

Hjerterehabilitering

Forord og formål med instruksen

Et flertal af patienter henvist til udredning i socialmedicinsk regi har hjertesygdom, typisk iskæmisk hjertesygdom, som en del af det samlede sygdomsbillede. Socialmedicineren forventes at kunne identificere og korrekt henvise de patienter der ikke har gennemgået hjerterehabilitering som del af deres efterbehandling, og som ifølge guidelines har krav på henvisning til dette.

I socialmedicinsk sammenhæng er de fleste borgere med hjertekarsygdom i forvejen grundigt udredt af kardiolog og har ofte et pågående eller afsluttet forløb ved en kardiologisk afdeling eller praktiserende kardiolog. Hvis der er uafklarede elementer i sygdomsforløbet eller behandlingsstrategien, skal der altid konfereres med kardiolog.

Baggrund

På et givent tidspunkt lever ca. 250.000 mennesker med hjertekarsygdom, herunder er iskæmisk hjertesygdom den væsentligste. I Danmark lever 100.000 mænd og 65.000 kvinder med iskæmisk hjertesygdom. 9 % af alle dødsfald i Danmark kan forklares med iskæmisk hjertesygdom og iskæmisk hjertesygdom er årligt årsag til 170 nytilkendte førtidspensioner. Erhvervsaktive personer med iskæmisk hjertesygdom har årligt 520.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden iskæmisk hjertesygdom, hvilket svarer til 2% af alle sygedage, og koster hvert år 1.870 mio. kr. på grund af tabt produktion.

Utallige studier viser sammenhængen mellem social ulighed og betydelig øget risiko for iskæmisk hjertesygdom. For iskæmisk hjertesygdom ses betydelig social ulighed i både incidens, dødsfald, tabte leveår, indlæggelser, ambulante besøg, skadestuebesøg, besøg hos egen læge og førtidspension. Ætiologien til iskæmisk hjertesygdom er multifaktoriel, men de væsentligste risikofaktorer er hypertension, tobaksrygning, hyperkolesterolemie, herunder familiær hyperkolesterolemie, diabetes mellitus, adipositas, genetik og mandligt køn. Patienter med tilfældigt opdaget familiær hyperkolesterolemie bør henvises til genetisk rådgivning og udredning.

Bortset fra hjertesvigt er der ikke den samme overbevisende evidens ift social ulighed og andre hjertesygdomme (rytmeforstyrrelser, hjerteklapsygdom, medfødte hjertesygdomme mm.); men formodentlig en tendens. Der er god evidens for at hjerterehabilitering, har god effekt på prognosen og behandlingseffekt hos patienter med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt. Iflg. de nationale retningslinjer anbefales det at alle hjertepatienter med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt henvises til hjerterehabilitering, samt at alle øvrige hjertepatienter individuelt vurderes mhp. behov for rehabilitering.

Hvad er hjerterehabilitering

Det overordnede formål med hjerterehabilitering er at sikre sig at patienter med hjertesygdom vender tilbage til deres sociale og professionelle liv i videst mulige udstrækning, samt forebygge forværring af sygdom. Hjerterehabilitering er en klasse IA anbefaling ved iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt og defineres ved en kompleks intervention som tilbydes til patienter diagnosticeret med hjertesygdom. Dette inkluderer:

- Fysisk træning.
- Patientinformation og -uddannelse.
- Psykosocial indsats herunder arbejdsfastholdelse.
- Støtte til kostomlægning.
- Støtte til rygestop.
- Optimering af medikamentel behandling og risikofaktorkontrol.
- Klinisk opfølgning og vedligeholdelse af mål.

Traditionelt/definitivt er erhvervsrehabilitering en del af hjerterehabilitering. De nye internationale retningslinjer for forebyggelse og rehabilitering på det kardiologiske område, har inkluderet arbejdsrelateret stress som en væsentlig risikofaktor for udvikling af iskæmisk kardiovaskulær sygdom, og dermed får forebyggelse af arbejdsrelateret stress en mere central placering i den primære og sekundære forebyggelse hos hjertepatienter. Netop her bliver social-og arbejdsmedicinerens rolle vigtig.

Hjerterehabilitering inddeles traditionelt i fase 1, fase 2 og fase 3. Fase 1 rehabilitering foregår under den primære indlæggelse (oftest kun to til tre dage) som en del af den initiale behandling, og inkluderer typisk information om sygdommen, initial mobilisering og risikofaktormodulation. Fase 2 rehabilitering er den mest omfattende fase og foregår typisk fra 14 dage efter index indlæggelsen til ca. 4-6 måneder efter. Fase 3 er livslang sekundær profylakse med medicinsk opfølgning og risikofaktor kontrol via kardiolog/egen læge og praktiseren af egne nye tillærte vaner.

Hjerterehabiliteringen inddeles i tre faser:

Fase I	Fase II	Fase III
Primær kontakt under indlæggelse eller ambulant	Tidlig opfølgning de første uger/mdr. efter indlæggelse	Sen opfølgning og vedligeholdelse
AKTØRER		
Kardiologisk afsnit/afdelinger	Ambulatorium/rehab. Speciallæge i kardiologi Praktiserende læge Kommunale tilbud	Praktiserende læge Kommunale tilbud Foreninger/klubber
STYRING / REFERENCE		
Sygehus/region	Sygehus og kommune	Sygehus og kommune

Kilde: NBV, Dansk Cardiologisk Selskab, Kap. 29: Hjerterehabilitering

Fysisk træning: Foregår som minimum 2 gange ugentligt, gerne i minimum 12 uger, og som en del af træningen højintensitetstræning, herunder arbejde svarende til minimum 75% af maximal puls. Det anbefales at hjertepatienter er aktive minimum 30 minutter om dagen 5 af ugens 7 dage.

Træning kan for iskæmipatienter påbegyndes så snart de er fuldt revaskulariserede, og det akutte behandlingsforløb er overstået, påbegyndes typisk efter 1-2 måneder efter primære indlæggelse. For hjerteopererede patienter (hjerterklap og bypass-operation) må træningen tage hensyn til sternotomi, dvs. initielt skal overkropstræning undgås indtil 6-8 uger efter operation, hvorefter sternum forventes sammenvokset. Herefter kan de træne uden restriktioner, dvs. overkrop kan inddrages i træningen også.

Fysisk træning foregår typisk på sygehus, eller i kommunalt genoptræningscenter med speciale i hjerterehabilitering, såfremt indholdet i programmet lever op til retningslinjerne.

Patientinformation- og uddannelse: Anbefales til alle med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt (systolisk) og efter hjerterklapoperation. Undervisningen foregår i gruppe eller individuelt og indeholder undervisning om hjertet og sygdommen, symptomer, medicin, bivirkninger, faresignaler, motion, og seksualitet samt evt. information om forsikring.

Psykosocial indsats herunder arbejdsfastholdelse: Op til 30% får efter blodprop i hjertet behandlingskrævende depression og/eller angst. Håndteringen og screening for depression og angst vha HADS eller et andet valideret spørgeskema. Det er vigtigt at afdække evt. misbrug, andre psykiske problemer og sociale problemer relateret til arbejde, samt støtte i tilbagevenden til arbejde.

Kostintervention: Alle patienter med iskæmisk hjertesygdom skal screenes ift behovet for kostændring, dette foregår via værktøjet "HjerteKost" skemaet, og ved behov tilbydes diætist intervention. Der skal overvejes indikation for vægttab.

Rygestop: Alle rygere opfordres til rygestop, hjulpet på vej af nikotinsubstitution, medicin der tager rygetrangen (Champix, Zyban) eller via rygestop-intervention som del af rehabiliteringsforløbet. Målet er vedvarende rygestop. Rygestopmedicin og rygestopkurser flerdobler hver især chancen for vedvarende rygestop. På stoplinjen (80313131) rådgives om rygestoptilbud.

Risikofaktorkontrol og medicinsk opfølgning: Fælles for de fleste programmer er at der er inkluderet lægesamtale hvor behandlingsforløb og medicin gennemgås, herunder komorbiditet, og evt. opfølgende ekkokardiografi. Herunder håndtering og behandling af hypertension, hyperlipidæmi, diabetes og prognoseforbedrende medicin.

Efter endt hjerterehabiliteringsforløb, som typisk samlet set varer 3-6 måneder, bliver patienten afsluttet til videre kontrol hos egen læge eller overgår til ren ambulant opfølgning i kardiologisk regi. Det anbefales minimum årlig kontrol hos praktiserende læge inklusiv vurdering af symptomer (CCS og NYHA klasse), risikofaktorkontrol, psykosocial status og arbejdsfastholdelse eller henvisning til hjælp (socialrådgiver i kommune/fagforening).

Hvem skal tilbydes hjerterehabilitering?

Der foreligger god evidens for at alle patienter med iskæmisk hjertesygdom, og patienter med hjertesvigt skal henvises til hjerterehabilitering (klasse IA). For patienter efter hjerterklapoperation (isoleret klapsygdom uden iskæmisk hjertesygdom), med atrieflimren, og efter ICD anlæggelse er evidensen endnu sparsom og guidelines ikke entydig, og disse patientgrupper skal tilbydes hjerterehabilitering efter en individuel vurdering. For de øvrige kardiologiske patientgrupper findes endnu ingen anbefalinger, og gældende guidelines inkluderer

ikke rehabilitering i efterbehandlingen, men når det vurderes at der efter indlæggelse og behandlingsforløb for hjertesygdom foreligger et funktionstab, eller hvis patienten selv vurderer et rehabiliteringsbehov, er det relevant at henvise til hjerterehabilitering, eller som minimum generel rehabilitering. Hvis en hjertepatient med enten iskæmisk hjertesygdom eller hjertesvigt ses i socialmedicinsk regi, og det fremgår at de aldrig har gennemgået hjerterehabilitering, kan de godt henvises til forløb med effekt på risikofaktorer og fysisk kapacitet

Hvorfor er hjerterehabilitering vigtig?

Ca. hver 5. patient med en blodprop i hjertet vil på et givent tidspunkt få en ny blodprop. Hjerterehabilitering har derfor i efterforløbet en central plads i forhold til prognosen. Det er vist at hjerterehabilitering blandt patienter med iskæmisk hjertesygdom reducerer den kardiovaskulære dødelighed, sygelighed, uplanlagte/akutte hospitals indlæggelser/genindlæggelser, øger fysisk kapacitet, livskvalitet og mentalt helbred hos patienter med iskæmisk hjertesygdom. Blandt Hjertesvigtpatienter reducerer antallet af genindlæggelser, og der ses en øget fysisk kapacitet, livskvalitet og mentalt helbred. Hos patienter efter hjerteklapoperation og ablationsbehandlede atrieflimren patienter øger hjerterehabilitering med fysisk træning fysisk kapacitet, mens effekten på mentalt helbred og genindlæggelser endnu er uvis. For patienter der har fået anlagt ICD er det vist at patienternes selvvaluerede mentale helbred bedres, samt mulig effekt på fysisk kapacitet. Derudover har hjerterehabilitering positiv effekt på risikofaktorer, herunder ændring af blodtryk, sukkersyge, forhøjet kolesterol, rygning, fysisk aktivitet, alkoholoverforbrug, og dermed har hjerterehabilitering betydning for sekundær profylakse for patienter som allerede har fået påvist åreforkalknings sygdom og primær profylakse hos de øvrige patienter som endnu ikke har udviklet symptomer eller objektive tegn herpå.

Hjertesygdom og erhvervsevne

Som anført ovenfor bidrager hjertekarsygdom årligt til blot 170 tilkendte førtidspensioner. Endvidere har hjertepatienter øget sygefravær, der medfører omkostninger i form af produktionstab. For at undgå at tilstanden bliver kronisk er det derfor vigtigt så tidligt som muligt at foretage erhvervsrettede tiltag. Dette kan foregå via socialmedicinsk udredning med inddragelse af socialrådgiver i kommune/fagforening. Der mangler fortsat viden om betydningen af hjerterehabilitering og arbejdsfastholdelse. Et enkelt tysk studie har vist at patienter, der deltager i hjerterehabilitering er i højere risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet sammenlignet med patienter som påbegynder arbejde umiddelbart. Andre studier tyder på at hjerterehabilitering kan bidrage med fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet på lang sigt.

Beskæftigelses- og socialmedicinske foranstaltninger, herunder rådgivning og skånebehov i

Om muligt ret hurtig tilbagevenden til arbejdspladsen med nødvendig tilpasning af opgaver og mødetid, i starten evt. blot deltagelse i sociale aktiviteter på arbejdspladsen. Det er vigtigt at undgå isolation da dette kan forværre eventuelle psykosociale følger af hjertesygdom, samt udvikling af psykiske eftervirkninger (depression og angst), og organisere positive oplevelser/succes'er, der øger motivationen og tiltro til, at

forhold til erhverv
hos hjertepatienter

det kan lykkes med retur til arbejdspladsen.

Det er vigtigt at spørge patienten om hvilke skånebehov vedkommende forestiller sig nødvendige ved tilbagevenden til arbejde. Mange patienter har negativ tiltro til egen fysiske formåen efter hjertesygdom. Skånebehovene beror på en individuel vurdering. Herunder forslag der afhængig af den individuelle situation kan være relevante:

- Sygemelding kan være nødvendig, men i givet fald så kort som muligt
- Støtte patienten i at bevare kontakt /besøge arbejdspladsen.
- Evt. starte gradvist op. Have en plan for optrapning i tid.
- Arbejdsgenoptagelse må ikke forhindre deltagelse i hjerterehabileringsprogram eller ambulante besøg hos kardiolog/egen læge og medicinsk kontrol. Der kan være behov for en § 56 aftale.
- Vurdere om der er forhold på arbejdspladsen der kan forværre tilstanden – f.eks. fysisk krævende opgaver, og hvordan disse kan omstruktureres.
- Inddrage arbejdspladsen så tidligt som muligt og overveje behov for at tilpasse arbejdsopgaver, hjælpemidler, omplacering eller andre kompenserende ordninger.
- Overveje om fysisk krævende funktioner kan fastholdes, eller undgås en periode. For patienter med hjertesvigt må arbejdsopgaverne afhænge af symptombyrde. Overveje om natarbejde kan undgås.
- Virksomheds mentor på arbejdspladsen? Aftaler om hjælp til at sige til og fra opgaver og undgå overbelastning.
- Generelt gode arbejdsforhold – fysisk og psykisk.
- Undgå stressende arbejdsforhold (f.eks. tidspres, lav indflydelse) – i hvert fald i starten – da både fysisk og psykisk stress kan forværre nye iskæmiske symptomer (brystsmerter) og medføre genindlæggelser og evt. ny blodprop.
- Nogle hjertesvigtspatienter kan have gavn af mulighed for hvil i løbet af arbejdsdagen
- Enkle arbejdsopgaver med mulighed for pauser. Fx papiropgaver med mindre kundekontakt
- Forudsigelige opgaver og funktioner hvor social aktivitet kan undgås hvis patienten har meget angst eller depressive symptomer i efterforløbet.

Dokumentation

Links, relevante vejledninger og referencer

Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen, 2015.

National Klinisk Retningslinje om hjerterehabilering. Sundhedsstyrelsen, 2013.

Hjerteforeningen: <https://www.hjerteforeningen.dk/>

Dansk Cardiologisk Selskabs NBV om hjerterehabilering:
<http://nbv.cardio.dk/hjerterehabilering>

Koch MB, Johnsen NF, Davidsen M, Juel K. Hjertekarsygdomme i 2011 -

Incidens, prævalens og dødelighed samt udviklingen siden 2002. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2014.

Hjerteforeningen. Fakta om hjertekarsygdom i Danmark. 2014 [10-11-2014]. www.hjerteforeningen.dk/hjertesygdomme/fakta/fakta_om_hjertekarsygdomme/.

Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2016). The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016. doi:10.1093/eurheartj/ehw106.

Piepoli MF, Corra U, Adamopoulos S, et al. Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery: a policy statement from the cardiac rehabilitation section of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*. 2014;21(6):664-681.

Smith SC, Jr., Benjamin EJ, Bonow RO, et al. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2011;124(22):2458-2473.

Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 8.

Dalal HM, Doherty P, Taylor RS. Cardiac rehabilitation. *BMJ* 2015;351:h5000.

Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, Taylor RS. Exercise-based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease. *JACC*, Vol 67, No. 1, 2016.

Sibilitz KL, Berg SK, Rasmussen TB, Risom SS, Thygesen LC, Tang L, Hansen TB, Johansen PP, Glud C, Lindschou J, Schmid JP, Hassager C, Køber L, Taylor RS, Zwisler AD. Cardiac rehabilitation increases physical capacity but not mental health after heart valve surgery: a randomised clinical trial. *Heart*. 2016 Aug 4. pii: heartjnl-2016-309414. doi: 10.1136/heartjnl-2016-309414

Sibilitz KL, Berg SK, Tang LH, Risom SS, Glud C, Lindschou J, Køber L, Hassager C, Taylor RS, Zwisler AD. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults after heart valve surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Mar 21;3:CD010876. doi: 10.1002/14651858.CD010876.pub2.

Hansen TB, Zwisler AD, Berg SK, Sibilitz KL, Thygesen LC, Doherty P, Søgaard

R. Exercise-based cardiac rehabilitation after heart valve surgery: cost-analysis of health care use and sick leave. *Open Heart* 2015 Aug 13;2(1).

Lund K, Sibilitz KL, Berg SK, Thygesen LC, Taylor RS, Zwisler AD. Physical activity increases survival after heart valve surgery. *Heart*. 2016 Sep 1;102(17):1388-95. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308827. Epub 2016 Apr 7.

Signe S. Risom, Ann-Dorthe Zwisler, Trine B. Rasmussen; Kirstine L. Sibilitz, Jesper H. Svendsen, Selina Kikkenborg Berg, et al. Cardiac rehabilitation versus usual care for patients treated with catheter ablation for atrial fibrillation: results of the randomized CopenHeartRFA trial. Accepted for publication, *American Heart Journal*, September 2016.

Berg SK, Pedersen PU, Zwisler AD, Winkel P, Gluud C, Pedersen BD, Svendsen JH.

Comprehensive cardiac rehabilitation improves outcome for patients with implantable cardioverter defibrillator. Findings from the COPE-ICD randomised clinical trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015 Feb;14(1):34-44. doi: 10.1177/1474515114521920. Epub 2014 Feb 5.

Fiabane E, Giorgi I, Candura SM, et al. Return to work after coronary revascularisation procedures and a patient's job satisfaction: A prospective study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2015;28(1):52-61.

Forfatter: Læge, ph.d., Kirstine Lærum Sibilitz, Socialmedicinsk enhed, Region Hovedstaden

Review: *Eksterne reviewere:*
Overlæge, professor, dr.med., Mogens Lytken Larsen
Overlæge, professor, ph.d., Ann-Dorthe Zwisler
Intern supervisor:
Overlæge Jo Coolidge, Socialmedicinsk Enhed, Region Hovedstaden

Dato 02.01.2018

Revideres 31.10.2020
