

Rehabiliterende sygepleje til hjertepatienter

af Palle Larsen, sygeplejerske, cand. cur., lektor og ph.d. studerende

Center for Kliniske Retningslinjer har som mål at påpege områder for forskning og igangsætte forskning på områder, hvor der i dag ikke foreligger forskning, der kan danne grundlag for en klinisk retningslinje (1). Der foreligger fx. ikke interventionsstudier, der har testet interventioner i forhold til styrkelse af egenomsorgsadfærd hos patienter efter afsluttet rehabilitering fra sygehuset, hvorfor det er vanskeligt at udvikle en klinisk retningslinje. Vidensgrundlaget må derfor udvikles først.

Dette studie, der her beskrives, er derfor relevant i forhold til senere udarbejdelse af en klinisk retningslinje, da det skal tilvejebringe grundlaget for anbefalinger, der kan styrke den rehabiliterende indsats i primær sektor.

Rehabilitering til mennesker med alvorlig sygdom, har været i fokus de sidste 10-15 år, hvilket også er gældende for hjerteområdet (2). Fokus i hjerterehabiliteringen har været på effekt af behandlingen set i forhold til mortalitet, morbiditet og helbredsrelateret livskvalitet.

Formål med rehabilitering er:

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (2).

Det er væsentligt, at den fremtidige rehabilitering funderes på et vidensbaseret grundlag, hvorfor et øget fokus på betydningen af egenomsorgsadfærd i et rehabiliteringsperspektiv i studiet undersøges yderligere, idet denne viden i dag er fraværende.

Baggrund

På verdensplan anslås, at ca. 50 millioner mennesker er ramt af hjertesygdom (3). I Danmark antages, at 60.000 mennesker lever med kronisk hjerteinsufficiens med prævalens stigende med stigende alder(4,5). I 2005 var der 142.245 heldøgnsindlæggelser med hjertekarsygdom i Danmark, fordelt på 86.336 personer, heraf 1.786 per 100.000 mænd og 1.409 per 100.000 kvinder. Ses isoleret på hjerterelaterede dødsfald i perioden 1998 -2005 findes et fald i dødeligheden generelt, og i 30 dages dødeligheden efter AMI et fald fra 10 til 4 % (6).

Hjerterehabilitering har traditionelt været foretaget i hospitalsregi og der er veldokumenteret effekt af indsatsen målt på patienternes fysiske funktion, fald i recidiv af sygdom, samt fald i morbiditet og mortalitet (3,7-10).

Effekt af rehabilitering

Trods dokumentation for effekten af hospitalsbaseret hjerterehabilitering kendes den samlede effekt af behandling og pleje ikke, da deltagelsesprocenten ved den etablerede rehabilitering viser, at 3% af danske hjertepatienter modtager et fuldt rehabiliteringsprogram, 47% et delvist , 32% et meget begrænset rehabiliterings-forløb og endelig at 19 % slet ikke deltager i et rehabiliteringsprogram (11). Udenlandsk undersøgelse viser det samme mønster (12). Hjerterehabiliteringen er ikke entydig, idet der er udbredte forskelle i brug og oplevelse heraf. Der er betydelige forskelle relateret til køn og alder. Patienter < 45 år er *mindst tilfredse og mindst informerede* om deres sygdom. Knap 50% af patienterne har et godt indtryk af deres rehabilitering til trods for, at der er identificeret fravær/fravalg af den psykosociale støtte, ligesom inddragelse af pårørende i rehabiliteringsforløbet forekommer i et meget begrænset

omfang. Fase III rehabiliteringen er benyttet af 12 % af patienterne, der deltager i kommunale sundhedsaktiviteter, og 24% af patienterne rehabiliteres hos egen læge (11).

Patienternes vurdering af livet med hjertesygdom efter rehabiliteringsforløbet er sparsomt beskrevet. Et studie af ADL-funktioner hos ældre patienter med hjertesygdom viser, at 75% af patienterne var begrænset i udførelsen af PADL- som er evnen til at kunne udføre personlige aktiviteter som eksempelvis personlig hygiejne, påklædning og spisning, og IADL funktionerne, som er de funktioner der ikke er fundamentalt nødvendige eksempelvis lettere rengøring, indkøb og madlavning. Studiet oplyser ikke om patientpopulationen, har gennemgået en systematisk rehabilitering (12).

Et kvalitativt studie har belyst patienternes oplevelse af hhv. hjemmebaseret rehabilitering og hospitalsbaseret rehabilitering. Der skelnes mellem 2 forskellige tilbud, hvor den hjemmebaserede rehabilitering tilrettelægges så patienten selvstændigt gennemfører rehabiliteringen, eksempelvis via afslapningsøvelser og mindre træningspas, mens rehabilitering på hospital er konventionel(14). Studiet konkluderer, at patienterne er lige tilfredse uanset hvor rehabiliteringen foregår, men viser også at hjemmebaseret rehabilitering ikke kan stå alene (3). Rehabiliteringen i Danmark udmøntes forskelligt i regionerne (10), men bygger på de faglige anbefalinger, med hovedvægt på optimering og vedligeholdelse af symptomatisk behandling, fysisk træning, psykosocial støtte, livsstilsintervention samt patientuddannelse (8).

Når aktiv inddragelse af patienter i deres egen rehabilitering foretages systematisk, er det vist, at patienterne 4 måneder efter udskrivelse i større udstrækning har en positiv sundhedsadfærd (15-17). Det har signifikant forbedret patienternes helbredsstatus og bevaret og/eller øget deres ADL-funktioner både fysisk, psykosocialt og mentalt (15,17). Aktiv inddragelse sker, når sundhedspersonalet tager udgangspunkt i patientens egen opfattelse af deres situation, har opfølgende samtaler, der fokuserer på patientens behov for information, vejledning og undervisning, og kontinuiteten er sikret ved fast kontaktperson med høj faglig indsigt. Denne fremgangsmåde er vist at have effekt både ved det direkte møde mellem patient og sundhedspersonale og ved opfølgende telefonkontakt. Resultaterne er i tråd med definitionen på rehabilitering (15,17).

Rehabilitering i hospitalsregi versus kommunalt regi

De gennemførte studier om hjerterehabilitering er baseret på rehabilitering i hospitalsregi (18,19). En systematisk cochranesøgning finder 4 studier (3,5,19,20), der fokuserer på rehabilitering, hvoraf et er en protokol med fokus på "Homebased rehabilitation versus centerbased rehabilitation" (3). Endvidere findes et yderligere review, som endnu ikke er publiceret (21). I studierne konkluderes, at der ses en significant effekt af rehabilitering målt på BT og reduktion i Relativ Risiko for at være ryger(20). Studierne har *ikke* fokuseret på ADL-funktion og de andre områder i rehabiliteringen. Interventionen har *ikke* været suppleret med systematisk hjemme rehabilitering, som opfølgning af hospitalsbaseret rehabilitering. Disse systematiske review inkluderede 750 patienter, hvorfor der er potentiale for yderligere forskning af feltet, da der i de systematiske review ikke identificeres forskelle i effekten af rehabiliteringen set i relation til omgivelserne. Ingen af studierne fokuserer på ADL, men delvist på HRQoL. Der er en significant positiv virkning af hjerterehabilitering målt på HRQoL, kontinuerlig målt med SF – 36, og opgjort 6 måneder efter endt rehabilitering (22).

En sammenhængende rehabilitering

Med kommunalreformen 1. jan 2007 overtog kommunerne delvist, forebyggende og rehabiliterende opgaver (23,24,25), hvor det i vejledning om sundhedsaftaler pointeres, at: *"Sikring af indsatsen er sammenhængende, velkoordineret og systematisk. Det er vigtigt for patienter med kronisk sygdom."* Med ønske om at optimere og effektivisere behandlingen i Danmark er der indført hjertepakker (26), til sikring af en sammenhængende rehabilitering. Rehabiliterings fase I og II foregår på Hospital med specialrehabilitering som mål, mens fase III foregår i kommunalt regi, med vedligeholdelsesrehabilitering som mål. Fase III foreslås gennemført i det primærkommunale regi, med udarbejdelse af relevante kriterier og retningslinjer (18,26).

En gennemgang af 35 studier med fokus på self-care behavior, identificerer 20 områder, der er væsentlige i rehabiliteringen samt betydningen af den pædagogiske tilgang, og samtidig understreges det, at studiet viser, at det er nødvendigt at den pædagogiske tilgang funderes på solid evidensbaseret viden (27). Sammenhængen mellem self-care behavior og sygeplejerskers kompetence i forhold til indhold i undervisningen er essentiel. Indholdet skal være evidensbaseret (11). Dette studie finder, at det er nødvendigt at der udvikles specifik uddannelse baseret på evidensbaseret viden, for sygeplejersker der arbejder med hjertepatienter (11). *Sammenholdes disse studier med Taylors studie om homebased rehabilitation og Norbergs studie om ADL funktioner, samt Jones et al's studie vedr. patienternes oplevelse af rehabilitering, findes det relevant at undersøge dels patienternes ADL funktioner efter rehabilitering og dels den pædagogiske tilgangs betydning for identifikation af relevante områder i rehabiliteringsforløbet, herunder patienternes selvvalgte helbred og self-care behavior (29-30).*

Konklusion

Med ovenstående kan det udledes, at der er et markant behov for at udvikle interventioner i forhold til den rehabilitering, der foregår i Fase III – det kommunale regi. Det er derfor målet at iværksætte et studie, der arbejder ud fra følgende hypotese:

Systematisk udarbejdelse af rehabiliteringsplan i fase III baseret på identifikation af egenomsorgsadfærd hos patienter med hjerteinsufficiens i NYHA klasse II og III, fører til at patienternes egenomsorgsadfærd styrkes, hvilket vil resultere i øget helbredsstatus og ADL niveau 6 mdr. efter udskrivelse fra sygehus med hjerteinsufficiens.

Mål med studiet er

1. At udvikle evidensbaseret protokol for patienternes fase III rehabilitering
2. At teste effekten af individuelle rehabiliteringsplaner baseret på evidensbaseret viden for patienters rehabilitering i Fase III. Effekten vurderes i forhold til ændringer i egenomsorgsadfærd, helbredsstatus og ADL-funktion.
3. At udarbejde en eller flere kliniske retningslinjer for rehabilitering af patienter med hjerteinsufficiens i fase III rehabilitering.

Ph.d projektet påbegyndes 1. maj 2010, hvor forfatteren indskrives ved Aarhus Universitet med tilknytning til Center for Kliniske Retningslinjer og University College Sjælland. Man kan ved interesse holde sig orienteret om udviklingen i projektet, idet der oprettes en hjemmeside www.rehab.uocsj.dk

Hovedvejleder er lektor ph.d. Preben U Petersen, Videncenterleder, ph.d. Britta Hørdam og ledende overlæge Steen Boesby, Sygehus Syd, Region Sjælland

Referencer

1. <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/>
2. Sau Jan, e. a. (2004). *Hvidbog om rehabilitering*.
3. Rod S Taylor, H. D. (2008, april 23). Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane library*, p. 5.
4. DCS. (2007:3). *Hjerteinsufficiens*. København: Dansk Cardiologisk selskab.
5. Rees K, T. R. (2009 issue 3). Exercise based rehabilitation for heart failure (Review). *The Cochrane Library*.
6. Hjerteforeningen m.fl. (2008). *Hjertestatistik 2008*. København: Hjerteforeningen.
7. Sundhedsstyrelsen, B. H. (2006). *Hjerterehabilitering - en medicinsk teknologivurdering*. København: SST.
8. Sundhedsstyrelsen. (2004). *Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse*. København: Sundhedsstyrelsen center for forebyggelse, enhed for planlægning.
9. Zwisler A-D, N. N. (2006). *Hjerterehabilitering - en medicinsk teknologivurdering*.
10. DCS. (2004). *Hjerterehabilitering på danske sygehuse*. Sekretariatet for forebyggende sygehuse i Danmark, Hjerteforeningen i samarbejde med Dansk Cardiologisk selskab.

11. Würgler, M. W., Kilsmark, J., Sonne, L. T., & Søgaard, H. V. (april 2009). *Hjertepatienters brug og oplevelse af rehabilitering*. København: Dansk sygehusinstitut.
12. Philippa Davies, F. T.-W. (2008). Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *Cochrane Library*.
13. Norberg, E.-B., Boman, K., & Löfgren, B. (2008, Juni). Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure. *Scandinavian journal of Caring Science*, pp. 203 - 210.
14. Jones, M. I., Greenfield, S., & Jolly, K. (2009, 8). Patients' experience of home and hospital based cardiac rehabilitation: . *European Journal of Cardiovascular Nursing*, pp. 9-17.
15. Pedersen, P. U. (2005). Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients. *International journal of Older people*, pp. 247 - 255.
16. Larsen, A. L. (1988). Helping patients avoid readmission to hospital: a health behavior study. *Recent Advances in Nursing*, pp. 62-88.
17. Hørdam, B. (2009). Nursing intervention by telephone interviews of patients aged. *Scandian Journal og Caring sciences*, pp. 2-7.
18. Hjerteforeningen, N. a. (2007). *Hjerterehabilitering efter strukturreformen*. København: Hjerteforeningen og netværk af forebyggenbde sygehuse i Danmark.
19. Jolly K, T. R. (2007, september 11). Home-based compared with hospital-based cardiac rehabilitation in a multi-ethnic population: cost-effectiveness and patient adherence. *Health Technol Assess.*, pp. 1-118.
20. Jolly K, T. R. (2009, Februar). A randomized trial of the addition of home-based exercise to specialist heart failure nurse care: the Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation study for patients with Congestive Heart Failure. *European journal of heart failure : journal of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology*, pp. 205-13.
21. K Jolly, R. S. (2006). *Home-based cardiac rehabilitation compared with centre-based rehabilitation and usual care: a systematic review and meta-analysis (Provisional abstract)*. Protocol on Cochrane.
22. McKee, G. (2009, 8). Are there meaningful longitudinal changes in health related quality of. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, pp. 40 - 47.
23. Sundhedsloven. § 119 stk 2 og stk 3.
24. Bekendtgørelse nr 414, b. 5.
25. Sundhedsstyrelsen. *Vejledning om sundhedskoordinationudvalg og sundhedsaftaler*.
26. Sundhedsstyrelsen. (December 2008). *Pakkeforløb for hjertesvigt og hjerteklapsygdom*. København: Sundhedsstyrelsen.
27. Boren, S. A., Wakefield, B. J., & Wakefield, T. L. (2009, 7). Heart failure self - management education: a systematic review of the evidence. *Evidence Based Health*, pp. 159 -168.
28. Willette, E. W., & al, e. (2007). Nurses' Knowledge of Heart Failure Self-Management. *Progress in Cardiovascular Nursing*, pp. 190-195.
29. Riegel, B., & Moser, D. K. (2009, august 31). Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure. *Circulation. American heart organisation*, p. 24.
30. Shuldham, C., & al, e. (2007, januar). Evaluation of the european Heart Failure Self - care Behavior Scale in a United Kingdom Population. *Journal of Advanced Nursing: Research Methology*, pp. 87-95.