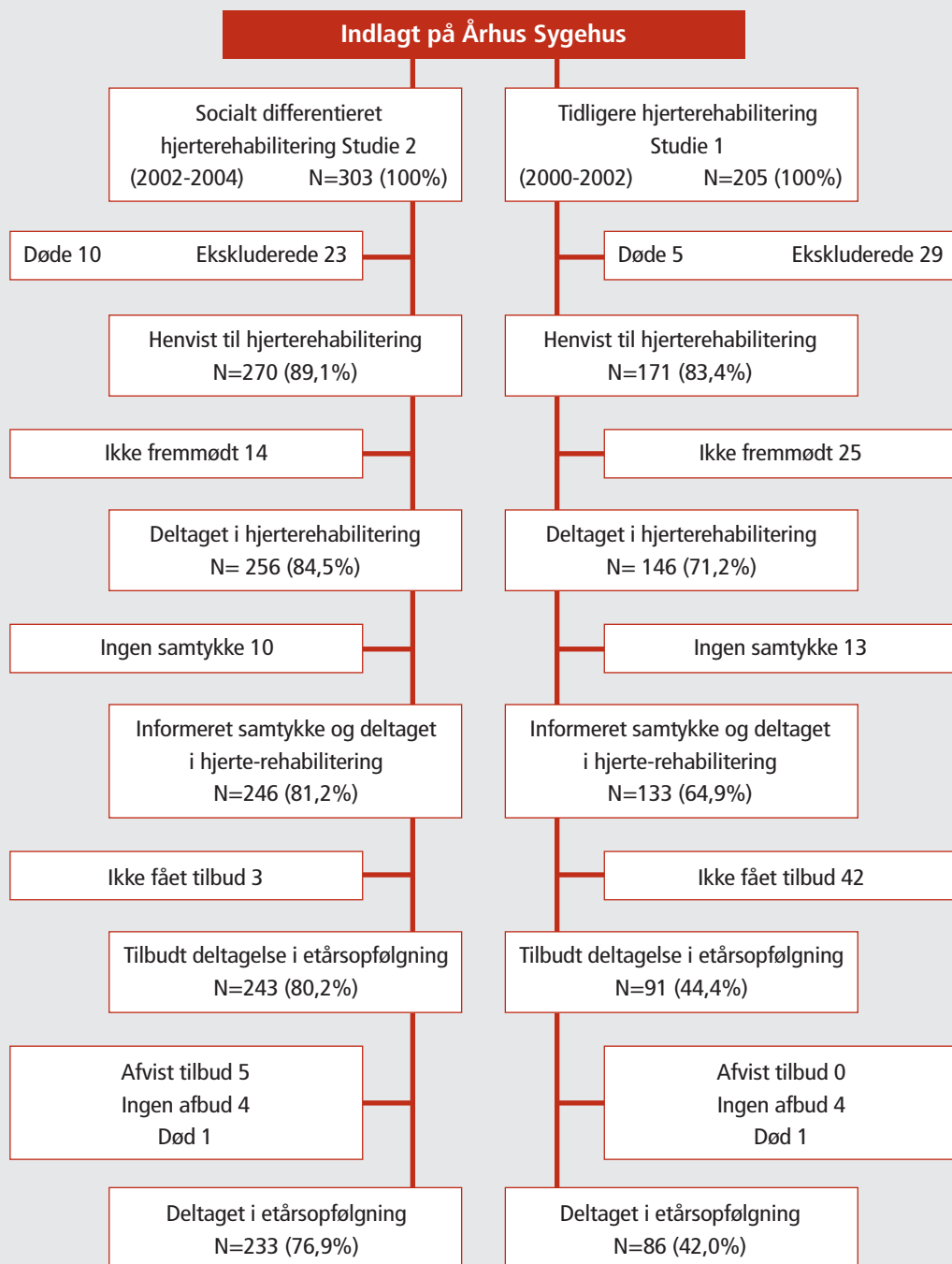
Det var således muligt at øge en i forvejen høj deltagelse i hjerterehabilitering ved systematisk rekruttering og indførelse af procedurer i forbindelse med socialt differentieret hjerterehabilitering blandt

indlagte patienter. Flere patienter gav desuden informeret samtykke til deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen.

Blandt alle indlagte MI-patienter < 70 år i perioden med socialt differentieret hjerterehabilitering (Studie 2) deltog 76,9 % i etårsopfølgningen. Da det historiske kontrolstudie standsede dataindsamlingen, før alle patienter havde haft muligheden for at nå til etårsopfølgningen, kan der ikke sammenlignes på dette fremmøde. Der blev ikke registreret socialt skævt fald fra inklusion til deltagelse i etårsopfølgning blandt patienter i den historiske kontrolgruppe.

Hjemmebesøg

Alle ekskluderede patienter og patienter, der ikke mødte frem til hjerterehabilitering, blev fulgt gennem behandlingssystemet af en hjertesyggeplejerske fra Rehabiliteringsenheden (case-manager funktion). Behandlerteamet, hvor patienten opholdt sig, blev kontaktet. I de tilfælde hjertesyggeplejersken i samråd med patientens plejere skønnede det aktuelt, blev patienten kontaktet og tilbudt hjemmebesøg af en hjertesyggeplejerske. Patienternes primære problem var svær anden lidelse, demens, apopleksi, psykiatrisk lidelse eller alkoholproblemer. De kontaktede patienter var positivt overraskede over telefonkontakten og tilbud om hjemmebesøg, men følte sig godt hjulpet af egen læge, hjemmepleje, familie eller ønskede at passe sig selv. Flertallets primære problem var ikke det hjertemæssige. Der blev således kun gennemført ét hjemmebesøg i projektperioden. Den besøgte patient havde afbrudt hjerterehabiliteringen ved andet besøg på grund af akut indlæggelse.



Figur 2. Flowdiagram for patienter inkluderet til hhv. socialt differentieret hjerterehabilitering Studie 2 (2002-2004) og tidligere hjerterehabilitering Studie 1 (2000-2002) fra indlæggelsen og frem til etårsopfølgning

Hjemmebesøg er en god idé i Rehabiliteringsenheder, hvor frafaldet før eller under hjerterehabilitering er stort. Det giver mulighed for, at patienten kan fortryde en eventuel afvisning af tilbud om hjerterehabiliteringen under den akutte fase, eller modtage rådgivning i trygge hjemlige rammer. I dette projekt blev stort set alle patienter med mulighed for fremmøde henvist og mødte frem til hjerterehabilitering. Hjemmebesøgene viste sig mindre aktuelle og relevante for den ekskluderede patientgruppe.

Deltagelse i hjerterehabiliteringens Fase 3

Hjerteforeningens Hjertecenter Århus tilbød gruppeforløb á tre gange, for patienter i udvidet hjerterehabilitering og deres samlever, i forlængelse af hjerterehabiliteringens Fase 2 på Århus Sygehus. Det viste sig vanskeligt at samle patienter i udvidet hjerterehabilitering til gruppeforløbene. Der blev etableret hold tre gange. Der var i alt 13 patienter, som ønskede at fortsætte på et hold, heriblandt en patient fra grundrehabilitering:

	Udvidet	Grund
Deltog	7,9%	0,7%

Det tog således fra en til tre måneder fra det afsluttede individuelle forløb til gruppeforløbet kunne starte i Hjerteforeningens Hjertecenter Århus. Den tidsmæssige forskydning havde indflydelse på oplevelsen af relevans. Jævnfør patientinterviewene til Medicinsk Audit følte patienterne ikke, de havde behov. Enten syntes de at de var kommet godt i gang med deres

liv, at det var besværligt at komme dertil, at de ikke ønskede at tale mere om hjertesygdom eller ønskede ikke at blive konfronteret med andres lidelse. Patienter på arbejdsmarkedet havde vanskeligt ved at finde tid til holdaktivitet i dagtimerne og følte sig trætte efter arbejde. Flere patienter udenfor arbejdsmarkedet havde kontakt til Lokalcenteret og var startet i dette regi. Ingen af de etablerede hold blev gennemført alle tre gange. En gruppe af yngre mænd fandt sammen på hold i fysioterapien under Fase 2 og valgte at fortsætte i deres egen selvhjælpsgruppe i Hjerteforeningens Hjertecenter. Samlet set deltog alt for få i gruppeforløb i Hjerteforeningens Hjertecenter Århus indenfor det første år, hvorfor tilbuddet blev nedlagt.

Der var fortsat tilbud om deltagelse i motion, rygestopforløb, madlavning eller afspænding i Hjerteforeningens Hjertecenter Århus 1½ år efter indlæggelsen. Deltagelsen heri var ligeledes meget sparsom. Under 20 patienter i udvidet hjerterehabilitering eller deres ægtefælle tog imod ydelser i Hjerteforeningens Hjertecenter Århus i efterforløbet.

Deltagelse i Lokalcenteraktiviteter er ikke registreret i dette projekt. Den procentvisse andel, der har haft glæde af disse tilbud, kan således ikke gøres op.

Deltagelse i ½ times forebyggende helbredssamtale hos egen læge er ikke registreret. Det er vurderingen, at alle patienter er fulgt hjertemæssigt og har modtaget receptfornyelser hos egen læge. Depressionsudredning hos egen læge og eventuel henvisning til psykolog er ikke registreret.

Karakteristika blandt de patienter, som gennemførte hjerterehabilitering frem til et års kontrol

Karakteristika for hjertepatienter	Grundrehabilitering ved inklusion N (%)	Udvidet hjerterehabilitering ved inklusion N (%)
I alt	135 (79)	141 (92)
Køn		
Mand	111 (82)	98 (70)
Kvinde	24 (18)	43 (30)
Alder		
26-35 år	2 (1)	1 (1)
36-45 år	10 (7)	17 (12)
46-55 år	29 (21)	43 (31)
56-65 år	59 (44)	45 (32)
66-75 år	35 (26)	35 (25)
Bor med ægtefælle eller samlever		
Ja	133 (99)	77 (55)
Nej	2 (1)	64 (45)
Erhvervsuddannelse (DUN)		
Lav	7 (5)	72 (51)
Middel	92 (68)	58 (41)
Høj	36 (27)	11 (8)
Arbejdsmarkedstilknnytning		
I beskæftigelse	76 (56)	60 (43)
Udenfor arbejdsmarkedet	59 (44)	81 (57)
Bolig		
Lejebolig	31 (23)	65 (46)
Ejerbolig	104 (77)	75 (54)
Etnicitet		
Dansk	140 (96)	124 (88)
Andet	6 (4)	17 (12)
Co-morbiditet		
Anden sygdom	81 (60)	92 (65)
Ikke anden sygdom	52 (39)	46 (33)
Uoplyst		3 (2)

Tabel 3. Demografi og sygelighed blandt patienter i socialt differentieret hjerterehabilitering der har vedholdt frem til etårsundersøgelsen

Kvantitativt kan der samlet set kun siges noget sikkert om etårsopfølgningen på Århus Sygehus, hvor 71,1 % af alle indlagte / 94,8 % af alle inviterede hjertepatienter deltog i hjerterehabiliteringens Fase 3. Der var ingen statistisk signifikante forskelle i grupperne i forhold til inklusionstidspunktet. Det skal bemærkes, at alle ikke etniske danskere, der mødte i hjerterehabiliteringen, deltog frem til etårsopfølgningen.

Belastninger

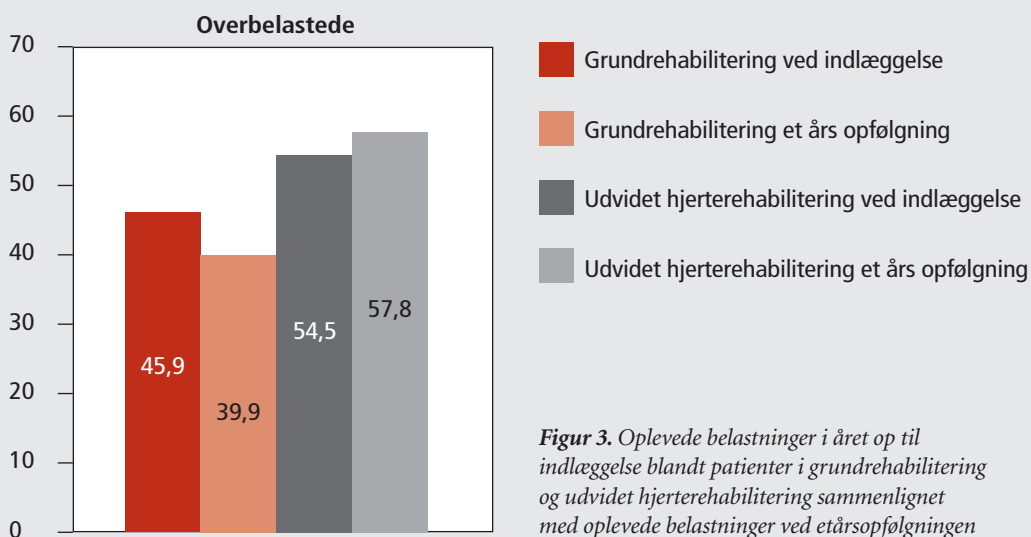
Alle patienter blev under indlæggelsen spurgt, om de havde følt sig belastet af økonomi, boligsituation, arbejdssituation, forholdet til sin partner, forhold til familie eller børn, anden sygdom, sygdom hos partner eller andet indenfor det sidste år. Spørgsmålene blev gentaget ved etårsopfølgningen.

Ved indlæggelsen var oplevede belastninger næsten lige store blandt patienter henvist til grundrehabilitering og udvidet hjerterehabilitering. Ved etårsopfølgningen oplevede færre patienter i grundrehabilitering, at de var belastede af en af de ovenstående forhold, mens flere patienter i udvidet hjerterehabilitering oplevede belastninger. Denne trend var ikke signifikant forskellig for patienterne indenfor hver rehabiliteringsgruppe eller mellem grund- og udvidet hjerterehabilitering.

Psykisk lidelse og depression

Alle patienter i hjerterehabilitering blev screenet for psykisk lidelse og depression halvanden måned efter indlæggelsen og igen efter et år. Der blev anvendt to delskalaer fra et screeningsværktøj udviklet ved Forskningsklinikken for Funktionelle lidelser.

Belastninger



Screeningsværktøjet har været valideret i almen praksis og ved anvendelse på flere sygehusafdelinger. De anvendte delskalaer omfattede en skala for psykisk lidelse generelt og en depressionsskala.

Skalaen for psykisk lidelse består af de første otte spørgsmål i det anvendte screeningsskema og benævnes SCL-8. Skalaen blev oprindeligt udviklet ved reduktion af angst og depressionsskalaen SCL-25 fra SCL-90. SCL-8 opfylder en Rasch model.

Depressionsskalaen indeholder seks spørgsmål, og benævnes SCL-6dep. Skalaen var ligeledes udviklet fra SCL-25. Depressionsskalaen opfylder også Rasch modellen. Skalaen er psykometrisk set bedre end den originale SCL-90 depressionsskala.

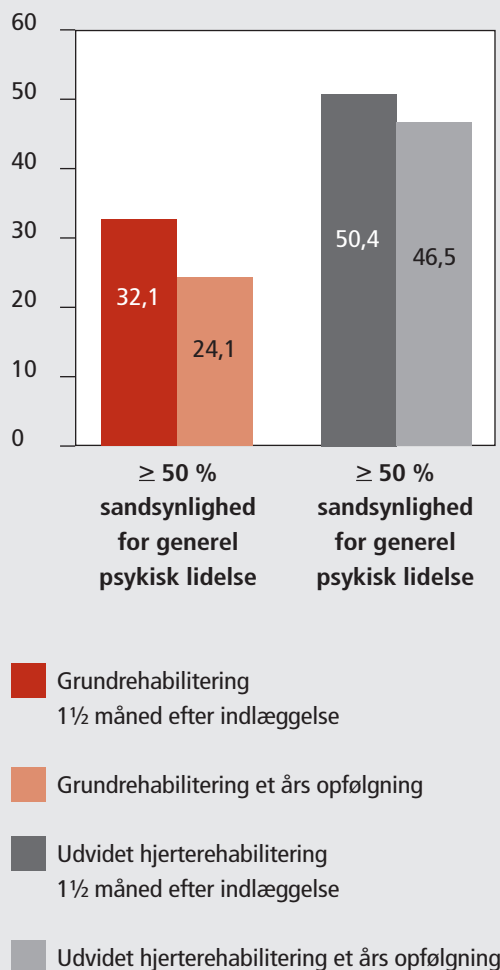
Målt i forhold til standardiserede psykiatriske interview blev der fundet høj sensitivitet og specificitet for begge anvendte skalaer (3,4). Screeningsværktøjet blev justeret efter introduktion på Århus Sygehus. Det fulde screeningsværktøj med vejledninger og referencer kan hentes på følgende link www.sundhed.dk (søgeord Diagnostisk Hjælp). Det anvendte screeningsværktøj, med vejledninger, er at finde i manualen for social differentieret hjerterehabilitering udgivet i tilknytning til denne rapport (5).

Psykisk lidelse

Halvanden måned efter indlæggelsen havde 50,4 % af patienterne i udvidet hjerterehabilitering svaret positivt på mindst et ud af otte spørgsmål om generel psykisk lidelse svarende til ≥ 50 % sandsynlighed (positiv prædiktiv værdi) for en psykisk

lidelse. Tilsvarende blev 32,1 % af patienterne i grundrehabilitering screenet positive. Hvis patienten svarede positivt på mindst tre ud af otte spørgsmål var sandsynligheden for psykisk lidelse > 70 %:

Generel psykiske lidelse



Figur 4. Positiv screening for angst og generel psykisk lidelse blandt patienter i grundrehabilitering og udvidet hjerterehabilitering

Patienter i udvidet hjerterehabilitering havde større risiko for psykisk lidelse:

- » 33 % i udvidet hjerterehabilitering vs. 17,2 % i grundrehabilitering havde > 70 % sandsynlighed for psykisk lidelse halvanden måned efter indlæggelsen
- » 33,1 % i udvidet hjerterehabilitering vs. 15,8 % i grundrehabilitering havde > 70 % sandsynlighed for psykisk lidelse efter et år

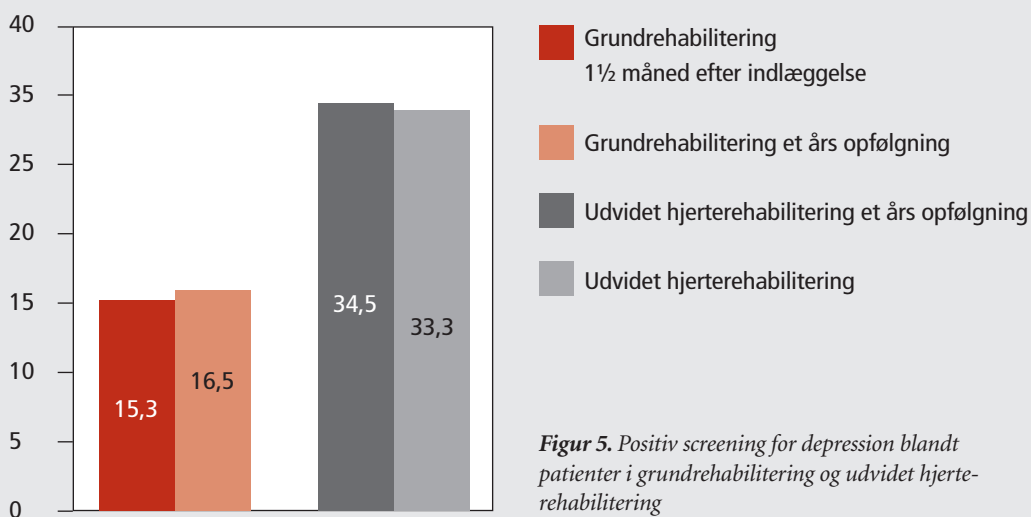
Der var sammenhæng mellem positiv screening for psykisk lidelse mellem halvanden måned og et år efter indlæggelsen for patientgruppen som helhed og blandt patienterne i grundrehabilitering eller udvidet hjerterehabilitering. Andelen af patienter med nervøse symptomer forblev signifikant forskellig mellem behandlingsgrupperne i løbet af året.

Depression

Behandlerne skulle overveje depression, hvis blot ét svar på SCL-6dep skalaen var positivt. Flere patienter rekrutteret til udvidet hjerterehabilitering havde symptomer på depression end hos patienter rekrutteret til grundrehabilitering.

Der var sammenhæng mellem positiv screening for depression halvanden måned og et år efter indlæggelsen for patienterne. Der bliver ikke signifikant flere eller færre depressive patienter, hverken i grundrehabilitering eller i udvidet hjerterehabilitering. Andelen af depressive patienter forblev konstant i begge behandlingsgrupperne. Forskellene mellem grupperne var statistisk signifikante efter et år.

Depression



Figur 5. Positiv screening for depression blandt patienter i grundrehabilitering og udvidet hjerterehabilitering

Motion

Patienternes fysiske aktivitet blev opgjort i forhold til ugentlige timers motion i fritiden, på arbejde og til og fra arbejde. Ved fire timers motion eller mindre om ugen

kategoriseredes patienten som fysisk inaktive. Patienter der fik over fire timers motion ugentligt blev kategoriseret som fysisk aktive.

Før indlæggelsen var patienter i grund- og udvidet hjerterehabilitering lige aktive.

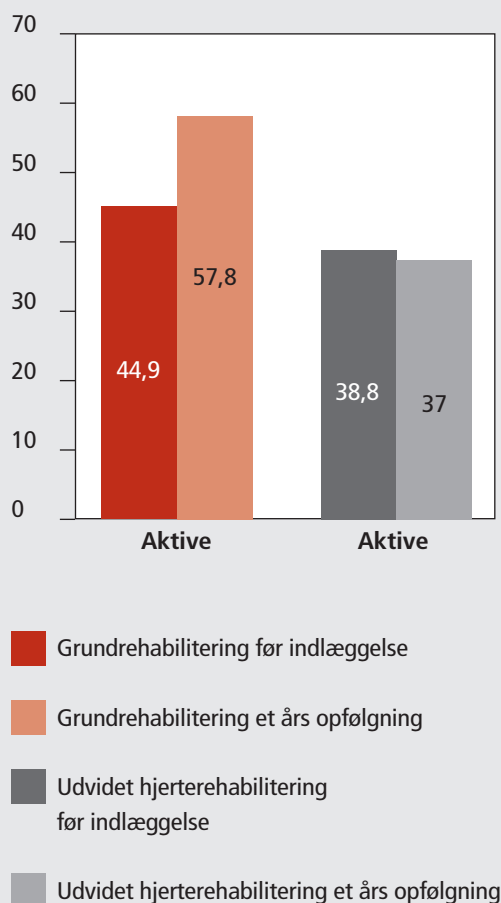
Efter et år havde patienter i udvidet hjerterehabilitering samlet set ikke ændret motionsniveau. 90 patienter havde samme aktivitetsniveau, 13 patienter havde ændret status fra inaktive til aktive, mens 15 patienter havde ændret status fra aktive til inaktive.

Patienter i grundrehabilitering blev signifikant mere aktive, end de var før indlæggelsen. 85 patienter bevarede samme aktivitetsniveau, 10 patienter gik fra status som motionsaktive til inaktive, mens 25 gik fra inaktive til motionsaktive. Signifikant flere patienter i grundrehabilitering ændrede motionsniveau i en positiv retning i forhold til patienter i udvidet hjerterehabilitering. Kontrolleret for depression efter 1½ måned var OR 0,56 (95 % CI: 0,34-0,91) for skift fra inaktiv til aktiv blandt alle patienter.

BMI – vægt

60,9 % af patienterne var overvægtige og 14,1 % svært overvægtige ved indlæggelsen. Andelen af overvægtige var til sammenligning 56 % i normalbefolkningen i Region Midtjylland i alderen mellem 55-64 år og 53 % i alderen 65-74 år. Svær overvægt i aldersgrupperne var hhv. 16 og 15 % (6).

Motionsaktive



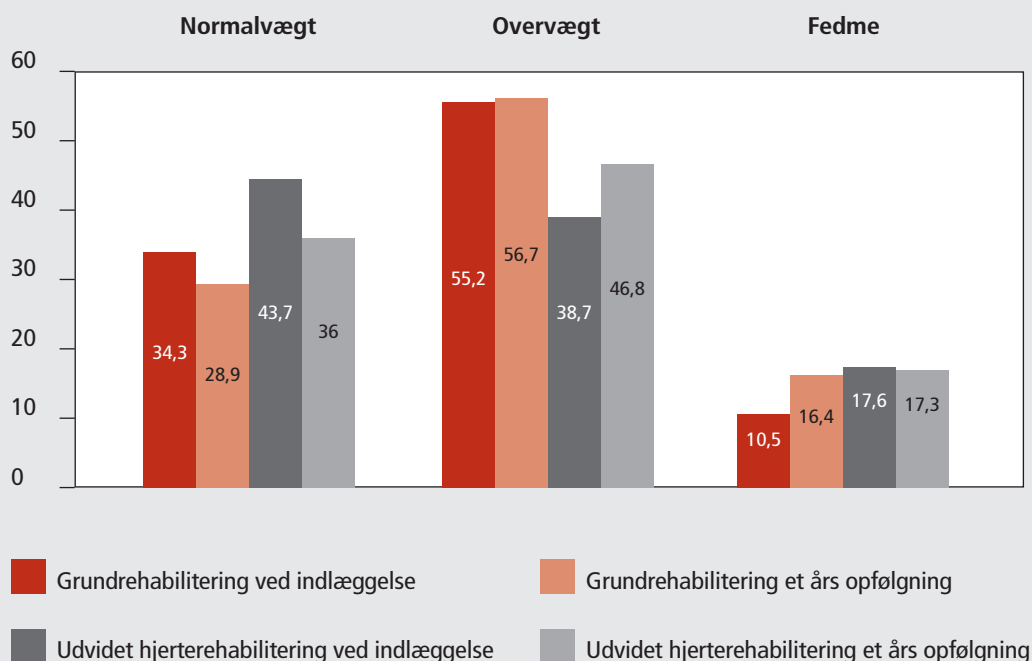
Figur 6. Status som motionsaktiv blandt patienter i grundrehabilitering og udvidet hjerterehabilitering før indlæggelse sammenlignet med aktivitetsniveau ved et års opfølgningen

Der var flere normalvægtige i gruppen af patienter, der fik tilbudt udvidet hjerterehabilitering, færre moderat overvægtige og flere kraftigt overvægtige. Fordelt på BMI-grupper så hjertepatienternes vægt sådan ud:

Ved etårsopfølgningen var andelen af overvægtige steget til 68,5 %, og andelen af svært overvægtige var steget blandt patienter i grundrehabilitering, til samme niveau som blandt patienter i udvidet hjerterehabilitering. BMI var steget signifikant for begge patientgrupper.

Alle patienter havde i gennemsnit taget 2 kg på ved etårsopfølgningen. Patienter i grundrehabilitering havde taget 1,5 kg på, mens patienter i udvidet hjerterehabilitering havde taget 2,4 kg på. Forskellen i vægtøgningen var ikke statistisk signifikant mellem grupperne. Patienter, der havde forsøgt rygeophør, tog mest på. Kontrolleret for forsøg på rygeophør i forbindelse med indlæggelsen var OR:0,45 (95 % CI: 0,25-0,80) for at bevare samme vægt.

BMI



Figur 7. BMI blandt patienter i grund og udvidet hjerterehabilitering ved indlæggelse og ved etårsopfølgningen

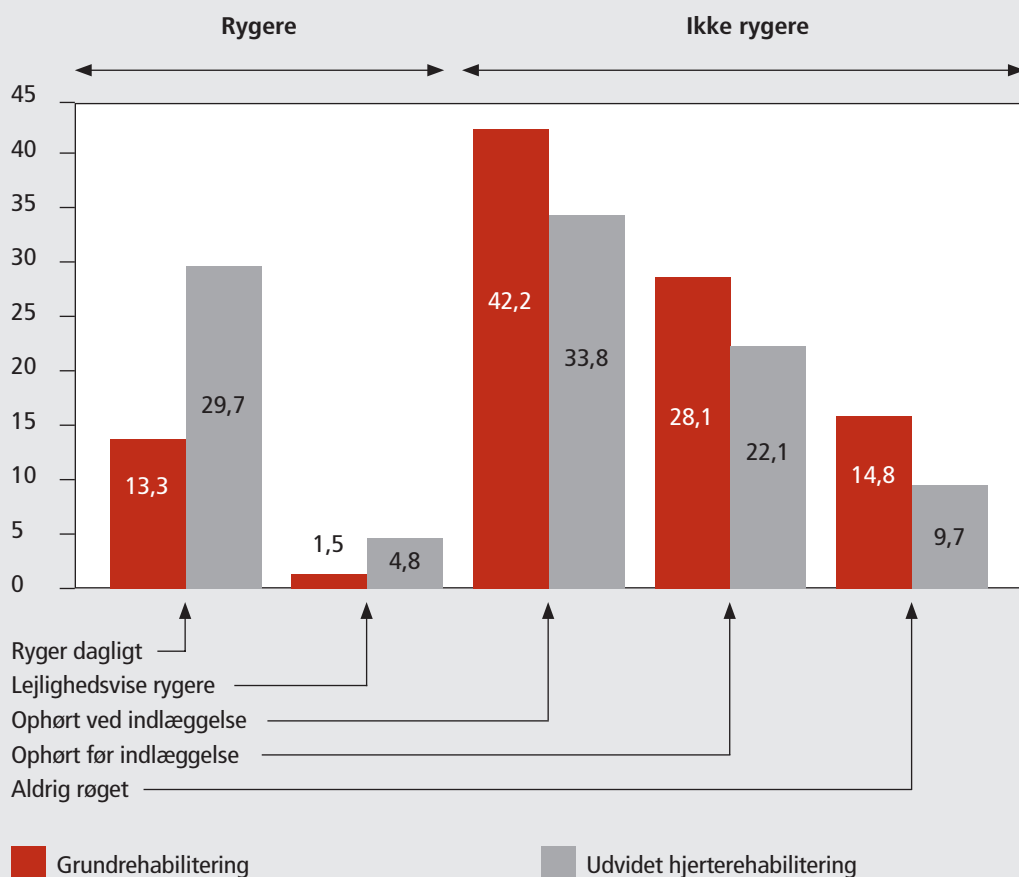
Rygning

I forbindelse med indlæggelsen for blodprop i hjertet skete et markant fald i rygning både blandt patienter i grundrehabilitering og udvidet hjerterehabilitering. Faldet i rygning holdt sig frem til etårsopfølgningen.

Rygestatus

Ved indlæggelsen røg hhv. 57,1 % og 68,3 % af patienterne. Der var flest rygere blandt patienter i udvidet hjerterehabilitering.

Rygestatus 1½ måned efter indlæggelsen



Figur 8. Rygestatus 1½ måned efter indlæggelsen blandt patienter i grundrehabilitering og udvidet hjerterehabilitering

** I dataopgørelsen er alle patienter med manglende besvarelse af rygestatus kategoriseret som rygere

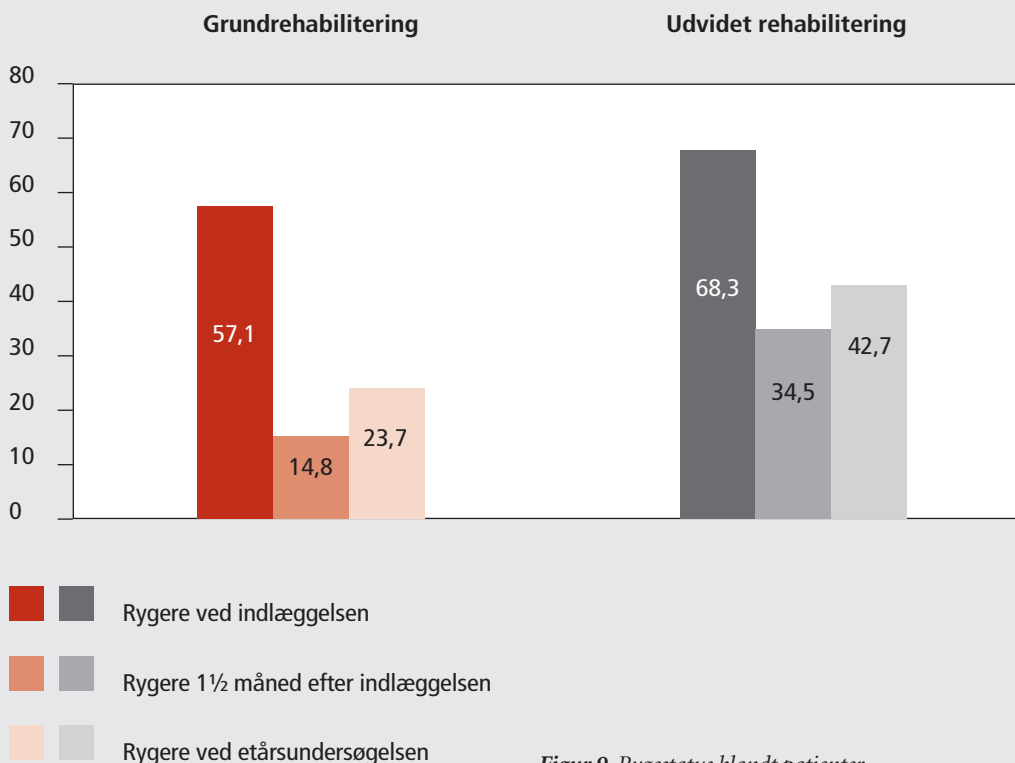
Blandt patienterne havde hhv. 14,8 % og 9,7 % aldrig røget. Rygestatus blev opgjort blandt de patienter, der havde fulgt hjerterehabileringen frem til etårsopfølgningen. Alle patienter, der ikke havde angivet rygerstatus, blev kategoriseret som dagligrygere.

Til sammenligning var andelen af dagligrygere med blodprop i hjertet 28 % i Region Midtjyllands sundhedsprofil *Hvordan har du det* (6)

Et lille antal dagligrygere skiftede status til lejlighedsrygere. Fra indlæggelsen steg lejlighedsrygere fra 0,1 % til 2,2 % ved etårsopfølgningen blandt grundrehabiliteringspatienter og fra 1,7 % til 4,1 % blandt patienter i udvidet hjerterehabilering.

Den samlede rygerandel blandt patienterne var således:

Rygestatus

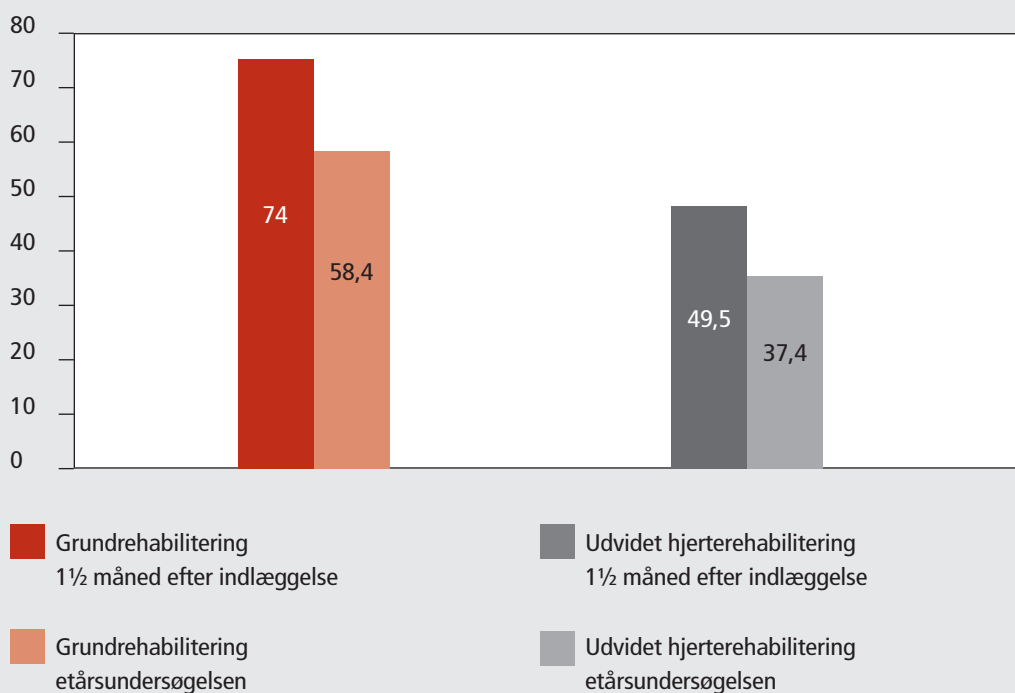


Figur 9. Rygestatus blandt patienter i socialt differentieret hjerterehabilering ved indlæggelsen og frem til etårsopfølgningen

Næsten dobbelt så mange patienter i udvidet hjerterehabilitering var rygere et år efter indlæggelsen i forhold til patienter i grundrehabilitering. Blandt de < 70-årige var 16,4 % flere patienter røgfri efter et år i grundrehabilitering i perioden 2002-2004 (Studie 2) i forhold til den historiske kontrolgruppe fra perioden 2000-2002 (Studie 1). Andel af rygeophør ved et årsundersøgelserne var ens for patienter i udvidet hjerterehabilitering.

Der var i udgangspunktet flere rygere blandt gruppen af patienter i udvidet hjerterehabilitering. En mindre andel af rygende patienter i udvidet hjerterehabilitering havde forsøgt rygeophør 1½ måned efter indlæggelsen. Blandt de patienter, der forsøgte rygeophør og var røgfri 1½ måned efter indlæggelsen, var der lige mange, der havde succes med at fastholde rygeophøret frem til etårsopfølgningen. Rygestopraten var for patienter i grundrehabilitering 78,9 % blandt de, der var røgfrie ved 1½ måned, og 75,5 % blandt udvidet hjerterehabilitering.

Rygeophør blandt alle rygere



Figur 10. Rygestoprate blandt alle rygere i grundrehabilitering og udvidet hjerterehabilitering 1½ måned efter indlæggelsen og ved etårsopfølgningen

Samlet set lykkedes det 49,5 % af de rygende patienter rekrutteret til grundrehabilitering at kvitte tobakken op til et år efter MI og 37,4 % af dem til udvidet hjerterehabilitering. Der var signifikant flere patienter i grundrehabilitering, der ophørte med at ryge blandt alle rygere ved etårsopfølgningen. Kontrolleret for depression 1½ måned efter indlæggelsen var OR=2,70 (95 % CI: 1,65-4,56) for røgfrihed ved etårsopfølgningen blandt ikke depressive patienter, der røg ved indlæggelsen.

Rygekvantum

Der blev røget cigaretter, cerutter og pipe-tobak blandt patienterne. Det gennemsnitlige rygekvantum blev omregnet til cigarettekivalent:

- » Ved indlæggelsen blev der røget 25,2 vs. 23,5 cigaretter
- » Ved etårsopfølgningen var rygekvantum 16,8 vs. 11,8 cigaretter

Rygerne røg signifikant færre cigaretter ved etårsopfølgningen i begge grupper. Der var ikke signifikant forskel på rygekvantum mellem rygere i udvidet hjerterehabilitering og grundrehabilitering. Der var flere storrygere blandt patienter i udvidet hjerterehabilitering.

Motivation til rygeophør

Patienter, der røg halvdelen måned og et år efter indlæggelsen, blev spurgt om deres motivation for rygeophør. Motivationen til rygeophør var højest halvdelen måned efter indlæggelsen. Der var ikke signifikant forskel i motivation mellem patienter i grund- og udvidet hjerterehabilitering.

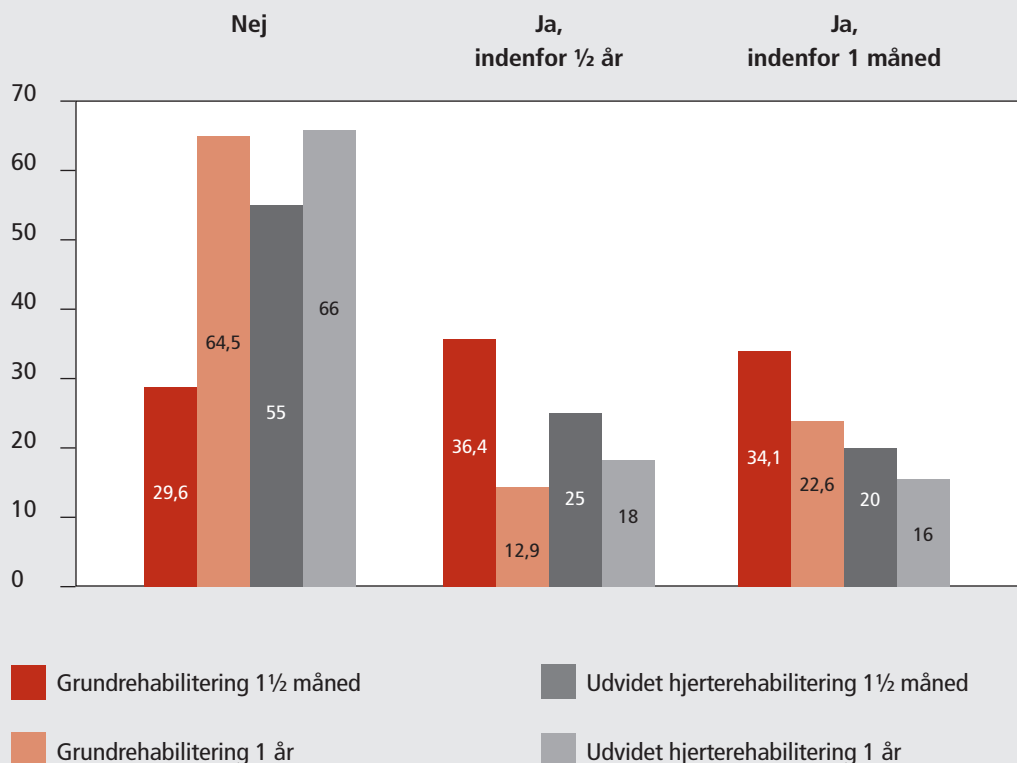
Antallet af rygere steg fra 64 til 81 patienter i perioden fra 1½ måned efter indlæggelsen til etårsopfølgningen, og motivationen til rygeophør faldt signifikant blandt patienter i udvidet hjerterehabilitering. Forskellen i motivation 1½ måned og et år efter indlæggelsen var ikke signifikant for patienter i grundrehabilitering. Fald i motivation var ikke signifikant forskelligt mellem de to patientgrupper.

Mange patienter mistede således motivationen, som tiden gik, – flere blandt udsatte patienter, – men der var lige mange patienter i grundrehabilitering og udvidet hjerterehabilitering, der var motiverede for rygestop. Sammenlignet var motivationen til rygestop blandt alle rygende MI-patienter i Region Midtjyllands sundhedsprofil *Hvordan har du det?* 44 % (6). Der var således samlet set lavere motivation til rygeophør blandt patienter i hjerterehabilitering et år efter indlæggelsen end blandt hele populationen af MI-patienter i sundhedsprofilen. Efter rygeophørsforsøg faldt flere patienter tilbage i motivationscirklen og skulle bruge tid på at opbygge motivationen igen. Det var vanskeligere at igangsætte og gennemføre et rygeophør blandt patienter i udvidet hjerterehabilitering, og det lader til at desillusioneringen blev større i denne gruppe efter et rygeophørsforsøg.

Behandlingsmål et år

Patienterne blev udskrevet med flere medicinpræparater i socialt differentieret hjerterehabilitering 2002-2004 (studie 2) end i studiet i årene 2000-2002 (studie 1). Der var i perioden ændret i medicineringspraksis for statiner. Sidst i pro-

Motiveret til rygeophør



Figur 11. Motivation til rygeophør blandt alle rygere i grundrehabilitering og udvidet hjerterehabilitering 1½ måned efter indlæggelsen og ved etårsopfølgningen

jektperioden blev behandlingsmålet for kolesterolniveau skærpet i de danske retningslinier.

Ved sammenligning med den historiske kontrolgruppe, hvor alle patienter fik grundrehabilitering var der følgende forskelle i medicinering ved udskrivelsen:

- » Signifikant flere patienter i grundrehabilitering blev udskrevet med

børnemagnyl i interventionsperioden i Studie 2

- » Der var ikke signifikant større andel af patienter i nogen af grupperne, der blev udskrevet med betablokkerere i Studie 2
- » Signifikant flere blev udskrevet med statiner i begge grupper i Studie 2
- » Signifikant flere i udvidet hjerterehabilitering blev udskrevet med ACE-hæmmere i Studie 2

	Udvidet hjerterehabilitering (%)	Grundrehabilitering (%)	Alle (%)	
Aspirin	92.1	93.6	92.9	P=0.65
Betablokker	76.4	84.0	80.2	P=0.13
Statiner	83.5	88.0	85.7	P=0.30
ACE/AII	43.3	47.2	45.2	P=0.54
T-CHOL < 5.0	73.7	74.8	73.7	P=0.98
LDL < 3.0	79.4	84.8	82.0	P=0.26
Fastebloodsukker < 7	79.8	85.9	82.7	P=0.20
Genindlæggelse (CVD)	23.7	18.2	21.1	P=0.28

Tabel 4. Anvendelse af medicin, opnåelse af behandlingsmål og genindlæggelse blandt patienter i socialt differentieret hjerterehabilitering ved etårsopfølgningen

Ved etårsopfølgningen var der høj ens medicinefterlevelse og opnåelse af behandlingsmål for begge grupper i interventionsperioden 2002-2004 i Studie 2. Det vil sige, at der ved interventionen blev opnået social lighed i medicinefterlevelse.

Der var ingen signifikant forskel i genindlæggelser for hjertesygdom mellem patienter i grundrehabilitering og udvidet hjerterehabilitering. Ved indlæggelsen havde 5 % flere patienter i udvidet hjerterehabilitering anden lidelse – herunder hjertelidelse – end patienter i grundrehabilitering.

Der var samlet set opnået social lighed i medicinefterlevelse og behandlingsmål efter intervention med socialt differentieret hjerterehabiliteringsprogram i Studie 2. Socialt udsatte patienter opnåede lige så høj medicinefterlevelse og lige så gode behandlingsmål som veluddannede og samlevende patienter. Der blev ikke kontrolleret for alder (7).

I forhold til den historiske kontrolgruppe i Studie 1, var der i Studie 2 ved etårsopfølgningen (Tabel 4):

- » Samme niveau af medicinefterlevelse med børnemagnyl i begge hjerterehabiliteringsgrupper
- » Højere andel, der tog betablokkere i begge grupper, forskellene var ikke signifikante
- » Signifikant højere medicinefterlevelse af statiner for patienter i grundrehabilitering
- » Signifikant højere medicinefterlevelse af ACE-hæmmere for patienter i udvidet hjerterehabilitering

Med hensyn til behandlingsmål var:

- » Andelen af patienter med totalkolesterol < 5 signifikant højere for begge rehabiliteringsgrupper i Studie 2 end i den historiske kontrolgruppe Studie 1
- » Andelen af patienter med LDL-kolesterolniveau < 3 signifikant højere for

begge rehabiliteringsgrupper i Studie 2 end i Studie 1

- » Andelen med HDL kolesterol > 1 højere, men ikke signifikant forskellig for patienter i udvidet hjerterehabilitering i Studie 2 i forhold til Studie 1
- » Andelen af patienter i Studie 2 med fastblodsukker < 7 mindre, men ikke signifikant forskellig fra Studie 1

Re-MI og dødelighed efter et år

Ved etårsopfølgningen var der relativt få re-MI i begge grupper i Studie 2. Ved sammenligning med den historiske kontrolgruppe Studie 1, så re-MI og dødsfald sådan ud for henholdsvis patienter, der var henvist til grundrehabilitering og var, eller ville have været, henvist til udvidet hjerterehabilitering:

Veluddannede og samlevende patienter

– Rehabiliteringstype

	Studie 2 Grundrehabilitering	Studie 1 Kontrol	I alt
+Re-MI	1	4	5
- Re-MI	115	51	166
+Døde	0	3	3
- Døde	116	52	168
I alt	116	55	171

Re-Mi p=0.020 Døde p=0.011

Socialt udsatte patienter

– Rehabiliteringstype

	Studie 2 Udvidet hjerterehabilitering	Studie 1 Kontrol	I alt
+Re-MI	3	4	7
- Re-MI	127	74	201
+Døde	1	0	1
- Døde	129	78	207
I alt	130	78	208

Re-Mi p=0.275 Døde p=0.437

Tabel 5. Re-MI og dødsfald et år efter indlæggelse for MI i Studie 2 socialt differentieret hjerterehabilitering og Studie 1 historisk kontrolgruppe for patienter, der opfylder kriterier for grundrehabilitering og udvidet hjerterehabilitering

Der var signifikant færre genindlæggelser med re-MI og dødsfald efter intervention i Studie 2. Forskellen var at finde blandt patienter i grundrehabilitering. Der var ingen signifikant forskel i re-MI og dødsfald for patienter i udvidet hjerterehabilitering mellem Studie 1 og 2 (8).

Diskussion og konklusion

Metode og inklusion

Med et effektivt screeningsværktøj og systematisk tilgang til inklusion og henvisning til socialt differentieret hjerterehabilitering var det muligt at øge en i forvejen høj rekruttering til hjerterehabilitering. Det var et vigtigt element, at hjerterehabiliteringen med selvfølgelighed blev introduceret som den videre behandling, og at første besøg i hjerterehabiliteringen foregik to uger efter udskrivelsen med kontrol hos hjertelæge.

Koblingen mellem den lægelige indsats og det tværfaglige samarbejde, som udmøntede sig i et sammenhængende hjerterehabiliteringstilbud, var central for deltagelse. Hjertesyggeplejersken var den samlende faktor for patientens kontakter til andre faggrupper, andre afdelinger og til videre forløb i Fase 3. Sygeplejersken fungerede som case-manager i hjerterehabiliteringens Fase 2 og som formidler til aktiviteter i hjerterehabiliteringens Fase 3 for udsatte patienter. Den fysiske nærhed af personalegrupper og samling af hjerterehabiliteringselementer i et sammenhængende dagsprogram for den enkelte patient var vigtig for deltagelse i enkelt-elementer. Deltagelsen hos hjertelæge og sygeplejerske var højere end deltagelse hos diætist og fysioterapeut i Fase 2. Der var

ringe deltagelse hos fysioterapeut. Fysioterapien var fysisk placeret i kælderen – ude af syne for patienter i Rehabiliteringsenhedens øvrige tilbud. Det kan have en betydning, at der ikke var lige stor synlighed om alle hjerterehabiliteringselementerne.

Elementer i socialt

differentieret hjerterehabilitering

Patienter i udvidet hjerterehabilitering følte sig godt hjulpet af det individuelt tilrettelagte hjerterehabiliteringsforløb på Århus Sygehus. Et videre gruppeforløb á tre besøg sammen med andre patienter og deres pårørende i Hjertereforeningens Hjertecenter Århus måtte afbrydes på grund af manglende tilslutning. Blandt de anførte grunde til sygeplejersken og i Medicinsk Audit var, at patienten ikke magtede andre patienters lidelse og manglede overskud til at deltage i en gruppe. Patienten ønskede fokus væk fra hjertesygdom og hen på almindelig aktivitet og kontakt med andre mennesker. Der blev ligeledes nævnt transportvanskeligheder, og at patienten efter det individuelle forløb følte sig klædt på til at gå videre på egen hånd.

Nogle af patienterne kunne have haft stor glæde af at dele erfaringer med andre, hvis et gruppeforløb ikke havde været lagt i forlængelse af et individuelt forløb. I fremtidig hjerterehabilitering skal der måske differentieres til individuelle forløb og gruppeforløb blandt hjertepatienter, idet nogle af patienterne ikke ville have deltaget, hvis der kun havde været tilbudt gruppeforløb. De svageste patienter, psykisk og socialt, ville dog ikke have kunnet deltage i hjerterehabilitering i gruppeforløb, og hjerterehabiliteringen ville ikke have opnået samme høje tilslutning.

Gratis deltagelse i kurser om kost, motion, rygeophør og afspænding i Hjertereforeningens Hjertecenter Århus tiltrak kun få patienter. Under 20 patienter og deres pårørende benyttede sig af tilbuddet i den 1½ års periode efter indlæggelsen, hvor det var muligt.

Der blev i stedet henvist til Århus Kommunes Lokalcentre for pensionerede patienter. Her var et positivt samarbejde og større velvillighed fra patienternes side til deltagelse. Patienterne anførte, at tilgangen her ikke var fokuseret på sygdom, men var et generelt tilbud om deltagelse i motion og aktiviteter med andre borgere fra lokalområdet. Henvisning og deltagelse i dette regi blev ikke kvantificeret.

Hjemmebesøg

Det kan være et godt tilbud til hjertepatienter, der afviser hjerterehabilitering eller har andre lidelser, at modtage hjemmebesøg af hjertesyggeplejerske. Da der var høj inklusion og deltagelse i hjerterehabilitering var patienter, som ikke modtager hjerterehabilitering, imidlertid så syge, at hjertelidelsen ikke var det primære problem. Patienterne følte sig godt hjulpet på de afdelinger, hvor de var indlagt, af egen læge og af hjemmeplejen. Der blev kun gennemført et hjemmebesøg i projektperioden.

Etablering af hjemmebesøgsordning, med mulighed for at give ikke henviste patienter og patienter, der havde afvist hjerterehabilitering, et alternativt tilbud, kunne fortsat være en god idé. Her tænkes på hjerterehabiliteringsenheder, hvor inklusionen ikke er tilsvarende høj. Herunder kunne rådgivning af både plejepersonale

og pårørende til patienter, der ikke selv er mentalt i stand til at deltage, være en mulighed.

Resultater

Patienter i socialt differentieret hjerterehabilitering Studie 2 havde sammenlignet med en historisk kontrolgruppe Studie 1 signifikant færre genindlæggelser på grund af re-MI og dødsfald. Færre genindlæggelser og lavere dødelighed kan have været et resultat af ændret medicinsk behandling samt ændrede behandlingsmål i perioden. Opdelt i grund- og udvidet hjerterehabilitering var forskellene kun signifikant for patienter i grundrehabilitering.

Samlet set var der en høj rygestopfrekvens, målt blandt alle rygere. Rygestopfrekvensen var højere for < 70-årige patienter i grundrehabilitering sammenlignet med den historiske kontrolgruppe. Der var ikke forskel i rygestopfrekvens for patienter i udvidet hjerterehabilitering mellem Studie 1 og Studie 2. Der har i perioden 2000 til 2005 været en stigende opmærksomhed på rygning i det danske samfund. Det kan teoretisk set have haft en betydning.

Der var lige høj motivation til rygeophør blandt alle patienter under Fase 2 i hjerterehabiliteringen, men patienter, der begyndte at ryge igen, havde svært ved at holde motivationen for rygeophør, når der var gået et år.

Patienter i udvidet hjerterehabilitering screenedes dobbelt så ofte positivt for tegn på angst og depression. Det var en belastning for patienterne. Psykisk lidelse og depression medvirker til at vanskeliggøre

gøre tilbagevenden til daglige sociale og arbejdsmæssige funktioner for patienten efter indlæggelsen og til at ændre livsstil. Det formåede indsatsen ikke at minimere, og det bør overvejes om udredning og behandling for depression var systematisk nok. Det kan i fremtiden overvejes at tilbyde psykologsamtaler til patienter med sikre angst og depressionssymptomer, i tæt tilknytning til den øvrige sammenhængende hjerterehabilitering i Fase 2. Kontrolleret for depression var udsigten for motionsaktivitet og rygestop mindre. Den høje frekvens af patienter, der blev screenet positive for depression i udvidet hjerterehabilitering, giver grund til at fokusere på, hvordan man i fremtiden kan håndtere og mindske depression blandt hjertepatienter. Der blev i studiet ikke fundet nogen løsning herpå.

Konklusion

Ved at tilbyde socialt differentieret hjerterehabilitering tilknyttet sygehusafdeling kunne det lade sig gøre at eliminere social ulighed i rekruttering og fremmøde til hjerterehabilitering. Der kunne opnås social lighed i medicinsk efterlevelse og opnås signifikant lige behandlingsmål blandt patienter i grund- og udvidet hjerterehabilitering.

Der bestod dog også ulighed mellem grupperne efter socialt differentieret hjerterehabilitering på re-MI, livsstil, psykisk lidelse og depression et år efter indlæggelsen. Der var langt flere depressive blandt patienter i udvidet hjerterehabilitering, og kun patienter i grundrehabilitering formåede at blive mere fysisk aktive, og en større andel formåede at kvitte cigaretterne helt.

Litteratur

1. Danmarks Statistik, Undervisningsministeriet. DUN 2001. Dansk Uddannelses-Nomenklatur. Copenhagen: Danmarks Statistik; 2002.
2. Nielsen KM. *Acute coronary syndrome: Incidence and prognosis*. PhD thesis. Faculty of Health Sciences. University of Aarhus, Denmark 2006.
3. Fink P, Ørnbøl E, Huyse FJ et al. A Brief diagnostic screening instrument for mental disturbances in general medical wards. *Journal of Psychosomatic research* 2004;**56**(3): 371-375.
4. Christensen KS, Fink P, Toft T et al. A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: the CMDQ. *Family Practice* 2005;**22**(4):448-457.
5. *Manual: I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret hjerterehabilitering*. Hjerteforeningen og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland 2007.
6. Larsen FB, Nordvig L, Søe D. *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner*. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland 2006.
7. Larsen ML, Meillier LK, Larsen FB and Aarhus Rehab-group. Improving secondary prevention by use of a socially differentiated rehabilitation program. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2007;**14**(suppl 1): S90-91(330)
8. Nielsen KM, Meillier LK, Larsen ML et al. Socially Vulnerable Myocardial Infarction patients have A higher Risk Of Dying Or Suffering Re-infarction. Are Extended Rehabilitation Programs A Solution? *JACC* 2007;**49**(9)Supplement:369 (A1014-167)

Implementering af socialt differentieret hjerterehabilitering

Der skal tages mange små beslutninger for at en indsats udformes og implementeres, så den når sit fulde potentiale i den organisation, den indlejres. Fuld implementering af et programs elementer er forudsætningen for, at en indsats kan effektiviseres. Hver især er elementerne indlysende og ligetil, men de skal lægges frem og indarbejdes i den rigtige rækkefølge, af de rigtige mennesker og ikke mindst spiller alle implementeringslementer en rolle for at nå målet.

Til støtte for beskrivelse og vurdering af denne proces kan man læne sig op ad organisations- og diffusionsteoretisk viden. Ralph Grossmann og Klaus Scala har i deres hæfte *Health Promotion and Organizational Development* beskrevet, hvilke elementer, der bør være til stede for styring af et projekt (1). Everett M. Rogers har i *Diffusion of Innovations* beskrevet principper for, hvordan nye ideer spredt sig i sociale systemer, og hvilke egenskaber ved programmer, der gør dem lettere eller sværere at implementere (2).

Samarbejde mellem mange organisationer og faggrupper

Med socialt differentieret hjerterehabilitering blev patientens gang fulgt fra indlæggelse til tredje rehabiliteringsfase i hjemmiljøet og hverdagen. Det involverede en

række organisationer, som patienten potentielt havde kontakt med, samt en række faggrupper med hver deres tilgang til patienten gennem forløbet. Første forudsætning for indførelse af socialt differentieret hjerterehabilitering var derfor at skabe en projektorganisation mellem alle potentielt involverede organisationer.

De involverede organisationer var således:

- › Århus Amt, nu Center for Folkesundhed – Region Midtjylland
- › Medicinsk Kardiologisk Afdeling A, Århus Sygehus
- › Praktiserende læger i optageområdet/afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet
- › Hjertereforeningens Hjertecenter Århus
- › Lokalcentre – Århus Kommune
- › Sociallægeinstitutionen – Århus Kommune

En række organisationer repræsenterer flere afdelinger. Medicinsk Kardiologisk Afdeling A involverede f.eks. Akut hjerteafsnit og Rehabiliteringsafsnittet, og i projektets tidlige del ligeledes to sengeafsnit. afdeling for Almen Medicin repræsenterede synspunkter for alle praktiserende læger i det tidligere Århus Amt, men havde ingen beslutningskompetence for arbejdet hos den enkelte læge, der eksisterer 17 Lokalcentre organiseret i grupper

omkring region Nord, Midt, Vest og Syd i Århus Kommune osv. Ikke alle organisationer var inviteret ind i styregruppen for projektet, og de der deltog, gjorde det med forskellig repræsentation.

Organisationerne repræsenterede følgende faggrupper:

- › Sygeplejersker
- › Kardiologer
- › Praktiserende læger
- › Fysioterapeuter
- › Afspændingspædagoger
- › Diætister
- › Socialrådgivere
- › Socialmedicinere
- › Sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter
- › Sundhedsplanlæggere
- › Sekretærer

Synspunkter fra alle faggruppers og organisationers arbejde, fokus og kultur skulle bøjes mod hinanden i et sådant projekt. Det stillede krav om en vis fleksibilitet, samtidig med fastholdelse af et overordnet projektmål, som alle kunne relatere sit fagområde og sin organisation til. Dette var til stor forskel fra et udviklings- og implementeringsprojekt indenfor en enkelt organisation, og rettet mod denne ene organisations mål.

Disse arbejdsbetingelser vil være gældende for alle forløbsprogrammer i sundhedsvæsenet. Projektets tilgang til den multifacetterede struktur var:

- » Holde fokus på patientens behov
- » Holde for øje, at hver af organisationerne og faggrupperne skulle kunne

relatere interventionen til deres egne produktionsmål

- » Vekselvirkning mellem organisationers og faggruppers egne bud på, hvordan de kunne bidrage til denne behovsopfyldelse og det overordnede mål om at mindske ulighed i hjertesundhed
- » Fælles udvikling af differentieret rehabiliteringstilbud

En meget stor del af arbejdet foregik i kontinuiteten af tilbud og ensartethed i metoder mellem organisationer. Det var således i overgangene mellem organisationer, udfordringerne lå.

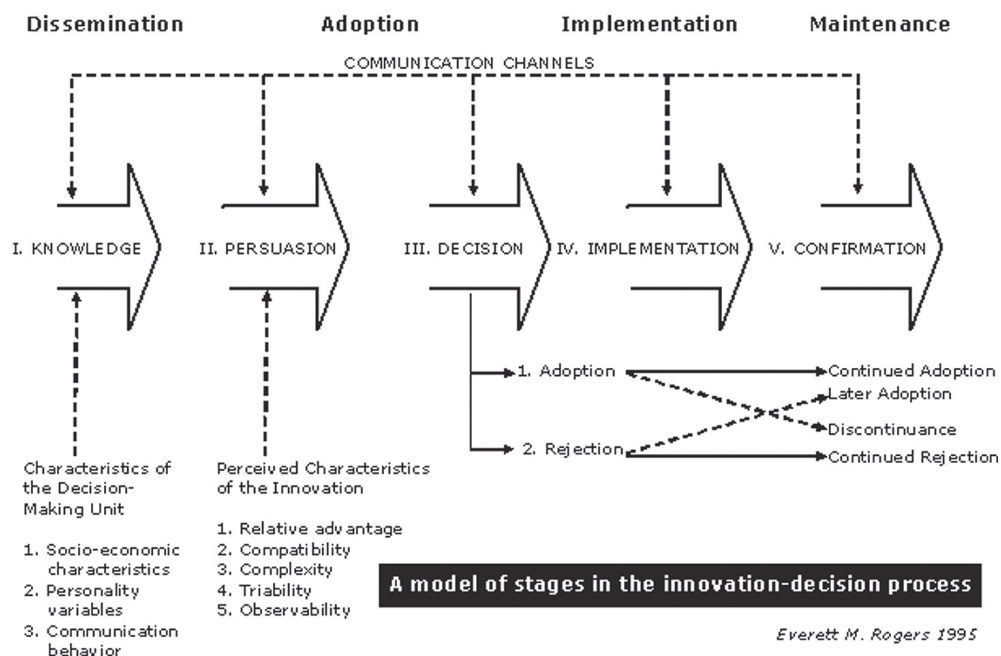
I arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme gjaldt, at det ikke havde sit eget system og sin egen organisation, men skulle gøres relevant for hver af de involverede faggruppers og organisationers mål (1). Hospitalsvæsenets mål var f.eks. sygdomsbehandling og hjertesygelighed. Lighed i hjerterehabilitering, rygestop, tilbagevenden til arbejdspladsen, social støtte, psykisk trivsel og alle dele af hjerterehabiliteringen accepteredes kun, hvis de samtidig bidrog til det overordnede mål om effektiv sygdomsbehandling og hjertesundhed.

Arbejdet foregik i et forløb over tre faser:

- » Udviklingsfase
- » Projektfase
- » Forankringsfase

Disse faser kan beskrives i følgende model: (Se side 96)

Modellen er oprindeligt beskrevet for spredning af en færdigt udviklet intervention. Socialt differentieret hjerterehabilite-



Figur 1. Model for spredning og implementering af interventioner

ring blev udviklet i samarbejde med organisationerne. Nedenfor vil udviklings- og projektfasen blive beskrevet samlet. De betingelser, der har været under udvikling, har i flere tilfælde også haft betydning for implementeringen af aktiviteter.

Modellen blev anvendt således, at:

- » *Vidensformidling* (I) omhandlede viden om ulighed i sundhed, som er beskrevet tidligere i rapporten, men samtidig også spredning af viden om socialt differentieret hjerterehabilitering til de organisationer, faggrupper og personer, der ikke var involveret i udvikling af projektet
- » *Tilegnelse og beslutning* om programdeltagelse (II og III) tilsammen beskriver **udviklingsfasen**

- » *Implementering* beskriver **projektfasen** (IV)
- » *Confirmation* af programanvendelse beskriver **forankringsfasen** (V)

Udviklings- og projektfase

Tilegnelse af socialt differentieret hjerterehabilitering foregik i et forløb, hvor medvirken til udvikling af programmet har været vigtig for beslutningsprocessen. *Overbevisningen* om relevans af programmet og *beslutning* om at indføre det, var således dybt integreret for de deltagende organisationer.

Diffusionsteori beskriver forhold ved de sociale systemer og organisationer, der skal optage nye procedurer. De faggrupper

og organisationer, der skal adoptere en ny ide og dermed sprede en ny idé, som socialt differentieret hjerterehabilitering, kan forvente at støde på samme fordele og ulemper som de aktuelt deltagende samarbejdspartnere.

Ved siden af deltageranalyse kan diffusionsteori opremse betingelser ved selve aktiviteten, som gør den let eller svær at optage blandt faggrupper og organisationer.

Gennem besvarelse af en række spørgsmål gav diffusionsteori en samlet vurdering af, med hvilken lethed eller hvilket besvær socialt differentieret hjerterehabilitering blev indført. Disse spørgsmål rummer både vurdering af samarbejdet i projektet og de bestemmende betingelser ved selve aktiviteten.

- » Relativ fordel – var det nye bedre end det gamle?
- » Havde aktiviteten indflydelse på sociale relationer?
- » Var det nye foreneligt med normerne i gruppen?
- » Var aktiviteten kompleks?
- » Kunne aktivitetens mål og elementer kommunikeres?
- » Var der tid nok til at afprøve og sprede ideen?
- » Afprøvelighed – kunne man gå tilbage til det gamle?
- » Kunne aktiviteten deles op i enkelt komponenter?
- » Forpligtighedsgrad?
- » Mulighed for løbende modifikation?
- » Var aktiviteten fysisk synlig?

Det skal nævnes, at projektkoordinator var stærkt involveret i konstruktionen af

hjerterehabiliteringen og etablering af samarbejdsrelationerne. Det gav en dyb og oplevet indsigt i fordele og ulemper, men også en svagere og mindre objektiv vurdering af, hvad der kunne have været i spil undervejs i projektet, når projektkoordinator samtidig er evaluator. Der kan være elementer projektkoordinator har været blind for, og som derfor hverken har været genstand for omtanke under etableringen eller for evalueringen, selv om der anvendes et teoretisk funderet sæt af spørgsmål til implementeringsprocessen. Nedenfor gives et så neutralt og selvkritisk svar på teoriens spørgsmål, som det lader sig gøre:

Relativ fordel

– var det nye bedre end det gamle?

Århus Sygehus' hjerterehabilitering blev vurderet gennem patientforløbsvurderinger i Medicinsk Audit, af et panel bestående af styregruppen. I auditfasen blev der fokuseret på de positive elementer ved den eksisterende rehabilitering og hvor, der var mangler eller muligheder for forbedring. De repræsenterede faggrupper og organisationer var således dybt involveret i at udpege og prioritere elementer i den socialt differentierede rehabilitering, de selv skulle arbejde videre med senere.

Ud over Audit blev et års patientjournaler gennemgået med henblik på at identificere patientgrupper med særlige behov og undersøge effektiviteten af den eksisterende rekrutteringsmetode. Var der patienter, der utilsigtet ikke blev tilbudt rehabilitering – f.eks. på grund af overgang mellem to sygehuse?

Det eksisterende program blev evalueret meget positivt af patienterne. Program-

met fungerede godt med hensyn til at dække alle dele af udbygget hjerterehabilitering på sygehuset, med hurtig start efter indlæggelsen, ægtefælleinvolvering og med den individuelle tilgang. I forbindelse med overgangen til egen læge samt vedrørende forhold omkring multisygge var der forbedringsmuligheder. Med udgangspunkt i det eksisterende var der hermed kun tale om justeringer i forhold til rekruttering, tilføjelser af enkelte elementer for alle patienter, men med en større udvidelse for udsatte patientgrupper.

Blandt det personale, der var involveret i rehabiliteringen og afdelingsledelsen, var der således en forventning om, at det samlede program for udvidet rehabilitering var bedre for en gruppe af patienterne. Opsummerende var vurderingen, at det gamle var godt – men det nye var endnu bedre!

Havde aktiviteten indflydelse på sociale relationer?

Der var flere aspekter som vedrørte sociale relationer.

I et program med så mange involverede parter, var der en fare for, at nogle organisationer eller faggrupper kunne føle sig sat på sidelinien i programmet i forhold til andre. Århus Sygehus og Medicinsk Kardiologisk afdeling A var tungt repræsenteret som organisation og afdeling, idet alle patienter gik her igennem, og størstedelen af programmet var koncentreret på Akut Hjerterafsnit og Rehabiliteringsenheden.

Sygeplejerskerne på Rehabiliteringsenheden var involverede som tovholdere for patienterne fra indlæggelse og viderefor-

midlede kontakten til aktiviteter i vedligeholdelsesfasen. Sygeplejerskerne var således kontaktflade til Akut Hjerterafdeling, læger, diætister og fysioterapeuter på Rehabiliteringsenheden, og samtidig de personer, der videreformidlede kontakt til Hjertereforeningens Hjertecenter Århus, egen læge, Lokalcenter, socialforvaltning og andre relevante faggrupper og organisationer i vedligeholdelsesfasen. De var på den ene side vigtige og nødvendige kontinuerte personer for patienterne, men på den anden side centrum for al kontakt vedrørende patientforløbet mellem faggrupper og organisationer.

Diætisterne ønskede sig dybere involveret, og Hjertereforeningens Hjertecenter Århus følte sig afhængig af, hvordan sygeplejersken videreformidlede kontakten til dem. Idet patienterne ikke ønskede at fortsætte i det forventede antal i de planlagte gruppeforløb i Hjertecentret, opstod der usikkerhed om årsagen. Det var nødvendigt at sætte fokus på manglende deltagelse fra patienter i vedligeholdelsesfasen på andet auditforløb, et år inde i projektperioden. For at afklare årsager og mindske pres på de sociale relationer mellem organisationerne, blev grupper af patienter, der havde deltaget og ikke deltaget i det videre forløb, specifikt spurgt om, hvad der fik dem til at deltage eller takke nej til gruppeforløbet i Hjertereforeningens Hjertecenter Århus. Sygeplejerskerne forholdt sig åbent til de andre faggrupper og delte informationer og synspunkter så langt det var muligt.

Aktiviteten havde altså indflydelse på sociale relationer. Team og styregruppe forsøgte at forholde sig til andre grupper

behov og håndtere misforhold så godt de kunne, og katastrofale konflikter blev afværget. Men der var reelt større indflydelse fra nogle grupper med styregruppens sammensætning og hjerterehabiliteringsforløbets organisering.

Et andet niveau af indflydelse på sociale relationer, kan være mellem afdelinger indenfor Århus Sygehus. Ved at fokusere på hjertepatienter med blodprop i hjertet og hjerterehabilitering, tog man potentielt fokus fra andre afdelinger på sygehuset eller fra andre patientgrupper og dermed lægefaglige specialer. Det var ikke oplevelsen at dette skete, således at det forhindrede igangsætning af programmet, bl.a. fordi de ekstra omkostninger var dækket af projektmidler.

Der var megen forskningsaktivitet omkring hjertepatienter, og kun en vis mængde kunne gennemføres samtidigt. Det var vurderingen, at det socialt differentierede hjerterehabiliteringsprogram kunne gennemføres, fordi vi *ikke* anvendte et randomiseret kontrolleret design. I det tilfælde randomisering til kontrol eller intervention med udvidet rehabilitering ville interferere med mulig effekt af randomisering for medikamentel eller anden lægelig behandling, ville der være opstået konkurrence om patienterne.

Det skulle tilstræbes at holde kontakt til alle organisationer og sygehusets øvrige organisationer. Her havde projektet til dels forsømt kontakt til sygehusledelsen på Århus Sygehus og den overordnede ledelse i form af administrerende overlæge på Medicinsk Kardiologisk Afdeling A. Ledelsen var ikke fuldt informeret om ind-

hold og mål. Det var ligeledes vanskeligt at holde kontakt til alle praktiserende læger undervejs, men alle var orienterede ved projektets start i form af artikler i *Medicus* og Århus Universitets blad *AUH – forskning og klinik*. Alle praktiserende læger i optageområdet fik tilsendt brev om projektets indhold og anbefalingen af Multi-praksisudvalget under Den Almindelige Danske Lægeforening, Praktiserende Lægers Organisation. Denne formidling var projektkoordinatorers ansvar.

I udviklings- og projektfasen var der lagt vægt på at skabe et godt klima mellem de samarbejdende parter. Audit-seminarer bidrog positivt til arbejdet, og der blev afsat tid, plads og ressourcer til at afstemme de faglige vurderinger med hinanden. Der blev således investeret i samarbejde og social udvikling af både styregruppe og projektteamet, hvilket styrkede evnen til at overkomme de vanskeligheder der opstod, da dele af programmet i vedligeholdelsesfasen ikke viste sig at tiltrække patienterne i den udstrækning, det blev forventet.

Var det nye foreneligt med normerne i gruppen?

Det danske sundhedsvæsen bygger på et stærkt princip om lige adgang til ydelser, og lige behandling af patienterne. Denne norm blev udfordret ved at foreslå bevidst forskellige behandlinger til patientgrupper på social indikation. De to væsentligste udfordringer af normerne blandt sundhedspersonalet var, om man kunne til-lade sig at forholde nogle patienter noget som andre fik, og om man ved at tilbyde lavt uddannede og enlige udvidet hjerterehabilitering ville stemple og stigmatisere disse patienter?

Det var vurderingen, at der fra projektets start til dets afslutning skete en ændring af holdning på disse punkter. Blandt de involverede ansatte blev der hurtigt fokus på, at patienter med større vanskeligheder havde brug for mere tid og støtte i rehabiliteringsforløbet, for at få tilnærmelsesvis det samme udbytte som patienter med et højt uddannelsesniveau, godt netværk og evnen til at få samlet og omsat relevante informationer i sundhedsvæsenet. Forhold om stigmatisering blev afkræftet ved at fokusere på, hvordan patienterne rent faktisk reagerede på de umage tilbud, og ophørte med at være et tema for gruppen relativt kort inde i projektperioden. Der var ingen negative reaktioner på denne forfordeling blandt patienterne.

Var aktiviteten kompleks?

Det er langt vanskeligere at sprede en kompleks og indviklet aktivitet end en enkelt. Fuldt udbygget hjerterehabilitering var en kompleks aktivitet. Der var mange faglige delelementer, patienterne skulle opleve det som en helhed, der skulle være en ensartet tilgang til patienterne for at opnå troværdighed overfor hele programmet, og det var svært at identificere effekten af alle enkelte dele. Med fokus på et mere glidende forløb for patienterne fra indlæggelse og frem til vedligeholdelsesfasen mellem de faggrupper og organisationer patienten mødte, var socialt differentieret rehabilitering en overordentligt kompleks aktivitet. Det betød, at det var svært at få til at forløbe glat, da der var mange muligheder for fejl og misforhold.

Kunne aktivitetens mål og elementer kommunikeres?

En kompleks aktivitet er samtidig vanskelig at kommunikere. Det var således vigtigt at komme frem til enkle mål og sammenhænge som kunne kommunikeres, vel vidende at meget ville gå tabt ved denne forenkling. Projektet havde forsøgt at kommunikere det endelige mål om lighed i hjertesundhed og vigtigheden af at fastholde patienter i hjerterehabilitering ud fra den betragtning, at hjerterehabilitering kun virkede, hvis patienten mødte frem. Der var således bygget ovenpå et vel-etableret fagligt område, der havde dokumenteret effekt af almindelig hjerterehabilitering. Var der ikke et fagligt accepteret ståsted at arbejde ud fra, ville den socialt differentierede tilgang have været vanskelig eller umulig at gennemføre i sygehusvæsenet. Det har derfor været vigtigt at vælge hjerterområdet som et veldokumenteret og fagligt velfunderet område som genstand for ideen om yderligere gevinst ved social differentiering i sygehusvæsenet.

Næste lag i kommunikationen var opbygningen og metoderne i den socialt differentierede tilgang. Med udgivelse af en manual for opbygning af dette program håbede vi at videregive redskaber, som kunne inspirere andre (3). Den tilgang, som er anvendt i dette projekt, er én tilgang, der kan være mange andre måder at organisere sig på.

Det har således været vigtigt at formidle løbende om projektet blandt sygehusansatte på hjerterområdet. Dette kunne have været optimeret med flere løbende skriftlige formidlinger om projektets mål og metoder.

Var der tid nok til at afprøve og sprede ideen?

Der har været tid i projektet. Både til udvikling, afprøvning og løbende herefter at udbrede ideen ved oplæg, foredrag og skriftlig fremstilling. Projektet brugte et år til etablering af kontakt med Medicinsk Kardiologisk Afdeling A og opbygning af styregruppe. Herefter blev der ansat en projektkoordinator, som kunne foretage specialevurderinger og udfolde grundideen til et egentligt hjerterehabiliteringsprogram. Det tog yderligere et år. Personalet på afdelingen blev involveret, der blev udarbejdet kontrakter og ansættelser, og specifikke procedurer blev udarbejdet i løbet af det næste ½ år. Først herefter gik afprøvningen i gang på afdelingen i september 2002 og forløb frem til december 2005.

Der blev bevidst afsat tid til afprøvning, justering og evaluering undervejs – og de ansatte i projektet blev ansat med den forventning, at de også skulle indgå i formidling af arbejdet til fagfæller. Der blev afsat tid til team-møde to timer hver 14. dag, hvor vurdering og erfaringsudveksling mellem personale og involverede organisationer samt uddannelse var på dagsordenen. Projektkoordinator havde ikke patientkontakt, og havde derfor mulighed for at bruge tid på aktiviteter omkring etablering, justering og formidling. Projektkoordinator var ansat på Center for Folkesundhed, også efter projektets afslutning.

Afprøvelighed – kunne man gå tilbage til det gamle?

Idet socialt differentieret hjerterehabilitering byggede på den eksisterende rehabilitering var det let at afprøve. Jo større om-

organisering – des sværere ville det have været at acceptere et nyt program. For igangsætningen har dette været et stort plus. Der var ingen større omorganiseringer på nogen af sygehusets afdelinger eller i nogen af de eksisterende procedurer. Der blev lagt procedurer oveni, som kunne afskaffes igen, hvis projektet skulle vise sig uladsiggørligt eller uvirksomt.

Kunne aktiviteten deles op i enkelt komponenter?

Hjerterehabiliteringen bestod netop af mange enkelte komponenter. For implementering var det et plus, fordi personalet havde mulighed for at lægge vægten på enkelte dele ud fra egne præferencer og kunnen. Det er en naturlig proces at mennesker, for at tilegne sig arbejdsopgaver, ønsker at sætte sit eget præg på dem, og kan tilrettelægge sit arbejde her ud fra. For virkningen af hjerterehabilitering var det potentielt et minus. Dele, som var planlagt til at blive gennemført, kunne prioriteres ned og andre op. Det var f.eks. vanskeligt at nå til enighed om, at alle patienter skulle have aftalt tid med egen læge ved medlemkomst af Rehabiliteringsenheden. Sygeplejerskerne vurderede, at det ikke var patienternes ønske, og at det var bedre at patienterne selv skulle bestille tid, og gjorde dermed ikke det, der var styregruppens beslutning.

Ved implementering af et færdigt program, som har vist sig virkningsfuldt, vil det yderligere være et minus. Programmer bliver ”genopfundet”, når de implementeres af andre end de, der har været medudviklere. Det vil sige, at evaluerede effektive programmer muligvis kommer til at mangle nødvendige elementer, så det ikke

virker lige så effektivt i en anden organisation. Effektueringen, og dermed potentielt effekten, af den type sammensatte programmer vil altså være kontekstafhængige. Jo mere kompleks og sammensat, des større kontekstafhængighed.

Forpligtelsesgrad?

Graden af forpligtigelse ved socialt differentieret hjerterehabilitering var ligeledes både et plus og et minus. En høj forpligtelsesgrad vil være positivt for videreførelsen af et eventuelt virksomt hjerterehabiliteringsprogram, men negativt for at en organisation overhovedet vil kaste sig ind i aktiviteten fra første færd. Der skal derfor findes en balance mellem forpligtigelse og eksperimentel/forskningsmæssig involvering. Det blev løbende debatteret hvordan socialt differentieret hjerterehabilitering kunne videreføres, hvis programmet fungerede efter hensigten.

I den tidlige planlægning af projektet var denne involvering indtænkt ved ansættelser på Århus Sygehus. De fleste lønnede i projektet, var rekrutteret blandt ansatte i Rehabiliteringsenheden, som halvdelen af tiden varetog grundfunktioner, og den anden halvdel af tiden varetog udvidet hjerterehabilitering. Udgifter til de ekstra dele i udvidet hjerterehabilitering og mødeaktivitet i projektet var finansieret udefra. Ideelt set havde en delt finansiering af udvidet hjerterehabilitering været bedre, men det var ikke muligt at forhandle igennem til en start. Den eneste projektansatte i patientkontakten var sygeplejersken der stod for registrering, patientrekruttering og styring af spørgeskemainsamlingen. Det vil sige en funktion, der delvist ville forsvinde efter projektperioden. På den

måde voksede kompetencerne ind i afdelingen og forblev blandt de ansatte samtidig med, at de ansatte ønskede aktiviteten fortsat efter projektperioden.

Alle aktiviteter for patienter i Hjerteforeningens Hjertecenter Århus var finansieret af projektet. Foreningen bidrog med ressourcer ved mødedeltagelse i udvikling og evaluering af projektet. Ved afslutningen af projektperioden ville der opstå tomrum til videreførelse af færdighedstræning for patienter. Aktiviteter og kontakt til Århus Kommunes Lokalcentre kostede derimod ikke noget, og var ikke udviklet specielt til projektet. Her var en let videreførelsesmulighed efter projektperioden, idet patienter blev henvist til Lokalcentrums eksisterende aktiviteter. Lokalcetret var så at sige forpligtiget til aktiviteterne via sit normale virke, og projektet søgte at integrere så mange elementer af eksisterende virke i vedligeholdelsesfasen som muligt.

For praktiserende læger var der søgt accept af deres funktion gennem Udvalget vedrørende Multipraksisundersøgelse i Den Almindelige danske Lægeforenings, Praktiserende Lægers Organisation. Udvalget vurderede arbejdsomfanget for de praktiserende læger, og udsendte en anbefaling af praktiserende lægers deltagelse, som blev fremsendt til de praktiserende læger i optageområdet. Denne forpligtigelse var meget vigtig for projektet og kunne opnås, fordi de fleste funktioner allerede blev dækket af praktiserende lægers eksisterende ydelser, og kun i ringe grad stillede ekstra fordringer til aktivitet. I det omfang, der var ekstra ydelser, blev det dækket af den offentlige sygesikring i

form af honorering af f.eks. ½ times forebyggende helbredssamtale eller depressionsudredning. De praktiserende læger blev ikke bedt om urealistisk stor forpligtelse.

Forpligtelsesgraden og forpligtelsespresset var således forskelligt fra den ene faggruppe og organisation til den anden. Højest og samtidigt lettest var forpligtelsesgraden i de faggrupper, der fortsatte med deres normale funktioner – men til gengæld var de mindre involverede i udvikling og ændring af praksis. Jo større involvering – jo større mulighed for ejerskab og dermed gennemførelse af de foreslåede aktiviteter.

En kontrakt og klart definerede opgaver for de ansatte sygeplejersker på Århus Sygehus var nødvendig for implementeringen. Der blev indgået skriftlig aftale om antal timer og arbejdsopgaver for samarbejdsrelationerne samt økonomisk ansvar, hvis der skulle opstå sygdom i personalegruppen.

De enkelte opgaver for hver personalegruppe i den udvidede hjerterehabilitering blev ligeledes beskrevet så detaljeret som muligt. Dokumenter om arbejdsfunktioner i alle dele af hjerterehabiliteringen fremgår af *Manual: I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret rehabilitering*, som er udgivet i forbindelse med denne rapport (3).

Mulighed for løbende modifikation?

Idet socialt differentieret hjerterehabilitering var et udviklingsprojekt, var der relativt store muligheder for løbende modifikation. Personalet var direkte involveret i

tilrettelæggelsen og justering af programmet. Det var en stor fordel for engagementet i personalet omkring projektet. Et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor dele af programmet ikke kom til at fungere som vi troede, eller der ikke var de behov blandt patienterne som vi forventede, ville ikke have kunnet være modificeret. Det ville være bundet af designet.

Gennem hele udviklingsfasen blev der tænkt i en cirkulær målplanlægning:

- » Analyse af behov gennem litteratur og Audit
- » Planlægning af aktiviteter
- » Beslutning af indsats
- » Implementering
- » Evaluering i Audit
- » Observationer og ny analyse af behov

Den løbende inddragelse af personalet i modifikation i arbejdet styrkede ejerskabet. Til gengæld præsenterede det ikke så stærkt et design som et randomiseret forsøg. Der blev i stedet etableret historisk kontrolgruppe med patienter, som alle havde været gennem hjerterehabilitering i årene før indførelse af socialt differentieret rehabilitering.

Selve interventionen blev modificeret, men styregruppen og team-gruppen blev ikke revideret i overensstemmelse med modificering af program. I forbindelse med at arbejdsfastholdelse blev evalueret som mindre vanskelig end ventet for hjerterepatienter og faldt ud som selvstændigt interventionspunkt, blev der f.eks. ikke ændret på styregruppen. Omvendt blev diætisterne og fysioterapeuterne ikke senere involveret i styregruppen eller teamgruppen, selv om disse gruppers arbejde

var meget vigtigt for den samlede rehabilitering. Ligeledes blev projektets tredje rehabiliteringsfase i Hjertereforeningens Hjer-tecenter Århus suppleret med aktiviteter i Århus Kommunes Lokalcentre for pa-tienter på pension, da patienterne ikke var så villige som ventet til at deltage i Hjer-tecentrets tilbud. Disse ting burde have medført ændringer i gruppesammensæt-ningerne og kunne potentielt have givet større konflikter i samarbejdet, når nogle faggrupper/organisationer sammen med aktiviteter prioriteres op og ned. Det gav anledning til diskussioner og små konflik-ter om vægtning af enkeltorganisationers tilbud, men ikke så store konflikter mel-lem organisationer eller faggrupperne, som det kunne have gjort. Alle faggrupper og organisationer bidrog konstruktivt og interesseret i patienternes samlede udbyt-te, og hvordan organisationerne kunne ar-bejde fra den position de havde i projek-tets organisering.

Var aktiviteten fysisk synlig?

Ideen om socialt differentieret hjertere-habilitering nyder ikke den fysiske syn-lighed som f.eks. et medicinsk præparat. Pillen virker eller den virker ikke. Om-vendt har karkirurgi en større synlighed og umiddelbar personlig effekt for pa-tienten end medikamentel behandling. Jo længere væk en personlig henførbart virkning ligger, des mindre fysisk synlig-hed, des svagere vil gennemførligheden være. Hjerterehabiliteringen havde, med sin komplekse struktur, dele, der var langt mere synlige end andre. Fysisk aktivitet var meget synlig, når man først var nede i underetagen, hvor det foregik, men ikke synlig umiddelbart i Rehabiliteringsen-heden. Diætistsamtalerne havde madpro-

dukter som synlighedsfaktor og lægerne medikamentel behandling. Det svageste led synligheds-mæssigt var kommunikati-onsindsatsen, som blev varetaget af disse faggrupper, og som sygeplejerskernes ind-sats udelukkende bestod af. Rygestopin-tervention bestod af samtale, forståelse af kroppens reaktioner bestod af samtale, og sygeplejerskens funktion i socialt differen-tieret rehabilitering, med at skabe sam-menhæng i sundhedsvæsenet og benyt-te motiverende kommunikationsformer overfor patienten, var slet ikke synligt, så længe det fungerede.

Socialt differentieret hjerterehabilitering stod ikke særligt synligt frem i dette bil-lede, med mindre der blev kommunikeret og spredt oplysninger om dets eksistens, berettigelse, grundlag, metoder og resul-tater.

Opsummerende om udviklings- og projektfasen

Samlet set var det ikke en let opgave at sprede ideen om socialt differentieret hjerterehabilitering, men med stort enga-gement og involvering blandt deltagerne lykkedes det at nå et langt stykke indenfor projektets rammer.

- » Det lykkedes at etablere et socialt differentieret hjerterehabiliterings-program, hvor medarbejderne på afdelingen så en relativ fordel i det nye program
- » Et samarbejdsprojekt med mange organisationer og faggrupper rummer stor risiko for forfordeling af opmærk-somhed mellem samarbejdsparterne. Der har været diskussioner, og der blev kaldt på opmærksomhed fra deltagere,

som ønskede at være mere involveret. Projektet har forsøgt at være opmærksom på dette

- » Socialt differentieret indsats har bevidst skubbet til normerne om lige adgang i sundhedsvæsenet. Denne tanke har fundet større accept
- » Hjerterehabilitering var en kompleks aktivitet, med mange usynlige elementer, der fik forløbet til at glide. Det svækkede chancen for accept og spredning af ideen
- » Alene af den grund var det vanskeligt at formidle. Der har været lagt vægt på formidling af idégrundlag og metoder i processen
- » God tid til udvikling, afprøvning og spredning af ideen var vigtig
- » Socialt differentieret hjerterehabilitering blev etableret, så det var muligt at afprøve. Det var en styrke for igangsætning og accept i organisationen
- » Aktiviteten kunne deles op i enkeltelementer, som i implementeringen blev vægtet højere eller lavere – hvilket var en styrke, da elementerne viste sig at være af forskellig praktisk anvendelighed ud fra patienternes synspunkt eller personalets synspunkt
- » Der har været en vis forpligtelsesgrad i udviklings- og projektfasen. Disse forpligtelser blev overholdt frem til implementeringen. Dog har det ikke været indarbejdet og kontraktsliggjort under hvilke omstændigheder forsøget skulle forankres
- » I et udviklingsprojekt som dette var der god mulighed for løbende modifikation, som fremmede ejerskabet og styrket engagementet i implementering fra personalets side

- » Modifikation af programindhold havde indflydelse på fylden af de enkelte faggrupper og organisationer, og burde påvirke sammensætning af styre- og teamgruppen. Det medførte færre konflikter end det kunne have gjort, men bør tænkes med i fremtidige projekter
- » Der var ingen fysisk synlighed på socialt differentieret rehabilitering til forskel fra den eksisterende rehabilitering. Dette svækkede chancen for at omverdenen “fik øje på aktiviteten”, og stillede større krav til formidling af idégrundlag og metoder.

Gennem arbejdet tilstræbte gruppen at arbejde efter principper om:

- » Etablering af struktur, hvori der kunne tages beslutninger
- » Etablering af et projektteam med personer, der kunne løse opgaven
- » Afsættelse af tid, plads og ressourcer til arbejdet
- » Investering i samarbejde og social udvikling af styregruppe og projektteam
- » Cirkulær målplanlægning – patientudbytte var målestok
- » At sætte milepæle og en plan for arbejdet med opsamlinger på Audits
- » Selv-evaluering og rapportering – ligeledes gennem Audits, der kunne have været rapporteret tidligere og med mere skriftlighed
- » At holde kontakt med og involvere sygehusets øvrige organisationer. Denne kontakt burde have været mere formaliseret og løbende
- » At overføre oplevelser og resultater til faggrupper indenfor rehabiliteringsområdet

- » At udvikle lederskab, der passede til projekt-kulturen
- » Ekstern støtte gennem træning og konsultation af personale i løbende kurser om pædagogik

Disse principper er beskrevet i Grossmann R & Scala K (1).

Forankring

De involverede organisationer og faggrupper havde vidt forskellige betingelser for videreførelse. De mest følsomme i forankringsfasen var de, der var oppebåret af eksterne midler til projektfasen.

Århus Sygehus

I udviklings- og implementeringsfasen blev det beskrevet, at det ikke var opfattelsen, at projektet fik indflydelse på sociale relationer på afdelingsniveau indenfor Århus Sygehus i et sådant omfang, at det truede andre indsatsområder for patienter i afdelingen. Ved at fokusere på hjertepatienter med blodprop i hjertet og hjerterehabilitering, tog man potentielt fokus fra andre patientgrupper og dermed lægefaglige specialer eller afdelinger. I det omfang projektet blev oppebåret af udefrakommende midler var en sådan trussel minimal, men i forankringsfasen blev spørgsmålet atter aktiveret. Der skulle igen prioriteres mellem sygehusets ressourcer til patientgrupper.

En prioritering af indsatsområder var helt nødvendig for at dække patienter og specialer indenfor sundhedsområdet, der havde størst behov. Det var nødvendigt at fremvise resultater, der beviste en sundhedsmæssig nytteværdi for patienten eller

en økonomisk kost-effektivitet for sygehuset og samfundet. Effekt i form af sygelighed, dødelighed, re-MI og genindlæggelser fordrer et antal års opfølgning for at kunne sandsynliggøres. Uanset succes med at tiltrække og fastholde patienter i hjerterehabilitering, som kunne ses umiddelbart efter implementeringen, var der en tidsperiode mellem indsats og resultater, som fik betydning for beslutning om forankring.

Socialt differentieret hjerterehabilitering blev som helhed ikke forankret på Århus Sygehus. Som det fremgår af udviklings- og projektfasen blev der ikke skrevet en egentlig kontrakt for videreførelse af socialt differentieret hjerterehabilitering, efter at den eksterne økonomiske støtte udløb med udgangen af projektfasen 31.12.2005.

Gennem projektforløbet samarbejdede styregruppen med den daværende rehabiliteringsoverlæge om mulighed for forankring. Overlægen arbejdede på at omfordele ressourcerne mellem grund- og udvidet hjerterehabilitering frem til sin afgang fra afdelingen i sommeren 2005. En række grund-patienter havde nok i tre besøg hos sygeplejerske, mens patienter i udvidet rehabilitering behøvede fem eller flere besøg. En sådan yderligere differentiering mellem patienter ville indvinde nogle sygeplejersketimer. Det blev beregnet at videreførelse i sygehusregi ville koste det, der svarer til en 35 timers sygeplejerskeløn om ugen, for cirka 110 hjertepatienter årligt.

Efter afslutningen på projektperioden var det derfor op til den administrerende

overlæge at afgøre, hvorvidt socialt differentieret hjerterehabilitering kunne forankres og gå i drift. Der var imidlertid andre patientgrupper, som var oversete eller lige så trængende, så afdelingen valgte ikke at prioritere videreførelse indenfor den økonomiske ramme, den havde. Et møde med sygehusledelsen, hvor ønsket om videreførelse blev drøftet, ændrede ikke denne prioritering. Indstillingen var, at økonomien skulle findes indenfor afdelingens egne ressourcer. Socialt differentieret hjerterehabilitering blev derfor indstillet fra 2006. Der blev i sygehusbudgettet for 2007 under Region Midtjylland anmodet om ekstra midler til at genindføre princippet i fuld udfoldelse, denne anmodning blev ikke imødekommet. Ved start af projekter, der som mål havde at indføre nye regimer i sygehusvæsenet, vil det ideelle være at kontraktliggøre betingelser for implementering og succeskriterier, som skal opnås for forankring. En sådan kontrakt blev ikke indgået for socialt differentieret hjerterehabilitering, men burde skrives med afdelingsledelsen eller sygehusledelsen.

Socialt differentieret indsats i sygehusvæsenet blev indskrevet som hensigt i sundhedsplaner for i Århus Amt i 2005. Ideen om at arbejde socialt differentieret er videreført i Region Midtjyllands sundhedspolitik i 2007. Det er således lykkedes at promovere socialt differentieret indsats i de generelle sundhedsaftaler mellem Region Midtjylland og de 19 kommuner i regionen. Det vil sige personalet med daglige arbejdsfunktioner og det politiske beslutningsniveau var positive overfor socialt differentieret hjerterehabilitering, men prioriteringen blev en anden i det

mellemliggende ledelsesniveau på sygehus og afdeling.

Faggrupperne indenfor Århus Sygehus arbejdede videre med de ressourceneutrale elementer i socialt differentieret hjerterehabilitering. Opmærksomheden på at alle patienter fik et rehabiliterings tilbud var omkostningsfrie, de pædagogiske tiltag der blev gjort kunne uhindret fortsætte, og personalet kunne indenfor deres rammer søge at give lidt mere opmærksomhed til patienter de spottede som udsatte i rehabiliteringsprocessen. Der kunne stadig gives informationer til patienter om muligheder i tredje rehabiliteringsfase i Hjerteforeningens Rådgivningscenter Århus, hos Lokalcentre og hos egen læge. Personalet havde på forhånd opmærksomhed på overgangen til tredje rehabiliteringsfase, den opmærksomhed og kontaktfrembringelse blev forstærket under projektperioden og bibeholdt efterfølgende.

Egen læge

Medicinsk opfølgning, forebyggende helbredssamtale, udredning af eventuel depression og behandling eller henvisning til psykolog var alle standardydelser hos den praktiserende læge, og blev dermed ikke påvirket af projektets ophør. Der kunne fortsat henvises til ½ times forebyggende helbredssamtale hos egen læge for alle patienter, der havde behov. Alle patienter med tegn på depression blev fortsat udredt hos egen læge, men der var ikke nogen systematisk henvisning til specifikke opfølgninger ud over de medicinske. Da patienterne ikke screenes systematisk for angst og depression på Århus Sygehus er denne ydelse minimeret.

Hjerteforeningens Rådgivningscenter Århus

Ligesom Århus Sygehus var Hjerteforeningens Rådgivningscenter Århus helt afhængig af økonomiske ressourcer til videreførelse af de organiserede tilbud til patienter i udvidet hjerterehabilitering. Rådgivningscenteret tilbød fortsat patienter at komme ind fra gaden og få en gratis samtale på linie med andre borgere.

Gruppeforløb á tre gange for patienter i udvidet rehabilitering i regi af Hjerteforeningens Rådgivningscenter Århus blev nedlagt allerede i løbet af projektperioden. Alle andre tilbudte aktiviteter som rygeophør, motion, afspænding og aktiviteter om kost, eksisterede forud for det socialt differentierede tilbud og fortsatte dermed, men mod betaling fra patienterne.

Århus Kommunes Lokalcentre

Alle aktiviteter for borgere på pension i lokalområdet var gratis på Lokalcentrene. Som hos Hjerteforeningens Rådgivningscenter Århus blev patienterne indbudt til de aktiviteter, der i forvejen eksisterede på Lokalcentret. Men i modsætning til Hjerteforeningens Rådgivningscenter Århus' aktiviteter var Lokalcentrenes aktiviteter gratis for disse hjertepatienter. Det betød, at henvisning fra Århus Sygehus fortsat kunne kanaliseres derhen for denne patientgruppe. Henvisning kunne foregå både for patienter i grund- og udvidet hjerterehabilitering.

Få aktiviteter forankret

Den økonomiske uafhængighed af projektperioden var således et plus i videreførelsen men krævede, at der var kræfter på Århus Sygehus' Rehabiliteringsenhed,

der systematisk stod for henvisning af patienter til ydelserne, og at organisationerne var opmærksomme på systematisk at tiltrække hjerterehabiliterede patienter og fastholde dem i attraktive tilbud. Samlet set var det få elementer fra det socialt differentierede hjerterehabilitering, der blev forankret. Det var dog en styrke, at personalet på Århus Sygehus har haft så stort ejerskab til projektet, at de indenfor deres rammer efterfølgende har forsøgt at tilgode de udsatte patienter så godt de kunne. Det har været muligt, idet den fortsatte hjerterehabilitering stadig tilrettelægges individuelt. Det individuelle tilsnit har hele vejen igennem været en fordel for de udsatte patienter, og vil fortsat være det.

Litteratur

1. Grossmann R & Scala K. *Health Promotion and Organizational Development. Developing Settings for Health*. WHO Regional Office for Europe. European Health Promotion Series No. 2. 1993.
2. Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. Fourth edition. Free Press, New York 1995.
3. *Manual: I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret hjerterehabilitering*. Hjerteforeningen og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland 2007.

Perspektiver for social differentiering

Socialt differentieret hjerterehabilitering i Region Midtjylland

I det daværende Århus Amt var der politisk interesse for arbejdet med social ulighed i sundhed. Med Amtets sundhedsplan for 2005 blev det besluttet, at der skulle arbejdes for socialt differentieret indsats på hjerteområdet samt for andre patientgrupper i sygehusvæsenet (1).

Fokus på social ulighed i sundhed er fortsat højt prioriteret nationalt, regionalt og kommunalt. I den generelle sundhedsaftale mellem Region Midtjylland og de 19 kommuner i regionen er et af indsatsområderne i kapitlet om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, social ulighed i sundhed: *Hospitaler, almen praksis og kommuner kan samarbejde om specifikke indsatser rettet mod socialt udsatte og sårbare grupper. De kan endvidere samarbejde om at udvikle og gennemføre socialt differentierede tilbud, der tager højde for menneskers muligheder for deltagelse heri* (2).

Regionsrådet i Region Midtjylland har besluttet at nedsætte midlertidige underudvalg på sundhedsområdet, som skal beskæftige sig med udvalgte prioriterede temaer. Et af de temaer, der er udpeget for 2008, er sociale forskelle i sundhed. De

erfaringer, som er høstet i projektet om socialt differentieret hjerterehabilitering, kan indgå i udvalgets arbejde, som påbegyndes i juli 2008.

Der er således opbakning til tanken om social differentiering både blandt det kontaktbærende personale og i det regionalpolitiske system. Det kræver både økonomisk, faglig og ledelsesmæssig prioritering på afdelings- og hospitalsledelsesniveau at igangsætte et sådant tilretningsarbejde med eksisterende hjerterehabilitering. Ikke alle hospitaler eller kommuner har et fuldt udbygget hjerterehabiliteringstilbud til hjerterpatienter i deres område, sådan som sundhedsloven foreskriver. Ved etablering af et hjerterehabiliteringstilbud vil det være oplagt at medtage tanker om, hvordan et sådan tilbud kan tilrettes socialt differentieret.

Tilrettelæggelse af hjerterehabilitering i Danmark

Socialt differentieret hjerterehabilitering bygger på de nationale retningslinier for Hjerterehabilitering i Danmark (3). Hjerterehabilitering kan etableres ud fra de givne anbefalinger, udgivet i publikationen *Hjerterehabilitering på danske sygehuse* udgivet af Dansk Cardiologisk Selskab, Hjerteforeningen og Netværk af Forebyggende sygehuse i Danmark i 2004 (4).

Det er muligt at indføre systematisk screening og med relativt enkle midler forøge chancen for at socialt udsatte patienter gennemfører hjerterehabilitering. Der er stor risiko for at udsatte patienter falder fra i overgangen mellem organisationer eller at vigtige informationer for kontinuiteten ikke finder vej over sektorgrænser. Ud fra resultater af forsøget *I gang igen efter blodprop i hjertet* ser det ud til, at koblingen mellem hjertelæge og de øvrige rehabiliteringselementer i et synligt sammenhængende tilbud er vigtigt for deltagelsen blandt patienterne. Denne kobling og synlighed er meget vigtig at overveje, hvis hjerterehabiliteringens Fase 2 skal udbydes i kommunalt regi. Ligeledes vil systematisk og enkel kommunikation af patientens situation og forebyggende tiltag mellem forskellige faggrupper være vigtig for kontinuiteten.

I Netværk af forebyggende sygehuse i Danmarks og Hjertereforeningens publikation *Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen*, om etablering af et sammenhængende patientforløb, udfoldes ideer om, hvordan arbejdsdelingen i hjerterehabiliteringen kan se ud i et fremtidigt scenarium (5). Efter strukturreformen er det fortsat den sygehusafdeling, der behandler hjertepatienten, der har pligt til at vurdere den enkelte patients individuelle behov for hjerterehabilitering og forebyggende medicinsk behandling.

Sundhedsloven giver i § 119 kommunerne ansvar for den del af patientrettet forebyggelse, som ikke er en integreret del af behandlingen på sygehus eller i almen praksis (6).

Socialt differentieret hjerterehabilitering skal tilrettelægges på sygehus, i almen praksis og i kommunen. Med udgangspunkt i model for rehabilitering fra *Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen* kan enkeltelementerne organiseres på følgende måde: **Se side 111.**

Der bør indgå en kontaktperson for udsatte patienter, der følger helt til dørs fra indlæggelsen til overgang ved Fase 2 eller 3 i kommunen. Ca. halvdelen af hjertepatienterne kan forventes at falde under denne kategori. De udsatte patienter er særligt følsomme for skift i personalet og de fysiske rammer. I projektet var denne kontaktperson en sygeplejerske, der bandt alle rehabiliteringens elementer, og eventuelle andre behandlere for patientens andre lidelser, sammen i et sammenhængende hele for patienten. I de konkrete patientforløb for de gennemførte Medicinske Audits havde kun få af de involverede praktiserende læger kunnet udfylde den rolle for udsatte patienter. En sådan funktion krævede bl.a. opsøgende arbejde overfor patienterne. Det kan overvejes at ansætte personale, der kan følge patienten fra rekruttering under indlæggelsen, over Fase 2 og Fase 3 i hjerterehabiliteringen.

Social differentiering i hjerterehabilitering ligger således i forlængelse af de etablerede retningslinier. De involverede faggrupper og organisationer kan med enkle midler indføre screenings-instrumenter, og det er muligt at indarbejde en pædagogisk praksis i sygehusvæsenet, der imødekommer udsatte patienter. Effektiviteten, og et mål om at nå alle indlagte patienter, afhænger af en systematisk indsats. Indførelse af

	Fase 1 Sygehus	Fase 2 Sygehus	Fase 2 Kommune/ Almen Praksis (AP)	Fase 3 Kommune/ Almen praksis (AP)
Visitation og planlægning af individuelt rehabiliterings-program	Inden udskrivelsen: Aftale om opfølgning og vurdering af behov for rehabilitering Rehabiliterings-type grund eller udvidet	≤ 2 uger efter udskrivelse: Revurdering af behov for rehabilitering	≤ 2 uger efter udskrivelse: Revurdering af behov for rehabilitering	
Symptomatisk og forebyggende medicinsk behandling	Medicinsk behandling påbegyndes	Optimering og kontrol af den medicinske behandling ved hjertelæge	Optimering og kontrol af den medicinske behandling ved hjertelæge og AP	Opfølgning i AP Informations-tilbud i kommunalt regi
Patientinformation og undervisning	Motiverende samtale inden udskrivelse	Individuelt (gruppe-baseret)	Individuelt (gruppe-baseret) Færdigheds-træning	
Rygestopvejledning	Forebyggelses-samtale	Rygestop-instruktion	Rygestop-instruktion	Opfølgning i AP eller kommunalt regi
Kostvejledning	Information og motivation	Vejledning	Vejledning Færdigheds-træning	Opfølgning i AP eller kommunalt regi
Fysisk træning	Information og motivation	6-8 ugers træning indledt og afsluttet med test	6-8 ugers træning indledt og afsluttet med test	"Udslusning" til lokale tilbud og fastholdelse i lokale tilbud
Psykosocial støtte	Samtaler med patient og pårørende	Samtaler med patient og pårørende Screening for depression. Evt. socialrådgiver- og psykologbistand	Samtaler med patient og pårørende Screening for depression ved AP Evt. socialrådgiver- og psykologbistand	Opfølgning i AP, Kommunalt regi
Kontrol, opfølgning og vedligeholdelse		Afsluttende kontrol efter rehabiliterings-forløbet	Afsluttende kontrol efter rehabiliterings-forløbet ved hjertelæge og AP	Evt. udslusning Opfølgning i AP eller i kommunalt regi

Tabel 1. Socialt differentieret hjerterehabilitering og mulig placering af delelementer

bløde værdier som social differentiering kræver således hård systematik.

Social differentiering – perspektiver for andre patientgrupper

Sundhedsstyrelsen har som tidligere nævnt udsendt udkast til forløbsprogrammer for kronisk syge til høring i 2007 (7). I det fremsendte høringsudkast indgår værktøj og målopnåelser indenfor klinisk dokumenterede enkeltelementer for den pågældende kroniske sygdom. Det vil være både vigtigt og oplagt at indarbejde sociale parametre for tildeling af differentierede ydelser blandt de instrumenter, som skal indgå i sådanne forløbsprogrammer. Disse ydelser bør inkludere en pædagogisk dimension samt standardisering af skabeloner om programforløb, motivation, patientmål og målopnåelse til formidling mellem faggrupper og organisationer.

Elementer af socialt differentieret hjerterehabilitering kan overføres på områder som gigt, KOL, diabetes og kræft. Tilrettelægges sådanne forløb individuelt som i dette projekt, vil det være muligt at etablere forløb for patienter, der tilhører mindre sygdomsgrupper, som har lige så store konsekvenser for patienten, men hvor sundhedsvæsenet ikke har etablerede rehabiliterings- eller genoptræningsprogrammer.

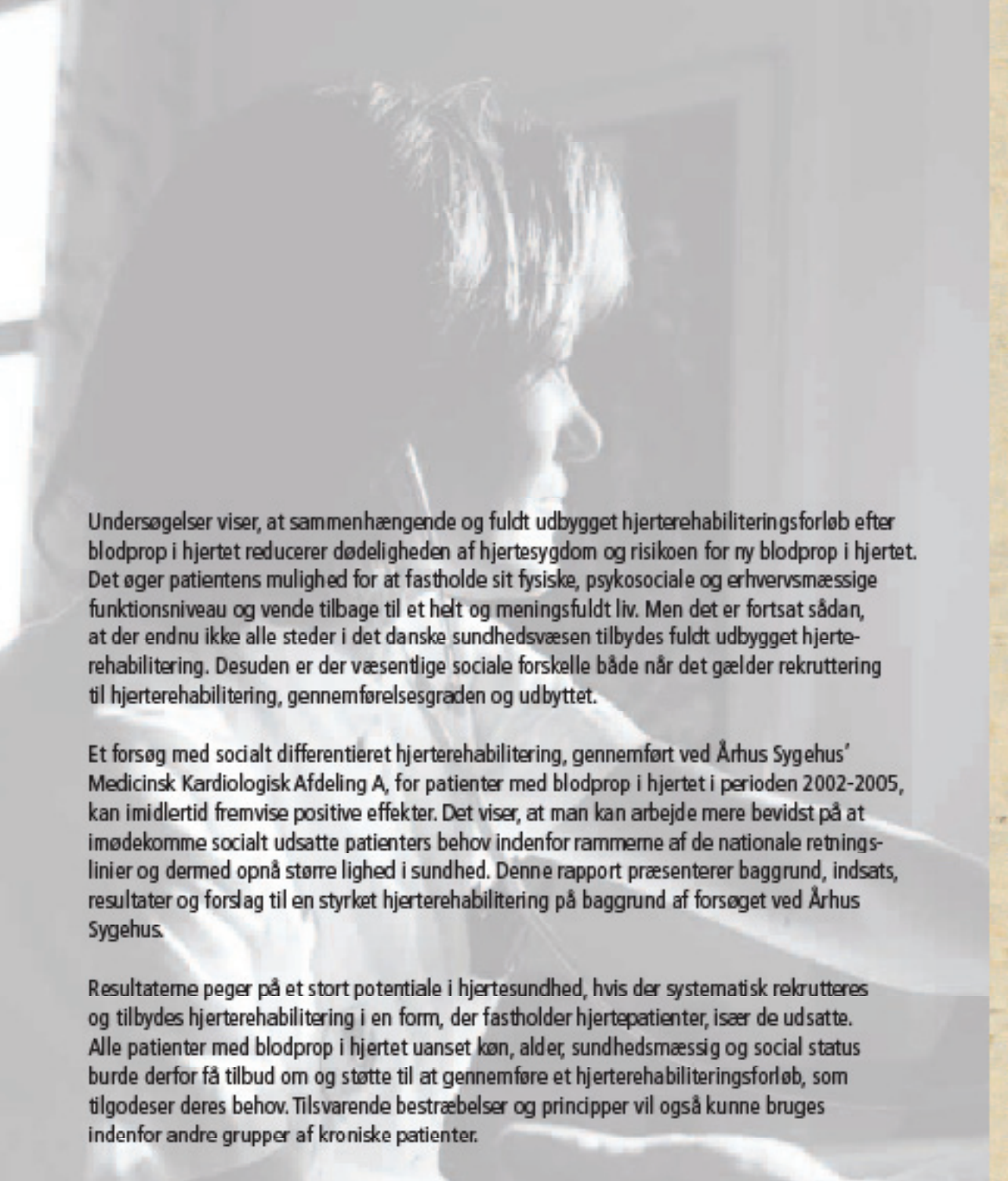
Der vil dog være forskelle i sygdommenes potentielle konsekvenser for patienten, grad af trussel på livet, omfang af medicinsk og kirurgisk behandling samt i kompleksitet. Hver sygdomsgruppe må vurderes separat, men reaktionsmønstre i

til- og fravalg af rehabilitering, belastninger i livet og muligheder for ændringer af hverdagen med sygdom vil være de samme for andre kroniske patienter. Tilsvarende vil kontaktsygeplejersken og redskaber til sikring af kontinuiteten kunne være de samme.

Årsager til social ulighed i sundhed kan ikke fjernes, men sundhedsvæsenet kan mere bevidst og systematisk arbejde for ikke at øge uligheden yderligere. Lige og fri adgang til sundhedsvæsenets ydelser giver ikke automatisk lighed i sundhed. Hvis den enkelte patient skal have lige mulighed for at få fuldt udbytte og opnå sundhed, skal man tilpasse tilbuddene til den enkeltes forudsætninger og vilkår.

Litteratur

1. *Århus Amts Sundhedsplan. Politikker, planer og strategier for sundhedsvæsenet i Århus Amt.* Vedtaget af Århus Amtsråd 1. marts 2005.
2. Sundhedsaftaler mellem 19 kommuner og Region Midtjylland 2007.
3. *Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse.* Center for Forebyggelse og Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen, 2004.
4. *Hjerterehabilitering på danske sygehuse.* Sekretariat for netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Hjertereforeningen i samarbejde med Dansk Cardiologisk selskab, 2004.
5. *Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen. Rehabilitering og sammenhængende patientforløb for kronisk syge. Inspiration til kommuner, regioner, almen praksis, sygehuse m.fl..* Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Hjertereforeningen, 2007.
6. *Sundhedsloven.* Lov nr. 546 af 24. juni 2005.
7. *Forløbsprogram for kronisk sygdom – udkast til høring.* Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen 26. januar 2007.



Undersøgelser viser, at sammenhængende og fuldt udbygget hjerterehabiliteringsforløb efter blodprop i hjertet reducerer dødeligheden af hjertesygdom og risikoen for ny blodprop i hjertet. Det øger patientens mulighed for at fastholde sit fysiske, psykosociale og erhvervsmæssige funktionsniveau og vende tilbage til et helt og meningsfuldt liv. Men det er fortsat sådan, at der endnu ikke alle steder i det danske sundhedsvæsen tilbydes fuldt udbygget hjerterehabilitering. Desuden er der væsentlige sociale forskelle både når det gælder rekruttering til hjerterehabilitering, gennemførelsesgraden og udbyttet.

Et forsøg med socialt differentieret hjerterehabilitering, gennemført ved Århus Sygehus' Medicinsk Kardiologisk Afdeling A, for patienter med blodprop i hjertet i perioden 2002-2005, kan imidlertid fremvise positive effekter. Det viser, at man kan arbejde mere bevidst på at imødekomme socialt udsatte patienters behov indenfor rammene af de nationale retningslinier og dermed opnå større lighed i sundhed. Denne rapport præsenterer baggrund, indsats, resultater og forslag til en styrket hjerterehabilitering på baggrund af forsøget ved Århus Sygehus.

Resultaterne peger på et stort potentiale i hjertesundhed, hvis der systematisk rekrutteres og tilbydes hjerterehabilitering i en form, der fastholder hjertepatienter, især de udsatte. Alle patienter med blodprop i hjertet uanset køn, alder, sundhedsmæssig og social status burde derfor få tilbud om og støtte til at gennemføre et hjerterehabiliteringsforløb, som tilgodeser deres behov. Tilsvarende bestræbelser og principper vil også kunne bruges indenfor andre grupper af kroniske patienter.

Center for Folkesundhed

midt
region midtjylland

ISBN: 87-991564-3-1