



Hjertepatienters brug og oplevelse af rehabilitering

Kort version

Marlene Willemann Würgler

Jannie Kilsmark

Loke Thomas Sonne

Henning Voss

Jes Søgaard

Dansk Sundhedsinstitut

Februar 2009

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2009

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN: 978-87-7488-606-8 (elektronisk version)

Design: DSI

Kort resumé

Denne rapport præsenterer hovedresultater fra en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, der belyser danske patienters brug og oplevelse af hjertekarrehabilitering. Samtlige resultater, tabeller og statistiske analyser kan findes i en lang version, som præsenterer alle resultater fra undersøgelsen.

3 % af danske hjertepatienter modtager et fuldt rehabiliteringstilbud, som er i overensstemmelse med de faglige anbefalinger på området. Det er især fraværet af psykosociale elementer, der gør, at så få patienter deltager i et fuldt rehabiliteringsforløb.

10 % af patienterne modtager psykisk støtte til sig selv, og endnu færre (6 %) modtager psykisk støtte til deres pårørende. 26 % af patienterne rapporterer, at deres pårørende har været inddraget i deres rehabilitering.

60 % deltager i rehabilitering på et sygehus, 24 % deltager i rehabilitering hos egen læge, mens 12 % deltager i rehabilitering i kommunalt regi. Hjerterehabilitering er endnu ikke en udbredt del af kommunernes sundhedsaktiviteter. De patienter, som deltager i rehabilitering i kommunalt regi, modtager til gengæld hyppigere de forskellige elementer i rehabilitering (fx psykisk støtte og undervisning i sygdomsforståelse).

Der er udbredte og tydelige kønsforskelle i patienternes brug og oplevelse af hjerterehabilitering. Mænd deltager hyppigere i hjerterehabilitering og er oftere tilfredse med deres rehabiliteringsforløb, end kvinder er. Der ses også aldersforskelle. De yngre patienter (<60 år) er mindst tilfredse med deres rehabilitering og er mindre velinformeret om rehabiliteringsforløbet. Det er desuden en fordel for hjertepatienter at være samlevende eller gift, idet disse patienter hyppigere modtager undervisning i sygdomsforståelse og hyppigere deltager i psykosocial rehabilitering, end patienter der bor alene.

Knap halvdelen af patienterne har et godt indtryk af deres rehabiliteringsforløb. Patienter, der modtager psykosociale elementer i deres rehabiliteringsforløb, er mere tilfredse, end patienter der ikke modtager disse elementer.

På baggrund af undersøgelsens resultater anbefales det at iværksætte:

- ◆ En selvstændig indsats for i højere grad at inddrage psykosociale elementer i hjerterehabiliteringen. Forskning viser, at psykosocial støtte til hjertepatienter har en positiv virkning på patienternes livskvalitet og helbred, og denne undersøgelse viser, at tilstedeværelsen af psykosociale elementer giver en større tilfredshed blandt patienterne.
- ◆ En øget indsats for i højere grad at inddrage de pårørende i rehabiliteringen.
- ◆ Forskning om forskellige patientgruppers behov, præferencer og ønsker om hjerterehabilitering, så det i højere grad bliver muligt at tilrettelægge mere patientrettede rehabiliteringsindsatser, der tilgodeser patienternes forskellige behov. Det er i den forbindelse også vigtigt at belyse køns- og aldersforskelle i patienternes brug og oplevelse af rehabilitering.
- ◆ En kvalitetssikringsstrategi, der inkluderer løbende dataregistrering, så de fremtidige erfaringer med hjerterehabilitering opsamles og kan indgå i udviklingsarbejdet.

Indholdsfortegnelse

Kort resumé	3
1. Indledning	7
1.1 Undersøgelsens formål	7
1.2 Undersøgelsens baggrund	7
1.3 Hvad er hjertekarrehabilitering?	7
1.4 Rehabilitering i praksis: Fra meget begrænset til fuld rehabilitering	8
2. Metode	11
2.1 Hjerterpatienter i undersøgelsen	11
2.2 Formidling af resultater fra statistiske analyser	12
2.3 Undersøgelsens respondenter	12
3. Undersøgelsens hovedresultater	13
3.1 Hvor mange hjerterpatienter deltager i rehabilitering?	13
3.2 Hvilke patienter deltager i rehabilitering?	14
3.3 Hvor foregår hjerterehabilitering henne?	16
3.4 Hvor velinformerede er patienterne?	17
3.5 Hvilke patienter oplever en god rehabilitering?	18
3.6 Hvor tilfredse er patienterne med deres rehabilitering?	18
4. Tematisk sammenfatning	21
4.1 Deltagelse, indhold i og udbredelse af hjerterehabilitering	21
4.2 Forskelle mellem mænd og kvinder	21
4.3 Aldersforskelle	21
4.4 Socio-demografiske forskelle	21
4.5 Tilfredshed	22
5. Diskussion og anbefalinger	23
5.1 Anbefalinger	24
Litteratur	27
Bilag 1: Spørgeskema og følgebrev	29

1. Indledning

Denne undersøgelse handler om danske patienters brug og oplevelse af hjertekarrehabilitering.

Hjertekarsygdom er det sygdomsområde, der tegner sig for flest indlæggelser i Danmark. I 2005 var der 142.245 heldøgnsindlæggelser med hjertekarsygdom i Danmark fordelt på 86.336 personer. I samme år registrerede man 283.185 hospitalskontakter med hjertekarsygdom fordelt på 152.674 personer (1). Der er både sociale - og kønsforskelle i indlæggelsesmønstret for hjertekarsygdomme. Flere mænd end kvinder indlægges med hjertekarsygdom. Risikoen for indlæggelse eller hospitalskontakt pga. hjertekarsygdom stiger med alderen. Patienter med kort uddannelsesniveau henholdsvis lavt indkomstniveau har størst risiko for indlæggelse eller hospitalskontakt pga. hjertekarsygdom (1).

Hjerteforeningen anbefaler, at alle patienter, der indlægges med hjertekarsygdom, bliver vurderet individuelt med henblik på et tilbud om rehabilitering. Det skønnes, at mindst 25.000 patienter hvert år har brug for at få vurderet behovet for hjertekarrehabilitering (2). Flere internationale studier viser, at et fuldt hjerterehabiliteringstilbud kan give store menneskelige og sundhedsøkonomiske gevinster. Patienternes livskvalitet bliver bedre, og hjertekarrehabilitering fører til nedsat risiko for genindlæggelse eller invasiv behandling. Danske studier bekræfter, at hjertekarrehabilitering er omkostningseffektivt (2).

1.1 Undersøgelsens formål

Formålet er at undersøge danske patienters brug og oplevelse af hjertekarrehabilitering. Dette belyses gennem en spørgeskemaundersøgelse, der giver svar på:

- ◆ Hvor mange hjertepatienter deltager i rehabilitering – og hvor omfattende er, dvs. hvilke elementer indeholder, den rehabilitering, som de deltager i?
- ◆ Er der socio-demografiske forskelle (social status, køn og alder), regionale forskelle eller kommunale forskelle i hjertepatienters brug af og oplevelse af hjerterehabilitering?
- ◆ Hvor mange patienter har en god oplevelse af deres rehabiliteringsforløb – og hvad er en god oplevelse for patienterne?
- ◆ Hvor tilfredse er patienterne med deres rehabiliteringsforløb – og hvad karakteriserer de patienter, som er tilfredse?

1.2 Undersøgelsens baggrund

Hjerteforeningen henvendte sig i foråret 2008 til DSI for at få gennemført en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, som belyser danske hjertepatienters brug af og oplevelse af rehabilitering, efter strukturreformen trådte i kraft. Hjerteforeningen vil gerne øge deres viden om, hvor mange patienter der får tilbudt hjertekarrehabilitering, patienternes tilfredshed med rehabiliteringsforløbet, regionale forskelle, sociale - og kønsforskelle m.m. Denne viden synes ikke aktuelt at eksistere i Danmark.

1.3 Hvad er hjertekarrehabilitering?

Hjertekarrehabilitering indgår ideelt set i et sammenhængende patientforløb, og følger den akutte indlæggelse og behandling for hjertekarsygdom. Hjertekarrehabilitering tjener overordnet tre formål (2):

1. at identificere påvirkelige risikofaktorer (rygning, kost, motion, blodtryk), så livsstilsændringer og medicinsk behandling kan forebygge forværring af sygdom;
2. at motivere og undervise patienten i en sund livsstil; og
3. at fastholde og om muligt forbedre patientens fysiske, psykosociale og erhvervsmæssige funktionsniveau.

Et fuldt rehabiliteringstilbud kan jf. nedenstående tabel opdeles i tre faser med forskellige indsatser, som kan ydes af forskellige aktører i sundhedsvæsenet:

Tabel 1. Oversigt over et fuldt rehabiliteringstilbud (2)

	Indsatser	Aktører
Fase 1	- Diagnose og prognostiske procedurer - Akut behandling - Visitation til rehabilitering	Sygehuse
Fase 2	- Optimering af behandling - Vedligeholdelse af behandling - Fysisk træning - Psykosocial støtte - Livsstilsintervention (rygning, kost, motion) - Patientuddannelse	Sygehuse, kommuner og almen praksis
Fase 3	- Vedligeholdelse af behandling - Vedligeholdelse af ændringer i livsstil	Kommuner, almen praksis, patientforeninger og frivillige organisationer

1.4 Rehabilitering i praksis: Fra meget begrænset til fuld rehabilitering

I praksis viser det sig, at ganske få danske patienter (3 %) deltager i et fuldt rehabiliteringstilbud jf. denne undersøgelse. For at beskrive patienternes deltagelse i forskellige mere eller mindre komplette rehabiliteringsforløb, har vi i tabel 2 nedenfor konstrueret fire forskellige niveauer for patienternes deltagelse i rehabilitering. De spænder fra *fuld* rehabilitering, over *delvis* rehabilitering og *meget begrænset* rehabilitering¹ til *ikke-deltagelse* i rehabilitering.

¹ For de første tre niveauer gælder det, at patienterne i spørgsmål 8 i spørgeskemaet *også* skal have svaret "ja" til at have deltaget i rehabilitering et bestemt sted (fx kommunen eller ambulatoriet) efter udskrivelse fra sygehus for at blive inkluderet i de tre niveauer for deltagelse i rehabilitering.

Tabel 2. Beskrivelse af indholdet i de fire niveauer for deltagelse i rehabilitering [1]

Rehabiliteringsniveau	Elementer, der indgår i de enkelte niveauer
Meget begrænset rehabilitering	- Kontrol af medicinsk behandling <i>Og/eller</i> - Rådgivning om hjerterigtig kost
Delvis rehabilitering	- Deltager ikke i samtlige elementer (fuld rehabilitering), men deltager ikke udelukkende i kontrol af medicinsk behandling og/eller rådgivning om hjerterigtig kost (meget begrænset rehabilitering)
Fuld rehabilitering	- Kontrol af medicinsk behandling <i>og</i> - Rådgivning om hjerterigtig kost <i>og</i> - Undervisning i sygdomsforståelse <i>og</i> - Psykisk støtte til sig selv <i>og</i> - Psykisk støtte til pårørende
Ikke deltaget i rehabilitering	- Patienter, der i spørgsmål tre og otte <i>ikke</i> har angivet, at de har deltaget i rehabilitering

1) Der er ikke tale om officielle niveauer af rehabilitering, men til nærværende undersøgelse konstruerede og faktisk forekommende rehabiliteringsniveauer. Rådgivning om rygestop er ikke inkluderet i nogen af niveauerne. Hvis rådgivning om rygestop skal være et kriterium for at have modtaget fx fuld rehabilitering, så bliver alle de respondenter, der har angivet "ikke aktuelt for mig" sorteret fra. Det er ikke givet, at "ikke aktuelt for mig"-kategorien kun indeholder de patienter, som ikke ryger. Det kan fx også være patienter, som i forvejen er i gang med et rygestop, eller som har besluttet sig for, at de ikke vil holde op med at ryge uagtet deres hjertesygdom.

2. Metode

For at beskrive hjertepatienternes brug af og oplevelse af rehabilitering sendte vi et spørgeskema til en stikprøve af patienterne. Denne undersøgelse er baseret på patienternes svar på spørgsmålene i det udsendte skema. Den tekniske baggrundsrapport beskriver vores data og metoder mere detaljeret, og nedenstående sammenfattes de vigtigste metodeforhold og forbehold.

2.1 Hjertepatienter i undersøgelsen

Hjertepatienter med forventet behov for rehabilitering udgør populationen i denne undersøgelse og defineres som:

- ◆ Alle patienter med nyopstået iskæmisk hjertesygdom (blodprop i hjertet, hjertekrampe); herunder patienter med ballonudvidelse (PCI) eller bypassoperation.
- ◆ Udvalgte patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom.

Denne populationsdefinition svarer til aktionsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom med kodeværdierne DI20 til DI25 i Landspatientregistret (LPR). Vi fik med Sundhedsstyrelsens velvillige bistand et udtræk af alle hjertepatienter registreret med en af disse aktionsdiagnoser i perioden 1. juli 2007 – 31. januar 2008.

Ud af i alt 15.033 patienter i udtrækket valgtes 8.002 patienter, som i efteråret 2008 via Hjerterforeningen fik tilsendt et spørgeskema og et følgebrev. I følgebrevet orienteres hjertepatienterne om undersøgelsens formål, de blev garanteret anonymitet, og begrebet rehabilitering defineres og brevet er underskrevet af Hjerterforeningens direktør Susanne Volqvartz (se bilag 1).

De 8.002 patienter blev udvalgt på følgende måde. Først frasorteredes patienter fra bruttogruppen på 15.033 patienter, som enten havde forskerbeskyttelse eller som vi ikke kunne finde adresse på. Herefter udvalgte højest 70 patienter pr. kommune efter seneste udskrivningsdato. For kommuner med færre end 70 patienter kommer alle med i stikprøven. Herefter suppleredes op til en samlet stikprøve på 8.002 ved at udvælge patienter proportionalt til kommunestørrelse efter seneste udskrivningsdato.

Der blev modtaget besvarede spørgeskemaer fra i alt 4.371 personer, hvilket svarer til en samlet svarprocent på 56 %. Den praktiske gennemførelse af udsendelse af spørgeskemaerne, modtagelse, registrering og indtastning af svarene blev gennemført af Uni-C.

2.1.1 Et metodeproblem

Vi blev hurtigt klare over et metodeproblem i forhold til den praktiske afgrænsning af patientpopulationen. Ovenstående aktionsdiagnoser inkluderer også patienter, der ikke nødvendigvis har (den pågældende) iskæmisk hjertesygdom, men måske blot har været til ambulant undersøgelse herfor eller på skadestue med mistanke herom. Problemet skyldes, at LPR registret kun indeholder oplysninger om patientens aktionsdiagnose ved *sidste* kontakt med sygehuset. Af de 8.002 udtrukne og udvalgte patienter havde de 4.891 (61 %) været indlagt ved sidste kontakt, og 3.111 patienter (39 %) var ikke-indlagte patienter, dvs. de ved sidste kontakt med sygehuset var ambulante patienter eller skadestuepatienter. De indlagte patienter er valide respondenter, dvs. de opfylder populationsdefinitionen. En del af de ikke-indlagte patienter kan være valide, men er det ikke nødvendigvis. Vi risikerer derved at

undervurdere den andel af de faktiske hjertepatienter, som modtager og udnytter tilbud om rehabilitering – fordi nævneren så at sige bliver for stor. Vi tror ikke, at risikoen for misvisende resultater er stor. Dels kontaktede 231 patienter selv Hjertereforeningen for at gøre opmærksom på, at de ikke havde været indlagt i perioden 1. juli 2007 – 31. januar 2008 med hjertekarsygdom. Dels er svarprocenterne væsentligt lavere for ikke-indlagte patienter, især for skadestuepatienterne. Og en stor andel af skadestuepatienterne, som faktisk returnerede spørgeskemaet i udfyldt stand har udnyttet svarkategorien 'ikke relevant for mig'. Som en kontrol for dette metodeproblem har vi sammenlignet frekvenserne for deltagelse i rehabilitering både med og uden ikke-indlagte patienter i stikprøven, og der ses ingen væsentlige forskelle i disse frekvenser (se tabel 3 s.13). Der er således ikke tegn på, at metodeproblemet har betydning for undersøgelsens resultater.

2.2 Formidling af resultater fra statistiske analyser

Undersøgelsen har haft til formål at identificere forskelle mellem forskellige patientgruppers brug og oplevelse af hjerterehabilitering. Til det formål har vi benyttet tabuleringsanalyse og multiple, logistiske regressionsanalyser. I disse statistiske analyser kan forekomsten af en forskel eller en sammenhæng testes ved signifikantest, som vurderer, om den pågældende forskel er statistisk signifikant, dvs. ikke kan tilskrives tilfældige udsving i stikprøvematerialet.

Denne rapport formidler sammenhænge eller forskelle, som i disse analyser er fundet statistisk signifikante og altså ikke blot kan skyldes tilfældige udsving. Derfor har vi valgt ikke hele tiden at skrive, at et resultat er 'signifikant'. I de få tilfælde, hvor en forskel eller sammenhæng vurderes at være vigtig at formidle videre til læseren, selv om den ikke er statistisk signifikant, vil fraværet af dette blive noteret.

2.3 Undersøgelsens respondenter

De personer, der har besvaret og returneret spørgeskemaet, kalder vi normalt respondenter, men vi bruger i det efterfølgende betegnelsen (hjerter)patienter, der er den baggrundspopulation, som respondenterne er udtrukket fra. 67 % af patienterne er mænd og 33 % er kvinder. Størstedelen (76 %) af respondenterne er over 60 år, og meget få respondenter (1 %) er under 40 år. Respondenternes gennemsnitsalder er 67 år.

Ca. hver femte respondent har ingen erhvervsuddannelse. Fire ud af ti respondenter har en praktisk, faglig erhvervsuddannelse (fx specialarbejder- eller lærlingeuddannelse), mens knap hver tredje har en videregående erhvervsuddannelse (kort, mellem eller lang videregående uddannelse).

Størstedelen af respondenterne (60 %) stod ikke til rådighed for arbejdsmarkedet (fx pga. pension, efterløn eller revalidering), da de blev syge. Lidt mere end en tredjedel var i beskæftigelse, da de blev syge, mens kun 2 % var ledige, da sygdommen indtraf.

Ca. tre ud af fire respondenter bor sammen med en partner. Der er en markant kønsforskel med hensyn til respondenternes samlivsstatus, idet 43 % af kvinderne bor alene, mens dette kun gælder for 19 % af mændene.

Stort set alle respondenter (96 %) tager medicin² for deres hjertesygdom - lidt flere mænd end kvinder. Andelen af respondenter, der tager medicin, stiger i takt med alderen. Respondenter med ingen eller praktisk faglig erhvervsuddannelse tager mest medicin.

² 85 % tager blodfortyndende medicin, 82 % tager kolesterolsenkende medicin, og 72 % tager blodtrykssenkende medicin.

3. Undersøgelsens hovedresultater

3.1 Hvor mange hjertepatienter deltager i rehabilitering?

Undersøgelsens resultater vedrørende deltagelse i rehabilitering sammenfattes i tabel 3 nedenstående. Det fremgår, at:

- ♦ 3 % har deltaget i et **fuldt rehabiliteringstilbud**, dvs. at de har modtaget samtlige elementer, som hjerterehabilitering skal indeholde ifølge de faglige anbefalinger (2).
- ♦ 47 % har deltaget i **delvist rehabiliteringstilbud** og dermed modtaget dele af de elementer, som fremgår af tabel 2, s.8.
- ♦ 32 % har deltaget i et **meget begrænset rehabiliteringstilbud**.
- ♦ 19 % angiver, at de **ikke** har deltaget i rehabilitering.
- ♦ Hver fjerde patient oplever, at deres pårørende inddrages i rehabiliteringen.
- ♦ Mænd deltager hyppigere i rehabilitering end kvinder.

Tabel 3. Andel af patienter, der har deltaget i de forskellige niveauer af rehabilitering - og som ikke har deltaget i rehabilitering, fordelt på hhv. hele stikprøven og udelukkende på indlagte patienter

Rehabiliteringsniveau	Alle		Indlagte*	
	Antal	Andel (pct.)	Antal	Andel (pct.)
Fuld rehabilitering	122	3	85	3
Delvis rehabilitering	2.036	47	1.309	47
Meget begrænset rehabilitering	1.378	32	932	33
Ikke deltaget i rehabilitering**	835	19	478	17
I alt	4.371	100	2.804	100

Anm. * For at vurdere evt. afgrænsningsproblemer i patientudtrækket vises til sammenligning også resultater for den snævre stikprøve af kun indlagte patienter (ved sidste sygehuskontakt). Det fremgår, at frekvensandele er helt identiske. ** Denne kategori omfatter også de 63 patienter, der har meddelt, at rehabiliteringsdeltagelse er "ikke aktuelt for mig" (tilsvarende antal er 31 patienter i begrænsede stikprøve (Indlagte)).

80 procent af patienterne rapporterer en eller anden form for deltagelse i rehabilitering. Samtidig deltager meget få (3 %) af patienterne i det fulde forløb med alle fem elementer³, som bør være en del af et fuldt rehabiliteringstilbud. Denne tilstand af hyppig men delvis eller begrænset rehabilitering skyldes ikke mindst mangelfuld udbud af og brug af tilbud om psykisk støtte til patienterne selv og til deres pårørende.

Af tabel 4 nedenfor fremgår det, at kun 10 % af patienterne modtager psykisk støtte til sig selv. I alt har 17 % fået tilbudt psykisk støtte, men 7 % fravælger dette tilbud. Endnu færre (6 %) modtager psykisk støtte til deres pårørende. I alt 12 % har fået dette tilbud, men 6 % har fravalgt at bruge det. Til gengæld deltager næsten hver femte patient i undervisning om sygdomsforståelse – og kun 5 % af patienter, som har fået dette tilbud, vælger ikke at bruge det.

³ Hertil kommer fysisk træning, som også bør være en del af et fuldt rehabiliteringstilbud.

Tabel 4. Andel af patienter, der har fået tilbudt de forskellige elementer, og hhv. har brugt dem eller ej

Har brugt tilbuddet om:	Ja, og jeg har brugt tilbuddet (andel pct)	Ja, men bruger ikke tilbuddet (andel pct)	Antal
Kontrol af medicinsk behandling	64	2	4.042
Rådgivning om rygestop	9	9	3.970
Rådgivning om hjerterigtig kost	46	8	3.993
Psykisk støtte til sig selv	10	7	3.929
Psykisk støtte til pårørende	6	6	3.912
Undervisning i sygdomsforståelse	19	5	3.924

Anm.: Ubesvarede, fejludfyldte er frasorteret.

3.1.1 Er der regionale forskelle?

Blandt kvinder ses der kun regionale forskelle i andelen, der får undervisning i sygdomsforståelse. Kvindelige patienter fra Region Syddanmark får hyppigst undervisning i sygdomsforståelse (31 %), hvorefter kvindelige patienter fra Region Nordjylland placerer sig med næstmest undervisning (23 %). De samme regionale forskelle gælder for de mandlige patienter, blot får de generelt hyppigere undervisning i sygdomsforståelse end kvinderne.

Blandt de mandlige patienter ses der regionale forskelle i andelen af patienter, der deltager i samtlige specifikke elementer i rehabilitering med undtagelse af psykisk støtte til pårørende. Tabel 4 viser, at mandlige patienter fra Region Nordjylland og Region Syddanmark hyppigst deltager i de specifikke elementer i rehabilitering.

Tabel 5. Andel af mandlige patienter, der deltager i de specifikke elementer i rehabilitering, fordelt på regioner

Har brugt tilbuddet om:	Andel (pct.)					Antal besvarede
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	
Kontrol af medicinsk behandling	72	65	71	64	70	2.640
Rådgivning om rygestop	34	22	28	20	27	1.091
Rådgivning om hjerterigtig kost	60	53	55	47	57	2.510
Psykisk støtte til sig selv	14	13	15	9	10	2.156
Psykisk støtte til pårørende	12	8	9	6	7	2.114
Undervisning i sygdomsforståelse	29	23	35	18	15	2.331

Anm.: Andelen er beregnet i forhold til antal besvarelser af det pågældende spørgsmål. Ubesvarede eller fejludfyldte er dermed frasorteret. N=2.932.

3.2 Hvilke patienter deltager i rehabilitering?

Vi finder alders- og kønsforskelle i forhold til andelen af patienter, der får rådgivning om hjerterigtig kost. 53 % af de 50-59 årige får rådgivning om kost, mens det samme er gældende for 37 % af patienter under 50 år. 53 % af de mandlige patienter får rådgivning om hjerterigtig kost, mens 43 % kvinder modtager denne rådgivning.

I forhold til at modtage psykisk støtte til sig selv, ses der ingen forskelle i forhold til køn, alder, samlivsstatus, sygehusstype og kommunistørrelse. Patienter uden erhvervsuddannelse modtager i højere grad psykisk støtte til dem selv. Patienter uden erhvervsuddannelse modtager også i højere grad psykisk støtte til deres pårørende. Derudover ser vi kun en forskel på sygehus typer blandt de mandlige patienter. 16 % af de mandlige patienter, der har været indlagt på et mindre sygehus, får psykisk

støtte til pårørende, mens det samme gælder for 8 % af de mandlige patienter indlagt på et universitetssygehus⁴.

Hvis patienten bor sammen med en partner, er der større sandsynlighed for, at han modtager undervisning i sygdomsforståelse. Kvinder, der har været indlagt på et privat sygehus, modtager hyppigst undervisning i sygdomsforståelse (35 %), mens det blandt mændene er dem, der har været indlagt på et mindre sygehus, som hyppigst modtager dette element (35 %). Patienter indlagt på et mellemstort sygehus oplever den største kønsforskel, idet 24 % af de mandlige patienter modtager undervisning i sygdomsforståelse, mens det samme gælder for 15 % af de kvindelige patienter.

Tabel 6. Karakteristika for de patienter, der har en højere sandsynlighed for at deltage i de specifikke elementer i rehabilitering

Specifikke elementer i rehabilitering	+ Højere sandsynlighed for at deltage i de specifikke elementer i rehabilitering
Kontrol af medicinsk behandling	+ Ingen erhvervsuddannelse + Ikke til rådighed for arbejdsmarkedet + Alder: jo ældre patienten er, jo flere går til kontrol for medicinsk behandling
Rådgivning om hjerterigtig kost	+ 50-59 år + Samlevende/gift + Mænd
Psykisk støtte til patienten selv	+ Ingen erhvervsuddannelse
Psykisk støtte til de pårørende	+ Ingen erhvervsuddannelse + Mænd, der har været indlagt på et mindre sygehus
Undervisning i sygdomsforståelse	+ Samlevende/gift + Mænd, der bor i en stor kommune + Mænd - indlagt på et mindre sygehus + Kvinder - indlagt på et privat sygehus

3.2.1 Hvilke patienter deltager i psykosocial rehabilitering?

Deltagelse i psykosocial rehabilitering forstås i denne undersøgelse som patienter, der har fået psykisk støtte til sig selv og/eller har modtaget undervisning i sygdomsforståelse. Vi ser senere, at patienter, der har deltaget i psykosocial rehabilitering, faktisk er mere tilfredse med deres rehabilitering end de øvrige patienter.

For begge køn gælder det, at hvis patienten bor sammen med en partner, er der en højere sandsynlighed for, at denne deltager i psykosocial rehabilitering. Bor patienten i Region Syddanmark, er der også en højere sandsynlighed for, at patienten deltager i psykosocial rehabilitering. For mændenes vedkommende er det en fordel at bo i en stor kommune og i Region Nord- og Midtjylland, hvis sandsynligheden for at deltage i psykosocial rehabilitering skal være større.

Derimod ser det ikke ud til, at patientens alder og erhvervsuddannelse påvirker hans eller hendes tilbøjelighed til deltagelse i psykosocial rehabilitering - og det gør det sygehus, han eller hun har været indlagt på, heller ikke.

⁴ Sygehuskoderne er grupperet i fem grupper. Den ene gruppe udgøres af universitetssygehusene. Tre andre grupper er opdelt således, at der skabes tre lige store grupper, opdelt efter sygehusenes DRG- og DAGS produktionsværdi. Femte og sidste gruppe er privathospitaler og klinikker. Denne kategorisering af sygehuse er identisk med kategoriseringen fra en rapport om produktivitet i sygehussektoren (3).

Tabel 7. Oversigt over faktorer eller forhold, der er forbundet med en højere sandsynlighed for at deltage i psykosocial rehabilitering, fordelt på mænd og kvinder

	+ Højere sandsynlighed for at deltage i psykosocial rehabilitering
Mænd	+ Samlevende/gift + Bopæl i Region Syddanmark + Bopæl i Region Nordjylland + Bopæl i Region Midtjylland + Bopæl i en stor kommune
Kvinder	+ Samlevende/gift + Bopæl i Region Syddanmark

3.3 Hvor foregår hjerterehabilitering henne?

Tabel 8 viser, at seks ud af ti patienter deltager i rehabilitering på et sygehus. Det kan enten være på det sygehus, hvor de var indlagt, eller på et andet sygehus. Hver fjerde patient deltager i rehabilitering hos deres egen læge, mens ca. en ud af ti patienter deltager i rehabilitering i kommunen. Knap 2 % af patienterne deltager i rehabilitering på et plejehjem.

Tabel 8. Andel af patienter der, efter udskrivelse fra sygehus, har deltaget i rehabilitering følgende steder

Deltaget i rehabilitering i følgende steder:	Andel (pct.)		Antal
	Ja	Nej	
Hos min egen læge	24	76	3.923
Hos en praktiserende speciallæge	4	96	3.902
I det ambulatorium eller afdeling på det sygehus, jeg var indlagt på	40	60	3.896
I en patientforening	2	98	3.897
I kommunen (fx genoptræningscenter, sundhedscenter, hjemmeplejen mv.)	11	89	3.900
På et plejehjem	2	98	3.891
På et andet sygehus end det, jeg var indlagt på	20	80	3.228
Andre steder	7	93	3.019

Anm.: Andelen er beregnet i forhold til antal besvarelser af det pågældende spørgsmål. Ubesvarede eller fejldudfyldte er dermed frasortet. N=4.371.

Hjerterehabilitering er mest udbredt på sygehusene, dernæst blandt de praktiserende læger, mens rehabilitering endnu ikke er en udbredt del af de kommunale sundhedsaktiviteter.

3.3.1 Hjerterehabilitering i kommunerne

Kommunens størrelse har ingen betydning for, hvor stor en andel patienter der deltager i rehabilitering i kommunalt regi.

Patienter, der deltager i rehabilitering i kommunalt regi, ser ud til at deltage hyppigere i de specifikke elementer i rehabilitering, end respondenter der deltager i rehabilitering andre steder end i kommunen. 78 % af de respondenter, der har deltaget i rehabilitering i kommunalt regi, går til kontrol for medicinsk behandling, mens det tilsvarende tal for de respondenter, der har deltaget i rehabilitering hos egen læge, speciallæge, sygehus eller andre steder, er 66 %. Da respondenterne primært går til kontrol for deres medicinske behandling hos egen læge eller på et sygehus, er det næppe fordi, kommunen selv tilbyder kontrol af medicinsk behandling som en del af deres rehabiliteringstilbud til hjerterpatienter. Patienterne kan have deltaget i rehabilitering flere steder, fx kan man forestille sig, at man går til kontrol for medicinsk behandling hos egen læge og deltager i de andre rehabiliteringstilbud i kommunalt regi.

56 % af de patienter, som deltager i rehabilitering i kommunalt regi, får rådgivning om hjerterigtig kost, mens hver tredje får undervisning i sygdomsforståelse. Tilbuddene om psykisk støtte til sig selv og til pårørende er de tilbud, som færrest patienter deltager i generelt. Men igen er der flest (23 %), der modtager psykisk støtte til sig selv, blandt de patienter der deltager i rehabilitering i kommunalt regi, sammenlignet med 11 % af de patienter som ikke deltager i rehabilitering i kommunalt regi.

3.4 Hvor velinformede er patienterne?

Mens patienterne var indlagt på sygehuset, rapporterede størstedelen (83 %) af patienterne, at de blev informeret om betydningen af medicinsk behandling. Dernæst blev en stor del (69 %) også informeret om betydningen af fysisk aktivitet, mens lidt færre (64 %) modtog information om betydningen af at spise hjerterigtig kost. En noget lavere andel patienter bliver informeret om emner, der berører psykisk støtte. Under en tredjedel af patienterne bliver informeret om betydningen af psykisk støtte til sig selv, mens endnu færre informeres om betydningen af psykisk støtte til deres pårørende.

16 % af patienterne får under indlæggelsen på sygehuset den optimale information om betydningen af de forskellige vigtige faktorer, dvs. om betydningen af fysisk aktivitet, medicinsk behandling, hjerterigtig kost, psykisk støtte til sig selv og psykisk støtte til pårørende.

Ved udskrivelsen fra sygehuset ved knap halvdelen af patienterne, hvor deres rehabilitering skal påbegyndes, og hvilken rehabilitering de skal gennemgå. En tredjedel af patienterne ved, hvornår deres rehabilitering starter.

En velinformeret patient defineres her som en patient, der ved udskrivelsen fra sygehuset er klar over:

- ◆ Hvilken rehabilitering han/hun skal gennemgå
- ◆ Hvor han/hun skal påbegynde sin rehabilitering
- ◆ Hvornår rehabiliteringen starter
- ◆ Hvor han/hun skal henvende sig, hvis der er behov for hjælp i forbindelse med hjertesygdommen.

Tabel 9 viser, at der for begge køn er aldersrelaterede forskelle. Patienter under 60 år har en lavere sandsynlighed for at være velinformede. Mandlige patienter har en højere sandsynlighed for at være velinformede, hvis de bor sammen med en partner, bor i en stor kommune eller har været indlagt på et universitetssygehus.

Tabel 9. Oversigt over faktorer og forhold der er forbundet med en højere eller lavere sandsynlighed for, at patienten er velinformeret om sit rehabiliteringsforløb

	+ Højere sandsynlighed for at være velinformeret - Lavere sandsynlighed for at være velinformeret
Mænd	+ Samlevende/gift + Bopæl i en stor kommune + Indlagt på et universitetssygehus - Under 50 år - 50-59 år - Bopæl i Region Hovedstaden
Kvinder	- Under 50 år - 50-59 år

3.5 Hvilke patienter oplever en god rehabilitering?

God rehabilitering forstås som: a) at rehabiliteringen har været godt planlagt, b) at patienten har vidst, hvor han/hun har skullet henvende sig i forbindelse med sin rehabilitering, og c) at patienten gennem sin rehabilitering har opnået et hverdagsliv med samme kvalitet, som før han/hun blev syg.

For både mænd og kvinder gælder det, at patienter med højere sandsynlighed oplever god rehabilitering, hvis de føler sig trygge, når de bliver udskrevet fra sygehuset – og hvis de deltager i psykosocial rehabilitering. For kvindelige patienter gælder det, at hvis patienten er over 70 år eller er ledig, har hun en lavere sandsynlighed for at have en god oplevelse af sit rehabiliteringsforløb.

Tabel 10. Oversigt over faktorer og forhold der er forbundet med en højere eller lavere sandsynlighed for, at patienten oplever en god rehabilitering

	+ Højere sandsynlighed for at opleve en god rehabilitering - Lavere sandsynlighed for at opleve en god rehabilitering
Mænd	+ Tryk ved udskrivelse fra sygehus + Deltagelse i psykosocial rehabilitering
Kvinder	+ Tryk ved udskrivelse fra sygehus + Deltagelse i psykosocial rehabilitering - Over 70 år - Ledig

3.6 Hvor tilfredse er patienterne med deres rehabilitering?

Mænd er mere tilfredse med deres rehabilitering, end kvinderne er. De yngre patienter (<50 år) er mindst tilfredse, mens de 60-69 årige er mest tilfredse.

Tabel 11. Patienternes samlede indtryk af rehabilitering efter udskrivelse fra sygehus

Indtryk af rehabilitering	Andel (pct.)	Antal
Virkelig godt	20	795
Overvejende godt	28	1.111
Hverken/eller	12	483
Overvejende dårligt	6	234
Virkelig dårligt	5	219
Jeg har ikke deltaget i rehabilitering	29	1.159

Anm.: Andelene er beregnet i forhold til antal besvarelser af det pågældende spørgsmål. Ubesvarede eller fejludfyldte er dermed frasortet. N=4.371.

3.6.1 Hvem er de tilfredse patienter?

For både mænd og kvinder gælder det, at hvis patienten er under 60 år, er der en lavere sandsynlighed for at være tilfreds med rehabiliteringsforløbet.

Kvindelige patienter med bopæl i Region Syddanmark har en højere sandsynlighed for at være tilfredse med deres rehabilitering.

Mandlige patienter, der bor i Region Syddanmark eller Midtjylland, har også en højere sandsynlighed for at være tilfredse med deres rehabilitering. Desuden gælder det, at hvis en mandlig patient er over 70 år, ingen erhvervsuddannelse har, har været indlagt på et universitetssygehus eller et mindre sygehus, har han ligeledes en højere sandsynlighed for at være tilfreds med sin rehabilitering.

Tabel 12. Oversigt over faktorer eller forhold, der er forbundet med en højere eller lavere sandsynlighed for at være tilfreds med sin rehabilitering

	+ Højere sandsynlighed for at være tilfreds med rehabilitering - Lavere sandsynlighed for at være tilfreds med rehabilitering
Mænd	+ Over 70 år + Ingen erhvervsuddannelse + Bopæl i Region Syddanmark + Bopæl i Region Midtjylland + Indlagt på et universitetssygehus + Indlagt på et mindre sygehus - Under 50 år - 50-59 år
Kvinder	+ Bopæl i Region Syddanmark - Under 50 år - 50-59 år

4. Tematisk sammenfatning

4.1 Deltagelse, indhold i og udbredelse af hjerterehabilitering

- ◆ 3 % af hjertepatienterne i Danmark modtager et fuldt rehabiliteringstilbud, 47 % modtager et delvist rehabiliteringstilbud, 32 % modtager et meget begrænset rehabiliteringstilbud, og 19 % deltager slet ikke i rehabilitering.
 - Det er især elementerne om psykisk støtte, som bevirker, at så få patienter modtager et fuldt rehabiliteringstilbud.
- ◆ 10 % modtager psykisk støtte til sig selv, mens endnu færre patienter (6 %) modtager psykisk støtte til deres pårørende.
 - De psykosociale elementer er endnu ikke en fuldt integreret del af et rehabiliteringsforløb for danske hjertepatienter.
- ◆ 26 % rapporterer, at deres pårørende har været inddraget i rehabiliteringen.
- ◆ 60 % deltager i rehabilitering på et sygehus. 24 % deltager i rehabilitering hos egen læge, mens 12 % deltager i rehabilitering i kommunalt regi, og 2 % deltager på et plejehjem.
 - Patienter, der deltager i rehabilitering i kommunalt regi, deltager hyppigere i de specifikke elementer i rehabilitering.

4.2 Forskelle mellem mænd og kvinder

- ◆ Der er udbredte og meget tydelige kønsforskelle i hjertepatienters brug og oplevelse af rehabilitering.
- ◆ Mænd får oftere tilbudt de forskellige elementer i rehabilitering.
- ◆ Mænd deltager hyppigere i rehabilitering end kvinder.
- ◆ Mænd er oftere tilfredse med deres rehabiliteringsforløb, end kvinder er.

4.3 Aldersforskelle

- ◆ De yngre patienter (<60 år) er mindst tilfredse, mens de mest tilfredse er patienter mellem 60-69 år.
- ◆ Patienter mellem 50-59 år bliver hyppigst rådgivet om hjerterigtig kost, mens de yngre hjertepatienter noget sjældnere modtager denne rådgivning.
- ◆ Patienter under 60 år har en lavere sandsynlighed for at være velinformeret om deres rehabiliteringsforløb.
- ◆ Kvindelige patienter over 70 år har en lavere sandsynlighed for at opleve en god rehabilitering.

4.4 Socio-demografiske forskelle

- ◆ Hvis patienten bor sammen med en partner, er der en højere sandsynlighed for, at denne modtager undervisning i sygdomsforståelse.

- ◆ Patienter, der bor sammen med en partner, har en højere sandsynlighed for at deltage i psykosocial rehabilitering.
- ◆ Mandlige patienter, der bor sammen med en partner, har en højere sandsynlighed for at være velinformerede.
- ◆ Mandlige patienter uden erhvervsuddannelse har en højere sandsynlighed for at være tilfredse.
- ◆ Patienter uden erhvervsuddannelse modtager oftere psykisk støtte til sig selv og til deres pårørende.
- ◆ Patienter, der bor i Region Syddanmark, deltager oftere i psykosocial rehabilitering.
- ◆ Blandt de kvindelige patienter er der kun regionale forskelle i forhold til andelen, der modtager undervisning i sygdomsforståelse.
 - Kvindelige patienter, der bor i Region Syddanmark, får oftere undervisning i sygdomsforståelse.
- ◆ Blandt de mandlige patienter er der regionale forskelle i andelen, der deltager i alle de specifikke elementer, på nær psykisk støtte til pårørende.
 - Mandlige patienter, der bor i Region Nordjylland eller Region Syddanmark, deltager hyppigst i de forskellige elementer i rehabilitering.
- ◆ Mandlige patienter indlagt på et mindre sygehus får oftere psykisk støtte til deres pårørende og undervisning i sygdomsforståelse.
- ◆ Kvindelige patienter indlagt på et privat sygehus får oftere undervisning i sygdomsforståelse.
- ◆ Mandlige patienter har en højere sandsynlighed for at være velinformerede, hvis de har været indlagt på et universitetssygehus eller bor i en stor kommune.

4.5 Tilfredshed

- ◆ 48 % har et godt indtryk af deres rehabilitering.
- ◆ 11 % har et dårligt indtryk af deres rehabilitering.
- ◆ Hjerterpatienter, der deltager i et psykosocialt element, er mere tilfredse end de øvrige patienter.
- ◆ Jo flere specifikke elementer rehabiliteringsforløbet indeholder, jo større er patienternes tilfredshed.
- ◆ Kvindelige patienter, der bor i Region Syddanmark har en højere sandsynlighed for at være tilfredse med deres rehabilitering.
- ◆ Mandlige patienter, der bor i Region Syddanmark eller Region Nordjylland, har en højere sandsynlighed for at være tilfredse med deres rehabilitering.
- ◆ Mandlige patienter, der har været indlagt på et universitetssygehus eller et mindre sygehus, har en højere sandsynlighed for at være tilfredse med deres rehabilitering.
- ◆ Mandlige patienter over 70 år har en højere sandsynlighed for at være tilfredse med deres rehabilitering.
- ◆ Mandlige patienter uden erhvervsuddannelse har en højere sandsynlighed for at være tilfredse.

5. Diskussion og anbefalinger

Fra den tematiske sammenfatning vil vi til brug for diskussion og anbefalinger pege på følgende fem hovedresultater fra denne undersøgelse:

1. Lav og heterogen deltagelse:
 - a. Meget få danske hjertepatienter deltager i et fuldt rehabiliteringsforløb (3 %).
 - b. Relativt mange flere patienter deltager til gengæld i et delvist (47 %) eller meget begrænset (32 %) rehabiliteringsforløb.
 - c. 19 % deltager slet ikke i noget rehabiliteringsforløb.
2. Hyppigt fravær eller fravalg af psykosocial rehabilitering.
3. Pårørende til hjertepatienterne inddrages i begrænset omfang i rehabiliteringsforløbet.
4. Hjerterehabiliteringen er (endnu) kun i begrænset omfang en del af kommunernes sundhedsaktiviteter, men hvor dette er sket, er der mere fokus på de psykosociale elementer.
5. Brugen af og tilfredsheden med hjerterehabilitering er forskellig for mænd og kvinder – og for ældre og yngre patienter.

3 % af patienterne har deltaget i et fuldt rehabiliteringsforløb. Det ligger uden for denne undersøgelses rammer og formål at forklare, hvorfor så få hjertepatienter gennemfører et fuldt rehabiliteringsforløb, men det er da bestemt en nærmere undersøgelse værd. Det er især de psykosociale elementer i rehabiliteringen, der ikke indgår så hyppigt, som de burde. Disse elementer er (endnu) ikke er fuldt integrerede i hjerterehabiliteringsforløb i Danmark. Det er blandt andet uheldigt, da patienter, der har deltaget i psykosocial rehabilitering, er mere tilfredse og har en større sandsynlighed for at opleve en god rehabilitering, end patienter der ikke har deltaget i psykosocial rehabilitering.

Forskning understøtter derudover vigtigheden af psykosocial rehabilitering. Deprimerede hjertepatienter har en dobbelt så høj risiko for pludselig død end andre hjertepatienter, ligesom patienter med depressive tendenser er beregnet til at have 1,3 – 6,6 gange større risiko for at få en blodprop i hjertet igen (re-AMI) end ikke depressive hjertepatienter (4, 5). Ligeledes viser studier, at hjertepatienter med angst har seks gange så høj dødelighed som andre hjertepatienter (5). Depression og post-traumatisk stress syndrom optræder hos 20-30 % af danske patienter med AMI (blodprop i hjertet) (6). Desuden har patienter med depression en ringere medicin efterlevelse, og livsstilsomlægninger som fx rygestop, øget motion og omlægning af kost er vanskeligere at gennemføre for depressive patienter (4).

Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt solid evidens for, at psykosocial intervention efter fx AMI kan nedsætte den kardiovaskulære mortalitet (6). Alligevel er der meget der tyder på, at det er en god idé at inddrage psykosociale faktorer med henblik på at diagnosticere og behandle angst og depression blandt hjertepatienter. At det er fornuftigt at bruge ressourcer i rehabiliteringsforløbet på at mobilisere den bedst mulige sociale støtte - og at lade oplysninger om socioøkonomisk status og psykosociale risikofaktorer indgå i risikovurderingen af den enkelte patient (6).

Et tredje hovedresultat er, at pårørende til hjertepatienter ikke systematisk inddrages i rehabiliteringen. Kun hver tredje patient rapporterer, at deres pårørende inddrages i rehabiliteringen. Dette resultat støtter tidligere dansk forskning om behov for mere inddragelse af pårørende i rehabiliteringen (7).

Pårørende til hjertepatienter har stor betydning for rehabiliteringen. Pårørende oplever ofte psykiske reaktioner, som det er vigtigt at tage sig af, så de bedre kan støtte den hjertesygge (5).

Et fjerde interessant fund er, at patienter, som deltager i rehabilitering i kommunalt regi, i højere grad modtager psykisk støtte til sig selv og deres pårørende samt undervisning i sygdomsforståelse. Det kunne tyde på, at de (få) kommuner, som tilbyder hjerterehabilitering, i højere grad tilrettelægger rehabiliteringstilbuddet i tråd med de faglige anbefalinger på området. Man kan gisne om, at hvis flere kommuner tilbyder hjerterehabilitering, vil der så følge et øget fokus på de psykosociale elementer med?

Undersøgelsen påviser for det femte, at sundhedsvæsenet har en udfordring i at organisere og tilbyde rehabiliteringsforløb, som er målrettet kvindelige hjertepatienter. Der er et stort behov for at øge kvindernes deltagelse i og tilfredshed med rehabilitering. Kvindelige hjertepatienter adskiller sig fra de mandlige hjertepatienter på stort set alle parametre. De deltager mindre i de forskellige elementer af hjerterehabilitering, de er mindre tilfredse, de har sjældnere en god oplevelse af rehabilitering og er mindre trygge ved at skulle hjem fra sygehus osv., end de mandlige hjertepatienter. Der er behov for mere viden om kvindernes adfærd og behov i forhold til rehabiliteringsforløb. Denne viden skal klæde sundhedsvæsenets rehabiliteringsaktører på til bedre at kunne planlægge og tilbyde rehabiliteringsforløb, som i højere grad når de kvindelige hjertepatienter. Ligeledes vil de sundhedsprofessionelle bedre kunne støtte op om kvindelige hjertepatienters deltagelse i (og fastholdelse af) rehabilitering.

I det hele taget påpeger undersøgelsens resultater på, at der er et behov for at målrette rehabiliteringsindsatsen mere over for forskellige patientgrupper. Det er ikke kun kvinders behov, som er forskellige fra de mandlige patienters, der findes også aldersforskelle. Vi ser tydeligt i undersøgelsen, at de yngre patienter (<60 år) er mindre tilfredse med rehabilitering, mindre velinformerede og føler sig mindre trygge ved at skulle hjem fra sygehuset.

Derimod genfinder undersøgelsen ikke de samme tydelige sociale forskelle, som fx 2008 Hjertestatistik (1) gør. Dette kan skyldes, at spørgeskemaets uddannelsesvariabel ikke tilstrækkeligt præcist måler patienternes reelle socioøkonomiske status.

19 % af patienterne deltager slet ikke i rehabilitering. Der kan være mange årsager til, at denne andel er så forholdsvis høj. Data fra denne undersøgelse kan imidlertid ikke belyse årsager til, at patienter eventuelt fravælger at deltage i rehabilitering. En kvalitativ undersøgelse af årsager til hjertepatienters fravalg af rehabilitering kunne give ny og interessant viden om barrierer og fremmende faktorer for hjertepatienters til- og fravalg af rehabilitering.

Til sidst skal det bemærkes, at patienters oplevelse af rehabilitering kan være forskellig fra de faktiske forhold og fra de sundhedsprofessionelles opfattelse af, om der er informeret, givet tilbud osv. En undersøgelse, der har rehabiliteringsaktørerne som målgruppe, kan give et mere fuldkomment og nuanceret billede af, hvordan hjertekarrehabilitering tilrettelægges, og hvad forskellige rehabiliteringsforløb indeholder af specifikke elementer.

5.1 Anbefalinger

Vi kan ikke komme med meget håndfaste anbefalinger fra en beskrivende spørgeskemaundersøgelse som denne. Men vi mener at kunne anbefale følgende til det danske sundhedsvæsen og de myndigheder, som er ansvarlige for planlægning og udførelse af hjerterehabilitering.

For det første skal der iværksættes mere forskning om en mere patientrettet rehabiliteringsindsats. Denne undersøgelse supplerer andre studier, som påviser, at forskellige befolkningsgrupper har forskellige behov, præferencer og ønsker. Denne undersøgelse har især peget på forskelle mellem mænd

og kvinder - og mellem yngre og ældre patienter. I denne forskning skal også indgå kvalitative undersøgelser af de sundhedsprofessionelles vurderinger af disse spørgsmål. Tillige bør der være et selvstændigt fokus på, hvordan man bedre inddrager pårørende i rehabiliteringen (8).

For det andet skal der iværksættes en selvstændig indsats for i højere grad at få de psykosociale elementer ind i hjerterehabiliteringen. Det er i særlig grad den psykosociale del, som fravælges eller ikke tilbydes patienterne, og det er særdeles uheldigt. Dels har andre undersøgelser dokumenteret den selvstændige og positive virkning af en psykosocial rehabiliteringsindsats. Dels viser denne undersøgelse, at tilstedeværelsen af psykosociale elementer har positiv indvirkning på patienternes tilfredshed med deres rehabiliteringsforløb.

For det tredje anbefaler vi en øget indsats for i højere grad at inddrage de pårørende i hjerterehabiliteringsforløbene (7).

Disse anbefalinger kan med fordel tænkes ind i en kvalitetsudviklingsstrategi på hjerterehabiliteringsområdet. Denne strategi skal have to ben. Et organisatorisk- og ledelsesorienteret ben som lokalt og regionalt sikrer tilstedeværelse af tilstrækkelige og patientrettede hjerterehabiliteringstilbud af høj faglig kvalitet. Og et planlægnings- og udviklingsorienteret ben hvor der etableres en national database på tværs af de forskellige rehabiliteringsaktører. I denne database indberettes data, således at man kan dokumentere kvaliteten i rehabiliteringstilbuddene og sammenligne sig indbyrdes. Hertil kommer, at det vil være muligt at opsamle erfaringer med en fortsat udvikling af hjerterehabiliteringen i Danmark.

Litteratur

- 1) Nissen, NK, Rasmussen, S. 2008. Hjertestatistik – Fokus på køn og sociale forskelle. 2008. København: Hjertereforeningen og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- 2) Hjerterekarrehabilitering efter strukturreformen. 2007. København: Sekretariat for netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Hjertereforeningen.
- 3) Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren – tredje delrapport. 2007. København: Danske Regioner, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- 4) Meillier, L. I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret hjerterehabilitering. 2007. Århus: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.
- 5) Spindler, H. Cardiac Psychology. 2007. Århus: Psykologisk Institut, Århus Universitet.
- 6) Hjerterehabilitering på danske sygehuse. 2004. København: Sekretariat for netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Hjertereforeningen og Dansk Cardiologisk Selskab.
- 7) Nissen, NK, Madsen, M., Kjølner, M., Waldorff, SB., Zwisler, A-DO. 2008. Are hospitals also for relatives? A survey of hospitals' activities regarding relatives of cardiac patients. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36: pp 827-831.
- 8) Nissen, NK, Madsen, M., Zwisler, A-DO. 2008. Health service interventions targeting relatives of heart patients: A review of the literature. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36: pp 818-826.

Bilag 1: Spørgeskema og følgebrev

Spørgeskema om rehabilitering af patienter, der har været indlagt med hjertesygdom

Spørgeskemaet besvares ved at sætte kryds der, hvor du synes, svaret passer bedst. Vær venlig at udfylde skemaet tydeligt, da besvarelsen bliver aflæst af en maskine.

Vi vil bede dig om at vurdere, hvor enig du er i følgende udsagn, der handler om tiden omkring din udskrivelse fra sygehuset.

1. Da jeg var indlagt på sygehuset, blev jeg informeret om betydningen af (Ét kryds i hver linje)

	Helt enig	Overvejen- de enig	Hverken/ eller	Overvejen- de uenig	Helt uenig	Ikke aktuelt for mig
a. Rygning.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Fysisk aktivitet.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Psykisk støtte til mig selv.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Psykisk støtte til mine pårørende	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Hjerterigtig kost.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Medicinsk behandling.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Da jeg blev udskrevet fra sygehuset (Ét kryds i hver linje)

	Ja	Nej	Ved ikke
a. Blev jeg opfordret til at tage kontakt til min egen læge med henblik på rehabilitering.....	☐	☐	☐
b. Fik jeg en aftale om rehabilitering i et ambulatorium/afdeling på et sygehus.....	☐	☐	☐
c. Fik jeg en aftale om rehabilitering i kommunen (fx genoptræningscenter, sundhedscenter, hjemmeplejen m.m.).....	☐	☐	☐
d. Fik jeg en aftale om, at min rehabilitering skulle påbegyndes et andet sted (skriv evt. hvor): _____	☐	☐	☐

3. Da jeg blev udskrevet fra sygehuset, havde jeg fået tilbud om (Ét kryds i hver linje)

	Ja, og jeg har brugt tilbuddet	Ja, men jeg bruger ikke tilbuddet	Nej	Ikke aktuelt for mig
a. Kontrol af medicinsk behandling.....	☐	☐	☐	☐
b. Rådgivning om rygestop.....	☐	☐	☐	☐
c. Rådgivning om hjerterigtig kost.....	☐	☐	☐	☐
d. Psykisk støtte til mig selv.....	☐	☐	☐	☐

- e. Psykisk støtte til mine pårørende..... ☐ ☐ ☐ ☐
- f. Undervisningstilbud (i sygdomsforståelse). ☐ ☐ ☐ ☐

Skriv evt. årsager til, at du ikke har deltaget i den rehabilitering, som du er blevet tilbudt:

4. Da jeg blev udskrevet fra sygehuset, vidste jeg (Ét kryds i hver linje)

	Helt enig	Overvejen- de enig	Hverken/ eller	Overvejen- de uenig	Helt uenig	Ikke aktuelt for mig
a. Hvilken rehabilitering, jeg skulle gennemgå.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Hvor jeg skulle påbegynde min reha- bilitering.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Hvornår jeg skulle påbegynde min rehabilitering.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Hvor jeg skulle henvende mig, hvis jeg havde behov for hjælp i forbin- delse med min hjertesygdom	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Jeg følte mig tryk ved at skulle hjem fra sygehuset (Kun ét kryds)

Helt enig	Overvejende enig	Hverken/ eller	Overvejende uenig	Helt uenig	Ikke aktuelt for mig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vi vil nu bede dig om at svare på følgende spørgsmål.

De handler om dit rehabiliteringsforløb efter du blev udskrevet fra sygehuset.

6. Hvor mange uger gik der fra du blev udskrevet fra sygehuset til, du påbegyndte din rehabilitering?
(Kun ét kryds)

0 til 2 uger	3 til 5 uger	6 til 8 uger	9 uger eller mere	Jeg er ikke begyndt
☐	☐	☐	☐	☐

7. Hvordan oplevede du tiden fra din udskrivelse fra sygehuset til, du påbegyndte din rehabilitering?
(Kun ét kryds)

For lang	Passende	For kort
☐	☐	☐

8. Har du deltaget i rehabilitering efter din udskrivelse fra sygehuset følgende steder?
(Ét kryds i hver linje)

	Ja	Nej
a. Hos min egen læge.....	☐	☐
b. Hos en praktiserende speciallæge.....	☐	☐
c. I det ambulatorium eller afdeling på det sygehus, jeg var indlagt på.....	☐	☐
d. I en patientforening.....	☐	☐
e. I kommunen (fx genoptræningscenter, sundhedscenter, hjemmeplejen mv.)...	☐	☐
f. På et plejehjem.....	☐	☐
g. På et andet sygehus end det, jeg var indlagt på (skriv evt. hvilket): _____	☐	☐
h. Andre steder (skriv evt. hvor): _____	☐	☐

9. Har dine pårørende været inddraget i din rehabilitering? (Kun ét kryds)

Ja, de har været inddraget Nej, de har ikke været inddraget Ikke aktuelt for mig

☐ ☐ ☐

10. Har du efter din udskrivelse fra hospitalet haft følgende oplevelser? (Ét kryds i hver linje)

	Helt enig	Overvejen- de enig	Hverken/ eller	Overvejen- de uenig	Helt uenig	Ikke aktuelt for mig
a. At jeg selv har været ansvarlig for at planlægge min rehabilitering.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. At min rehabilitering har været godt planlagt.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. At jeg altid har vidst, hvor jeg skulle henvende mig i forbindelse med min rehabilitering.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. At jeg gennem min rehabilitering har opnået et hverdagsliv med samme kvalitet som før, jeg blev hjerte- syg.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vi vil nu bede dig om at svare på en række spørgsmål om
den medicinske behandling af din hjertesygdom.

11. Tager du medicin for din hjertesygdom? (Sæt kryds udfør det udsagn der dækker bedst)

- a. Ja, jeg tager medicin for min hjertesygdom..... ☐
- b. Nej, jeg føler ikke, at jeg har behov for medicin..... ☐
- c. Nej, jeg har fravalgt at tage medicin på grund af bivirkninger..... ☐
- d. Nej, jeg tager ikke medicin for hjertesygdomme af andre årsager (skriv evt. hvilke): ☐
- _____

12. Hvordan vil du vurdere den information, du har fået om medicin for din hjertesygdom?
(Kun ét kryds)

Virkelig god	Overvejende god	Hverken/ eller	Overvejende dårlig	Virkelig dårlig	Har ikke fået information
☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. Hvilken medicin tager du for din hjertesygdom? (Ét kryds i hver linje)

	Ja	Nej
a. Jeg tager blodfortyndende medicin.....	☐	☐
b. Jeg tager blodtryksnedsættende medicin.....	☐	☐
c. Jeg tager kolesterolnedsættende medicin.....	☐	☐
d. Jeg ved ikke, hvilken medicin jeg tager	☐	☐
e. Jeg tager anden medicin (skriv evt. hvilken?):	☐	☐
f. Jeg tager ikke medicin.....	☐	☐

14. Hvor går du til kontrol for din medicinske behandling? (Ét kryds i hver linje)

	Ja	Nej
a. Hos min egen læge.....	☐	☐
b. På et sygehus.....	☐	☐
c. Hos en privatpraktiserende læge.....	☐	☐
d. Et andet sted (skriv evt. hvor?):	☐	☐
e. Jeg går ikke til kontrol.....	☐	☐

15. Ved du, hvornår du næste gang skal til kontrol for din medicinske behandling? (Kun ét kryds)

Ja, jeg ved det godt	Nej, jeg ved det ikke	Jeg kan ikke huske det	Jeg går ikke til kontrol
☐	☐	☐	☐

16. Hvad er dit samlede indtryk af din rehabilitering efter du blev udskrevet fra sygehuset?
(Kun ét kryds)

Virkelig godt	Overvejende godt	Hverken/eller	Overvejende dårligt	Virkelig dårligt	Jeg har ikke deltaget i rehabilitering
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Skriv her, hvis du har andet at tilføje: _____

Til sidst vil vi bede dig svare på tre spørgsmål vedrørende uddannelse, beskæftigelsesstatus og samlivsstatus

17. Hvilken erhvervsuddannelse er den længst varende, du har gennemført?

(Kun ét kryds)

a. Ingen erhvervsuddannelse.....

☐

- b. Specialarbejderuddannelse (fx kortere kurser og uddannelser under 1 års varighed).... ☐
- c. Basisår i efg-uddannelsen..... ☐
- d. Lærlinge-, efg-, eller Handelsskolernes grunduddannelse (fx murer, bankassistent)..... ☐
- e. Anden faglig uddannelse (fx laborant, social- og sundhedsassistent)..... ☐
- f. Kort videregående uddannelse, under 3 år (fx politibetjent, pædagog, merkonom)..... ☐
- g. Mellemlang videregående uddannelse, 3 til 4 år (fx bibliotekar, folkeskolelærer)..... ☐
- h. Lang videregående uddannelse, over 4 år..... ☐
- i. Anden uddannelse (skriv evt. hvilken): _____ ☐

18. Hvad var din beskæftigelsesstatus, da du blev syg? (Kun ét kryds)

- a. Jeg var i beskæftigelse (fuld- eller deltidsbeskæftiget) ☐
- b. Jeg var ledig, men stod til rådighed for arbejdsmarkedet (fx i aktivering, på dagpenge). ☐
- c. Jeg stod ikke til rådighed for arbejdsmarkedet (fx på pension, efterløn, revalidering)..... ☐

19. Hvad er din samlivsstatus? (Kun ét kryds)

- a. Bor sammen med partner (gift, registreret partnerskab, samlevende) ☐
- b. Bor alene (uden samlever)..... ☐

Returnér venligst skemaet i vedlagte svarkuvert. Portoen er betalt.

Tak for din medvirken!

Løbenr.: <<kode>>

Følgebrev

Kære (navn)

Hjerteforeningen ønsker at afdække rehabiliteringen af hjertepatienter i Danmark. Hjerteforeningen ønsker derfor at vide, hvordan personer, der har været indlagt med akut hjertekarsygdom, oplever deres rehabiliteringsforløb.

Du har været indlagt på (sygehus) med hjertekarsygdom på et tidspunkt i perioden fra 1. juli 2007 til marts 2008. Derfor håber vi, at du vil hjælpe os ved at svare på spørgsmål om dine oplevelser fra dit rehabiliteringsforløb. Med rehabilitering mener vi:

- Undervisning vedrørende sygdom og behandling
- Støtte til rygeophør
- Vejledning i hjarterigtig kost
- Fysisk træning
- Støtte til at klare psykiske reaktioner
- Støtte til dine pårørende
- Opfølgning på den medicinske behandling

Undersøgelsen er anonym. Du skal derfor ikke skrive navn på spørgeskemaet. På skemaet er et løbenummer, som bl.a. bruges til at skelne køn og alder. Disse oplysninger anvendes kun i forbindelse med statistisk bearbejdning, og vil blive brugt så svar fra enkeltpersoner ikke kan genkendes. Det er vigtigt, at så mange så muligt besvarer spørgeskemaet for at få et sandfærdigt billede af rehabilitering efter hjertesygdom i Danmark. Men det er naturligvis frivilligt, om du vil medvirke.

Det tager mellem 5 og 10 minutter at udfylde skemaet. Vi vil bede dig udfylde skemaet og sende det retur i svarkuverten senest mandag den 22. september 2008. Porto er betalt. UNI•C står for at udsende og indsamle spørgeskemaet på vegne af Hjerteforeningen.

Svarene vil indgå i en rapport om hjertepatienters rehabiliteringsforløb, som Hjerteforeningen offentliggør i slutningen af 2008. Undersøgelsen bliver også offentliggjort på Hjerteforeningens hjemmeside.

Hvis du har spørgsmål til spørgeskemaet eller til undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte Lene Joensen i Hjerteforeningens afdeling for Sundhed og Forebyggelse på telefon [3367 0010](tel:33670010) eller på e-mail: ljoensen@hjerteforeningen.dk

På forhånd tak for hjælpen.

Med venlig hilsen



Susanne Volqvartz,
Direktør