



Nr. 109. Februar 2011. 19. årgang

# DIÆTISTEN



## REHABILITERING AF HJERTEPATIENTER

Hjerterehabilitering på Bispebjerg Hospital:  
Tværfaglighed og helhedssyn i højsædet

Læs mere på side 5

Mangelfuld rehabilitering af hjertepatienter

Læs mere på side 14

Hjerterehabilitering og kostvejledning  
- går ikke altid hånd i hånd

Læs mere på side 18

SEKRETARIATSADRESSE  
Foreningen af Kliniske Diætister  
C/O NORSKER OG CO. ADVOKATER  
Landemærket 10  
1119 København K.  
Tlf. 33320039

Mandag - fredag kl. 10-16.00

E-mail: post@diaetist.dk  
www.diaetist.dk

#### UDGIVER

Foreningen af Kliniske Diætister  
ISSN 1395-1169

#### REDAKTØR

Ulla Mortensen  
mortensen.ulla@gmail.com  
Tlf. 20 67 72 31

#### ANSVARSHAVENDE

Ginny Rhodes  
gr@diaetist.dk

#### SIDSTE FRIST FOR INDLÆG OG ANNONCER

Nr. 110. 15. februar 2011  
(udkommer april 2011)

Indlæg og annoncer sendes til  
sekretariatet, mrk.: "Diætisten"

#### DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

AD-Work. Tlf. 75 50 10 01

*Redaktionen forbeholder sig ret til at redigere indlæg, så de fremstår mere læsevenlige. Annoncer og indlæg i Diætisten udtrykker ikke nødvendigvis redaktionens og Foreningen af Kliniske Diætisters holdning.*

#### INDHOLDSFORTEGNELSE

Hjerterehabilitering på Bispebjerg Hospital: Tværfaglighed og helhedssyn i højsædet	5
Tværfagligt hjerterehabiliteringsprojekt på Århus Universitetshospital, Skejby	11
Mangelfuld rehabilitering af hjertepatienter	14
Hjerterehabilitering og kostvejledning – går ikke altid hånd i hånd	18
Socialt differentieret hjerterehabilitering efter blodprop i hjertet	19
Fase 3 hjerterehabilitering - sekundær forebyggelse af hjertekarsygdom i primærsektoren	23
Fra Advokaten. Pas på annonce-hajer og netpirater!	27
Regionerne Rundt. Der er ingen let løsning på fedmeproblematikken	29
MØDE- OG KONGRESKALENDER	31

#### BESTYRELSEN

Formand **Ginny Rhodes** . E-mail: gr@diaetist.dk . Næstformand **Mette Pedersen** . E-mail: pette@hotmai.com . Kasserer **Helle Ronneby** . E-mail: rosengade@gmail.com .  
Øvrige medlemmer **Maria Gamborg** . E-mail: mg@diaetist.dk . **Dorthe Wiuf Nielsen** . E-mail: dwn@diaetist.dk / wiuf@mail.dk .  
**Margit Oien Nielsen** . E-mail: margit.oien@deltadata.dk . **Karen Thomsen** . E-mail: karent0403@gmail.com . **Stine Krum** . E-mail: stinekrum@gmail.com .  
**Sofie Wendelboe** . E-mail: privat@sofiewendelboe.dk . **Suppleant Lonneke Hjermitsev** . E-mail: lonneke.hjermitsev@hotmail.com .  
**Line Rosgaard Dongsgaard** E-mail: lrk.30@hotmail.com

#### REGIONSFORMÆND

REGION HOVEDSTADEN  
REGION SJÆLLAND

**Dorthe Lindschow Kaasgaard** . E-mail: dorthelindschow@hotmail.com  
**Lene Sølvkær Nielsen** . E-mail: lesol@mail.tele.dk  
**Johnna Bork Christensen** . E-mail: jbc@regionsjaelland.dk

REGION SYDDANMARK  
REGION MIDTJYLLAND  
REGION NORDJYLLAND

**Helene Andresen** . E-mail: handre@aabenraa.dk  
**Line Rosgaard Dongsgaard** . E-mail: lrk.30@hotmail.com  
**Lonneke Hjermitsev** . E-mail: lonneke.hjermitsev@hotmail.com

# Kært barn har mange navne...



Forebyggelse, patientrettet forebyggelse, borgerrettet forebyggelse, rehabilitering, genoptræning – ja, der er mange måder at sige på, at man kan vælge at gøre noget andet end at behandle sygdom, når den først er opstået. Man kan sætte ind, før sygdommen rammer, eller man kan forebygge, at sygdommen forværres.

De seneste år har vi også set mange bud på, hvordan forebyggelse kan foregå (især som projekter), særligt efter kommunalreformen i 2007, hvor regioner og kommuner fik en ny arbejdsfordeling.

Desværre har vi ikke set så meget til udførelsen af forebyggelsesarbejdet, som vi kunne ønske. Og der forefindes ellers adskillige økonomiske beregninger, der klart påpeger, at der for det første er mange penge at spare ved at sætte ind tidligt med forebyggelse, og at det for det andet vil blive voldsomt dyrt for samfundet fremover, hvis stigningen i blot antallet af overvægtige, diabetikere, hjertesygge og de øvrige kronikergrupper får lov til at fortsætte uhindret.

Problemet er, at alle er trængt på økonomien – og derfor kommer forebyggelse måske til at hedde fx rehabilitering. Så kan man i kommunerne henvise til Sundhedsloven og sige, at man ikke nødvendigvis vil påtage sig opgaven, til forskel for genoptræning, der ref. samme lov kræver handling af kommunerne.

Det ses bl.a. på antallet af patienter, der får tilbudt et helt hjerterehabiliteringsforløb - det drejer sig om blot 13 pct. af alle, der har haft kritisk hjertesygdom! Og så halter det oven i købet også med den lovpligtige genoptræning... (læs mere s. 14).

Når Danske Regioner sammen med Indenrigs- og Sundhedsministeren før jul meldte ud om nye retningslinjer for behandling af svær overvægt, som klart vil reducere antallet af borgere, der kan blive opereret fremover, så kunne man fristes til at tro, at det afspejler et ønske om netop at undgå at behandle for mange. Og det mener jeg er prisværdigt, da de livslange konsekvenser ikke er særlig nemme at skulle leve med, som vi lige har hørt om på foreningens netop afholdte årsmøde.

Intentionerne ville dog stå i et bedre lys, hvis reduktionen i antallet af fedmeoperationer gik hånd i hånd med en forebyggelsesindsats over for de borgere, der ikke bliver opereret pga. de nye retningslinjer. For hvor skal disse gå hen? Og er det ikke ligegyldigt, om vi vil kalde det den borgerrettede eller den patientrettede forebyggelse? Det drejer sig om, at (landsdækkende) forebyggelsestilbud mangler.

Ser man på forslaget til ny overenskomst mellem Danske Regioner og de praktiserende læger for 2011-2013, så falder det også straks i øjnene, at forebyggelsesindsatsen ved egen læge åbenbart også må stå for skud. I 2006 indførte man ellers ifølge overenskomsten dengang en forebyggelsesydelse, 0106, som "skal medvirke til målrettet og systematisk forebyggelse, bl.a. overfor de store kroniske folkesygdomme", men denne ydelse forsvinder nu. At lægen stadig kan have en forebyggende samtale i forbindelse med almindelig konsultation ændrer ikke ved, at fokus på denne måde fjernes fra forebyggelsesindsatsen.

KL's januarudspil omkring forebyggelse peger også i retning af, at forebyggelse ikke er for alle, men skal målrettes borgere med størst behov, hvilket igen er med til at ændre dagsorden og skubbe forebyggelse i baggrunden til fordel for diskussioner om ulighed i sundhed og trængt økonomi.

Og når fokus fjernes fra forebyggelse generelt, så ved vi, at fokus også fjernes fra ernæring – om det så gælder kostvejledning til overvægtige, ernæringsterapi til underernærede eller diætbehandling til fx hjertepatienter.

Det synes vi ikke er i orden!

En af måderne du kan deltage i arbejdet på, er at melde dig ind i FaKD via [www.fakd.dk](http://www.fakd.dk) – jo flere ernæringsprofessionelle vi er, jo højere kan vi råbe op om den manglende forebyggelse.

Velkommen!

Nyhed til komælksallergiske børn!

# Althéra® – et sikkert hydrolysat som smager godt!



Tilskudsberettiget



Enhancing the quality of life

Dampfærgevej 28, 2100 København Ø

Tlf. 3546 0167 • Fax 3546 0234

[www.nestlenutrition.dk](http://www.nestlenutrition.dk)

[healthcarenutrition@dk.nestle.com](mailto:healthcarenutrition@dk.nestle.com)

Nestlé HealthCare Nutrition støtter WHO's anbefaling om, at modermælk er barnets bedste ernæring

# Hjerterehabilitering på Bispebjerg Hospital

## Tværfaglighed og helhedssyn i højsædet

**”At man naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en anden, maa jeg forstaa mere end han men dog først og fremmest forstaa det, han forstaaar”. Søren Kierkegaard**

### Generelt om Hjerterehabiliteringsenheden

#### Historie

Hjerterehabiliteringsenheden på Bispebjerg Hospital (BBH) er baseret på de erfaringer, som blev gjort i forbindelse med forskningsprojektet DANREHAB i perioden 2000-2003 (1). Frem for at nedlukke alle aktiviteter ved projektets afslutning, var man så forudseende på BBH, at man valgte at fortsætte med at tilbyde hjertepatienter rehabilitering. Hjerterehabilitering skulle være en integreret del af Hjertemedicinsk afdeling Y, både behandlingsmæssigt og forskningsmæssigt. Projektet overgik derfor direkte til drift 1. april 2003. Siden er 2.700 patienter blevet tilbudt et rehabiliteringsforløb. Antallet af patienter pr. år har været stigende gennem årene, således blev 439 patienter tilbudt rehabilitering i 2010. Både behandlingsmæssigt og lovgivningsmæssigt er der sket en udvikling siden 2003, og rehabiliteringstilbuddet på BBH er løbende blevet justeret i forhold til dette og - måske mere vigtigt - i forhold til patienternes behov.

#### Organisation

På BBH er Hjerterehabiliteringsenheden (REHAB) en del af hjertemedicinsk ambulatorium, men er lokaliseret i en anden bygning som en selvstændig enhed med egne lokaler, såsom reception, træningsstue, konsultationsrum, køkken, venteværelse og undervisningslokaler.

Den faste stab i REHAB er sygeplejersker (2¼), diætister (1¼), læger (1¼), fysioterapeuter (2¼), sekretærer (1½) og ph.d.-studerende.

De fysiske forhold og den tværfaglige personalegruppe er medvirkende til, at det er muligt at tilbyde vore hjertepatienter et integreret multidisciplinært rehabiliteringstilbud. Patienterne skal kun møde ét sted, møder det samme personale fra gang til gang og møder kun andre hjertepatienter i venteværelset. Dette giver tryk og er med til at skabe den tillid, som er nødvendig for et optimalt forløb.

#### Patientgrundlaget

Hjertemedicinsk afdeling Y på BBH har et optageområde på 278.154 borgere (52 pct. af befolkningen i Københavns kommune) og dækker bydelene Nørrebro, Brønshøj-Husum, Østerbro, Bispebjerg og Indre by. 16,9 pct. af borgerne er af anden etnisk herkomst end dansk.

Den største udfordring i at implementere et videnskabeligt projekt som DANREHAB i dagligdagens rutiner har været at skulle tilpasse rehabiliteringstilbuddet til ALLE patienter og ikke kun til en nøje udvalgt skare – som det altid er i et studie.

Fra 1. januar 2006 har REHAB indkaldt de fleste patienter ”automatisk” via en database, der rummer oplysninger om hjerteoperationer. Alle relevante patienter indkaldes til en lægesamtale og får et tilbud om rehabilitering.



## Patientgrupper

I starten blev hjerterehabilitering udelukkende tilbudt patienter med nyopdaget iskæmisk hjertesygdom (IHS = kranspulsårefor- snævring). Siden er der ansat mere personale og dermed mulig- hed for at udvide tilbuddet, som omhandler flg. patientgrupper:

1. Alle med manifest IHS,
  - a. som har fået lavet ballonudvidelse (PCI)
  - b. som har fået udført by-pass operation (CABG)
  - c. som har haft en blodprop i hjertet (AMI)
2. Patienter med hjertesvigt (CHF) – uanset årsag og i stabil fase
3. Patienter opereret for hjerteklapsygdom
4. Hjertetransplanterede patienter (udviklingsprojekt)
5. Patienter med arvelige hjertesygdomme

## Rehabiliteringstilbuddet

Alle patienter ses første gang til en lægesamtale 8-14 dage efter udskrivelse fra hospital eller henvisning. Ved denne konsultation planlægges et rehabiliteringsforløb i samarbejde med patienten. Der tilbydes tre ”grundpakker”, som løbende justeres i forhold til den enkeltes behov:

1. Hold-forløb (8-10 deltagere) for patienter med IHS. Forløber over 6 uger med træning 2 gange pr. uge, undervisning og praktisk madlavning. Herefter er der mulighed for yderligere fysisk træning, 1-2 gange pr. uge, indtil patienten kan afslut- tes til et forebyggelsescenter, træningscenter eller fortsætte på egen hånd. Der starter et nyt hold hver 2. uge. (se figur 1)

2. Hold-forløb (6-8 deltagere) for patienter med hjerteklapsyg- dom. Træning 2 gange pr. uge i 4-8 uger og en undervis- ningssession på 2 timer om hjerteklapsygdom.
3. Individuelt forløb, hvor rehabiliteringstilbuddet sammensættes af den enkelte behandler (diætist, fysioterapeut eller sygeple- jerske).

Uanset, om patienten skal deltage på hold eller have et individuelt forløb, begynder forløbet med, at der udføres en konditest, tilby- des en samtale med en diætist og derefter en konsultation hos den sygeplejerske, som er patientens kontaktperson i hele forlø- bet. Efter 2 mdr. tilbydes en opfølgende diætistsamtale, efter 3-4 mdr. gentages konditesten, og der udarbejdes en genoptrænings- plan af fysioterapeuten. Herefter møder patienten til en afslutten- de samtale hos sygeplejersken, og der laves en plan for fremtidig kontrol enten hos egen læge eller på hospitalet. I forløbet kan patienten også tilmelde sig supplerende tilbud efter behov (se [www.hjerterehab.dk](http://www.hjerterehab.dk)). Der tages som minimum blodprøver, kondi- test, vægt og taljemål ved start og slut af forløbet for at vurdere behandlingseffekten.

## Tværfagligt samarbejde

Den tværfaglige tilgang til patienten er en af hjørnestenene i et vellykket rehabiliteringsforløb og samtidig en stor udfordring for de enkelte faggrupper. I REHAB er fordelingen, at alle faggrupper er samlet under et tag. For at udvikle og bevare det tværfaglige sam- arbejde afholdes der en tværfaglig konference hver anden uge,

Figur 1.

HOLD		Sygepl.:		Fysioterapeut:		Diætist:					
Tirsdag	Torsdag	Tirsdag	Torsdag	Tirsdag	Torsdag	Tirsdag	Torsdag	Tirsdag	Torsdag	Tirsdag	Torsdag
8.30-10.30 Hjerte møde læge/spg						9.30-10.30 Hjerte møde diætist		9.30-10.30 Hjerte møde fys.			
10.30-12 Fysisk aktivitet	10.30-12 Fysisk aktivitet	10.30-12 Fysisk aktivitet	10.30-12 Fysisk aktivitet	10.30-12 Fysisk aktivitet	10.30-12 Fysisk aktivitet	10.30-12 Fysisk aktivitet	10.30-12 Fysisk aktivitet	10.30-12 Fysisk aktivitet	10.30-12 Fysisk aktivitet	10.30-12 Fysisk aktivitet	10.30-12 Fysisk aktivitet
		12-14 Praktisk mad- lavning	12-13.30 Hjerte møde sygepl.		12-13.30 Hjerte møde sygepl.	12-14 Praktisk mad- lavning			12-13.30 Hjerte møde sygepl.	12-14 Praktisk mad- lavning	





og alle faggrupper er på skift ansvarlige for mødet. Vidensdeling faggrupper imellem er en kunst, som konstant søges forbedret. Alle faggrupper er ansvarlige for, at patienterne tilbydes den bedste behandling inden for den enkeltes fagområde, og samtidig har hver faggruppe også mulighed for at forlænge/forkorte et rehabiliteringsforløb i forhold til den enkelte patients behov. Fx kan diætisten tilbyde længere forløb til svært overvægtige, sygeplejersken kan have hyppige konsultationer med kriseramte, og fysioterapeuten kan tilbyde ekstra test/supplerende træning. For at optimere det tværfaglige samarbejde skal alle faggrupper skrive notater i patientjournalen. Hermed sikres en automatisk vidensdeling, både om den enkelte patient samt om det enkelte fagområde, og kontinuiteten i behandlingsforløbet optimeres.

### **Tværasektorielt samarbejde**

Københavns Kommune oprettede Østerbro Sundhedscenter i 2005, og siden da er flere centre kommet til – nu Forebyggelsescentre (FC). Siden 2005 har REHAB haft et formaliseret samarbejde med FC. To gange årligt mødes personale fra Østerbro og Nørrebro Forebyggelsescenter med personalet fra REHAB til vidensdeling, og herudover afholder de respektive ledere møde to gange årligt med Afdelingen for Sammenhængende Patientforløb (ASP) på BBH. Personalet fra FC og REHAB kommer desuden på uddannelsesbesøg hos hinanden efter behov. Hjertemedicinsk afdeling Y på BBH har et tæt samarbejde med Rigshospitalets hjerteafdeling og modtager derfra henvisninger på patienter med et specielt behov for rehabilitering.

### **Forsknings – og uddannelsesaktiviteter**

På BBH er der oprettet et professorat i hjerterehabilitering. Formålet er at sikre en fortsat videnskabelig baseret indsats inden for rehabilitering og ikke kun lægevidenskabelige projekter, men forskning inden for alle faggrupper. REHAB modtager 2-4 diætist-studerende pr. år, og nogle skriver en bachelorafhandling med udgangspunkt i REHAB. Fysioterapeuter og sygeplejersker deltager desuden aktivt i uddannelsen af studerende.

## **Faggruppernes opgaver**

### **Fysioterapi og fysisk træning i Hjerterehabiliteringen**

Patienten møder fysioterapeuten første gang til en individuel samtale. Under samtalen planlægges træningsforløbet i samråd med patienten. Dette gøres ud fra den enkeltes ressourcer, behov og erfaring med motion. Patienten informeres om træningsintensitet og vigtigheden af dette. Der lægges vægt på, at patienten sætter sine egne mål for forløbet. Fysioterapeuten og de andre faggrupper støtter både patienten i at sætte realistiske mål og delmål, samt i arbejdet med at nå disse mål. Derudover udføres der en funktionstest, som enten er en VO<sub>2</sub>max cykeltest (iltoptagelsesmåling med EKG) eller en gangtest, afhængig af alder og funktionsniveau.

I løbet af samtalen beslutter fysioterapeut og patienten i samråd, om der skal trænes på hold, individuelt, henvises til forebyggelsescentre, eller patienten selv skal træne.

Efter ca. tre måneder ses patienten til en opfølgende samtale. Her er der fokus på patientens aktivitetsniveau, om patienten har nået sine mål, og der udføres endnu en funktionstest – hvor resultatet fra første test er måleredskab for at måle effekten af træningsinterventionen.

#### **Fysisk træning**

Et væsentligt element i hjerterehabiliteringen er at optimere patientens fysiske funktionsniveau og sikre, at patienten er fysisk aktiv i hverdagen med henblik på forebyggelse af fremtidige hjertetilfælde. Effekten af fysisk aktivitet er dokumenteret i flere metaanalyser (1). Det anslås, at hjertedødeligheden reduceres med 31 pct. og den samlede dødelighed med 27 pct., sammenlignet med patienter, som ikke deltager i fysisk træning. Det fysiske funktionsniveau hos hjertepatienter er ofte nedsat sammenlignet med hjerteraske. Grunden til dette kan være nedsat arbejdskapacitet pga. hjertesygdom, men det ses også, at der i visse tilfælde opstår angst for at være fysisk aktiv efter at have oplevet et akut hjertetilfælde. Superviseret træning i trygge rammer sammen med andre patienter med samme eller lignende diagnose hjælper patienten

med at bearbejde denne angst. Fysisk træning udgør tidsmæssigt den største andel af de seks ugers intensive holdforløb, som patienten tilbydes.

Retningslinjer for træning af hjertepatienter i Danmark er fastsat af Dansk Cardiologisk Selskab, der anbefaler intensitetsniveauer på 60 – 80 pct. af maksimal arbejdskapacitet (2). Nyere træningsstudier på hjertesvigtspatienter viser øget effekt af træningen på bl.a. kondition, forhøjet blodtryk og angst, når der trænes med en intensitet over 80 pct. af deres maksimale arbejdskapacitet (3,4). Hjerterehabiteringen på Bispebjerg Hospital er landets største, og der trænes superviseret og i sikre omgivelser med træningsintensiteter på over 80 pct. af maksimal arbejdskapacitet i en forsøgsperiode. Afdelingen har et tæt forskningssamarbejde med andre europæiske hjerterehabiteringer med fokus på fortsat at optimere effekten af træningen. Længden af træningsforløb anbefales at være 8-12 uger. Vi har på Hjerterehabiteringen desværre ikke mulighed for at tilbyde alle vores patienter så lange træningsforløb. Derfor er der etableret et tæt samarbejde med kommunens FC. Her henvises de patienter, som ønsker det, til et videre forløb efter endt forløb på Hjerterehabiteringen. På FC får de mulighed for at deltage i et træningsforløb på 2 x 1,5 time pr. uge over tre måneder.

### Diætistens rolle og diætistforløb

Diætisten taler, med meget få undtagelser, individuelt med alle patienter, som skal i rehabiliteringsforløb. I ganske få tilfælde vurderer lægen i samråd med patienten, at denne ikke skal have diætistsamtale. Patienten har måske lige været igennem et diætistforløb i et FC eller nægter at tale med diætist, og dette respekteres naturligvis.

#### Individuel vejledning

Ved den indledende samtale foretages en grundig anamnese ift. patientens ressourcer og barrierer samt kostvaner, hvis patienten kan og vil have fokus på kosten. Udgangspunktet for første samtale dannes ud fra de andre faggruppers journalnotater samt vurdering af blodprøvesvar. I samråd med lægen og patienten kan der ordines ekstra blodprøver for at vurdere behovet for kostintervention.

Der kan være samtaler, hvor der udelukkende informeres om, at kosten er en vigtig del af forebyggelsen, men hvis patienten fx både har ønske om rygestop og mere motion, er der måske ikke ressourcer til at ændre kostvaner samtidig. Patienten kan også være i dyb krise eller depressiv, og her lægges der vægt på, at patienten får det bedre psykisk, før der er ressourcer til vaneændringer. I de tilfælde kan det være en tværfaglig vurdering i samråd med patienten, at der skal henvises til vores Liaison-psykiatriske enhed.

Vi gør det klart for vore patienter, at det er vigtigt at ændre vaner i det omfang, hvor de selv kan følge med. Derved er det mere sandsynligt, at nye vaner kan indarbejdes. Dette patienthensyn lægges

der meget vægt på Hjerterehabiteringen. De patienter, som ikke kan overkomme kostændringer, men ønsker dem på sigt, kan på et senere tidspunkt i forløbet henvende sig for ny tid eller henvises til diætisterne i FC.

De patienter, som har ressourcer til og behov for at ændre kostvaner, vejledes ud fra de kliniske retningslinjer i SIG kardiologiske flotte arbejde (5).

Det ligger fast, at alle patienter får en indledende samtale på én time samt en opfølgning på 30 minutter efter to måneder. De pårørende opfordres til at deltage i diætistforløbet. Diætisten planlægger sammen med patienten, om der herefter er behov for yderligere opfølgninger.

#### Praktisk madlavning og gruppeundervisning

Det helt unikke ved diætistarbejdet i REHAB er vores mulighed for praktisk madlavning sammen med vore patienter. Et finsk rehabiliteringsstudie (6) har vist, at særligt mænd bliver mere motiverede til at ændre kostvaner, når der er praktisk madlavning inkluderet i forløbene. Da ca. 70 pct. af patienterne i REHAB er mænd, giver det derfor ekstra god mening at tilbyde praktisk madlavning i vores regi. Ud fra erfaringerne i REHAB samt egne erfaringer fra andre ansættelser som diætist, er det også klart vores indtryk, at madlavningen påvirker patienternes motivation for at ændre kostvaner på en mere positiv og konkret måde end vanlig mundtlig diætistvejledning. Det er dog meget sparsomt, hvad der er lavet af undersøgelser, der ser på effekten af praktisk madlavning som pædagogisk redskab, og der er derfor behov for yderligere undersøgelser.

Undervisningen i køkkenet foregår over tre gange à to timer, og desuden afholder diætisten et af hjertemøderne i 6-ugers programmet (se figur 1). Patienternes behov sættes i forgrunden, og der er således intet fastlagt program for undervisningen. Patienterne er med til at påvirke, hvad der tages op og hvilke retter, der laves i køkkenet. Derved er der større sandsynlighed for, at vi når patienterne. Når madlavningen er slut, lægger vi opskrifterne til fri afbenyttelse, da det er vigtigt for os, at patienterne kun tager opskrifter med hjem på retter, som de mener, at de vil gå hjem og lave.

Vi er meget konkrete og praktisk orienterede i vores undervisning og vejledning. Vi benytter fx indkøbskurv med attrapper, smagsprøver, praktiske anvisninger til tilberedning samt har ugens opskrift i vores venteværelse.

Som diætist i REHAB er der gode udviklingsmuligheder og gode ressourcer til at følge op på patienterne. Patienter i vægttabsforløb kan følges over en væsentligt længere periode end de normale tre måneder, som et samlet rehabiliteringstilbud typisk strækker sig over. Dette er vigtigt, idet langtidsopfølgning er en af hjørnestene ifm. vægttab og vægtvedligeholdelse (7). Vi kan også henvise videre til diætist i FC, når patienten afsluttes fra REHAB.

## Sygeplejerskens funktion i Hjerterehabiteringen

Når patienten har aftalt sit rehabiliteringsforløb med lægen, er det sygeplejersken, der koordinerer og samler tråde, følger op på lægens ordinationer, diætistens anbefalinger og den fysiske træning. Sygeplejersken afholder mindst tre individuelle samtaler med patienten, og her skabes et samlet overblik over patientens sygdoms- og behandlingsforløb, helbredsressourcer, motivation for livsstilsændringer og psykosociale situation. Derudover afholder sygeplejersken også formaliseret holdundervisning.

### Individuelle samtaler

Ved de individuelle samtaler observeres, vejledes og undervises der ud fra patientens aktuelle ressourcer og behov.

Sygeplejersken spørger til, hvordan det er gået siden indlæggelsen eller sidste besøg hos sygeplejersken. Eventuelle nye symptomer eller tilbagevenden af tidligere hjertesymptomer gennemgås. Der tages stilling til i samråd med lægen, om den symptomatiske behandling er optimal, og om der er behov for nærmere udredning eller henvisning efter gældende retningslinier. Fx informeres patienten om vigtigheden af et velreguleret blodtryk og vejledes i, hvordan han selv kan afhjælpe et forhøjet blodtryk ved fx fysisk træning, sund kost, undgå stress, rygeophør, minimere alkoholindtag og indtage hjertemedicinen (1). Patientens psykiske tilstand vurderes i forhold til naturlige krisereaktioner, og såfremt patienten screenes positiv for krise/depression, henvises patienten til Liaisonpsykiatrisk Enhed (8). Patientens sociale status vurderes i forhold til job, bolig, uddannelse, sociale netværk m.m., og ved behov henvises der til en socialrådgiver.

Der udleveres informationsmateriale, og det sikres, at patienten forstår og kan læse dansk. Er der sprogbarrierer, fremskaffes informationsmateriale, som patienten kan forstå (se [www.hjerterehab.dk](http://www.hjerterehab.dk)).

### Livsstilsændringer

Motivation: Sygeplejersken og patienten har en dialog om mål for livsstilsændringer og indgår en aftale om, hvorvidt patienten skal arbejde med én eller flere ændringer ad gangen. Sygeplejersken vurderer patientens motivation for at ændre adfærd, hvilket giver samarbejdspartnere fx kolleger, FC og primær sektor et billede af, hvor interesseret patienten er i at opnå sine mål og livsstilsændringer.

Kost: Der spørges bredt ind til, hvordan patienten oplever det at ændre kostvaner. Der samles op på diætistens anbefalinger. Har patienten tvivlsspørgsmål, inddrages diætisten, og der bestilles ofte en opfølgende diætistsamtale. I forhold til patienter med type-2 diabetes er der et formaliseret samarbejde med diabetesambulatoriet. Desuden afholder sygeplejerske og diætist gruppeundervisning på 3 x 2 timer, hvor fokus er hjertesygdom og diabetes.

Motion: Der spørges bredt ind til patientens fysiske træning, hvordan patienten oplever det? Er patienten i tvivl om noget, bestilles en opfølgende samtale hos fysioterapeuten.

Rygning: Der optages rygeanamnese. Patientens opfordres til rygeophør og der henvises til hospitalets rygestopinstruktør, FC eller STOPLINIEN. Der udleveres relevant materiale og pjecer omkring rygeophør.

Alkohol: Der spørges ind til patientens alkoholindtag. Har patienten et alkoholmisbrug, henvises der til Alkoholenheden, såfremt patienten ønsker det.

### Medicinsk behandling

Sygeplejersken vurderer patientens compliance ift. at administrere medicinindtag og forstå vigtigheden heraf. Er der problemer med



medicineringen i form af ukorrekt dosering eller gentagne forglemmelser, kontaktes en hjemmesygeplejerske. Sygeplejersken opdaterer jævnligt patientens medicin og medicinseddel, og det sikres, at patienten er informeret om og kender til medicinens virkning og bivirkninger.

#### Undervisning

I undervisningen formidles viden, og patienterne søges aktivt inddraget. Ved de tre holdundervisninger/hjertemøder, som sygeplejersken afholder, behandles emnerne:

At leve med hjerte- kar sygdom, anatomi og fysiologi, undersøgelser, psykiske reaktioner og livsstilsændringer.

Sygeplejerskerne underviser endvidere i hjertestopsbehandling, hjerteklapsygdomme og afholder møde for pårørende.

#### Sekretærfunktion

Hele Hjerterehabiliteringens dagligdag, herunder indkaldelse af patienter, planlægning af tider samt indkaldelse til diverse yderligere undersøgelser og blodprøver, styres af enhedens uundværlige sekretærer.

Læs mere om hjerterehabiliteringen på Bispebjerg hospital på [www.hjerterehab.dk](http://www.hjerterehab.dk)

[gittestage@sternberg.dk](mailto:gittestage@sternberg.dk)

#### Referencer

1. Zwisler AD, Schou L, Vind Sørensen L et. al. Hjerterehabilitering. Rationale, arbejdsmetode og erfaringer fra Bispebjerg Hospital. Bispebjerg Hospital og Statens Institut for Folkesundhed 2003 (REHABBOGEN). [http://www.hjerterehab.dk/Procedurebog\\_om.84.0.html](http://www.hjerterehab.dk/Procedurebog_om.84.0.html)
2. Overgaard Andersen U, Prescott E, Zwisler AD, Rasmussen H. Hjerterehabilitering, arbejdsgruppe under DCS. April 2010. [http://www.cardio.dk/sw10429.asp#516\\_10819](http://www.cardio.dk/sw10429.asp#516_10819)
3. Kemi OJ, Wishloff U. High-intensity aerobic exercise training improves heart in health and disease. J Cardiopulm Rehab, Prev Rev 2010; 30: 2-11
4. Hermann TS, Dall CH, Christensen SB, Goetze JP, Prescott E, Gustafsson F. Effect of High Intensity Exercise on Peak Oxygen Uptake and Endothelial Function in Long-Term Heart Transplant Recipients. Am J Transplant, 2011; 11: 1-6.
5. SIG Kardiologi Kliniske diætister. Kliniske Retningslinier, Diætbehandling af iskæmisk hjertesygdom – og forebyggelse heraf. FaKD, Nov. 2009.
6. Hämmäläinen H, Virtanen A, Röberg. Only Women have long-term weight loss in cardiac rehabilitation, men need cooking exercise for achieving long-term weight loss. Eur J, Cardiovasc Prev Rehab, 2006; 13: 79 (Ab)
7. DOM UK. The dietetic weight management intervention for adults in the one to one setting. Is it time for a radical rethink? DOM UK (Dieticians in Obesity Management UK – specialist interest group of the British Dietetic Association) 2007. <http://www.domuk.org/wp-content/uploads/2010/12/dietetic-intervention-feb10.doc>
8. PRIME-MD Primary Care Evaluation of Mental Disorders, Brugervejledning, Pfizer A/S 1995.

LÆS OGSÅ

## ”Fortællinger fra hjertet”

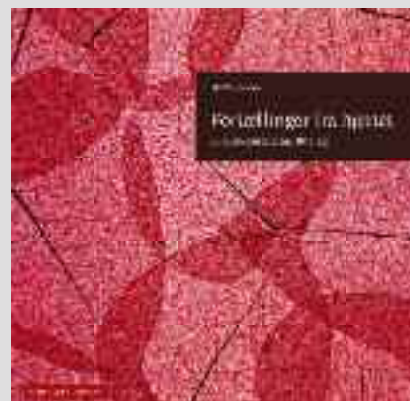
### ”Fortællinger fra hjertet” af Mette Thorsen. Muksgaards Forlag. 2009. Pris 145 Kr.

Mange af os møder dagligt hjertepatienter. En af vores opgaver er at hjælpe til med, at de får et bedre liv som kronisk syge, og af og til spørger vi os selv: Hvorfor gør patienterne ikke, som jeg siger? I bogen ”Fortællinger fra hjertet” kan du læse om, hvordan en række danskere kommer sig efter på forskellig vis at have fået konstateret en hjertesygdom. Hvert kapitel i bogen indeholder en patienthistorie og et fakta-afsnit. Forfatteren Mette Thorsen har skrevet bogen i tæt dialog med ekspert i hjerterehabilitering, læge, ph.d. Ann-Dorthe Zwisler, som var med til at opbygge hjerterehabiliteringen på Bispebjerg Hospital og senere udbrede det på landsplan.

Bogens patienter er ikke perfekte. De er almindelige mennesker, som bl.a. kæmper for rygestop, kostomlægning og et fysisk aktivt liv. Det er svært for dem at finde vej, men i løbet af deres fortælling leder de efter – og finder – en forbindelse mellem et sundere og et bedre liv. Det lykkes for dem at ændre livsstil, at finde ro og leve med deres kroniske sygdom.

”Fortællinger fra hjertet” er skrevet til hjertepatienter, men den er også et sundhedspædagogisk værktøj, der kan hjælpe fagpersoner, herunder kliniske diætister, til at forstå, hvorfor patienterne ikke altid gør, som vi siger. En letlæst og velskrevet bog med dejlige, positive livshistorier.

Bogen er anmeldt af Anne-Mette Haugaard, Klinisk diætist, Lipidklinikken, Aalborg Sygehus



# Tværfagligt hjerterehabiliteringsprojekt på Århus Universitetshospital, Skejby

I november 2010 blev diætist Nina Markholt ansat i en to-årig projektstilling på Hjerter-lunge-karkirurgisk afdeling T på Århus Universitetshospital (AUH), Skejby. Projektet er et tværdisciplinært forskningsprojekt om hjerterehabilitering, støttet af Kronikerpuljemidler og hospitalsledelsen på AUH, Skejby.

Nina Markholt



## Projektets formål

Det er velkendt, at et struktureret formaliseret hjerterehabiliteringsprogram kan påvirke livsstil hos patienter med iskæmisk hjertesygdom således, at de selv kan medvirke til at forebygge forværring af deres hjertesygdom (1-4). Formålet med projektet er at undersøge, om et mere intensivt og individuelt

planlagt rehabiliteringsforløb har større effekt på iskæmiske hjertepatienters livsstil end et mindre intensivt og gruppebaseret rehabiliteringsforløb på kort og lang sigt.

## Det nuværende rehabiliteringsforløb

På nuværende tidspunkt tilbydes alle patienter, der er behandlet med bypassoperation (CABG) eller dobbeltprocedure i form af CABG og hjerteklapoperation på AUH, Skejby, et 8 ugers rehabiliteringsforløb, 6-8 uger efter udskrivelse. Rehabiliteringsforløbet omfatter: To timers kombineret konditions- og styrketræning om ugen med fysioterapeuter, fire timers gruppeundervisning med en rehabiliteringssygeplejerske, hvor relevante emner i relation til hjertesygdom tages op, herunder rygestop samt en times gruppeundervisning i hjertevenlig kost ved en klinisk diætist.

## Region Midtjyllands anbefalinger

I "Forløbsprogram for hjertekarsygdom" fra Region Midtjylland anbefales et 12 ugers mere intensivt og individuelt rehabiliteringsforløb for patientgruppen (5). Heri anbefales tre timers fysisk træning om ugen med fysioterapeuter, to individuelle samtaler med en rehabiliteringssygeplejerske samt seks timers gruppeundervisning og to individuelle samtaler med en klinisk diætist, evt. suppleret med gruppeundervisning.

Trods anbefalingerne i "Forløbsprogram for hjertekarsygdom" er det usikkert, om hjerterehabilitering med større hyppighed og længere varighed har bedre effekt på både kort og lang sigt på iskæmiske hjertepatienters livsstil, end det eksisterende gruppebaserede rehabiliteringsprogram på 8 uger. Dette vil vi derfor undersøge i et randomiseret kontrolleret studie.

## Målgruppe

Vi forventer at inkludere ca. 200 patienter med iskæmisk hjertesygdom, behandlet på AUH, Skejby og henvist til rehabilitering i perioden 1. august 2011 til 31. juli 2012.

Inklusionskriterier: Patienter fra AUH, Skejby's eget optageområde, efter CABG eller dobbeltprocedure i form af CABG og hjerteklapoperation, akut myokardie infarkt og angina pectoris.

Eksklusionskriterier: Patienter med demens, retardering og svær apopleksi.

## Metode

Det er et randomiseret kontrolleret studie. Effekten af den diætetiske- og sygeplejefaglige intervention på iskæmiske hjertepatienters livsstil evalueres med et spørgeskema. Patienterne randomiseres konsekutivt ved henvisning til hjerterehabilitering i forbindelse med sygeplejerskens udskrivningssamtale til:

- Interventionsgruppe: 12 ugers rehabiliteringsforløb, som beskrevet i "Forløbsprogrammet for hjertekarsygdom" i Region Midt.
- Kontrolgruppe: 8 ugers gruppebaseret rehabiliteringsforløb.

## Dataindsamling

Demografiske data såsom: Alder, køn, diagnose, uddannelse, arbejdsstatus og ægteskabelige stilling registreres ved indledning og afslutning på rehabiliteringsforløbet samt ved follow-up 6 og 12 måneder efter afsluttet rehabiliteringsforløb.

Der anvendes et valideret spørgeskema til at analysere, vurdere og evaluere patienternes livsstil. Spørgeskemaet bygger på sundhedsprofilen "Hvordan har du det?", og indeholder et basismodul og en række tilvalgsmoduler. Basismodulet indeholder: SF12, socioøkonomiske baggrundsfaktorer, rygning, højde, vægt og deltagelse i tidligere forløb, mens tilvalgsmodulerne omhandler alkohol, motion, kost, mestring af dagligdagen(heiQ) samt "en følelse af sammenhæng". Spørgeskemaet udleveres ved indledning og afslutning på rehabiliteringsforløbet samt ved 6 og 12 måneders follow-up.

## Perspektivering

Projektets resultater kan forhåbentligt bidrage til fremtidige rekommandationer vedrørende intensiteten af og indholdet i rehabiliteringsforløb for patienter med iskæmisk hjertesygdom. Resultaterne vil vise, om patientgruppens livsstil på kort og lang sigt er påvirket og afhængig af den tilbudte hjerterehabilitering. Vi forventer desuden på sigt, at resultaterne kan overføres til andre kronikergrupper.

ninamark@rm.dk

## Referencer

1. Mullen PD, Mains DA, Velez R. A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. *Patient Educ Couns.* 1992;19:143-162.
2. Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol.* 1999; 18:506-519.
3. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004; 116:682-692.
4. Zwisler A, Madsen M, Konstantin Nissen N. Hjerterehabilitering - En medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget. Sundhedsstyrelsen; 2006.
5. Forløbsprogram for Hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe. Region Midtjylland 2007.

LÆS OGSÅ

# "Styr dit kolesterol"

**Udgivet af Hjertereforeningen, 2010. 63 sider. Pris 128 Kr. Medlemspris 98 Kr.**

"Styr dit kolesterol" er en oplysningsbog med madopskrifter og gode råd om motion, og målgruppen er mænd og kvinder mellem 25 og 65 år med forhøjet kolesteroltal. Dog viser bogens billeder nu mest personer i den ældre del af gruppen.

Bogen består af et indledende afsnit om kolesterol og fedt og herefter fire hovedafsnit med anbefalingerne for frugt og grønt, fisk, fuldkorn og motion samt 7-8 opskrifter i hvert afsnit. Frugt- og grøntafsnittet indeholder dog kun opskrifter med grøntsager, da man mener, at de fleste danskere ikke har problemer med at spise frugt. Det er en kedelig prioritering, da frugt netop har mange kombinations- og anvendelsesmuligheder.

Opskrifterne består af kendte retter med et lille pift – fx stegt skrubbe med tranebærsovs og marineret blomkål med brødkrumme. En undtagelse er dog de ikke så kendte butterbeans med appelsinglaserede perleløg og gulerødder, som måske ikke appellerer til alle, men er et godt forsøg på at introducere bønner. Der er oplysninger om retternes energiindhold etc., men der står desværre ikke, hvor mange personer opskriften er beregnet til.

Jeg går ud fra, at det er til 4 personer, men det er ikke helt klart, og det er nødvendigt i en opskrift som fx svampepostej og grøn-sagstærte.

Derudover savner jeg et billede af Fuldkornslogoet, Nøglehulsmærket samt Indkøbsguiden, som er brugervenlige og sagtens kunne være nævnt.

Teksten i bogen er letlæselig, men det skaber forvirring, når der fx i afsnittet om kolesterol står, at man ved at følge anvisningerne kan nedsætte sit kolesteroltal med 5-10 pct. I frugtafsnittet betones, at med øget mængde af frugt og grønt (fra 200 til 500 gram) nedsættes risikoen for hjerterkarsygdom med 15-20 pct., i fiskeafsnittet nedsættes risikoen noget - i fuldkornsaftsnittet med op til 10 pct. og i motionsafsnittet med 10-15 pct. Det er ganske enkelt forvirrende og det korte af det lange er jo, at man ved at ændre livsstil kan nedsætte risikoen for hjerterkarsygdomme.

Samlet set mener jeg at denne bog er en god begynderbog og en oplagt gaveidé til en ven, der enten har fået konstateret forhøjet kolesterol eller har brug for et kærligt skub i en hjertevenlig retning, og den kan fint anbefales til patienten i klinikken, som er motiveret for livsstilsændringer.

Bogen er anmeldt af Dorte Sunke Larsson, klinisk diætist, Bariatrisk Klinik, Køge Sygehus



# Fresubin® Crème

NYHED



**Smagfuldt, cremet  
proteintilskud  
- ske for ske**

- Lækker smag
- Cremet konsistens
- Højt energi- og proteinindhold
  - 231 kcal/969 kJ pr. bæger
  - 12,5 g protein pr. bæger
- Klar til brug



**FRESENIUS  
KABI**

caring for life

Fresenius Kabi  
Islands Brygge 57  
2300 København S  
Telefon 3318 1600  
[www.fresenius-kabi.dk](http://www.fresenius-kabi.dk)

# Mangelfuld rehabilitering af hjertepatienter

Hjertereforeningen kan med nye tal konstatere, at den rehabilitering, som alvorligt syge hjertepatienter ifølge internationale anbefalinger burde få, kun i ringe grad bliver tilbudt. Blot 13 procent af danskerne, der har haft en kritisk hjertesygdom, modtager fuld rehabilitering. Særligt den psykosociale opfølgning halter.

Ved mangelfuld rehabilitering er der markant højere risiko for igen at blive ramt af hjertesygdom, at blive ramt af depressioner og større risiko for, at man ikke kommer tilbage på arbejdsmarkedet.

Derfor burde fuld rehabilitering være en selvfølge. Men en undersøgelse, som Hjertereforeningen netop har fået gennemført, viser, at kun halvdelen af patienterne får tilbudt delvis eller fuld rehabilitering, mens 34 procent end ikke får tilbud om fysisk genoptræning, som loven ellers siger, de skal have. Hjertereforeningens sundhedschef Charlotte Kira Kimby er langt fra begejstret for hjertepatienternes situation:

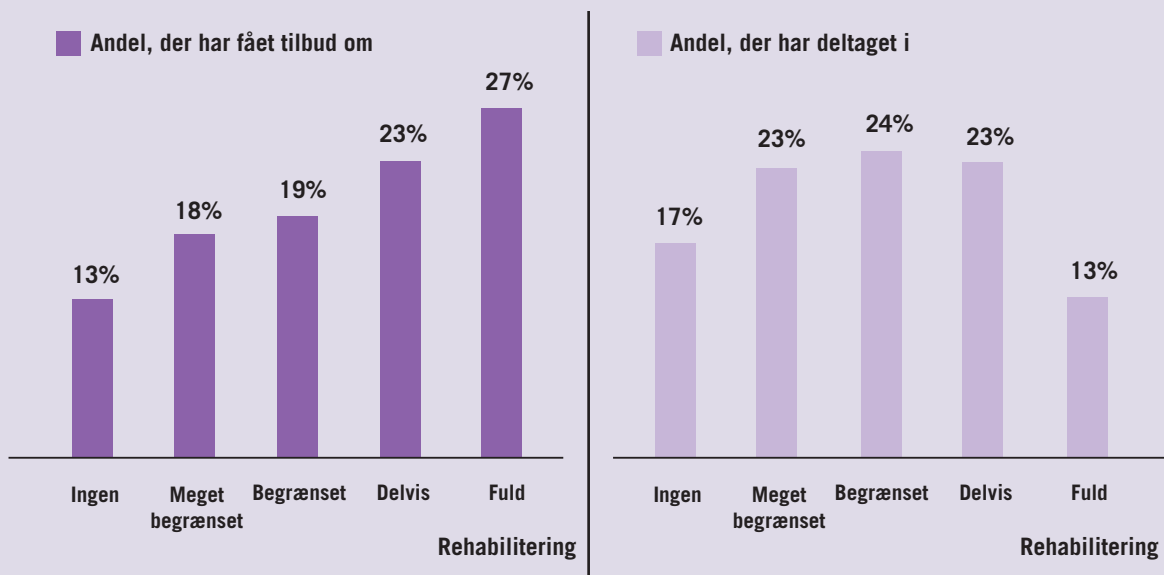
## Kostvejledning

Hjertevenlig kost har en dokumenteret forebyggende effekt mod ny hjertesygdom og for tidlig død. Ernæringsrådet skønnede i 1996, at effekten af kostændring kan være af samme størrelsesorden som den, man opnår med medicinsk behandling.

Kostvejledning er derfor en livsvigtig støtte til de hjertepatienter, som har behov for at lægge deres livsstil om. Alligevel er det kun omkring halvdelen af hjertepatienter, som modtager kostvejledning. Helt nøjagtigt bliver 65 procent af hjertepatienter tilbudt rådgivning om hjerterigtig kost, og 55 procent deltager.

- Over en tredjedel af de alvorligt syge hjertepatienter snydes for den fysiske genoptræning, som loven giver dem ret til. Det er indlysende, at det er uacceptabelt. Uden optimal rehabilitering bliver hjertepatienterne ikke alene stødt ud af arbejdsmarkedet. De bliver mere hjertesyge, bliver genindlagt og risikerer i værste fald at dø for tidligt.

## Hjertepatienters rehabiliteringsniveau



## Hjertepatienters rehabiliteringsniveau

Når alvorlig sygdom pludselig rammer, er konsekvenserne ikke kun fysiske. 20 procent af patienterne rammes af en depression efter kritisk hjertesygdom. Psykisk støtte er afgørende for, at hjertepatienter kommer gennem sygdommen og kan genoptage deres liv og arbejde, men kun 1 ud af 3 patienter tilbydes psykosocial rehabilitering, og kun 1 ud af 6 deltager. Når psykisk støtte er inkluderet i det samlede forløb, er mere end 90 procent af patienterne tilfredse med rehabiliteringen.

Undersøgelsen viser desuden, at 40 procent af patienterne skal vente mere end fem uger efter deres udskrivelse på tilbud om psykisk støtte, og for hver femte patient kommer hjælpen ni uger eller mere, efter de blev syge. Mange gange er rehabiliteringen placeret i dagtimerne, og det gør det umuligt at deltage i for de patienter, der allerede har genoptaget deres arbejde. Charlotte Kira Kimby mener, at hjertepatienterne lades i stikken af behandlingssystemet:

- Det er dybt utilfredsstillende, at to ud af tre hjertepatienter lades i stikken, når det gælder om at få hjælp til at håndtere det omfattende chok, det er at blive ramt af alvorlig hjertesygdom. Tallene viser, at psykisk støtte har afgørende betydning for, at patienterne kommer godt igennem sygdommen og kan fortsætte livet med familie og arbejde, siger Charlotte Kira Kimby, sundhedschef i Hjerteforeningen.

## Forskelsbehandling af hjertepatienter

Når det kommer til rehabilitering, er det tilsyneladende ikke lige-gyldigt, hvem man er, eller hvor man kommer fra.

Hjerteforeningens undersøgelse viser, at en række sociodemografiske faktorer har betydning for, i hvor høj grad patienter bliver tilbudt og deltager i fuld eller delvis rehabilitering:

- n Kvinder får tilbudt mindre rehabilitering end mænd
- n Ældre får tilbudt mindre rehabilitering end yngre

## Hvad er rehabilitering?

De gældende vejledninger anbefaler, at hjertepatienter tilbydes individuelt tilrettelagte og sammenhængende rehabiliteringsforløb. Forløbene skal omfatte patientundervisning, fysisk træning, støtte til rygestop, kostvejledning, psykosocial støtte og opfølgning på den medicinske behandling, som patienten modtager.

I øjeblikket har patienter med nyopstået iskæmisk hjertesygdom - fx patienter, der har fået lavet en ballonudvidelse (PCI) eller bypassoperation – krav på hjerterehabilitering. Derudover anbefales det, at patienter med fx hjertesvigt eller forøget risiko for at udvikle ny hjertesygdom tilbydes rehabilitering.

Ifølge Sundhedsloven er det hospitalet og patientens hjemkommune, der i fællesskab skal sikre, at patienten får tilbud om den efterbehandling, der passer til den enkelte.

Ansvarsfordeling og samarbejdsflader er beskrevet i regionernes og kommunernes sundhedsaftaler.

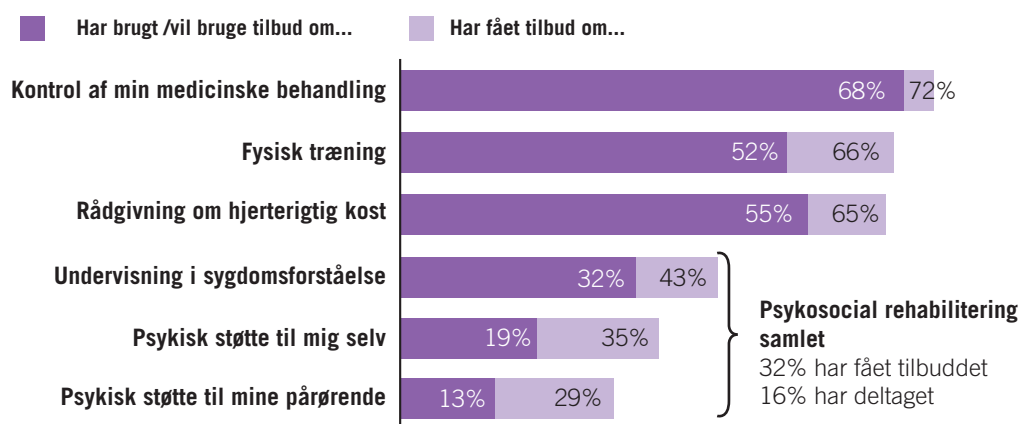
- n Enlige får tilbudt mindre rehabilitering end patienter, der bor sammen med en partner
- n Patienter uden uddannelse får tilbudt mindre rehabilitering end patienter med uddannelse.

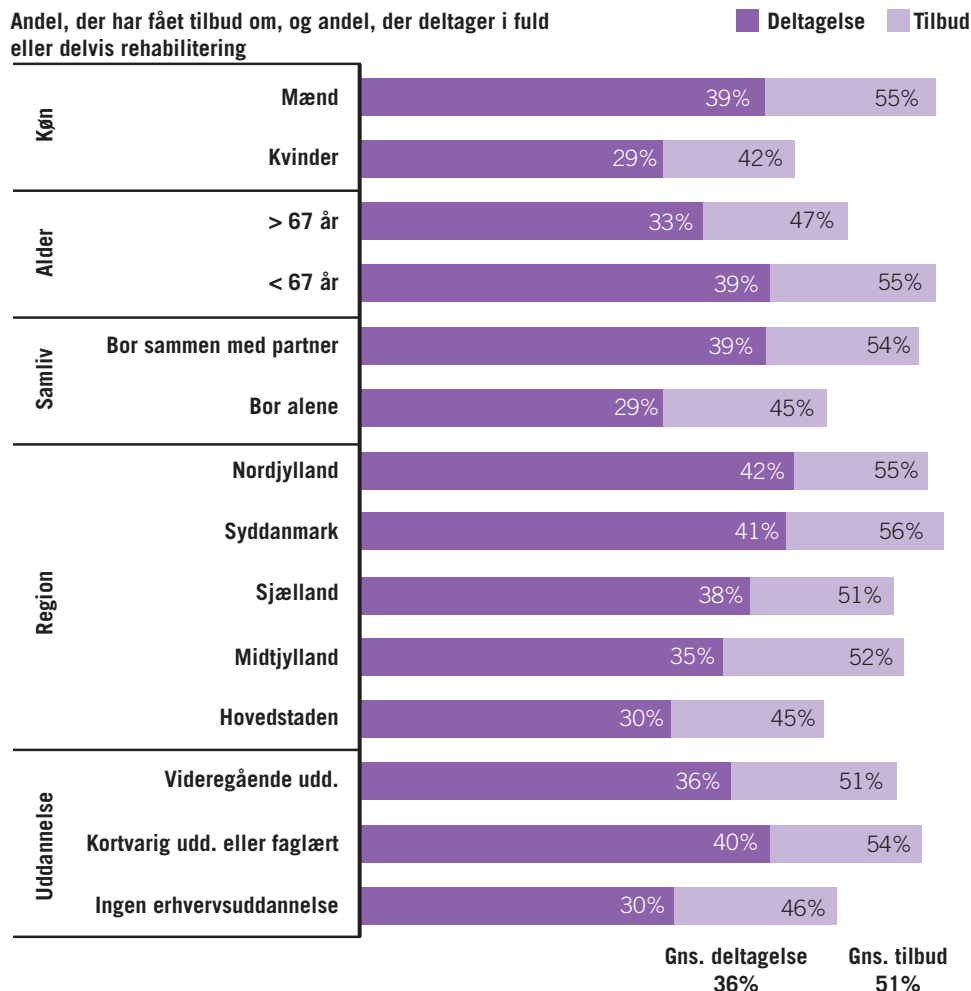
Derudover er der regionale forskelle på rehabilitering. Flest bliver tilbudt rehabilitering i Region Syddanmark og i Region Nordjylland, og færrest får tilbuddet i Region Hovedstaden.

## Uklare retningslinjer for kommuner

Dialog mellem hospital og kommune er afgørende for, at alle hjertepatienter tilbydes den hjerterehabilitering, de har behov for. Alligevel er det sjældent, at der sker en systematisk udveksling af væsentlige informationer om udskrevne hjertepatienter fra hospital til kommune. 86 kommuner angiver, at de kun får henvist nogle patienter, få patienter eller, at de ikke har et overblik over det. Kun

## Tilbud om og deltagelse i de enkelte rehabiliteringselementer





#### Hvilke patienter får tilbud om og deltager i fuld eller delvis rehabilitering?

fem kommuner angiver, at alle hjertepatienter bliver henvist til dem. Den usikre overgang fra hospital til kommune øger risikoen for, at nogle patienter ikke får tilbudt den nødvendige rehabilitering.

- Politikerne har ikke magtet at skabe klarhed over, om det er kommunen eller regionen, der har ansvar for den rehabilitering, der skal ske, når patienten udskrives fra hospital. Det koster dyrt. Alene tabet af arbejdskraft beløber sig til 29 millioner kroner om året. Genindlæggelser på grund af manglende rehabilitering er endnu dyrere, siger Charlotte Kira Kimby, sundhedschef i Hjerteforeningen.

I 29 af kommunerne har hjertepatienterne ikke en kontaktperson, eller det vides ikke, om de har. Det betyder, at patienterne i mange kommuner potentielt mangler støtte, der kan guide dem og være tovholdere på deres forløb. Herudover ved 57 af kommunerne ikke, om den alment praktiserende læge følger op på hjertepatienterne. Det tyder på, at der ikke er systematik i forhold til at afslutte patienter i kommunal rehabilitering i over halvdelen af kommunerne, og at patienterne selv må sørge for at opsøge læge.

lhubertz@herteforeningen.dk

#### Hjerteforeningens undersøgelser

Hjerteforeningen har i 2010 fået kortlagt danske hjertepatienters brug af og oplevelser af rehabilitering. Det er sket ved en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt alle patienter indlagt med rehabiliteringskrævende iskæmisk hjertesygdom i 2009. Undersøgelsen "Hjertepatienters brug og oplevelse af rehabilitering 2010" er udarbejdet af konsulentvirksomheden Incentive Partners i samarbejde med UNI C og Sundhedsstyrelsen.

Hjerteforeningen har ligeledes i undersøgelsen "Hjerterehabilitering på hospitaler og i kommuner 2010" kortlagt omfanget af rehabiliteringsaktiviteter på landets hospitaler og i kommunerne. Yderligere oplysninger om begge undersøgelser kan findes på Hjerteforeningens hjemmeside [www.hjerteforeningen.dk](http://www.hjerteforeningen.dk)



# Sender du din patient trygt hjem?



Fax den grønne ordination til Mediq Danmark og vores diætister fortsætter dit arbejde

## Vi har alt inden for sondeernæring og ernæringsdrikke

- Vi løser ernæringsproblemer, samt giver råd og vejledning til din patient i eget hjem og på plejecentre. Vi hjælper f.eks. ved problemer med vægttab, diarré, forstoppelse mm.
- Husk du altid kan få tilsendt vareprøver på berigelsesprodukter samt ernæringsdrikke til dine patienter.

### Brug Mediq Danmarks diætister

Tlf. 3637 9130 - Fax 3672 8322 - E-mail: [ernaering@mediqdanmark.dk](mailto:ernaering@mediqdanmark.dk)

Få mere viden om produkter på vores hjemmeside [www.mediqdanmark.dk](http://www.mediqdanmark.dk).

Her kan du også tilmelde dig vores nyhedsmail.

Mediq Danmark A/S, Kornmarksvej 15-19, 2605 Brøndby

... når viden er vigtig

## Hjerterehabilitering og kostvejledning – går ikke altid hånd i hånd

**Takket være manges arbejde er hjerterehabilitering et ganske veldokumenteret indsatsområde. Ved at komme rundt om både kostvejledning, fysisk træning, evt. hjælp til rygestop, kontrol af medicinsk behandling, psykisk støtte til patient og pårørende og undervisning i sygdomsforståelse, kan hjertepatienten hjælpes til et længere og bedre liv.**

Men tilbydes hjertepatienten så fuld rehabilitering, hvor alle disse elementer indgår? Nej, ikke nødvendigvis – der tilbydes ofte delvist eller begrænset rehabiliterings-tilbud, ja ligefrem ingen rehabilitering.

Hvad skyldes dette så – jo, helt overordnet er rehabilitering stadig ikke noget, som er forankret som en "skal"-opgave, faktisk omtales rehabilitering ikke specifikt i Sundhedsloven som noget, borgeren skal modtage. Der nævnes i lovens § 140 specifikt genoptræningstilbud, hvilket i praksis betyder fysisk træning og som regel ikke meget andet.

I de tilfælde, hvor patienten alligevel tilbydes rehabilitering, er der stor forskel på, hvilke elementer, der tilbydes.

Hjerteforeningens undersøgelse fra 2009, "Hjertekarrehabilitering i Danmark lige nu – En undersøgelse i landets kommuner og på de kardiologiske afdelinger" viste, sammenholdt med deres spørgeskemaundersøgelse "Hjertepatienters brug og oplevelse af hjerterehabilitering 2010", at kostvejledning ikke automatisk indgår som et fast element i hjerterehabilitering. Kostvejledning indgik i tilbuddet hos 51 pct. af de adspurgte kommuner og 81 pct. af de adspurgte sygehuse iføl-

ge den første undersøgelse, hvor kun 65 pct. af de adspurgte patienter i den anden undersøgelse mente at have modtaget tilbud om kostvejledning, heraf benyttede 55 pct. sig af tilbuddet.

Uanset forskellene, så er det tydeligt, at kostvejledning ikke tillægges stor betydning, i hvert fald ikke set fra den ernæringsprofessionelles vinkel.

Kigger vi på dokumentationen bag ernæringsindsatsen, så ved vi, at diskussionen ofte går på, om evidensen nu er tilstrækkelig god. Og det medfører, at ernæring (igen) ses som et område, hvor evidensen kan bruges som et argument for netop ikke at inkludere kostvejledning og diætbehandling. Dette til trods for, at fx Dansk Selskab for Almen Medicin i deres 2007 rapport "Forebyggelse af iskæmisk hjertekar-sygdom i almen praksis" klart peger på, at kostomlægning har stor effekt og kan konkurrere med medicinsk behandling over for denne patientgruppe.

Ligeledes fremgår det af rapporten "Hjerterehabilitering på danske sygehuse", udarbejdet af netværksgruppen "Hjerterehabilitering" under Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark i

2007, at "alle patienter med iskæmisk hjertesygdom skal tilbydes vejledning i hjerterigtig kost hos en klinisk diætist".

Rent politisk klemmes ernæringsindsatsen fra to sider – på den ene side ved at rehabilitering er gjort til en "kan" opgave, på den anden side ved ikke at definere, hvad rehabilitering bør indeholde af elementer.

På nuværende tidspunkt har flere aktører været med til at fremlægge et forslag i Folketinget i slutningen af 2009, til ændring af Sundhedsloven, for netop at få Sundhedsloven til at omfatte ret til en egentlig rehabiliteringsplan. Det lykkedes ikke i første omgang at opnå flertal herfor. I oktober 2010 stillede Enhedslisten indenrigs- og sundhedsministeren et § 250 spørgsmål om, hvorvidt ministeren vil sikre hjertepatienter en lovsikret ret til den nødvendige hjerterehabilitering. Heller ikke denne gang var der opbakning til at gøre rehabiliteringen til en lovpligtig opgave.

Uden nødvendig politisk vilje får vi hverken hjerterehabilitering som sådan, eller kostvejledning som fast element, forankret som en obligatorisk del af behandlingen af vores hjertepatienter.

Og som fagforening for ernæringsprofessionelle vil vi gerne have svar på, hvordan vores borgere og patienter så skal modtage den nødvendige hjælp til at komme i gang med den kostomlægning, der kan være med til at give både flere og gode år?

Af Ginny Rhodes, Formand FaKD

# Socialt differentieret hjerterehabilitering efter blodprop i hjertet

**Hjerterehabilitering er et anbefalet behandlingstilbud efter akut myokardieinfarkt (AMI). Omkring halvdelen af patienterne møder ikke op til de planlagte kontroller (1). Dette er især gældende for socialt udsatte patienter (2) og for patienter, som bor alene (3-6). Det er vigtigt at få fremmødet forbedret, hvis også prognosen efter AMI skal forbedres.**

Kirsten Melgaard Nielsen



Socialt udsatte og enlige patienter er mindre tilbøjelige til at forbedre deres risikofaktorprofil (rygestop, vægttab, blodtryk, kolesterol og blodsukkerniveau, motion etc.) og har dårligere compliance (7,8). Hvis de modificerbare risikofaktorer skal forbedres, må vi kunne identificere de faktorer, som får patienterne til at deltage og vedligeholde deres behandling (9). Socialt udsatte patienter har komplekse fysiske, psykiske og sociale problemer, som vi skal blive bedre til at håndtere i de etablerede behandlingstilbud.

Socialt differentierede behandlingstilbud er et relativt uprøvet område inden for hjerterehabilitering. Formålet med denne undersøgelse var at øge andelen af patienter, som deltog i hjerterehabilitering, gennem etablering af et socialt differentieret behandlingstilbud.

Socialt differentierede behandlingstilbud er et relativt uprøvet område inden for hjerterehabilitering. Formålet med denne undersøgelse var at øge andelen af patienter, som deltog i hjerterehabilitering, gennem etablering af et socialt differentieret behandlingstilbud.

## Metode

Fra 2000 til 2004 blev konsekutivt indlagte patienter med akut myokardieinfarkt (AMI) i alderen 30-69 år identificeret. De første to år af studiet (studie 1) fik disse tilbud om standard rehabiliteringsprogram (SRP), og gennem de sidste to år af studiet (studie 2) tilbud om enten SRP eller udvidet rehabiliteringsprogram (URP). I studie 1 blev der identificeret 205 AMI patienter, der blev brugt som kontrolgruppe og som alle blev tilbudt SRP. Der blev identificeret 303 patienter i studie 2, der fik tilbud om SRP, hvis de ikke var socialt udsatte, og URP, hvis de var socialt udsatte (boede alene eller lavt uddannelsesniveau) (figur 1).

## Program for SRP:

Hjerterehabiliteringen er opdelt i tre faser: Fase 1 er den akutte fase under den initiale indlæggelse, hvor patienterne som en del af standardbehandlingen søges motiveret til at deltage i hjerterehabiliteringen.

Fase 2 strækker sig over 6 uger og foregår ambulant. Denne fase påbegyndes højst 2 uger efter udskrivelsen. Der tilbydes fire individuelle konsultationer, hvortil pårørende også er inviteret: To af konsultationerne er med tilstedeværelse af en læge, som fokuserer på behov for invasive behandlinger og medicinsk behandling. Der tilbydes desuden blodprøvetagning (kolesterol, blodsukker m.m.), blodtryksmåling, røntgen af brystkassen, diætvejledning, cykeltest samt rådgivning om rygeophør. Derudover fysisk træning (2 x ugentligt i 6 uger). I rehabiliteringsfasen tager et tværfagligt team sig af patienten, hvad angår rådgivning, undervisning og psykosociale forhold.

- Baggrund:** Socialt udsatte patienter har lavere deltagelsesandel i hjerterehabilitering og dermed en potentielt dårligere prognose, især mht. opnåelse af behandlingsmål, men også mht. genindlæggelser og død.
- Formål:** At forbedre deltagelsesandelen i hjerterehabilitering gennem socialt differentierede tilbud.
- Metode:** Fra 2000-2004 blev 508 patienter med myokardieinfarkt tilbudt enten standard (SRP) eller udvidet hjerterehabilitering (URP).
- Resultater:** Blandt SRP deltog 65 pct., og blandt URP deltog 81 pct.
- Konklusion:** Socialt differentierede rehabiliteringstilbud er en medvirkende faktor til at forbedre deltagelsesandelen og bør derfor implementeres i daglig klinisk praksis.

Figur 1

Eksklusionskriterier			
n Patienter > 70 år	n Svær apopleksi	n Svær psykisk sygdom	n Alkoholmisbrug
n Udtalt comorbiditet	n Demens	n Mental retardering	

Inklusionskriterier Standard rehabilitering	Inklusionskriterier Udvidet rehabilitering
<p>Alle patienter med uddannelsesniveau faglært eller højere</p> <p>eller</p> <p>Bor med ægtefælle eller partner</p> <p>Alle indlagte i perioden 2000-2002</p>	<p>Patienter med uddannelsesniveau mindre end faglært eller</p> <p>Patienter, som bor alene eller</p> <p>Dårligt socialt netværk, kombineret med subjektiv følelse af højt stressniveau pga. fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>n økonomi</li> <li>n boligproblemer</li> <li>n arbejdsmæssige problemer</li> <li>n forhold til partner</li> <li>n forhold til forældre eller børn</li> <li>n andre sygdomme</li> <li>n sygdom hos familiemedlem</li> </ul>

Fase 3 er follow-up fasen, hvor patientens alment praktiserende læge overtager kontroller og motivationen af patienten i håb om at opnå de individualiserede behandlingsmål.

**Program for URP:**

Udover de tiltag, der er gældende for SRP, blev der i fase 2 tilbudt yderligere 2 ugers ambulant rehabiliteringsforløb, omfattende:

- n Yderligere sygeplejerskekonsultation
- n Henvielse til psykolog
- n Skriftlig plan for fase 3 af rehabiliteringen, som blev sendt til egen læge
- n Planlægning af ½ time varende forebyggelsessamtale hos egen læge
- n Opfølgende telefonsamtale
- n Rådgivning hos Hjerteforeningen op til 1½ år efter udskrivelsen

**Screening og udvælgelse til SRP eller URP:**

En projektsygeplejerske udførte screeningsinterview på tredje indlæggelsesdag. Herefter blev patienterne tilbudt enten SRP eller URP, med henholdsvis 6 og 8 ugers opfølgning. Patienterne, der var socialt udsatte, dvs. enlige, lavt uddannelsesniveau (Dansk uddannelsesnomenklatur, DUN klasse 1-4) og/eller manglende socialt netværk, blev tilbudt URP. Øvrige patienter blev tilbudt SRP. Projektsygeplejersken varetog henvielse til det ambulante rehabiliteringsforløb og fik indhentet informeret samtykke fra patienten.

Patienter med høj grad af comorbiditet (følger efter apopleksi, demens, svær psykisk sygdom, omfattende alkoholmisbrug m.m.) blev ekskluderet (Figur 1).

**Resultater**

Blandt patienterne i studie 1 deltog 133 (65 pct.) i mindst to kontrolbesøg i det ambulante hjerterehabiliteringsforløb. Heraf var 78 socialt udsatte. (figur 2).

Blandt patienterne i studie 2 deltog 246 patienter (81 pct.) (figur 2). Heraf var 130 socialt udsatte. I studie 2 blev alle socialt udsatte tilbudt URP og de øvrige SRP, som beskrevet i metodeafsnittet (figur 2).

Andelen, der deltog i det ambulante hjerterehabiliteringsforløb, var signifikant højere i studie 2 i forhold til studie 1 ( $P < 0.001$ ).

Forskellen var mest udtalt for de socialt udsatte. Derudover var der flere patienter med udenlandsk baggrund, der samtidigt var socialt udsatte, som blev inkluderet i studie 2.

**Diskussion**

I studie 2 fandt vi en højere andel af socialt udsatte patienter, der deltog i det ambulante hjerterehabiliteringsprogram. Tilbuddet var differentieret med speciel fokus på de problemstillinger, som socialt udsatte eller enlige patienter trækkes med. Det er velkendt, at det oftest er de enlige og de socialt udsatte, der har størst tilbøjelighed til at udeblive fra veletablerede behandlingstilbud, hvormed de forværrer deres egne muligheder for at komme sig tilfredsstillende efterfølgende. Dette gælder på mange områder, men nok især for de modificerbare risikofaktorer såsom rygning, vægttab, kostændring og motion.

Selv om adfærdsændringer er meget vanskelige, er det ret simple forhold, der gør sig gældende for at ændre på andelen af patienter blandt de socialt udsatte, som deltog i det ambulante rehabilite-

ringsforløb. Den væsentligste faktor for at øge deltagelsesprocenten i hjerterehabiliteringen, var en gennemgående person (projektsygeplejerske), som havde en speciel uddannelse i interviewteknik, som gav sig god tid til at tale med og informere patienterne samt varetog henvisning til det ambulante forløb.

De fleste patienter besluttede sig for, om de ville deltage i hjerterehabiliteringen allerede under den akutte indlæggelse. De, der havde givet tilsagn, mødte generelt op. Den forbedrede deltagelsesandel i studie 2 tilskrives vi derfor primært det ændrede informationsniveau under indlæggelsen, som blev varetaget af en projektsygeplejerske. En kvart-tids ansat projektsygeplejerske er tilstrækkelig til at varetage denne opgave. På Århus Sygehus er det socialt differentierede tilbud delvist implementeret, men der mangler stadigvæk mere struktur og ensartethed i indsatsen. En fastansat projektsygeplejerske, der kan varetage patientinformation og

-screening under den akutte indlæggelse, er fortsat ikke en del af det eksisterende tilbud.

Metodeproblemer i dette studie omhandler tidsforskellen mellem studie 1 og studie 2. Det er ikke et randomiseret studie, og derfor kan vi ikke udtale os om kausalitet. Patienterne var nogenlunde sammenlignelige i de to grupper, hvad angik alder og køn samt sværhedsgrad af sygdom.

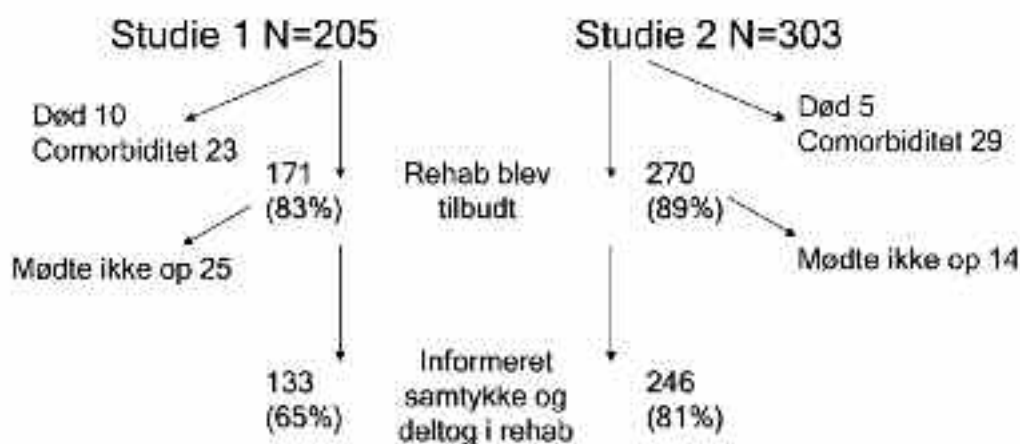
### Konklusion

Socialt differentierede behandlingstilbud kan være medvirkende årsag til, at andelen af deltagere i det ambulante hjerterehabiliteringsforløb efter AMI blev forbedret.

melgaard@dadlnet.dk

**Figur 2.**

Deltagelse i hjerterehabilitering og frafald hos patienter med akut myokardieinfarkt, som har været indlagt i perioden 2000-2002 (studie 1) og 2002-2004 (studie 2) på Århus Sygehus.



### Referencer

1. Witt BJ, Jacobsen SJ, Weston SA et al. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction in the community. *J.Am.Coll.Cardiol.* 2004;44(5):988-96.
2. Evenson KR, Rosamond WD, Luepker RV. Predictors of outpatient cardiac rehabilitation utilization: the Minnesota Heart Surgery Registry. *J.Cardiopulm.Rehabil.* 1998;18(3):192-98.
3. Alter DA, Iron K, Austin PC, Naylor CD. Socioeconomic status, service patterns, and perceptions of care among survivors of acute myocardial infarction in Canada. *JAMA* 2004;291(9):1100-1107.
4. Ramm C, Robinson S, Sharpe N. Factors determining non-attendance at a cardiac rehabilitation programme following myocardial infarction. *N.Z.Med.J.* 2001;114(1132):227-29.
5. Ickovics JR, Viscoli CM, Horwitz RI. Functional recovery after myocardial infarction in men: the independent effects of social class. *Ann.Intern.Med.* 1997;127(7):518-25.
6. Nielsen KM, Larsen ML, Foldspang A, Faergeman O. Living alone and atypical clinical presentation are associated with higher mortality in patients with all components of the acute coronary syndrome. *Eur.J.Cardiovasc.Prev.Rehabil.* 2007;14(1):152-54.
7. Bjarnason-Wehrens B, Bott D, Benesch L et al. Long-term results of a three-week intensive cardiac out-patient rehabilitation program in motivated patients with low social status. *Clin.Res.Cardiol.* 2007;96(2):77-85.
8. Harlan WR, III, Sandler SA, Lee KL, Lam LC, Mark DB. Importance of baseline functional and socioeconomic factors for participation in cardiac rehabilitation. *Am.J.Cardiol.* 1995;76(1):36-39.
9. Nielsen KM, Faergeman O, Foldspang A, Larsen ML. Cardiac rehabilitation: health characteristics and socio-economic status among those who do not attend. *Eur J Public Health.* 2008;18(5):479-83.

Nyhed

Nyt psyllium-produkt fra  
HUSK PRODUCTS

Hjælper til en ubesværet  
tarmfunktion.

Nemt at drikke og god smag

Bestil gratis prøver på telefon  
32 51 96 00 eller [info@husk.dk](mailto:info@husk.dk)



## Husk®fibre - go' fordøjelse!

Det nye Husk®fibre kosttilskud er nemt at drikke og har en frisk smag af solbær eller lemon. Husk®fibre består af pulveriserede Psyllium frøskaller, der hurtigt opløses i et glas vand. En nem måde at få ekstra fibre i kosten.

Husk®fibre kan købes på apoteket, hos Matas, i helsekostforretninger og mange dagligvareforretninger.

**husk®fibre**

HUSK PRODUCTS · [www.huskfibre.dk](http://www.huskfibre.dk)

# Fase 3 hjerterehabilitering

## - sekundær forebyggelse af hjertekarsygdom i primærsektoren

Der er international konsensus om at inddele hjerterehabilitering i 3 faser. Rehabiliteringsfase 3 er udlagt til primærsektoren og defineret ved fastholdelse af den forebyggende farmakologiske behandling og de opnåede livsstilsændringer. Da mange hjertepatienter ikke gennemfører fase 2, og/eller ikke opnår behandlingsmålene, er der i fase 3 også brug for optimering af behandlingen.

Karen Kjær Larsen



### Hvad er hjerterehabilitering

Hjerterehabilitering er en fællesbetegnelse for efterbehandlingen af alle patienter med kronisk hjertesygdom. Det overordnede formål er at støtte patienterne i at opnå og vedligeholde det bedst mulige fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau – altså vende tilbage til det gode liv (1). Patienten er den centrale aktør i

hjerterehabiliteringen, og forståelse af patientens ønsker, behov og ressourcer danner grundlag for, at hjerterehabiliteringsforløbet kan blive succesfuldt. Sundhedsvæsenets opgave er at støtte den enkelte patient i aktiv egenomsorg. Det er vigtigt at pointere, at der ikke er tale om medicin og fysisk træning alene, men at hjerterehabilitering er en integreret og helhedsorienteret behandling, som omfatter en række komponenter og bør gennemføres i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde (Figur 1 og 2) (2).

Figur 1. Hjerterehabiliteringens 5 komponenter:

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

### Udgangspunkt for fase 3 hjerterehabilitering

I fase 3 er det vigtigt at følge op på den behandling og de livsstilsændringer, som er initieret i fase 2. Desværre tilbydes og gennemfører langt fra alle hjertepatienter fase 2 rehabilitering. Afhængigt af, hvordan man definerer et fuldt rehabiliteringsprogram, deltager mellem 13-30 pct. vedholdende i hjerterehabilitering i Danmark (3,4). Praktiske forhold som afstand til sygehuset og transportmuligheder såvel som personrelaterede forhold som alder, køn og socioøkonomisk status, har betydning for deltagelsen. Af de patienter, der deltager, opnår mange ikke behandlingsmålene for livsstil og medicinsk behandling, og nogle lider af angst og depression. Der foreligger endnu ingen danske undersøgelser, som beskriver det samlede udgangspunkt for fase 3 hjerterehabilitering i forhold til, hvordan patienterne har det, og om de følger anbefalingerne vedrørende livsstil og medicin. Praktiske erfaringer viser dog, at langt de fleste patienter kort tid efter et hjerteanfald tager deres medicin, og mange stopper med at ryge. Men mange får ikke gjort nok ved overvægten, da de ikke formår at ændre livsstil (kost-

Figur 2. Mulig model for samarbejde i hjerterehabiliteringens tre faser

Fase 1	Fase 2	Fase 3
Primær kontakt Dage	Tidlig opfølgning Uger til måneder	Opfølgning og vedligeholdelse Måneder til år
Akut hjerteafsnit Invasive hjertecentre	Hjerterehabiliteringsafsnit (læge, sygeplejerske, diætist, fysioterapeut, rygestopinstruktør, psykolog, socialrådgiver)	Praktiserende læge Kommunale tilbud (diætist, fysioterapeut, rygestopinstruktør, socialrådgiver)
	Kommunale tilbud	Psykolog
	Praktiserende læge	Foreninger/klubber
Sygehus	Sygehus og kommune	Praktiserende læge og kommune

**Figur 3. Idealmål for kontrol af kardiovaskulære risikofaktorer. Vejledning fra Dansk Cardiologisk Selskab 2010.**

Risikofaktor	Mål
<b>Kost</b>	600 g frugt og grønt dagligt 300 g fisk – gerne fed fisk – om ugen Øg mængden af kulhydrater, især kostfibre i kosten Undgå animalsk fedt
<b>Rygning</b>	Vedvarende rygestop
<b>Alkohol</b>	< 7 genstande/uge for kvinder < 14 genstande/uge for mænd Aldrig > 5 genstande ad gangen
<b>Motion</b>	Mindst 30 minutter af moderat aktivitet dagligt, samt 20-30 minutter af høj intensitet 2 gange ugentligt
<b>BMI</b>	< 25 kg/m <sup>2</sup>
<b>Taljeomfang</b>	< 80 cm, kvinder  < 94 cm, mænd
<b>Psykosocialt</b>	Velbefindende. Fravær af angst, depression, seksuelle problemer, søvnbesvær. Tilfredshed med arbejde, netværk, økonomi.

og motionsvaner). Hvordan det ser ud på langt sigt, er desuden tvivlsomt, vi ved fx, at mange med tiden begynder at ryge igen. Den nyeste europæiske opgørelse, med interview af ca. 9.000 patienter mindst seks måneder efter deres akutte hjerteanfald, viste, at 17 pct. var rygere, og 53 pct. havde for højt taljemål (5).

### Kommunale rehabiliteringstilbud i fase 3

For de patienter, som ikke har deltaget i fase 2, samt de patienter, som ikke har opnået behandlingsmålene (eller ikke kan fastholde dem, fx rygestop eller vægttab), er det vigtigt med det kommunale rehabiliteringstilbud i fase 3.

Denne fase er udlagt til primærsektoren i et samarbejde mellem almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen. Almen praksis har oftest behandlingsansvaret, herunder den medicinske behandling, og bør som tovholder henvise til de for patienten relevante tilbud, afhængigt af patientens status og risikofaktorer. Kommunens tilbud består af patientuddannelse og rygestopkurser, fysisk træning, diætrådgivning, samt støtte til vægttab m.m.(2). Herudover kan kommunen vejlede i relevante rådgivnings-, motions- og selvhjælpstilbud i lokalområdet, med henblik på støtte til at fastholde en sund og aktiv livsstil (2).

### De fem komponenter i fase 3

De fem komponenter fokuserer udover medicin på patientuddannelse, psykosocial støtte og KRAM-faktorerne. En samlet oversigt over behandlingsmålene findes i figur 3.

### Patientuddannelse

Patientuddannelse er essentiel for patientens sygdomsforståelse og behandlingsadhærens, og bør være et tilbud til både patient og pårørende. Undervisningen sigter mod at give patienterne en grundlæggende viden om deres sygdom, og om hvordan de kan medvirke til at forebygge eller forhindre progression af sygdommen, samt at vejlede patienterne i at mestre deres sygdom. To metaanalyser har vurderet effekten af undervisningsforløb for hjertekarpatienter (6,7). Den seneste fandt en signifikant reduktion af hjertedødeligheden på 34 pct. hos patienter, der havde modtaget undervisning, sammenlignet med patienter, der ikke modtog undervisning. Derudover fandtes signifikante forbedringer på adskillige risikofaktorer, såsom blodtryk, kolesterol, vægt, rygning, kost og motion. Inspiration til opbygning af et patientundervisningsprogram kan findes i figur 4.

### Psykosocial støtte

Depression og angst forekommer hos henholdsvis 10 og 15 pct. af alle hjertepatienter, mens det i baggrundsbefolkningen er 2-3 pct. (8). For de patienter, som får en depression, er livskvaliteten nedsat, og dødeligheden er øget (9-10). Samme forringede prognose har patienter med manglende socialt netværk eller lav uddannelse (11). Disse patientgrupper kræver derfor ekstra opmærksomhed. Det forekommer naturligt at tilbyde systematisk screening for angst/depression samt sociale faktorer, med henblik på at behandle angst og depression samt at mobilisere den bedst mulige sociale støtte.

### Støtte til livsstilsændringer

Kostændringer i hjertevenlig retning består af mere frugt og grønt, mere fisk og mindre animalsk fedt fra mejeriprodukter og kød (12). Sådan har anbefalingerne lydt siden 1996, hvor Ernæringsrådet fandt, at hjertevenlig kost kan nedsætte kardial og total mortalitet (12). Det skete på baggrund af en litteraturgennemgang. Rådet fandt desuden, at effekten af kostændring kan være betragtelig og af samme størrelsesorden som den, der er opnået via medicinsk behandling. Det er dog vigtigt at pointere, at der ikke er tale om et enten/eller, men et både/og, og den gavnlige effekt af kostændring kan ikke forklares alene ud fra effekten på de traditionelle risikofaktorer (12).

Rygestop er et væsentligt element i såvel primær som sekundær forebyggelse af hjertekarsygdom. En metaanalyse af 12 kohortestudier med en follow-up-tid på 2-10 år har vist, at rygestop reducerer dødeligheden efter blodprop i hjertet med 46 pct. (13). En Cochrane-analyse har vist, at rygestopkurser og nikotinsubstitutionsterapi hver for sig øger succesraten signifikant med 50-70 pct. Alkoholindtag og risikoen for iskæmisk hjertesygdom er i nogle undersøgelser vist at have en J-formet sammenhæng, således, at

**Figur 4. Eksempel på patientundervisning. Kan anvendes til inspiration i både fase 1 og 2. Fra [www.hjerterehabilitering.dk](http://www.hjerterehabilitering.dk) (udarbejdet af Cardiologisk afd., Bispebjerg Hospital), hvor undervisningsprogrammer mv. kan hentes.**

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

den mindste risiko ses ved indtagelse af ½ genstand dagligt. Risikoen stiger ved flere end to genstande dagligt, og ved et forbrug på 6-7 genstande om dagen er risikoen større end risikoen for en person, der ikke drikker alkohol. Dette underbygges af den biokemiske påvirkning, idet et moderat alkoholforbrug, uanset type, øger blodets indhold af HDL-kolesterol. Ovennævnte J-formede sammenhæng er dog ikke fundet i alle undersøgelser (14). For alkohol gælder de generelle anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.

### Fysisk træning

Der er særdeles god dokumentation for effekten af fysisk træning i fase 2 hos hjertekarpatienter. En Cochrane-analyse af træningsbaseret hjerterehabilitering har påvist en signifikant relativ reduktion

i dødeligheden på 27 pct. (15). Fysisk inaktivitet er en velkendt risikofaktor for hjertekarsygdom, og patienter med hjertekarsygdom har generelt et nedsat fysisk funktionsniveau. Formålet med den fysiske træning i fase 2 er at give patienterne forståelse for denne sammenhæng, øge deres arbejdskapacitet og gøre dem trygge ved fysisk aktivitet, så de fortsætter med at være fysisk aktive i hverdagen, også efter rehabiliteringsforløbets afslutning. Det er vigtigt at være opmærksom på, at der i fase 2 er tale om en særlig opbyggende fysisk træning, mens der i fase 3 er tale om almindelig vedligeholdende motion efter Sundhedsstyrelsens generelle anbefalinger for voksne (16).

kkk@alm.au.dk

### Referencer

- Needs and Action Priorities in Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention in Patients with CHD. WHO Regional Offices for Europe. 1993.
- Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen. Rehabilitering og sammenhængende patientforløb for kronisk syge. Inspiration til kommuner, regioner, almen praksis, sygehuse m.fl. Hjerteforeningen & Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark; 2007.
- Zwisler A, Madsen M, Konstantin Nissen N. Hjerterehabilitering. En medicinsk teknologivurdering. evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget. Sundhedsstyrelsen; 2006.
- Bøgelund M, Mønsted C. Hjertepatienters brug og oplevelse af rehabilitering 2010. Hjerteforeningen & Incentive Partners; 2010.
- Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U; EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. Eur J Cardiovasc Prev Rehab. 2009;16:121-37.
- Mullen PD, Mains DA, Velez R. A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. Patient Educ Couns. 1992;19:143-162.
- Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. Health Psychol. 1999;18:506-519.
- Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. Sundhedsstyrelsen. Nov. 2007.
- Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, Tijssen JG, Ormel J, van Veldhuisen DJ, van den Brink RH, van den Berg MP. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. Psychosom Med. 2004;66:814-822. United States
- de Jonge P, Spijkerman T.A, van den Brink R.H, Ormel J. Depression after myocardial infarction is a risk factor for declining health related quality of life and increased disability and cardiac complaints at 12 months. Heart, 2006;92;1:32-39. England
- [http://www.centerforfolkesundhed.dk/files/Sundhed/Folkesundhed/Sundhedsfremme%20%C3%85rhus/Projekter%20og%20div.%20filer%20Lucette%20Meillier/Hjerterehabilitering%20-%20projekt/Lucette%20Meillier\\_Socialt%20diff%20herterehab\\_%20deltagelse%20og%20resultater%20%282%29.pdf](http://www.centerforfolkesundhed.dk/files/Sundhed/Folkesundhed/Sundhedsfremme%20%C3%85rhus/Projekter%20og%20div.%20filer%20Lucette%20Meillier/Hjerterehabilitering%20-%20projekt/Lucette%20Meillier_Socialt%20diff%20herterehab_%20deltagelse%20og%20resultater%20%282%29.pdf)
- Stender S. Kostens betydning for patienter med åreforkalkning i hjertet: En rapport fra Ernæringsrådet. Kbh: Ernæringsrådet; 1996.
- Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. Arch Intern Med. 2000;10;160:939-44.
- Alkohol og Helbred; Sundhedsstyrelsen; 2008.
- Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am.J.Med. 2004;15;116:682-692.
- [http://www.cardio.dk/graphics/toimport/cardio/user\\_graphics/Dokumenter/rapporter\\_pdf/Fysisk%20tr%25E6ning%2520ved%2520isk%25E6misk%2520hertesygdom%2520og.pdf](http://www.cardio.dk/graphics/toimport/cardio/user_graphics/Dokumenter/rapporter_pdf/Fysisk%20tr%25E6ning%2520ved%2520isk%25E6misk%2520hertesygdom%2520og.pdf)

# Hvem følger op, når din patient er blevet udskrevet?

Hos Simonsen & Weel sikrer vores kliniske diætister den optimale opfølgning, når din patient udskrives med sondeernæring eller ernæringsdrikke:

- Vi tilbyder gratis undervisning og vejledning
- Vi afhjælper komplikationer som diaré, obstipation og kvalme
- Vi tilbyder fast levering hver måned samt betalingservice
- Vi giver mulighed for returnering af varer i op til to måneder
- Vi har en hotline udenfor normal åbningstid

Er du interesseret i at høre mere eller ønsker du materiale tilsendt, er du meget velkommen til at kontakte en af vores diætister:

REGION SJÆLLAND  
Ditte Møller Nielsen  
Mobil: 21 71 00 58  
E-mail: dmn@sw.dk

REGION HOVEDSTADEN  
Camilla Lintrup  
Mobil: 21 71 00 74  
E-mail: cli@sw.dk

REGION NORD- OG MIDTJYLLAND  
Pia Overgaard Bjørn  
Mobil: 21 71 00 83  
E-mail: pib@sw.dk

REGION SYDDANMARK  
Heidi Kristiansen  
Mobil: 21 71 00 98  
E-mail: hek@sw.dk

**Simonsen & Weel®**

Tel. 4655 7540 · Fax 7025 5620  
sw@sw.dk · www.sw.dk

## Privatpraktiserende - pas på annonce-hajer og netpirater!

**Privatpraktiserende medlemmer oplyser ofte, at de bliver kontaktet af virksomheder, der tilbyder annoncer, internetløsninger, design af hjemmesider og andet. Det er der naturligvis ikke i sig selv noget galt i. Er man dygtig til design af hjemmesider, er man naturligvis i sin gode ret til at tilbyde sin ekspertise til mulige kunder. Men vi har haft flere henvendelser fra medlemmer, der er faldet i klørne på brodne kar i branchen. Bliver man ringet op, skal man derfor lige give det en tanke, at man kan have det, jeg vil kalde en "netpirat" eller en "annoncehaj", i den anden ende af røret.**

Vi skal huske på, at den gammeldags telefonbog, fagbogen med de gule sider, har mistet en stor del af sin rolle i takt med, at information kan hentes på nettet. Skal man finde information i dag, går man på søgemaskiner som Google. Klik f.eks. "diætist" i søgefeltet på Google. Der dukker folk op, vi kender i søgeresultaterne. Og hos Google er det muligt at oprette de såkaldte adwords, som man ser yderst til højre i sin browser. Det er annoncer, der

let kan købes, så de dukker frem på bestemte søgeord. Betalingen til Google afhænger af, hvor mange der klikker på annoncerne. Fra FaKDs hjemmeside linker vi som bekendt også til privatpraktiserende medlemmer. Og jeg kan hilse fra vores faglige sekretær, Pernille Hegelund, at "familien Danmark" ofte ringer til os, når de skal finde frem til privatpraktiserende kliniske diætister og andre ernæringsprofessionelle, og vi henviser dem flittigt til at orientere sig på hjemmesiden for at lede efter privatpraktiserende kliniske diætister.

Bliver man ringet op af en sælger, der tilbyder, at ens praksis kan optages i en vejviser, telefonbog eller andet, er der derfor god grund til at give det en tanke, at man dybest set bliver tilbudt et produkt, der næppe er pengene værd. Folk finder jer ikke i telefonbøger. De leder på nettet. Hvad der er værre, er, at der er personer der kontakter kunder og tilbyder annoncering i fiktive eller reelt ikke eksisterende "telefonbøger". Det er naturligvis klart ulovligt at opkræve penge for et produkt, som man ikke kan eller vil levere. Faktisk er


problemet med "annoncehaj" så stort, at Håndværksrådet i samarbejde med Foreningen af Danske Internetmedier har oprettet en hotline-telefon, hvor man kan indberette personer eller virksomheder, der optræder som "annoncehaj". I kan læse mere om dette på [www.annoncehaj.dk](http://www.annoncehaj.dk).

Vi havde tidligere på året i 2010 en sag for et medlem, der tydeligvis var kommet i klørne på en "annoncehaj". Da hun opdagede, at hun ikke fik den annoncering, hun havde fået stillet i udsigt, betalte hun naturligvis ikke til "annoncehagen". Hun blev straks truet med incasso og advokater. Men lad jer dog ikke skræmme, hvis I ryger ud i en sådan situation. Hverken advokater eller incassobureauer kan inddrive beløb fra folk, der er blevet snydt af "annoncehaj" og ikke har fået leveret varen. Vi gjorde simpelthen kort proces. Vi afviste over for "annoncehagen", at han kunne opkræve noget som helst, vi bad ham holde op med at kontakte medlemmet, og vi anmeldte ham til Håndværksrådet. Og så gik sagen straks i sig selv.

Et medlem har for nylig kontaktet os, da hun er blevet ringet op af et firma, der leverer hjemmesideløsninger. Det er der i sig selv intet mærkeligt i. Hjemmesiden er en virksomheds ansigt udadtil på nettet, og firmaer, der kan lave gode og kundevenlige hjemmesider, er naturligvis gode samarbejdsrelationer. Nu er situationen



Af advokat Henrik Karl Nielsen, NORSKER & CO ADVOKATER



Dagens  
tilbud

bare den, at hjemmesidefirmaet kræver betaling af vores medlem, uden at vi kan se, at der er lavet en hjemmeside! Igen trues med incasso. Også her skal vi bare tage det roligt. Vi har meddelt hjemmesidefirmaet, at vi ophæver kontrakten, da den hjemmeside, der er aftalt, ikke er leveret. Også dette firma har vi indberettet til Håndværksrådet. Men pas på. Firmaet var da nået så langt i sit forhavende, at det havde fået koderne til medlemmets domænenavn. Domænenavnet er hjemmesidens adresse på nettet. Og hvis man

giver en netpirat kontrol over ens domænenavn, vil netpiraten have let spil til at presse betaling igennem, selvom der ikke er leveret det, der ellers er aftalt.

Igen, pas på hvem I laver jeres aftaler med. Tal med kolleger om, hvem de bruger til fx at lave hjemmeside. Brug selv Google. Søg på de folk, der tilbyder sig. Er de "annoncehajer" eller "netpirater", vil der givet komme søgeresultater frem, som kan tjene til skræk og advarsel om deres metoder. Og husk lige at læse hvad I skriver

under på. Det er ikke svært at lave aftaler - heller ikke på skrift. Men sørg for, at der ikke er tvivl om, hvad jeres leverandør skal levere, og hvad I skal betale for det.

Og lad jer ikke skræmme af trusler om incasso, hvis I har på fornemmelsen, at I er blevet snydt. FaKD står altid klar med råd og vejledning, og jo hurtigere I henvender jer, jo hurtigere kan vi tage fat.

[hkn@norsker.eu](mailto:hkn@norsker.eu)

LÆS OGSÅ

## "Fisk"

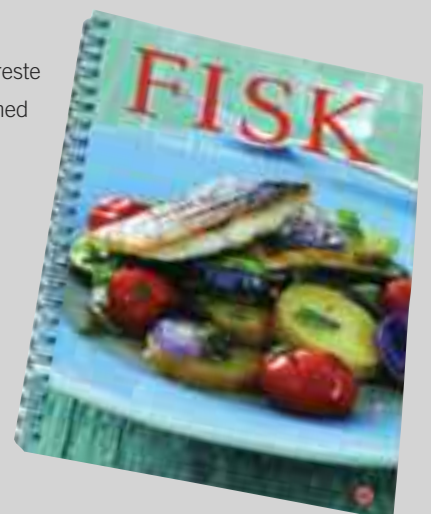
**Udgivet af Hjerteforeningen. Pris kr. 79. Medlemspris kr. 59.**

Der findes efterhånden ikke dét, fisk ikke er godt for eller imod. Men alligevel er det de færreste af os, der når op på de anbefalede 300 gram fisk om ugen. Med den nye kogebog "Fisk" med Hjerteforeningen er der hjælp og inspiration at hente.

"Fisk" med Hjerteforeningen indeholder 30 sunde fiskeretter, som er velsmagende, nemme at lave, og som pryder ethvert bord – både til frokost og aften. Bare ved at bladre i kogebogen og se på alle de flotte billeder, får man lyst til fisk!

God fornøjelse og ikke mindst god appetit!

Anmeldt af Nina Markholt, klinisk diætist, Hjerte-lunge-karkirurgisk afdeling, AUH, Skejby.



# Der er ingen let løsning på fedmeproblematikken

**Udviklingen vækker bekymring hos regionerne. Forekomsten af overvægt i Danmark er siden 1980'erne steget med næsten 75 procent. Aktuelt skønnes det, at 40 procent af voksne danskere er overvægtige, svarende til 1,3 millioner danskere. Og selvom vi ifølge Rockwoolfondens nye rapport om danskernes trivsel og overvægt kan "prale" af at befinde os på et europæisk gennemsnit, ser det desværre ud til, at vi langt fra er begyndt at knække kurven på fedmeepidemien..**

Ulla Astman



Udviklingen går i en retning, der vækker stor bekymring hos regionerne – og det med særdeles god grund. Vi ved, at for meget fedt på sidebenene har store konsekvenser for det fysiske og psykiske helbred og for samfundsøkonomien. Særligt i kombination med alvorlige følgesygdomme som diabetes og hjertesygdomme kan fedme medføre betydelige

helbredsmæssige risici.

## Et samspil mellem forskellige løsninger

Problemet løsning er uden tvivl komplekst, og kan derfor efter min overbevisning kun nås, hvis der tages afsæt i en palet af flere forskellige tiltag og ikke mindst samarbejde og velvilje mellem de mange aktører på området.

Bekæmpelse af overvægt og fedme kræver først og fremmest en tidlig opsporing og indsats i et samarbejde mellem sundhedsplejersken, praktiserende læge og kommunen, som sammen med jer som diætister spiller en vigtig rolle i forhold til at sikre sunde rammer og tilstrækkeligt med rådgivnings- og motionstilbud.

Regeringen, kommuner, regioner og de private aktører på området må først og fremmest tage ansvar for at skabe fælles fodslag og sikre, at arbejdsdelingen på området tager afsæt i et helhedsperspektiv og understøtter hinanden, således at borgerne ikke falder mellem to stole.

## Kniven er ikke den eneste løsning

Danmark har rekord i fedmeoperationer og ligger nu nr. to i verden efter USA, målt i forhold til indbyggertal. Desværre er der ingen garanti for langtidseffekterne af den meget indgribende operation. Vi ved derimod, at der kan være betydelige komplikationer ved indgrebet, og at ikke alle er egnede til at gennemgå en så stor operation. Derfor er jeg også meget glad for de nye retningslinjer for visitation og henvisning til fedmeoperation, som Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har udarbejdet, der netop ud fra en tværfaglig vurdering sikrer, at det er de helt rigtige patienter, der henvises til en operation. Mit ønske er, at vi holder op med at se fedmeoperationer, som den eneste løsning og i fællesskab arbejder på at udvikle de mindre indgribende alternativer som konventionel livsstilsbehandling, herunder fastholde fokus på sammenhængen mellem mad, sundhed og sygdom, som, vi jo ved, er den altoverskyggende faktor, når vi vil bekæmpe overvægt i samfundet.



### Fælles ansvar at skabe evidens

Vi må imidlertid erkende, at vi, både hvad angår forebyggelse og behandling, ikke kender nok til hvilke tilbud, der rent faktisk virker. Diætisterne har også en vigtig rolle her. Arbejdet med at skabe evidens samt monitorere, dokumentere og evaluere indsatserne er et fælles anliggende, der gør os i stand til at fastsætte holdbare og fagligt velbegrundede løsninger for den enkelte patient - og her er der brug for jeres særlige viden om sammenhængen mellem kost, sundhed og sygdom.

Sidst tror jeg, det er vigtigt, at vi minder hinanden om, at fedme ikke er en sygdom, og det er derfor heller ikke alle, der vejer et par kilo for meget, der skal behandles for deres overvægt i sundhedsvæsenet. Det er derimod væsentligt, at samfundet er med til at sætte rammerne for, at alle størrelser borgere har mulighed for at træffe sunde valg, og at de, som har svært ved at træffe et sundt valg, hjælpes godt på vej. Regeringen har derfor også et ansvar for at turde opstille de strukturelle rammer, vi ved, der virker, fx ved højere afgifter på usunde fødevarer.

ullaa@rn.dk

## Nutricia Medicals udviklingsstipendium for nordiske diætister

Stipendiet er et nordisk stipendium, hvis formål er at give mulighed for at udveksle erfaringer og kundskaber indenfor området klinisk ernæring.

Nutricia Medical betaler rejse og ophold for 1-2 diætister til studiebesøg hos en kollega i et andet nordisk land. Stipendiet er i alt på 1000 €.

Stipendiet kan søges af medlemmer i Nordisk Diætistforening\* og uddeles på generalforsamlingen i forbindelse med Nordiske Diætistdage i Helsingfors 15-17 juni, 2011.

Stipendiemodtageren udvælges af bestyrelsen for Nordisk Diætistforening.

Ansøgningen skal indeholde en præsentation af dig selv og en beskrivelse af indenfor hvilke områder du vil udvikle dine kundskaber og søge nye erfaringer. Vi ønsker også at du giver en begrundelse for ansøgningen, samt opstiller et budget for dit studiebesøg. Nordisk Diætistforening kan hjælpe med at finde mulige besøgssteder. Stipendieansøgeren skal afgive rejseberetning til bestyrelsen for Nordisk Diætistforening mhp. publicering i eget lands medlemsblad og på foreningens hjemmeside [www.dietisterinorden.org](http://www.dietisterinorden.org) (kan skrives på alle nordiske sprog eller engelsk).

Ansøgningsfristen for stipendiet er den 1. april 2011. Ansøgningen skal sendes som e-mail til [Berit.Haglund@hel.fi](mailto:Berit.Haglund@hel.fi)

\*Medlemmer af Foreningen af Kliniske Diætister, FaKD., Danmark, Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry, Finland, Matvæla- og næringarfræðafélag Íslands, MNÍ, Næringarhópur, Iceland, Kliniske Ernæringsfysiologers Forening tilsluttet Forskerforbundet, Keff, Norway, Dietisternas Riksförbund, DRE, Sweden.



# Møde- og kongreskalender 2011

## 24. februar:

DSKE- Initiativmøde: "Ernæring efter udskrivelse fra hospital - praksis i dag og i morgen?". Kl.16.45-19.00 i Auditoriet på "bjerget" overfor Vejle Sygehus. Gratis adgang og tilmelding er ikke nødvendig.

## 2. marts:

Tværfaglig efteruddannelsesdag på Skejby Sygehus - "Fiber og fordøjelse"  
Efteruddannelsesdagen sætter fokus på diverse gastrointestinale ernæringsrelaterede problematikker. Et velfungerende fordøjelsessystem er forudsætning for optimal optag af næringsstoffer og derfor et relevant emne for alle der beskæftiger sig med ernæring til syge såvel som raske". Gratis deltagelse for DSKE-medlemmer. Bindende tilmelding 16. februar 2011. Se program på <http://dske.dk/kalender/efteruddannelsesdag>

## 28. – 29. april:

Temadage i Selskab for Ernæringsforskning, Slagelse.  
Program ikke fastlagt endnu – se senere på ([sfe.mono.net](http://sfe.mono.net))

## 23. – 24. maj:

LMC Congress: Food in front, The Radisson Blu H. C. Andersens Hotel, Odense, se flere oplysninger på [www.LMCcongress.dk](http://www.LMCcongress.dk)

## 29. juni – 1. juli:

EASO Björntorp Symposium: Neuroendocrine Influence on the Metabolic Syndrome, Göteborg, Sverige.

Yderligere informationer findes på [www.easo.org/meetings\\_symposium](http://www.easo.org/meetings_symposium)

## 10. – 12. november:

4th European Public Health Conference 2011: Public Health and Welfare, Bella Center, København. Se flere oplysninger på [www.eupha.org/site/upcoming\\_conference.php](http://www.eupha.org/site/upcoming_conference.php)



## BESTYRELSESUDVALG

**Forretningsudvalg:** Formand Ginny Rhodes og kasserer Helle Ronneby

**Hjemmesideudvalg:** Formand Ginny Rhodes, næstformand Mette Pedersen og Maria Gamborg

**PR-udvalg:** Formand Ginny Rhodes og næstformand Mette Pedersen

**Redaktionsudvalg:** Ginny Rhodes

**Medlemsudvalg:** Margit Oien Nielsen, Karen Thomsen og Dorthe Wiuf Nielsen

**Fagligt udvalg:** Dorthe Wiuf Nielsen og Anne Sofie Wendelbo

**Nordisk Dietistforening/Nordic Dietetic Association:** Sekretær Helle Skandorff Vestergård

I aprilbladet sættes fokus på nyresyge patienter

# DU KAN FÅ TILSKUD TIL AT BLIVE TRYKKET PÅ RYGGEN, MEN IKKE TIL AT STYRE DÉT, DER SÆTTER SIG PÅ MAVEN

**Lad det være sagt med det samme:** Vi har intet imod tilskud til behandling hos en fysioterapeut. Tværtimod. Men dét, der trykker hos os, er at der ikke gives tilskud til at gå hos en diætist.

Der er mange gode grunde til at få styr på maden; det handler både om forøget livskvalitet og gode år – og det handler om besparelser i millionklassen ved at fokusere på forebyggelse frem for behandling. Og tænk på, at 70 % af alle tykke børn faktisk ender som tykke voksne – kan vi være det bekendt?

I mange år har vi med speciale i ernæring kæmpet for, at danskerne kan opnå tilskud til diætistbesøg via Sygeforsikringen. Indtil videre uden held. Så vi mener kort sagt, at tilskudsordningen er en vildskudsordning!

Hvis du også er ernæringsprofessionel eller under uddannelse, så støt os i kampen for det gode liv, for ernæringens betydning og for medlemmernes arbejdsvilkår.

**Læs mere på [fakd.dk](http://fakd.dk) – og meld dig ind i foreningen.**

