

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2022;184:V205105

Motion – stadig en hjørnesten i hjerterehabiliteringen?

Mogens Lytken Larsen

Ugeskr Læger 2022;184:V205105

For flere år siden lancerede Hjerteforeningen sit evigt unge slogan »gå en tur med hunden – selv om du ingen har« i forsøget på at motivere danske hjertepatienter til at dyrke motion. Efterfølgende fandt Dansk Cardiologisk Selskab i 1997, at der var videnskabelig dokumentation for, at fysisk træning alene eller som led i multifaktoriel rehabilitering kunne forbedre den fysiske ydeevne. Træningen havde også en gunstig psykosocial påvirkning, og fysisk træning har siden været en fast hjørnesten i hjerterehabiliteringen. Evidensen blev styrket af den første Cochraneanalyse [1], hvor man i 2002 kunne påvise, at træningsbaseret hjerterehabilitering af patienter med iskæmisk hjertesygdom medførte en signifikant reduktion af såvel total som kardial mortalitet. I lyset af udviklingen i behandlingen af patienter med iskæmisk hjertesygdom gennem de seneste 20 år kan man spørge sig selv, om den fysiske genoptræning stadig er central i efterbehandlingen. Med en nyligt publiceret og opdateret Cochraneanalyse [2] er svaret klart *ja*.

Cochraneanalysen, der omfatter 85 randomiserede undersøgelser med 23.430 patienter med iskæmisk hjertesygdom, er en opdatering af tidligere analyser. Analysen understøtter tidligere fund af effekten af fysisk træning i forbindelse med hjerterehabilitering. Den fysiske træning omfattede overvejende træning på kondicykel, gang- eller cirkeltræning; men 25% af træningen var faktisk hjemmetræning. Analysen viser en reduktion af forekomsten af nye myokardieinfarkter, en mindre reduktion i total dødelighed, men en betydelig reduktion af genindlæggelser og forbedring af livskvaliteten efter 12 måneder. I studier med længere opfølgning fandtes yderligere reduktion i kardiovaskulær dødelighed og akut myokardieinfarkt (AMI). I forhold til tidligere analyser indgår der nu flere kvinder, patienter med lavere indkomst og patienter med forskellig etnisk baggrund. Data, der i højere grad afspejler daglig klinisk praksis. En bedre afrapportering af metoderne efterspørges dog stadig; men også data fra det svenske Swedehart-register har dokumenteret, at øget fysisk aktivitet efter AMI reducerede mortaliteten i alle patientgrupper [3].

Hvad kan vi bruge Cochraneanalysen til i den danske hjerterehabilitering? Mest til at fortsætte det igangværende arbejde med at udvikle de nuværende rehabiliteringstilbud på et evidensbaseret grundlag. Dødeligheden af hjerte-kar-sygdom er faldet drastisk gennem de senere år og har

ændret sygdomsbilledet, så langt flere overlever og lever med en kronisk hjertesygdom med behov for efterfølgende rehabilitering. I løbet af 2019-2020 er fysisk træning, diætetisk behandling og rygestopkurser i tiltagende grad overdraget til kommunerne som planlagt. Den aktuelle situation kan ses i den seneste årsrapport fra Dansk Rehabiliteringsdatabase (DHRD) [4], der for første gang også indeholder kommunale data.

Rapporten afslører, at den største udfordring i hjerterehabiliteringen faktisk er, at alt for mange patienter ikke tager mod tilbuddet. I opfølgelsesperioden er der identificeret 11.714 patienter med et hjerterehabiliteringsbehov. Andelen af patienter, som deltager i hjerterehabilitering i hospitalsregi eller kommunalt regi, er imidlertid 51% med betydelige regionale forskelle med op til 75% deltagelse; men som tidligere med klar social ulighed i såvel henvisningsmønster som fremmøde [5]. Med overdragelsen af rehabiliteringen til kommunerne er der derfor stadig behov for en øget indsats over for de mest udsatte målgrupper. Med muligheden for at træne tættere på eget hjem kan man håbe på at øge antallet af borgere, som tager mod og gennemfører et hjerterehabiliteringsforløb.

Med DHRD er der i Danmark for første gang opsat kvalitetsindikatorer for hjerterehabilitering. Kommunernes forudsætninger for at gennemføre hjerterehabilitering afhænger imidlertid af den enkelte kommunes størrelse, patient-/borgergrundlag og ressourcer. Det giver mulighed for at afprøve nye rehabiliteringsmodeller som eksempelvis hjemmetræning. Det må imidlertid være en forudsætning, at man arbejder evidensbaseret, systematisk, ensartet og med offentlig tilgængelig kvalitetskontrol, gerne med ambitioner om at bidrage med danske resultater til den næste Cochraneanalyse!

Korrespondance *Mogens Lytken Larsen*, Klinisk Institut, Aalborg Universitet, Danmark. E-mail: mogenslytkenlarsen@dadlnet.dk

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på ugeskriftet.dk

REFERENCER

1. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;1:CD001800.
2. Dibben G, Faulkner J, Oldridge N et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;11(11):CD001800.
3. Ekblom O, Ek A, Cider Å et al. Increased physical activity post-myocardial infarction is related to reduced mortality: results from the SWEDEHEART registry. *J Am Heart Assoc.* 2018;7(24):e010108.
4. Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase. Årsrapport 2020. Endelig version 1.12.2021. Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram. https://www.sundhed.dk/content/cms/93/59693_dhrd_aarsrapport2020.pdf (11. mar 2022).
5. Gravensen CB, Johansen MB, Eichhorst R et al. Influence of socioeconomic status on the referral process to

cardiac rehabilitation following acute coronary syndrome: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(4):e036088.