

# Hjerterehabilitering efter akut koronart syndrom

Fra blå blink til den gode hverdag,  
i et sammenhængende sundhedsvæsen



**Karen Kjær Larsen**  
**Mogens Lytken Larsen**  
**Bo Christensen**

# Hjerterehabilitering efter akut koronart syndrom

Karen Kjær Larsen, Mogens Lytken Larsen & Bo Christensen

*Systematisk, faseopdelt rehabilitering af hjertepatienter efter akut koronart syndrom giver væsentlig forbedring af prognose og livskvalitet. I denne artikel beskrives rehabiliteringens tre faser og opgavefordelingen mellem sygehus, kommune og praksis. Desuden beskrives Dansk Cardiologisk Selskabs behandlingsråd og ideelle mål. Det understreges, at almen praksis bør forholde sig proaktivt til patientgruppen, og at tovholderfunktionen er vigtig.*



#### BIOGRAFI:

Karen Kjær Larsen er uddannelseslæge i almen medicin og ph.d.-studerende ved Afdeling for Almen Medicin og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.

Hun arbejder med projektet »Livet med hjerte-kar-sygdom«, som omhandler fase III-hjerterehabilitering og belyser almen praksis' muligheder for at indtage en central rolle i behandlingen af patienter med kronisk hjerte-kar-sygdom.



Mogens Lytken Larsen er ledende overlæge på Kardiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital.



Bo Christensen er alment praktiserende læge i Låsby og professor, ph.d. ved Afdeling for Almen Medicin, Aarhus Universitet.

KAREN KJÆR LARSENS ADRESSE:  
Aarhus Universitet, Afdeling for Almen Medicin,  
Institut for Folkesundhed, Bartholins Allé 2,  
8000 Århus C. E-mail: kkl@alm.au.dk

Mindst 300.000 danskere lever med hjerte-kar-sygdom. Hvert år indlægges flere end 90.000 voksne danskere med hjerte-kar-sygdom, som dermed er det sygdomsområde, der er årsag til flest indlæggelser og sengedage i Danmark. Baseret på bl.a. DANAMI II-undersøgelsen har der i de seneste år været fokus på den højteknologiske akutte behandling af akut koronart syndrom (AKS). Trods forbedring har AKS fortsat alvorlige fysiske, psykiske og sociale følger for patienterne. Som det senere i artiklen beskrives, er der solid dokumentation for, at hjerterehabilitering øger livskvaliteten og nedsætter både kardiovaskulær og total mortalitet ganske betydeligt for patienter med iskæmisk hjertesygdom (1, 2). Imidlertid har hjerterehabilitering ikke tilstrækkelig bevågenhed fra politisk eller lægelig side, og rapporten »Hjertepatienters brug og oplevelse af rehabilitering« udarbejdet af Dansk Sundhedsinstitut for Hjerteforeningen i februar 2009, viste, at kun 3% deltager i et fuldt rehabiliteringsprogram, mens 47% deltager i delvis rehabilitering, og 19% slet ikke deltager i rehabilitering (3).

#### Hvad er hjerterehabilitering

Hjerterehabilitering er en fællesbetegnelse for efterbehandlingen af alle patienter med kronisk hjertesygdom. I denne artikel fokuserer der dog på AKS-patienterne, da disse typisk får et forløb i almen

- Patientundervisning
- Psykosocial støtte (inkl. screening for angst og depression)
- Fysisk træning
- Støtte til livsstilsændringer (kost, rygestop)
- Medicinsk behandling

Boks 1. Hjerterehabileringsens fem komponenter.

praksis. Det overordnede formål er at støtte patienterne i at opnå og vedligeholde det bedst mulige fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau – altså vende tilbage til *det gode liv* (4). Patienten er den centrale aktør i hjerterehabileringen, og forståelse af patientens ønsker, behov og ressourcer danner grundlag for, at hjerterehabileringsforløbet kan blive succesfuldt. Sundhedsvæsenets opgave er at støtte den enkelte patient i aktiv egenomsorg. Det er vigtigt at pointere, at der ikke er tale om medicin og fysisk træning alene, men at hjerterehabilering er en integreret og helhedsorienteret behandling, som omfatter en række komponenter (Boks 1) (5).

### Hjerterehabileringsens faser og aktører

Hjerterehabilering bør gennemføres i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Der er international konsensus om at inddele hjerterehabilering i tre faser (Tabel 1 og Fig. 1) (4):

- Fase I: kortvarig akut indlæggelse med primær stabilisering.
- Fase II: intensivt, sygehusbaseret ambulært forløb af 8-12 ugers varighed.
- Fase III: livslang opfølgning og vedligeholdelse.

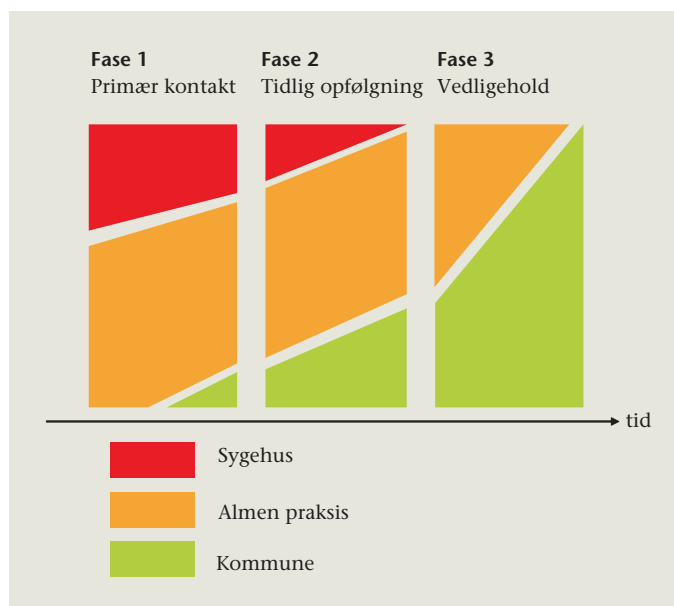
#### FASE I

Typisk indlægges patienter med ustabile bryst smerter akut, og den initiale stabilisering iværksættes. I forbindelse med det akutte forløb på sygehuset bør rehabiliteringen desuden påbegyndes. I det omfang patienten kan overskue det, indledes der med grundlæggende information med henblik på sygdomsforståelse og forebyggelse af risikofaktorer. Det kan fx være første samtale med en rygestopinstruktør, som naturligt kan have kontakt til patienten i forbindelse med behov for nikotinsubstitution. Herudover initieres den farmakologiske behandling. Det er vigtigt, at patienten allerede under indlæggelsen motiveres til et rehabiliteringsprogram, og at det præsenteres som behandlingen, og ikke blot som en mulighed. Ved udskrivelsen skal der foreligge

Fase I Primær kontakt Dage	Fase II Tidlig opfølgning Uger til måneder	Fase III Opfølgning og vedligeholdelse Måneder til år
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akut hjerteafsnit</li> <li>• Invasiv hjertecentre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjerterehabileringsafsnit (læge, sygeplejerske, diætist, fysioterapeut, rygestopinstruktør, psykolog, socialrådgiver)</li> <li>• Kommunale tilbud</li> <li>• Praktiserende læge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktiserende læge</li> <li>• Kommunale tilbud (diætist, fysioterapeut, rygestopinstruktør, socialrådgiver)</li> <li>• Psykolog</li> <li>• Foreninger/klubber</li> </ul>
Sygehus	Sygehus og kommune	Praktiserende læge og kommune

Tabel 1. Mulig model for samarbejde i hjerterehabileringsens tre faser.

Fig. 1. Rehabilitering kræver samarbejde.



en plan og en aftale om, hvor og hvornår patienten skal møde til rehabilitering, og hvor han kan henvende sig ved behov inden da.

#### FASE II

Ifølge Sundhedsloven og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses præciseringer af den, klassificeres fase II-rehabilitering som specialiseret genoptræning. I overensstemmelse med gældende evidens på hjerterehabiliteringsområdet bør fase II således være forankret i sygehusregi. Af praktiske hensyn kan flere af delementerne dog tilbydes i kommunalt regi i samarbejde med sygehusafdelingen. For at bevare enkelheden beskrives den klassiske sygehusmodel i det følgende.

Fase II indledes med en individuel samtale. Her udformes den individuelt tilrettelagte behandlingsplan med udgangspunkt i de fem komponenter. Denne danner grundlag for fase II-rehabi-

literingen. Som udgangspunkt for tilrettelæggelse af den fysiske træning og evaluering af træningsindsatsen bør der foreligge en arbejdstest (6).

Rehabiliteringen udføres af et tværfagligt team, der omfatter sygeplejerske, fysioterapeut, diætist, læge m.fl., som har de nødvendige kompetencer til at varetage delementerne. Teamet superviseres af en kardiologisk speciallæge med henblik på løbende optimering af den kliniske og medikamentelle behandling. Screening for angst og depression ved hjælp af et standardiseret spørgeskema initieres fra sygehusafdelingen, mens evt. videreudredning og behandlingsbehov med fordel kan videregives til patientens praktiserende læge, ligesom social støtte kan etableres i samarbejde med en socialrådgiver i kommunen eller eventuelt gennem lokale foreninger.

Fase II afsluttes med en evaluering af og dokumentation for indsatsen samt en

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

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

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

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

har deltaget     har ikke deltaget    opfølgning

Bemærkninger/patientens mål:

*Kostvejledning*             har deltaget     har ikke deltaget    opfølgning

Bemærkninger/patientens mål:

*Fysisk træning*             har deltaget     har ikke deltaget    opfølgning

Bemærkninger/patientens mål:

*Rygestopforløb*             ja                             nej                            opfølgning

Bemærkninger/patientens mål:

*Depressionsscreening*     ja                             nej                            opfølgning ved egen læge

Bemærkninger/resultat:

*Udredning for familier hyperkolesterolæmi*     ja                             nej                            opfølgning ved egen læge

Bemærkninger/resultat:

*Opfølgning/ fremtidige rehabiliteringsmuligheder:*

Fx

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

(Afsender indsættes)

Fig. 2. Eksempel på epikrise og status til praktiserende læge og kommune efter rehabilitering på hospital (Forløbsprogram for hjerte-kar-sygdom, Region Midtjylland, 2008).

prognostisk vurdering. Det er afgørende, at der etableres formelle kontaktflader for at fastholde patienten i overgangen mellem sekundær- og primærsektoren, fra fase II til fase III. Det kan fx være i form af et struktureret elektronisk udskrivelseskort (Fig. 2) fra sygehuset til den praktiserende læge og kommunen samt sikring af, at patienten har aftalt en

tid hos sin praktiserende læge. I korrespondancen angives nuværende behandlingstiltag, aftalte behandlingsmål og, hvis disse ikke er opnået, desuden behandlingsforslag.

#### FASE III

I fase III er det vigtigt at følge op på den behandling og de livsstilsændringer, som

er initieret i fase II. Desværre tilbydes og gennemfører langt fra alle patienter med AKS fase II-rehabilitering. Afhængigt af hvordan man definerer et fuldt rehabiliteringsprogram, deltager 3-30% vedholdende i hjerterehabilitering i Danmark (2, 3). Praktiske forhold som afstand til sygehuset, transportmuligheder og familiære forpligtigelser såvel som personrelaterede forhold – køn, socioøkonomisk status, uddannelsesniveau og etnicitet – har betydning for deltagelsen og vedholdenheden.

Derudover opnår mange af patienterne ikke målene for livsstil, risikofaktorer og medicinsk behandling. Den nyeste europæiske opgørelse (EUROASPIRE III) med interview af ca. 9.000 patienter mindst seks måneder efter deres akutte hjerteanfald viste, at 17% røg, 53% havde for stort taljemål, 56% havde for højt blodtryk, 51% havde for højt totalcholesterol, og af de 25%, som havde diabetes, havde 65% for højt HbA<sub>1c</sub>. Brugen af hjertemedicin var: trombocythæmmer 91%, betablokkere 80%, ACE-I/AT-II 71% og statiner 78%.

Rehabiliteringsfase III er som nævnt defineret ved fastholdelse af den forebyggende farmakologiske behandling og de opnåede livsstilsændringer, men da mange af patienterne ikke gennemfører fase II og ikke opnår behandlingsmålene, er der i fase III også brug for optimering af behandlingen.

Fase III er udlagt til primærsektoren i et samarbejde mellem almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen. Regelmæssig kontrol med fortsat fokus på de fem komponenter bør derfor tilbydes hos patientens praktiserende læge (se afsnittet Almen praksis i fase III).

### Hvad omfatter hjerterehabilitering, og hvad er gevinsten?

Der foreligger god dokumentation for effekten af et samlet fase II-hjerterehabiliteringsprogram i sygehusregi og for enkeltkomponenterne i fase III.

#### FORBEDRET OVERLEVELSE

I to metaanalyser af hhv. 48 og 63 randomiserede, kontrollerede studier vedrørende fase II-hjerterehabilitering og sekundær forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom med sammenlagt 8.940 og 21.295 patienter fandt man en reduktion i totalmortalitet på hhv. 20% og 47% over hhv. tre år og to år baseret på *intention to treat*-analyser (7, 8).

#### LIVSKVALITET

Hjerte-kar-sygdom har i det moderne sundhedsvæsen udviklet sig fra at være en livstruende akut tilstand til at være en kronisk sygdom. Derfor er patienternes livskvalitet blevet en stadig mere relevant faktor i behandlingen af hjerte-kar-patienter. Imidlertid mangler der diskussion og afklaring af, hvordan begrebet livskvalitet skal forstås, og hvordan livskvalitet bør måles. I forskellige undersøgelser varierer det således, om patienternes livskvalitet måles generisk eller sygdomsspecifikt, og samtidig anvendes der inden for hver af disse kategorier en række forskellige måleinstrumenter. Overordnet set er der dog enighed om, at hjerterehabilitering har en positiv effekt på patienternes livskvalitet (2).

#### ENKELTKOMPONENTERNE

##### *Patientundervisning*

Et struktureret undervisningsforløb er essentielt for patientens sygdomsforstå-

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

Tabel 2. Eksempel på patientundervisning. Kan anvendes til inspiration i både fase II og fase III. Fra [www.hjerterehabilitering.dk](http://www.hjerterehabilitering.dk) (udarbejdet af Kardiologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital), hvor undervisningsprogrammer mv. kan hentes.

else og behandlingsadhærens og bør være et tilbud til både patienter og pårørende. Undervisningen sigter mod at give patienterne en grundlæggende viden både om deres sygdom og om, hvordan de kan medvirke til at forebygge eller forhindre progression af sygdommen, samt at vejlede patienterne i at mestre deres sygdom (Tabel 2). Man har i to metaanalyser vurderet effekten af undervisningsforløb for hjerte-kar-patienter (9, 10). I den seneste fandt man en signifikant reduktion af kardial mortalitet på 34% og reinfarkt på 29% hos patienter, der havde fået undervisning i forhold til patienter, der ikke havde fået undervisning. Derudover blev der fundet signifikante forbedringer på risikofaktorer som blodtryk, kolesterol, vægt, rygning, kost og motion.

#### Psykosocial støtte

Flere undersøgelser viser, at prævalensen af depression og angst er hhv. ca. 10% og 15% hos patienter med AKS, mens den i baggrundsbefolkningen er 2-3% (11). For de patienter, som får en depression, er livskvaliteten nedsat, og kardial og total mortalitet er øget. Samme forringede prognose har patienter med manglende

socialt netværk eller lav uddannelse. Disse patientgrupper kræver derfor ekstra opmærksomhed. Der foreligger undersøgelser, som viser, at medicinsk behandling eller kognitiv adfærdsterapi hos patienter med hjerte-kar-sygdom og depression forbedrer de depressive symptomer med et *number needed to treat* (NNT) for respons på 5-8 og NNT for remission på 6-9. Behandlingsrespons fører til færre hjerteanfald. Der er endnu ingen undersøgelser, som har kunnet vise, at behandling af depression nedsætter mortaliteten. Behandlingen af de depressive symptomer har værdi i sig selv, og den manglende påviste effekt på mortalitet kan skyldes metodemæssige problemer og/eller måske en alt for ensartet tilgang til behandlingen af de psykiske følger af AKS. Det forekommer naturligt at tilbyde systematisk screening for angst/depression og sociale faktorer med henblik på at behandle angst og depression og at mobilisere den bedst mulige sociale støtte (Tabel 3).

#### Fysisk træning

Det er velkendt, at fysisk inaktivitet er en risikofaktor for hjerte-kar-sygdom, og

Depression	Angst	Social sårbarhed
Er du trist? Har du lyst til det, du plejer?	Får du pludselig hjertebanken, svedudbrud, rystetendens, eller mundtørhed?	Bor du alene? Hvad er din erhvervsud- dannelse?

Tabel 3. Eksempel på screeningsspørgsmål vedrørende psykosocial sårbarhed.

patienter med hjerte-kar-sygdom har generelt et nedsat fysisk funktionsniveau. Formålet med den fysiske træning i fase II er at give patienterne forståelse for denne sammenhæng, øge deres arbejdskapacitet og gøre dem trygge ved fysisk aktivitet, så de fortsætter med at være fysisk aktive i hverdagen. Det er vigtigt at være opmærksom på, at der i fase II er tale om en særligt opbyggende fysisk træning, mens der i fase III er tale om almindelig vedligeholdende motion.

Der er særdeles god dokumentation for effekten af fysisk træning i fase II hos hjerte-kar-patienter. I en Cochrane-analyse af træningsbaseret hjerterehabilitering har man påvist en signifikant relativ reduktion i såvel total som kardial mortalitet på hhv. 27% og 31% (12). På baggrund af litteraturen anbefaler Dansk Cardiologisk Selskab, at patienter med AKS skal tilbydes superviseret træning efter et individuelt tilrettelagt træningsprogram, som forudgås af en vurdering af arbejdskapaciteten. Træningen bør foregå 2-5 gange om ugen a 30-60 minutters varighed med en intensitet på 50-80% af den maksimale arbejdskapacitet og vare ca. 12 uger. Herudover anbefales daglig lavintensitetstræning (gang) på 30 minutter. Sikkerheden ved arbejdstestning og træning er undersøgt i store studier, som viser, at risikoen for ventrikulære arytmier, akut myokardieinfarkt (AMI) og pludselig hjertedød er meget lille, men dog højere ved ikkesuperviseret træning

uden for hospital. Stigende træningsintensitet og alder er de vigtigste risikofaktorer (6).

I fase III fortsætter den almindelige vedligeholdende motion efter Sundhedsstyrelsens generelle anbefalinger for voksne (Tabel 4).

#### STØTTE TIL LIVSSTILSÆNDRINGER

##### *Kostvejledning*

Kostændring i hjertevenlig retning består af mere frugt og grønt, mere fisk og mindre animalsk fedt fra mejeriprodukter og kød (13). Det har været anbefalingen, siden Ernæringsrådet i 1996 på baggrund af en litteraturgennemgang fandt, at hjertevenlig kost kan nedsætte kardial og total mortalitet (13). Rådet fandt desuden, at effekten af kostændring kan være betragtelig og af samme størrelsesorden som den, der er opnået via medicinsk behandling. Det er dog vigtigt at pointere, at der ikke er tale om et enten-eller, men et både-og. Via kostændring er det muligt at reducere blodets kolesterolindhold med 8-15%, men den gavnlige effekt kan ikke forklares alene ud fra effekten på de traditionelle risikofaktorer.

##### *Rygestop*

Rygestop er i dag et væsentligt element i såvel primær som sekundær forebyggelse af hjerte-kar-sygdom. Det er i flere undersøgelser påvist, at mindst 25-30% af AMI-tilfældene i Danmark skyldes rygning. En metaanalyse af 12 kohortestudier med en

Risikofaktor	Mål
Kost	600 g frugt og grønt dagligt Et stykke fed fisk dagligt (laks, sild, makrel, hellefisk) eller tilskud af fiskeolie (mindst 1 g n-3-fedtsyrer dagligt) Undgå animalsk fedt
Ryging	Vedvarende rygestop
Alkohol	< 14 genstande/uge for kvinder < 21 genstande/uge for mænd Aldrig > 5 genstande ad gangen
Motion	Mindst 30 minutters moderat aktivitet dagligt, samt 20-30 minutters høj intensitet 2 gange ugentligt
BMI	< 25 kg/m <sup>2</sup>
Taljeomfang (målt med patienten liggende, midt mellem nederste ribbenskant og costa illiaca)	< 80 cm, kvinder < 94 cm, mænd
Psykosocialt	Velbefindende. Fravær af angst, depression, seksuelle problemer, søvnbesvær. Tilfredshed med arbejde, netværk, økonomi
Blodtryk (målt som konsultations-, hjemme- eller døgnblodtryk)	< 130/80 mmHg < 125/75 mmHg ved samtidig diabetes mellitus med nyresygdom
Total-kolesterol	< 4,5 mmol/l (gående mod 4 mmol/l) < 4,0 mmol/l ved samtidig diabetes mellitus
LDL-kolesterol	< 2,5 mmol/l (gående mod 2 mmol/l) < 2,0 mmol/l ved samtidig diabetes mellitus
Faste-plasma-glukose	< 6,0 mmol/l

Tabel 4. Idealmål for kontrol af kardiovaskulære risikofaktorer ifølge vejledning fra Dansk Cardiologisk Selskab.

followuptid på 2-10 år har vist, at rygestop reducerer mortaliteten med 46%. NNT (rygestop) for at bevare et liv er ca. 13 (14). Mange hjerte-kar-patienter holder op med at ryge i forbindelse med indlæggelsen, men der er stor risiko for, at de begynder at ryge igen kort tid efter indlæggelsen. En Cochrane-analyse har vist, at rygestopkurser og nikotinsubstitutionsterapi hver for sig øger succesraten signifikant med 50-70%. NNT er ca. 12.

#### Alkohol

I nogle undersøgelser er det påvist, at der er en J-formet sammenhæng mellem risikoen for iskæmisk hjertesygdom og alkoholindtag, således at den mindste

risiko ses ved indtagelse af en halv genstand dagligt, risikoen stiger ved flere end to genstande dagligt, og ved et forbrug på 6-7 genstande om dagen er risikoen større end risikoen for en person, der ikke drikker alkohol. Dette underbygges af den biokemiske påvirkning, idet et moderat alkoholforbrug, uanset type, øger blodets indhold af højdensitetslipoprotein-kolesterol. Ovennævnte sammenhæng er dog ikke fundet i alle undersøgelser (15). For alkohol gælder således de generelle anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen (Tabel 4).

#### MEDICINSK BEHANDLING

Den medicinske behandling af patienter med AKS omfatter den akutte symptom-

Type	Til hvem, varighed	Behandlingsforslag
Acetylsalicylsyre	Livslangt til alle med AKS	Magnyl 75 mg ×1
Clopidogrel	I 12 mdr. til alle med AKS	Plavix 75 mg ×1
Lipidsænker	Livslangt til alle med AKS	Simvastatin 40 mg ×1 eller Atorvastatin 20-80 mg ×1
Betareceptorblokker	Mindst 2 år til alle med AKS og livslangt, hvis patienten vurderes at være i høj risiko for efterfølgende iskæmiske hændelser	Højest tolerable dosis, fx Metropolol 200 mg ×1 eller Carvedilol 25 mg ×2
ACE-hæmmer	Livslang ved AKS + <i>left ventricular ejection fraction</i> (LVEF) < 40–45 % samt hos alle med diabetes mellitus, hypertension, kronisk nyresygdom, perifer arteriel sygdom eller i højrisiko	Højeste tolerable dosis, fx Ramipril 5-10 mg ×1 eller Enalapril 20-40 mg ×1 (evt. ×2)

Tabel 5. Medicinsk behandling efter akut koronart syndrom (AKS) ifølge vejledning fra Dansk Cardiologisk Selskab.

begrænsende, behandlingen af anden tilgrundliggende sygdom og den egentlige forebyggende medicinske efterbehandling. Evidensgrundlaget for den medicinske efterbehandling er meget solidt. Her skal blot præsenteres den aktuelle ideelle behandlingsvejledning fra Dansk Cardiologisk Selskab (Tabel 5).

### Organisering

Som nævnt bør hjerterehabilitering gennemføres i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Tabel 1 og Fig. 1 illustrerer en mulig model for dette samarbejde gennem alle tre faser. I den ideelle verdens sammenhængende sundhedsvæsen forløber overgangene mellem sektorer og aktører gnidningsfrit. I daglig klinisk praksis er der dog brug for, at også almen praksis er opsøgende og vedkender sig både en proaktiv rolle og tovholderfunktionen.

### Overlevering til almen praksis

Første konsultation i almen praksis foregår umiddelbart efter indlæggelsen pga. AKS, uafhængigt af om patienten deltager i fase II-hjerterehabilitering eller ej. Før

udskrivelsen fra hospitalet bør patientens kontaktperson, uanset om der er indledt et sygehusbaseret fase II-forløb eller ej, sikre, at der er bestilt en konsultation hos patientens praktiserende læge inden for de næste to uger. Det har stor betydning, at patientens praktiserende læge hurtigt efter indlæggelsen bliver orienteret såvel ved elektronisk epikrise som ved patientens fremmøde i praksis. Konsultationen er vigtig, for at lægen gennem patienten kan blive orienteret om indlæggelsen og patientens status over sin nye livssituation, at de sammen kan diskutere det videre forløb, og at patienten bliver klar over, hvilken rolle hans praktiserende læge spiller i det.

Ideelt har alle patienter gennemgået et fase II-forløb på sygehuset. Inden dette forløb afsluttes, er det igen vigtigt, at patientens kontaktperson sikrer, at der er bestilt tid til en aftalt forebyggelseskonsultation hos patientens praktiserende læge. Derudover udarbejdes der en elektronisk epikrise og status til den praktiserende læge og kommunen i form af et udfyldt skema om rehabiliteringsforløbet

Målt i klinikken	Hjemmearbejde for patienten
Højde og vægt, beregning af BMI Taljeomfang Blodprøver: T-kolesterol, LDL, HDL, faste-plasma-glukose Blodtryk, evt. hjemme- eller døgnblodtryk Ekg	Kost-, alkohol- og motionsanamnese, fx opgjort over den sidste uge Evt. udfyldelse af screeningsinstrument for angst og depression (Major Depressive Inventory (MDI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Tabel 6. Ved årskontrol for stabil iskæmisk hjertesygdom bør der foreligge.

(Fig. 2). I denne anføres hjerterehabiliteringens tilbud, og hvilke dele patienten har deltaget i. Der anføres en bemærkning om patientens opnåede mål og fremtidige mål for hjerterehabiliteringens fase III under hvert rehabiliteringsemne.

For de patienter, der ikke fortsat følges i kardiologisk ambulatorium, overgår det lægefaglige ansvar til patientens praktiserende læge. Fra sygehusets side gives der besked om denne ansvarsoverdragelse. Patienten kan godt modtage delvis fase II-rehabilitering i kommunalt regi og fortsat være tilknyttet sygehuset, men når patienten afsluttes herfra, overdrages det lægefaglige ansvar til den praktiserende læge.

### Almen praksis i fase III

Fase III indledes med den aftalte forebyggelseskonsultation, som patientens kontaktperson på sygehuset har sikret, at patienten har bestilt.

Ved den indledende konsultation:

- gennemgås forløbet af en evt. fase II
- vurderes evt. særlige behov (angst/depression, socialt)
- tages stilling til, hvilke livsstilsændringer der i fællesskab skal fokuseres på; patientens aktuelle motivation og behov for støtte og vejledning drøftes

- tages stilling til patientens behov for kommunale rehabiliteringstilbud
- tages stilling til den medicinske behandling
- aftales løbende kontroller, i starten hyppigt og altid inklusive en årlig status (Tabel 4 og Tabel 6).

Herefter tilbydes patienten løbende kontroller efter individuelt behov. Der arbejdes hen mod at opnå idealmålene for kontrol af kardiiovaskulære risikofaktorer (Tabel 4) og fuld medicinadhærens (Tabel 5).

### Kommunale rehabiliteringstilbud i fase III

For de patienter, som ikke har deltaget i eller ikke har fået et fuldt fase II-forløb, og de patienter, som ikke har opnået behandlingsmålene eller ikke kan fastholde dem (fx rygestop og væggtab), er det vigtigt med kommunale rehabiliteringstilbud i fase III. Almen praksis bør som tovholder kunne henvise til de for patienten relevante tilbud, afhængigt af patientens status og risikofaktorer, og kommunen bør således tilbyde kurser i patientuddannelse og rygestop, fysisk træning, diætistrådgivning, støtte til væggtab m.m. Herudover bør kommunen kunne vejlede i relevante rådgivnings-, motions- og selvhjælpstilbud i lokalområ-

det med henblik på støtte til at fastholde en sund og aktiv livsstil.

### Konklusion

Måltrettet rehabilitering forbedrer livstids- og livskvalitetsprognosen væsentligt for patienter med AKS. Patienter med kroniske sygdomme, herunder kronisk hjerte-kar-sygdom, fylder meget i det samlede sundhedsvæsen, og almen praksis tiltænkes en central rolle i håndteringen af dem. Rehabilitering af patienter med kroniske sygdomme berører kommuner, praktiserende læger og hospitaler, og for at sikre et hensigtsmæssigt forløb er det nødvendigt med en klar beskrivelse af ansvarsområde, samarbejde, snitflader og overgange mellem de forskellige parter og sektorer. I flere regioner er der nu udarbejdet forløbsprogrammer for patienter med hjerte-kar-sygdom, og implementeringen er undervejs. Det bør for almen praksis være et mål, at alle patienter er velinformede om fordelene ved hjerte-rehabilitering, og at alle får et velinformet tilbud om det. Almen praksis bør påtage sig en proaktiv, opfølgende rolle, inklusive tovholderrollen for patienternes forløb efter AKS.

*Økonomiske interessekonflikter:*  
ingen angivet.

### LITTERATUR

1. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001;345:892-902.
2. Zwisler A, Madsen M, Nissen NK. Hjerterehabilitering. En medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
3. Würgler MW, Kilsmark J, Sonne LT et al. Hjertepatienters brug og oplevelse af rehabilitering. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2009.
4. WHO Regional Offices for Europe. Needs and Action Priorities in Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention in Patients with CHD. København: WHO Regional Office for Europe, 1993.
5. Hjerte-kar-rehabilitering efter strukturreformen. Rehabilitering og sammenhængende patientforløb for kronisk syge. Inspiration til kommuner, regioner, almen praksis, sygehuse m.fl. København: Hjertereforeningen & Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2007.
6. Rasmusen H, Prescott E, Zwisler AD et al. Fysisk træning ved iskæmisk hjertesygdom og kronisk hjerteinsufficiens – et holdningspapir. København: Dansk Cardiologisk Selskab, 2008.
7. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004;116:682-92.
8. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B et al. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med* 2005;143:659-72.
9. Mullen PD, Mains DA, Velez R. A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. *Patient Educ Couns* 1992;19:143-62.
10. Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S et al. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999;18:506-19.
11. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
12. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst.Rev.* 2000;(4): CD001800.
13. Stender S. Kostens betydning for patienter med åreforkalkning i hjertet. København: Ernæringsrådet, 1996.
14. Wilson K, Gibson N, Willan A et al. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* 2000;160:939-44.
15. Alkohol og Helbred. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.