

I 2019 mottok 72 pasienter et ordinært rehabiliteringstilbud innen ytelsen *Hjertesykdommer* ved Valnesfjord Helseportssenter (VHSS). Denne oversikten gir en fremstilling av data fra utfylte spørreskjemaer og fysiske tester innsamlet fra pasienter på denne ytelsen i 2018 og 2019.

Kun data fra pasienter som har gitt sitt samtykke er med i oversikten. Det er bare pasienter som har besvart skjema og/eller gjennomført test ved begge/alle aktuelle måletidspunkter som er inkludert i analysen. Utvalgsstørrelsen (N) varierer derfor noe. Alle resultater er anonymisert.

Oversikten er to-delt: Den første delen tar for seg endringer i løpet av rehabiliteringsoppholdet, altså fra oppstart til avreise. Den andre delen gir en oversikt over endringer fra oppstart til 6 måneder etter endt rehabiliteringsoppholdet. Utvalgsstørrelsen i denne delen er betydelig lavere enn i del 1.

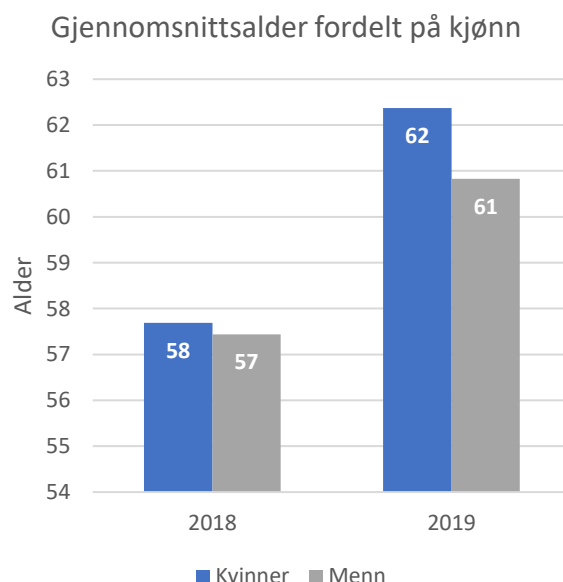
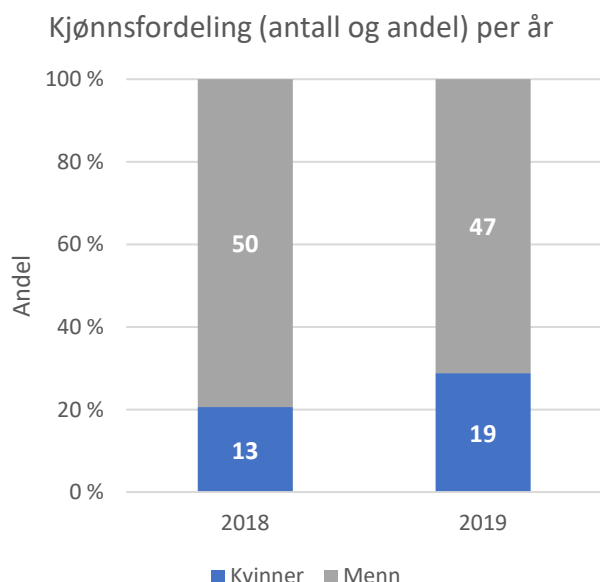
Informasjon om rehabiliteringstilbudet for personer med hjerte- og karsykdommer finner du på [vår hjemmeside](#).

DEL 1: Fra oppstart til avreise

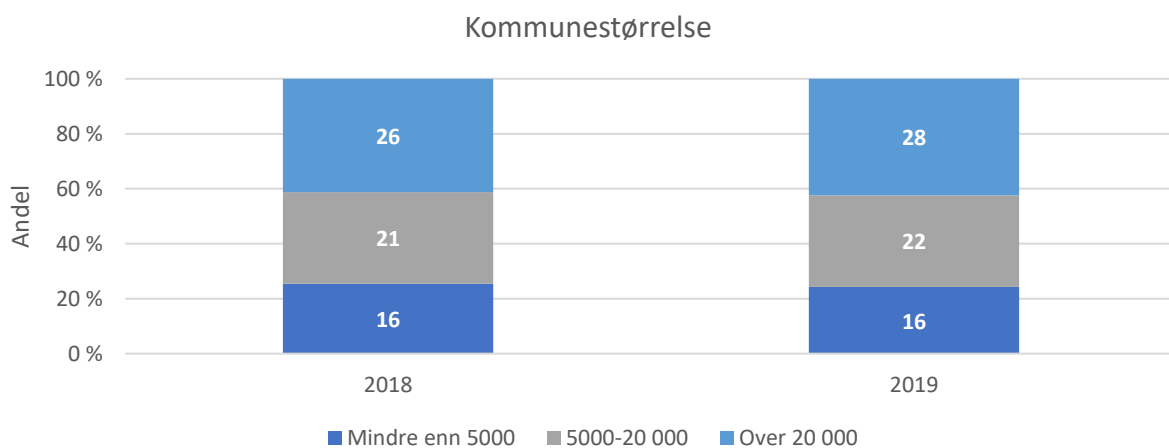
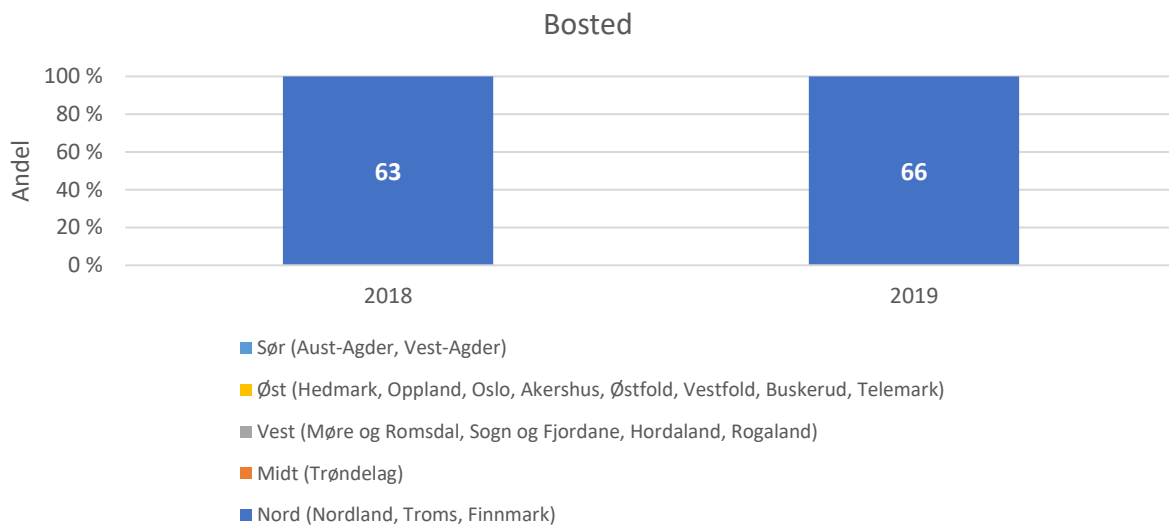
Demografiske data – oversikt

Grafene i dette avsnittet gir en fremstilling av demografiske kjennetegn for utvalget ved oppstart i 2019 (N = 66) sammenlignet med 2018 (N = 63), blant annet hvordan fordelingen med hensyn til kjønn, alder og bosted ser ut. Utvalgsstørrelsen i forhold til antall pasienter som mottok et hjerterehabiliteringstilbud i 2019 er på 85%.

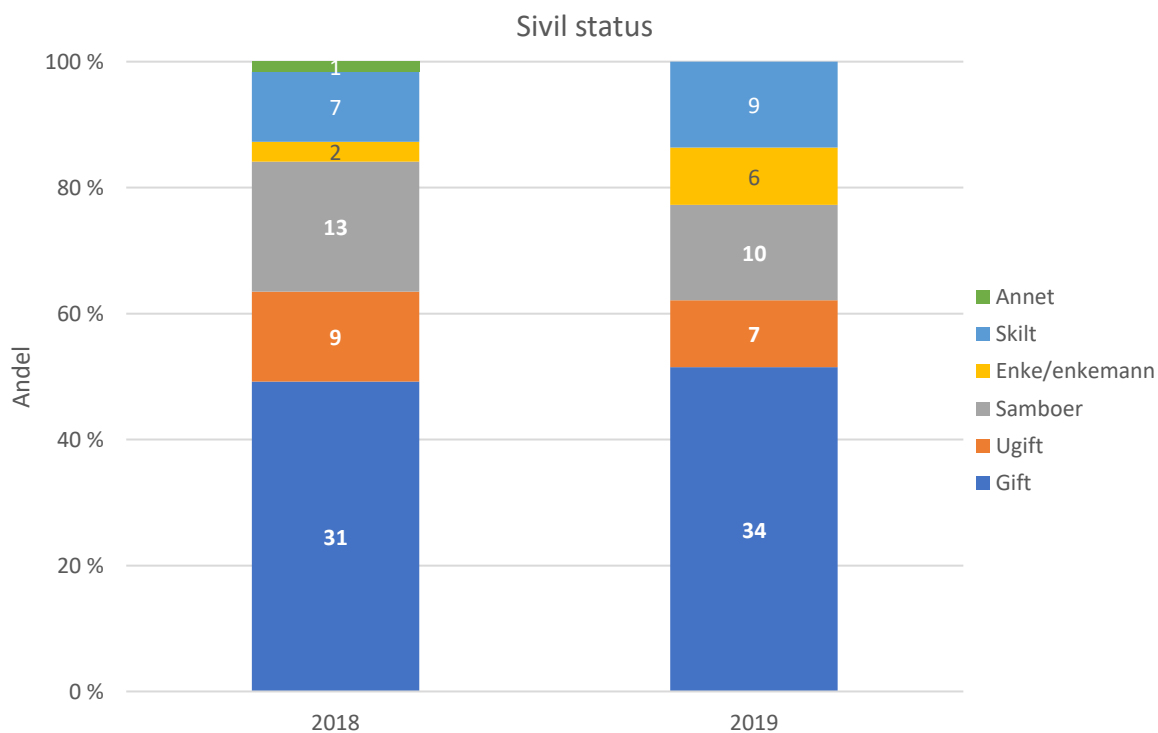
Kjønn- og aldersfordeling



Bosted oversikt

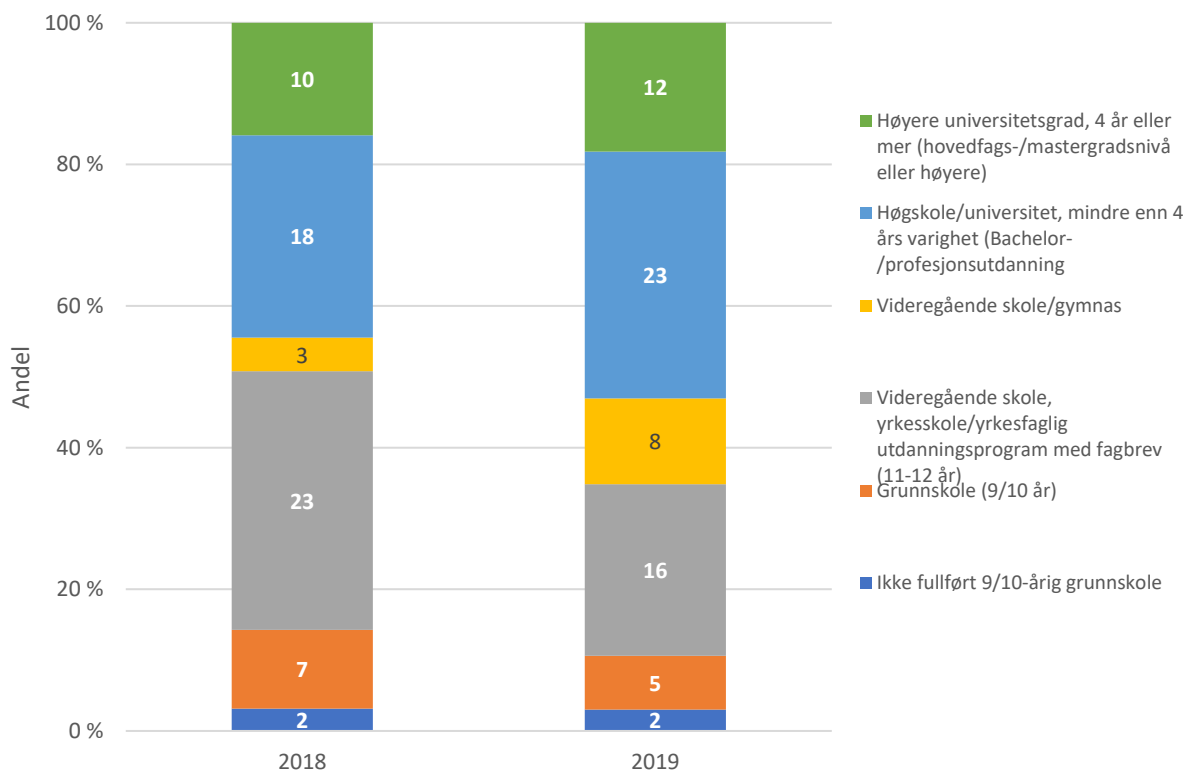


Sivil status

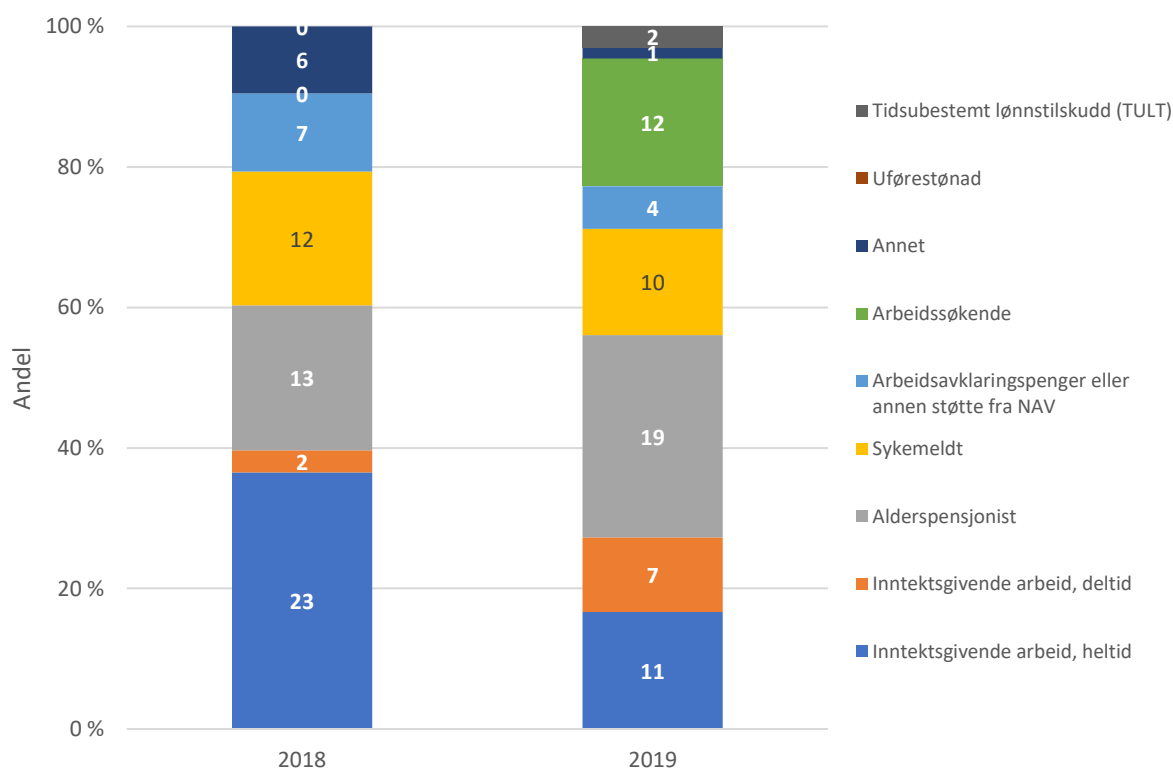


Arbeid og utdanning

Høyeste fullførte utdanning



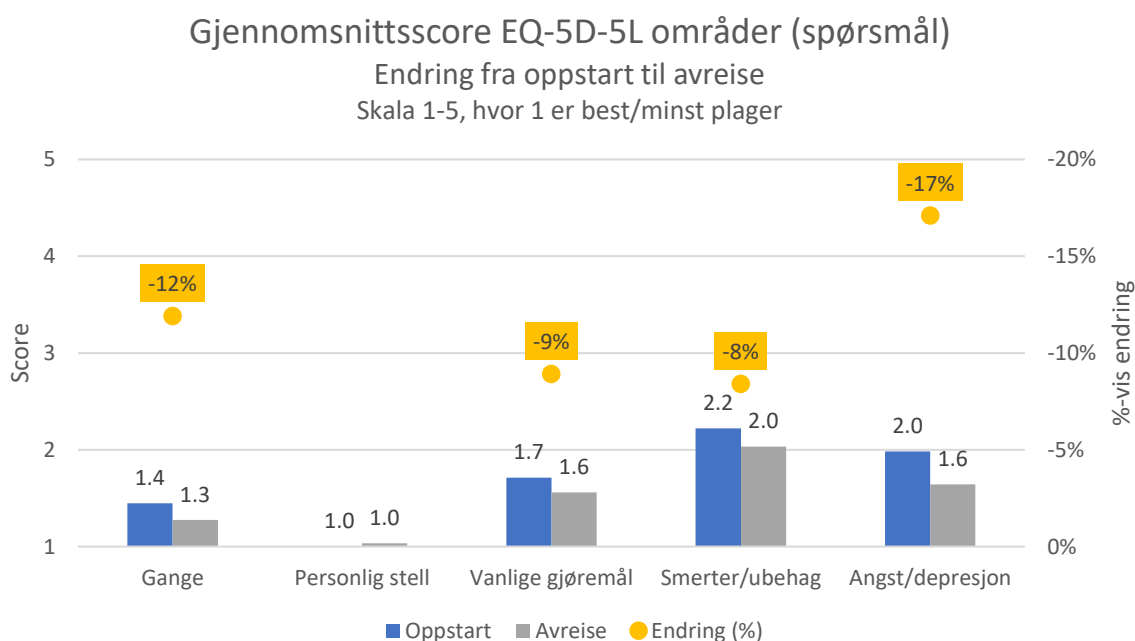
Arbeids- og stønadssituasjon



Helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L)

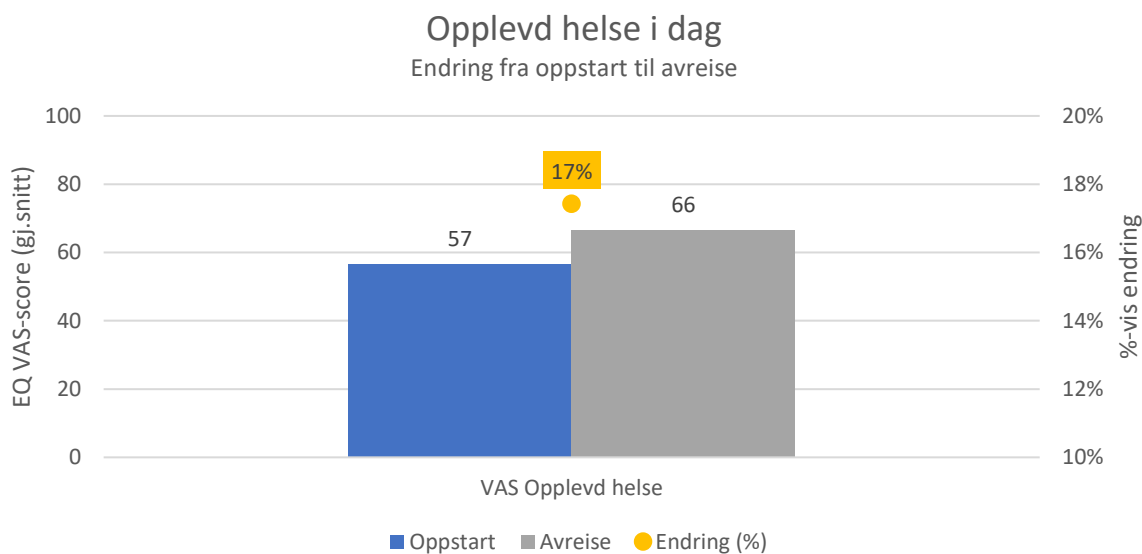
EQ-5D-5L er et generisk (diagnose-uavhengig og preferansebasert) spørreskjema som måler helserelatert livskvalitet. Skjemaet tar for seg 5 ulike områder (spørsmål) som spør hvordan pasientene opplever sin helse knyttet til mobilitet (gange), personlig stell, vanlige gjøremål, smerter/ubehag og angst/depresjon. Hvert av spørsmålene har 5 svaralternativer (1-5 skala), hvor 1 representerer best helse/minst problemer, og 5 dårligst helse/størst problemer. I tillegg til de 5 områdene (spørsmålene) spørres det også om hvordan pasientene, alt i alt, opplever sin egen helse i dag. Dette gjøres ved hjelp av EQ VAS skala, som er en skala fra 0-100, hvor 100 representerer best tenkelig helse og 0 verst tenkelig helse.

Vi har ikke data fra 2018 på EQ-5D-5L, da vi tok dette instrumentet i bruk først i januar 2019. Kun de som har besvart både oppstart- og avreiseskjema er inkludert i oversikten (N = 59).



Figuren over viser at det er en reduksjon i gjennomsnittsscore på nesten alle spørsmål ved avreise sammenlignet med oppstart, noe som samlet indikerer en positiv utvikling (1 = best/minst problemer). Endringen er størst for området «Angst/depresjon» (i gjennomsnitt 17 % lavere score). Når det gjelder «Personlig stell» var det ingen endring. Ettersom EQ-5D-5L måler score ut fra kategorier på 1-5 skala (ordinalnivå) vil gjennomsnittsscore kun gi en indikasjon på retning og grad av endring på hvert enkelt spørsmål.

På figuren øverst på neste side vises endringen i «Opplevd helse i dag» (EQ VAS) fra oppstart til avreise. Pasientene angir på en skala fra 0-100 (hvor 100 er best tenkelige helse), hvordan de opplever sin egen helse der og da. En økt score vil dermed indikere en bedret opplevd helsetilstand. Gjennomsnittlig score på EQ VAS har økt med 17% fra oppstart til avreise for utvalget samlet (N = 57).



Fysiske tester

Under rehabiliteringsoppholdene for voksne gjennomføres det som regel en eller flere fysiske tester for å kartlegge fysisk kapasitet og funksjon hos den enkelte. Testene gjennomføres både ved oppstart og avreise, slik at det er mulig å måle endring, og dermed utbytte av rehabiliteringen når det gjelder fysisk kapasitet.

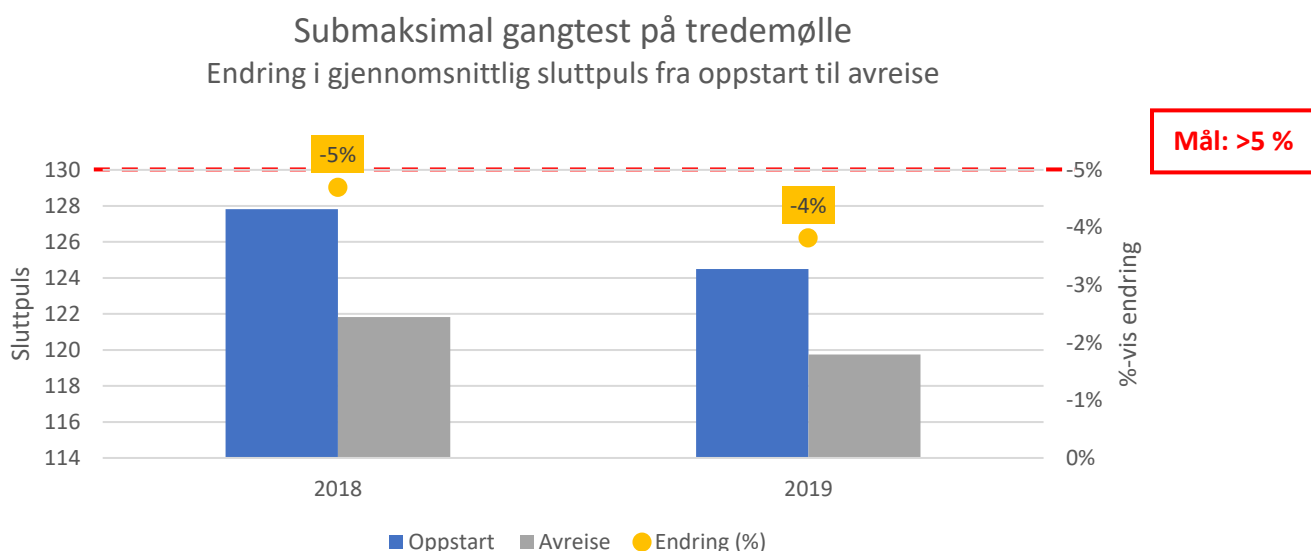
Valg av fysiske tester gjøres med bakgrunn i faglige vurderinger i det tverrfaglige teamet rundt pasientene, som blant annet baseres på funksjonsnivå og den enkeltes mål for rehabiliteringen. En medisinskfaglig vurdering vil avdekke om det foreligger en kontraindikasjon forbundet med gjennomføring av en slik fysisk test.

Ved hjerterehabilitering testes vanligvis **aerob kapasitet («kondisjon»)** ved hjelp av en submaksimal gangtest på tredemølle (8 minutter), hvor hjerterefrekvens registreres idet testen avsluttes både ved oppstart og avreise. Dersom denne testen ikke vurderes som hensiktsmessig å gjennomføre, er **6 minutters gangdistanse (6MWD)** et bra alternativ for kartlegging av aerob kapasitet (og gangfunksjon). I tillegg gjennomføres en **test av maksimal beinstyrke (1RM¹ beinpress)**. Et alternativ til denne maksimale styrketesten er en styrke- og funksjonstest kalt **30 sekunder reise- og sette seg (30 sek. RSS)**, hvor man måler antall ganger pasienten klarer å reise- og sette seg fra en stol ila. 30 sekunder.

¹ 1RM står for «en repetisjon maksimum», det vil si det tyngste en person klarer å løfte en gang. 1RM kalles gjerne for maksimal styrke.

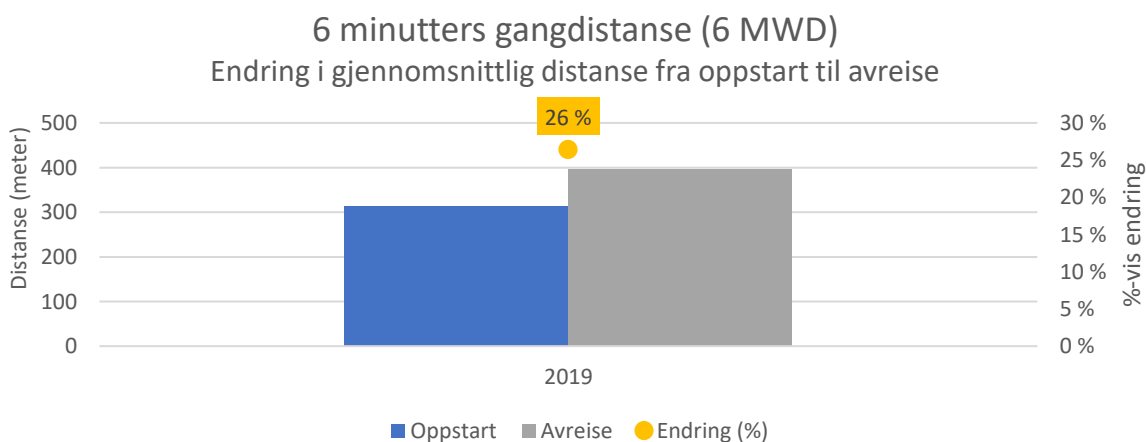
Submaksimal gangtest på tredemølle

Figuren under viser endringen i gjennomsnittlig hjertefrekvens fra oppstart til avreise for utvalget samlet i 2018 (N = 17) og 2019 (N = 4). Årsaken til det lave antallet i 2019 er fordi mange av pasientene er utelatt grunnet at de står på medikamenter som virker inn på hjertefrekvens, noe som utgjør en betydelig feilkilde ved registrering av endringer. Grafen viser en endring som går nedover, med andre ord en endring i positiv endring fra oppstart til avreise på submaksimal gangtest. I 2019 var gjennomsnittlig hjertefrekvens 4% lavere ved avreise sammenlignet med oppstart, mot 5% i 2018.



6 minutters gangtest

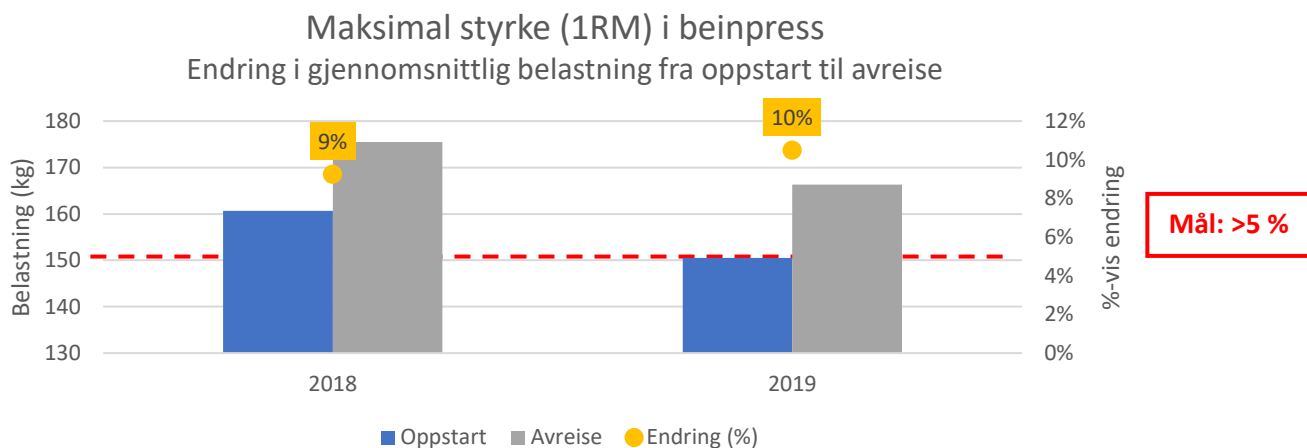
Figuren nedenfor viser endring i tilbakelagt gangdistanse på 6 minutters gangtest for utvalget samlet i 2019 (N = 8). Det er ikke data fra 2018 på denne testen. Grafen viser at gjennomsnittlig gangdistanse for utvalget samlet har økt med 26% fra oppstart til avreise. For å konkludere med en forverring eller forbedring i gangkapasitet ved 6 minutters gangtest må det være en endring på minimum 50 meter². Av pasientene i dette utvalget var det **7 av 8 (88 %) som hadde en økning på ≥50 meter på re-test ved avreise sammenlignet med test ved oppstart.**



² Tveter AT, Dagfinrud H, Moseng T, Holm I. Health-related physical fitness measures: Reference values and reference equations for use in clinical practice, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2014.

Test av maksimal beinstyrke (1RM beinpress)

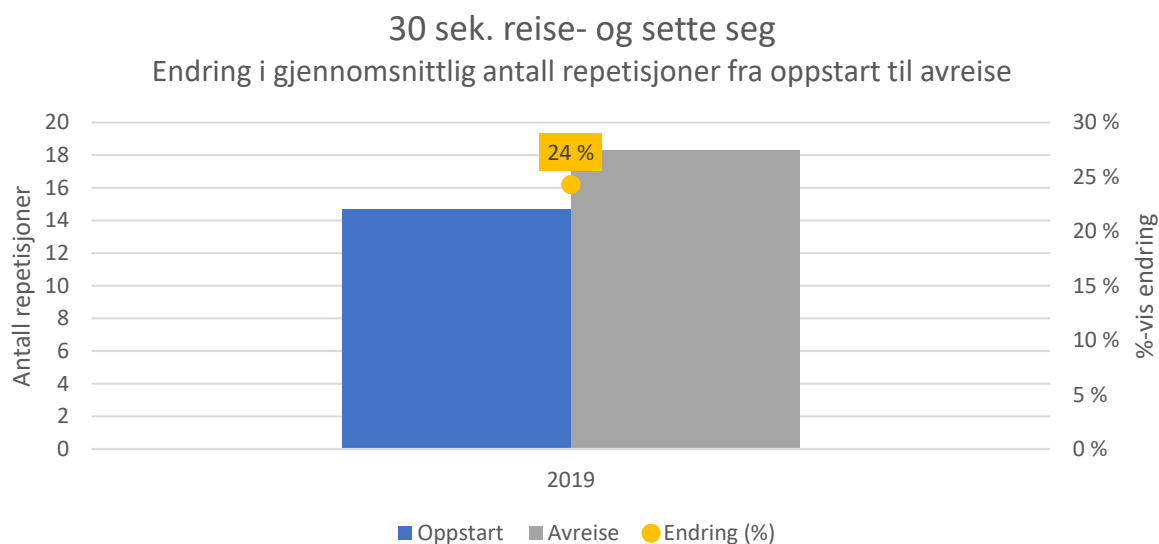
Figuren under viser endringer på test av maksimal styrke i beinpress fra oppstart til avreise for kvinner og menn. Grafen viser en gjennomsnittlig økning i gjennomført belastning på 10 % for utvalget samlet i 2019 (N = 19), mot 9% i 2018 (N = 32). VHSS har et mål om minimum 5% økning i gjennomsnittlig belastning på denne testen.



30 sekunder reise- og sette seg

Figuren under viser endring i testresultater (antall repetisjoner) på testen 30 sekunder reise- og sette seg (30 sek RSS) for utvalget samlet i 2019 (N = 21). Gjennomsnittlig observeres en økning i antall repetisjoner på 24%, noe som indikerer en positiv utvikling i løpet av rehabiliteringsoppholdet.

Vi har ikke data fra 2018 på denne testen.

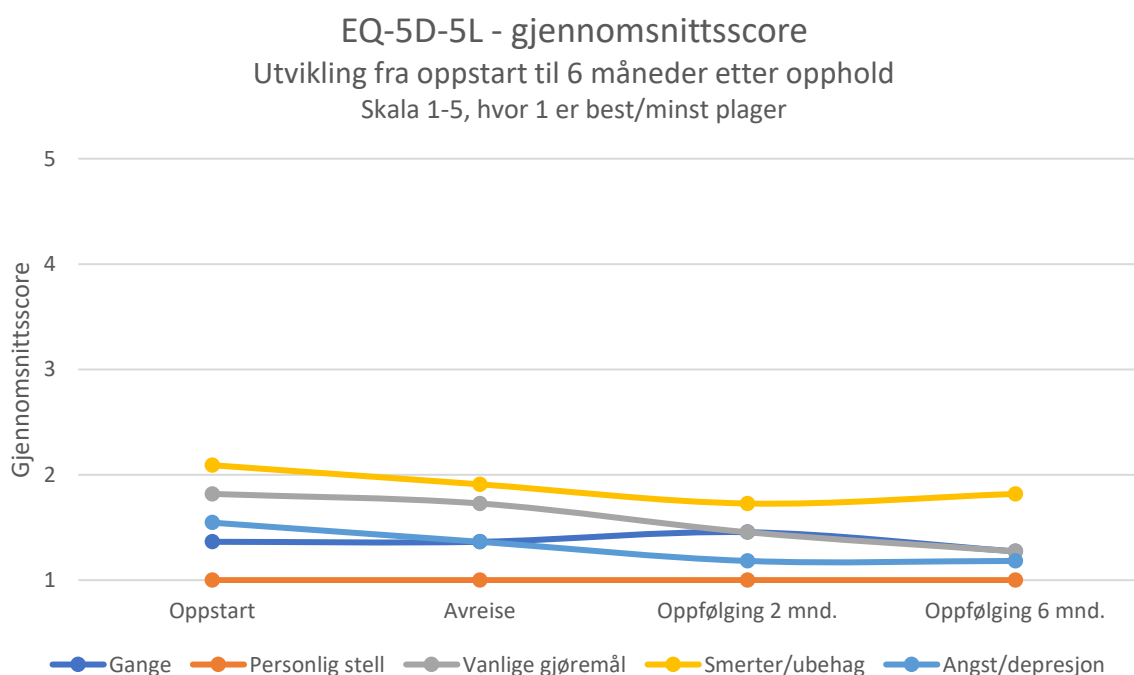


DEL 2: Fra oppstart til 6 måneder etter opphold

I denne delen presenteres resultater fra de som har besvart spørreskjemaer både ved oppstart, avreise, samt 2 og 6 måneder etter oppholdet. Kun de som har besvart ved alle måletidspunktene er inkludert i analysene. Med bakgrunn i at det er få respondenter å vise til per år når vi ser på 6 måneder oppfølging er også respondenter som gjennomførte sitt opphold i 2018 inkludert her. Dette gjelder imidlertid ikke for EQ-5D-5L, som vi ikke startet å bruke før i januar 2019.

Helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L)

Når vi ser på hvordan helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L) endrer seg over tid er det tydelig at de største endringene skjer i løpet av rehabiliteringsoppholdet, for deretter å flate ut eller gå noe tilbake (se figuren under). Gjennomsnittsscore på alle områder i EQ-5D-5L er lavere (bedre) 6 måneder etter avsluttet rehabilitering, sammenlignet med sine respektive score ved oppstart (N = 12). For flere av spørsmålene øker gjennomsnittsscore (blir dårligere) noe etter endt rehabilitering, men størrelsene på endringene under selve rehabiliteringsoppholdet synes likevel å være såpass stor at de ikke «spises opp» av hverdagen de første 6 månedene etter oppholdet.

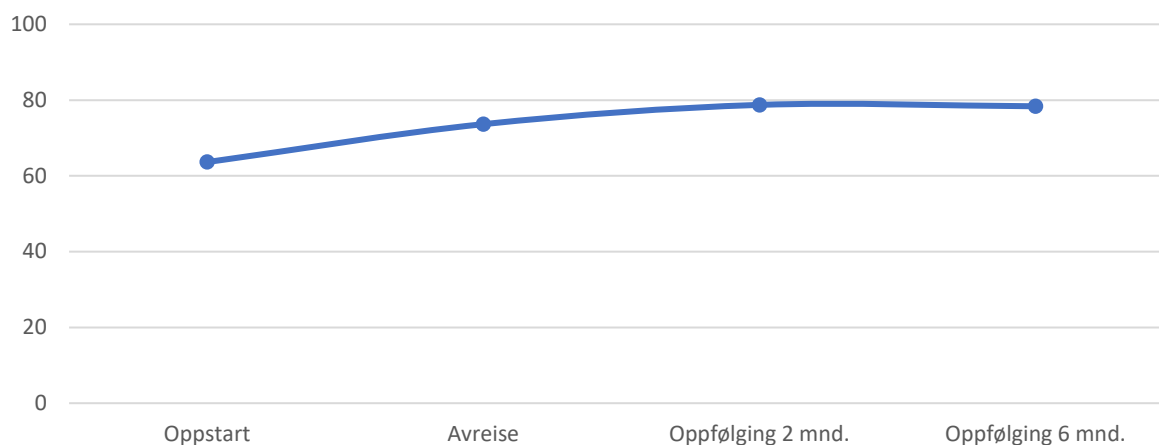


Figuren øverst på neste side illustrerer utviklingen på gjennomsnittlig score på EQ VAS, altså pasientenes egen score på opplevd helse (skala 0-100). Samlet sett er tendensen at pasientene i gjennomsnitt scorer bedre på opplevd helse både ved avreise og 2 måneder etter opphold, sammenlignet med oppstart. Det er også en tydelig økning i gjennomsnittsscore 2 måneder etter opphold, sammenlignet med avreise. Ved siste måletidspunkt (6 måneder etter) ser man ingen ytterligere økning i gjennomsnittsscore. Det virker med likevel som om pasientene også en stund etter oppholdet stadig opplever helsen sin bedre, sammenlignet med slik situasjonen opplevdes ved starten av sin rehabilitering.

EQ VAS (Opplevd helse) - gjennomsnittsscore

Endring fra oppstart til 6 måneder etter opphold

Skala 0-100, hvor 100 er best tenkelige helse



Patient Specific Functional Scale (PSFS)

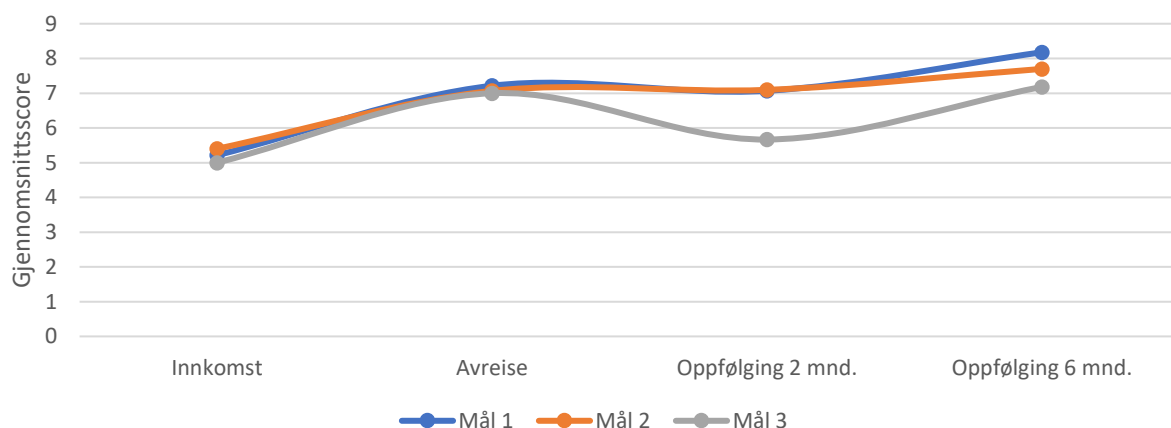
PSFS er et måleinstrument hvor pasientene ved oppstart legger inn sine målsetninger for rehabiliteringen (angitt som Aktivitet 1, 2 og 3), for deretter å gi disse en score fra 0 – 10 for hvor store vansker de hadde med å utføre disse målene/aktivitetene. Jo høyere score, desto mindre vansker (10 = ingen problemer). «Aktiviteten» som legges inn som mål ved oppstart av rehabiliteringen er de samme som det spørres om ved de neste tre målepunktene.

Kun de som har svart ved alle måletidspunktene er med i analysen (N = 11).

Patient Specific Functional Scale (PSFS)

Utvikling fra oppstart til 6 måneder etter oppholdet

Skala 0-10, hvor 10 er best/ingen vansker



Figuren over viser utvikling av gjennomsnittsscore knyttet til vansker med «Aktiviteter» som utvalget satte seg som mål å jobbe med ved oppstart av rehabiliteringen frem til 6 måneder etter oppholdet. Gjennomsnittsscore for vansker økes i løpet av oppholdet (økt score = mindre vansker), noe som

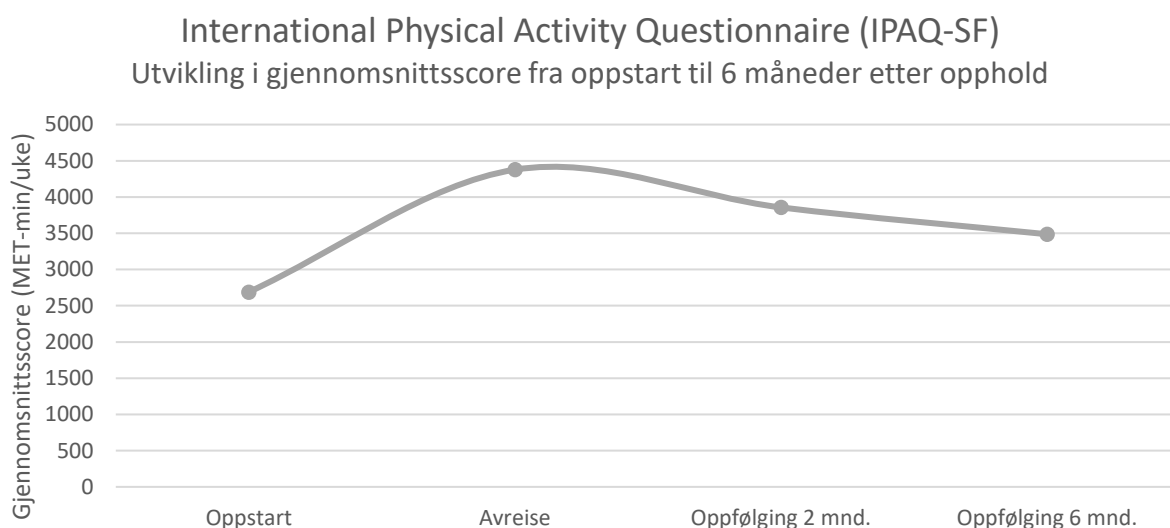
indikerer at pasientene i løpet av rehabiliteringsoppholdet har blitt bedre rustet med tanke på å kunne gjennomføre sine oppgitte aktiviteter og dermed nå sine mål.

Det ser imidlertid ut til at vanskene til dels øker noe igjen i løpet av de første 2 månedene etter oppholdet. 6 måneder etter oppholdet synes likevel vanskene knyttet til de samme aktivitetene å være tilbake på omtrent samme nivå som ved avreise, med en gjennomsnittsscore >7 for alle tre «Aktiviteter».

Fysisk aktivitet (International Physical Activity Questionnaire)

Pasientenes nivå av helsefremmende fysisk aktivitet er målt ved hjelp av *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ). Pasientene blir i spørreskjemaet bedt om å angi antall dager, timer og minutter de vanligvis bruker på både gange, moderat fysisk aktivitet og anstrengende fysisk aktivitet i løpet av en uke. Svarene omregnes til en samlescore som angir det totale energiforbruket som følge av fysisk aktivitet (energiforbruk utover hvilenivå) i løpet av en uke, angitt som MET-min/uke³.

Norske helsemyndigheter anbefaler den voksne befolkningen å bruke minst 150 minutter i uken på moderat fysisk aktivitet (aktiviteter som medfører raskere puls enn vanlig). Omregnet til ukentlig energiforbruk angitt som MET vil akkurat denne anbefalingen tilsvare 600 MET-min/uke.



Figuren over viser at pasientene i gjennomsnitt ligger vesentlig høyere enn dette allerede ved oppstart av rehabiliteringen. Nivået av fysisk aktivitet øker naturligvis under oppholdet, men synes å reduseres jevnt i etterkant av rehabiliteringsoppholdet. Etter 6 måneder rapporteres aktivitetsnivået likevel å være betydelig høyere sammenlignet med situasjonen ved oppstart. Det er verdt å understreke at dette utvalget kun består av de som har besvart spørreskjemaet ved alle måletidspunkter (N = 24).

Av de som hadde et aktivitetsnivå under nasjonale anbefalinger (<600 MET-min/uke) ved oppstart (N = 4), hadde alle (100%) et nivå over anbefalingene (>600 MET-min/uke) 6 måneder etter avsluttet rehabilitering.

³ MET er en forkortelse for «Metabolic Equivalent of Task» og er et uttrykk for en persons energiforbruk ved ulike aktiviteter. Referanseverdien (1 MET) er 3,5 ml O₂/kg kroppsvekt, noe som tilsvarer en persons energiforbruk sittende stille. Til sammenligning vil gange tilsvarer omtrent 3,3 MET. Eksempelvis vil da 30 min gange 5 dager i uken gi et totalt ukentlig energiforbruk på 495 MET-min/uke (3,3 MET x 30min. x 5 dager).

