

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

ISKÆMISK HJERTESYGDOM

HJERTERYTMEFORSTYRRELSE

HJERTEKLAPSYGDOM

HJERTESVIGT

2017

HØRINGSUDKAST 5. oktober 2017

Indhold

Resumé	5
1 Indledning	8
1.1 Formål	8
1.2 Metode og vidensgrundlag	8
1.3 Læsevejledning	8
1.4 Anvendte begreber	10
1.5 Forløbstider, ventetider og maksimale ventetider	11
1.6 Forkortelser	12
2 Målgruppe, sygdomme og populationsanalyse	13
2.1 Målgruppe	13
2.1.1 Afgrænsning af målgruppen	13
2.2 Iskæmisk hjertesygdom	13
2.3 Hjerterytmeforstyrrelse	13
2.3.1 Atrieflimren/flagren	14
2.3.2 Andre ikke akut livstruende hjerterytmeforstyrrelser	14
2.3.3 Synkope af formodet kardiell årsag	14
2.4 Hjerteklapsygdom	14
2.5 Hjertesvigt	15
2.6 Populationsanalyse	15
2.6.1 Iskæmisk hjertesygdom	15
2.6.2 Hjerterytmeforstyrrelse	16
2.6.3 Hjerteklapsygdom	17
2.6.4 Hjertesvigt	17
3 Mistanke om hjertesygdom	18
3.1 Indledende vurdering og henvisning	18
3.1.1 Indledende vurdering og basale undersøgelser	18
3.1.2 Indlæggelse ved AKS og andre akutte medicinske tilstande	19
3.1.3 Henvisning til ambulante udredning og behandling	19
3.1.4 Behandlingsansvar i ventetiden frem til påbegyndelse af udredning	20
3.1.5 Forholdsregler for patienten	21
3.2 Organisering	21

4	Udredning og behandling på sygehus/speciallæge-praksis	22
4.1	Generelt om udredning og behandling	22
4.1.1	Stabil angina pectoris	22
4.1.2	Ustabil angina pectoris og NSTEMI (akut koronart syndrom)	22
4.1.3	Atrieflimren/flagren	23
4.1.4	Øvrige hjerterytmeforstyrrelser	23
4.1.5	Synkope af formodet kardiell årsag	23
4.1.6	Hjerteklapsygdom	23
4.1.7	Hjertesvigt	23
4.2	Multidisciplinær teamkonference	24
4.3	Præoperativ forberedelse	24
4.3.1	Behandlingsansvar i ventetiden frem til invasiv behandling og operation	27
4.4	Planlægning af opfølgning	27
4.4.1	Farmakologisk behandling af hjertesygdommen	27
4.4.2	Risikofaktorkontrol	28
4.4.3	Vurdering af risiko og særlige behov ved fysisk træning	28
4.4.4	Palliation	29
4.5	Kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle	29
4.6	Organisering	30
5	Opfølgning	31
5.1	Generelt om opfølgning	31
5.2	Farmakologisk behandling af hjertesygdommen	31
5.3	Risikofaktorkontrol	31
5.4	Rehabilitering	31
5.4.1	Kvalitetssikring	34
5.4.2	Palliation	34
5.4.3	Organisering	35
6	Overblik over organisering	36
6.1	Arbejdsdeling og ansvar	36
7	Implementering	37
8	Monitorering	38
8.1	Sundhedsstyrelsens overvågning af hjerteområdet	38
8.2	Nyt Dansk Hjerteregister og den fremtidige monitorering	38
9	Referenceliste	39
	Bilagsfortegnelse	43

Bilag 1: Arbejdsgruppens kommissorium	44
Bilag 2: Medlemmer i arbejdsgruppen	47
Bilag 3: Lovkrav vedrørende udredning og behandling af patienter med hjertesygdom	49

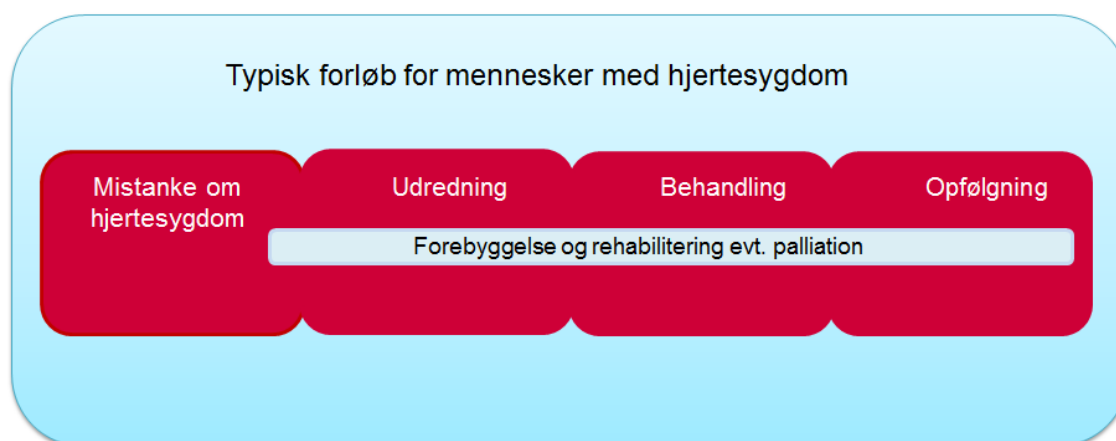
Høringsudkast

Resumé

Omkring en halv million voksne danskere lever med en hjertesygdom. Symptomer på hjertesygdom fører oftest til besøg hos egen læge, og bliver henvist til undersøgelser på en hjerteafdeling eller hos en praktiserende speciallæge med speciale i hjertesygdomme. Afhængig af hvilken hjertesygdom der påvises, vil den enkelte få tilbudt medicin og/eller et operativt indgreb. Desuden tilbydes rehabilitering, der typisk omfatter fysisk træning og andre tilbud, som kan hjælpe til at genskabe en normal hverdag og forebygge yderligere hjertesygdom. Ved livstruende hjertesygdom kan den enkelte desuden få behov for lindrende behandling og andre tilbud, som kan øge livskvaliteten; såkaldt palliation. Både rehabilitering og palliation skal tilbydes ud fra den enkeltes behov, og når det er hensigtsmæssigt, hvilket kan være sideløbende med undersøgelse og behandling og efter endt behandling.

Anbefalingerne beskriver det typiske forløb, en voksen person gennemgår, når egen læge mistænker nyopstået hjertesygdom. Som hjertepatient kommer man i dette forløb i berøring med forskellige sektorer i sundhedsvæsenet, hhv. almen praksis, sygehus/speciallægepraksis og kommune; se figur 1. Formålet med anbefalingerne er at medvirke til, at patienter oplever sammenhæng i sit forløb på tværs af sektorerne, og at der er rum for en individuel tilpasning af forløbet. Samtidig skal anbefalingerne bidrage til, at der alle steder i Danmark kan tilbydes den samme høje kvalitet i forløbene for mennesker med hjertesygdom.

Figur 1: Typisk forløb for mennesker med nyopdaget hjertesygdom



Anbefalingerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med en bredt sammensat arbejdsgruppe med repræsentation fra Hjerteforeningen og med patientdeltagelse, samt repræsentation fra lægefaglige selskaber, sygeplejefagligt selskab, fysioterapeutisk selskab, regioner, kommuner m.fl. Arbejdsgruppens medlemmer og kommissorium fremgår af bilag 1 og 2.

Anbefalingerne henvender sig til fagfolk, og forudsætter en vis faglig viden om hjertesygdomme og sundhedsvæsenets organisering. Anbefalingerne er baseret på den aktuelt bedste viden, og der henvises så vidt muligt til de gældende nationale behandlingsvejledninger, og andre ret-

ningslinjer og anbefalinger, som er bygget på et opdateret vidensgrundlag. Desuden inddrager anbefalingerne erfaringer fra patientforløb, publiceret i undersøgelser, eller videregivet af patienter og fagfolk i arbejdsgruppen. Anbefalingerne er kortfattede på områder, som allerede er velbeskrevne, hvorimod andre områder er mere udførligt beskrevet - det gælder blandt andet overgange mellem sektorerne.

For alment tilgængelige beskrivelser af de enkelte hjertesygdomme, undersøgelser og behandlinger samt information om livet med en hjertesygdom, henvises til Hjerteforeningens hjemmeside.

Kapitel 1 beskriver metode og vidensgrundlag, fulgt af en læse- og begrebsvejledning. Ved begrebet *anbefalet forløbstid* forstås det antal dage, der højst bør gå fra henvisningen til sygehuset til afslutningen af undersøgelserne, henholdsvis fra afslutningen af undersøgelserne til behandlingen påbegyndes. Hvor hurtigt det enkelte menneske bør undersøges og behandles, bør altid hvile på en konkret, lægefaglig vurdering. For nogle patienter er det nødvendigt at forløbstiden bliver kortere, hvilket kan være tydeligt fra starten af forløbet, eller behovet kan opstå undervejs.

Kapitel 2 indeholder en folkesundhedsvidenskabelig beskrivelse af målgruppen, dvs. de mennesker og sygdomme, som anbefalingerne omhandler. Målgruppen omfatter voksne mennesker med en eller flere af følgende hjertesygdomme: Hjerterkrampe (stabil og ustabil angina pectoris og NSTEMI), hjerterytmeforstyrrelse (arytmi), besvimelsesanfald på grund af formodet hjertesygdom, hjerteklapsygdom og hjertesvigt.

Kapitlerne 3, 4 og 5 beskriver tilsammen det typiske forløb fra den indledende undersøgelse hos egen læge, undersøgelser og behandling på sygehus eller hos speciallæge i hjertesygdom, samt den efterfølgende opfølgning, som kan foregå flere steder.

Kapitel 3 omhandler den situation, hvor den praktiserende læge foretager indledende undersøgelse og vurdering af en person, som har henvendt sig pga. symptomer på hjertesygdom. Det beskrives, hvordan inddragelse af patienten i mistanken om hjertesygdom og den foreløbige plan for det videre forløb bør foregå. Den praktiserende læge har ansvaret for behandlingen i ventetiden frem til patientens første besøg på sygehus eller i speciallægepraksis. Den praktiserende læge skal desuden forklare patienten om eventuel medicin, som kan være nødvendig, og informere om eventuelle alarmsymptomer, som bør føre til, at den enkelte kontakter lægevagten eller ringe 1-1-2, i ventetiden.

Kapitel 4 beskriver den efterfølgende undersøgelse og behandling på sygehus eller i speciallægepraksis, og henviser generelt til de faglige, nationale behandlingsvejledninger for de enkelte sygdomme. Desuden beskrives de anbefalede forløbstider for sygdommene. Som noget nyt beskrives den såkaldt præ-operative forberedelse nærmere, med konkrete forslag til tidlige tiltag, der kan bidrage til at forberede patienten bedst muligt på et eventuelt indgreb og på rehabiliteringen (engelsk: preoperative optimization / prehab). Det kan være ændringer i hjertemedicin, kontrol af andre samtidige sygdomme, samt rehabilitering som fx rygeafvænning. Den sygehusafdeling eller speciallæge, som har udført undersøgelserne, har ansvaret for behandlingen i ventetiden frem til et eventuelt indgreb. Ved udskrivelse skal sygehuset afholde en afsluttende samtale med patienten, hvor der tages stilling til opfølgning, herunder fysisk træning og anden rehabilitering. Eventuelt udføres en arbejdstest, hvis hjertelægen vurderer, at det er nødvendigt af

hensyn til risikoen ved efterfølgende fysisk træning. Langt de fleste mennesker med hjertesygdom kan tilbydes fysisk træning hos kommunen. Såfremt hjertelægen har vurderet, at fysisk træning kan være forbundet med en særlig risiko, vil patienten få tilbudt specialiseret genoptræning på sygehuset. Det kan især forekomme ved hjertesvigt eller ved hjertekrampe, hvor blodkarrene ikke har kunnet åbnes helt, og ved andre alvorlige sygdomme og tilstande.

Kapitel 5 beskriver opfølgningen i tiden efter udskrivelse fra sygehus. Opfølgningen vil være individuel og kan omfatte fortsat medicinsk behandling (efterbehandling) og rehabilitering. Fortsat medicinsk behandling kan både være behandling for selve hjertesygdommen og behandling af tilstande, som kan føre til fornyet eller forværret hjertesygdom, som fx forhøjet blodtryk, diabetes eller forhøjet kolesterol. Den fortsatte medicinske behandling kan foregå ambulantly på sygehuset, i speciallægepraksis eller hos praktiserende læge. Rehabilitering skal tilpasses individuelt og omfatter tilbud om hjælp til såkaldt sygdomsmestring (at lære at leve med hjertesygdommen), tilbud om samtale om angst, depression og seksualitet, fysisk træning samt rådgivning om sund og forebyggende kost og tobaksafvænnelse samt arbejdsfastholdelse. Den fysiske træning afhænger af sygdommen samt eventuelle indgreb og skal tilpasses individuelt. Træningen skal gerne starte så tidligt som muligt efter udskrivelsen, og efter at sygehuset har foretaget en risikovurdering og eventuel test.

Kapitel 6 sammenfatter kort organiseringen, herunder opgave- og ansvarsfordelingen mellem sektorerne.

Kapitel 7 beskriver kort den nationale monitorering af hjerteområdet i Danmark.

Kapitel 8 indeholder referencelisten med henvisninger til den anvendte litteratur.

I bilagene ses bl.a. lovkrav vedrørende udredning og behandling af mennesker med hjertesygdom.

1 Indledning

1.1 Formål

Knap en halv million voksne danskere lever med en hjertesygdom. Symptomer på hjertesygdom fører ofte til kontakt med egen læge, videre udredning og eventuel behandling på sygehus med efterfølgende rehabilitering, hvor livet så vidt muligt skal normaliseres, og tilbagefald forebygges. Under dette forløb er man som hjertepatient i berøring med forskellige sektorer i sundhedsvæsenet. Der er behov for, at patienten får hurtig adgang til forløb af høj kvalitet og oplever en stærk sammenhæng.

Nærværende anbefalinger beskriver det tværsektorielle forløb for voksne mennesker med de hyppigste hjertesygdomme. Anbefalingerne har til formål at medvirke til at skabe øget sammenhæng i det planlagte patientforløb og understøtte en faglig og organisatorisk ensartet praksis af høj kvalitet i udredning, behandling og opfølgning, herunder rehabilitering og palliation. Desuden skal anbefalingerne bidrage til, at alle tilbydes individuelt tilpassede patientforløb, både ved den første mistanke om hjertesygdom, ved tilbagevendende eller kronisk hjertesygdom, og når patienten har andre kroniske sygdomme.

Anbefalingerne er primært henvendt til sundhedsfaglige ledere, planlæggere og sundhedspersonale, der beskæftiger sig med mennesker med hjertesygdomme i almen praksis, på sygehusene, i kommunerne samt i den øvrige praksissektor. Anbefalingerne forventes at danne grundlag for fremtidige justeringer i lokale forløbsprogrammer for mennesker med hjertesygdomme.

1.2 Metode og vidensgrundlag

Anbefalingerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med en arbejdsgruppe med repræsentation fra en patientorganisation og med patientdeltagelse, og repræsentation fra regioner, kommuner, Sundheds- og Ældreministeriet, de relevante faglige selskaber for speciallæger, fysioterapeuter og sygeplejersker. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer af arbejdsgruppen fremgår af bilag 1 og 2.

Anbefalingerne er baseret på den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe kvalitet i udredning, behandling samt opfølgning, herunder rehabilitering. Som grundlag er anvendt eksisterende evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer og vejledninger for udredning og behandling af hjertesygdom, de tidligere hjertepakkeforløb, vejledninger for rehabilitering og palliation samt anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Endvidere indgår elementer fra eksisterende forløbsprogrammer og undersøgelser af patientoplevelser som supplement til de faglige vejledninger, retningslinjer mv. Vidensgrundlaget for de enkelte kapitler fremgår af referencelisten og et oversigtsskema (bilag 3).

1.3 Læsevejledning

Anbefalingernes opbygning tager afsæt i et typisk forløb for mennesker med hjertesygdom, hvor det første skridt er kontakt til den praktiserende læge med symptomer, som giver lægen mistanke om hjertesygdom. Den praktiserende læge foretager en indledende vurdering og undersøgelse af patienten, som kan give anledning til henvisning til kardiologisk afdeling eller kardiologisk speciallægepraksis med henblik på videre udredning og behandling. Afhængig af sygdom-

mens karakter og udfaldet af udredningen, kan patienten få af- eller bekræftet mistanken undervejs i forløbet og blive tilbudt et kontrolforløb, medicinsk eller kirurgisk behandling. For flertallet af patienterne, der tilbydes medicinsk eller kirurgisk behandling gælder, at de har behov for rehabilitering, og nogle patienter har behov for palliation. Figur 1 viser et typisk forløb for mennesker med hjertesygdom, som opbygningen af nærværende anbefalinger tager udgangspunkt i.

Der er et særligt fokus i anbefalingerne på at understøtte den gode sektorovergang fx ved sygehusets modtagelse af patient og ved udskrivelse fra sygehus. Dette sker gennem en beskrivelse af opgavevaretagelsen og samarbejdet mellem aktørerne.

Den lægefaglige udredning og behandling beskrives gennem henvisning til gældende vejledninger fra Dansk Selskab for Almen Medicin og Dansk Cardiologisk Selskab. Ligeledes beskrives rehabilitering og palliation i videst muligt omfang ved henvisning til henholdsvis anbefalinger og retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen og Dansk Cardiologisk Selskab og ved henvisning til vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin, Sundhedsstyrelsen og holdningspapir fra Dansk Cardiologisk Selskab. For beskrivelse af god skik for inddragelse af patienter og pårørende henvises til Videnscenter for Brugerinddragelse¹.

Kapitel 1 indeholder en rammebeskrivelse for anbefalingerne og er suppleret med et kort lægmandsresume for indholdet af anbefalingerne.

I kapitel 2 beskrives målgruppen for anbefalingerne, de inkluderede sygdomme og en populationsanalyse.

I kapitel 3 ”Mistanke om hjertesygdom” starter selve anbefalingerne for de tværsektorielle patientforløb. Her beskrives indsatser i almen praksis ved mistanke om hjertesygdom, henvisning til sygehus, kommunikationen mellem almen praksis, patient og pårørende samt mellem almen praksis og sygehus/hjertelæge.

Kapitel 4 ”Udredning og behandling på sygehus/speciallægepraksis” beskriver forløbet fra modtagelse af den henviste patient på den kardiologiske afdeling. Kapitlet indeholder en beskrivelse af den indledende vurdering og visitation, og den videre udredning og behandling af de specifikke, diagnosticerede hjertesygdomme frem til udskrivelse. Kapitlet indeholder desuden anbefalede forløbstider for de konkrete hjertesygdomme. Endvidere beskrives den præoperative forberedelse. Endelig beskrives forløbet omkring afslutning af indlæggelse/ambulant forløb, herunder risikovurdering og plan for videre forløb i forhold til efterbehandling, rehabilitering og palliation.

Kapitel 5 ”Opfølgning” beskriver forløbet efter indlæggelse/ambulant behandling, herunder farmakologisk behandling af hjertesygdommen, risikofaktorkontrol, rehabilitering og palliation.

Kapitel 6 ”Overblik over organisering” samler op på organiseringsafsnittene i de enkelte kapitler, og indeholder en oversigt over ansvars- og opgavefordelingen.

¹ <https://danskepatienter.dk/vibis>

Kapitel 7 ”Monitorering” beskriver tidligere og nuværende monitorering af indsatserne for mennesker med hjertesygdom samt visioner for fremtidig monitorering.

1.4 Anvendte begreber

Anbefalet forløbstid

Anbefalingerne indeholder anbefalinger til forløbstider for udvalgte indsatser, hvor der er evidens for igangsættelsestidspunktets betydning for effekten af indsatsen. Anbefalet forløbstid er tiden, som der højst bør gå, inden de enkelte undersøgelser, procedurer og behandlinger er udført.

Forløbstider angives i kalenderdage, benævnt ”dage”, og tiderne er udarbejdet ud fra standardpatientforløb. Der er i standardforløbet ikke angivet forløbstid til udredning og stabilisering af mere tungtvejende komorbiditet eller opståede komplikationer.

Forklaringer på anvendte forløbstider, ret til sygehusbehandling og maksimale ventetider beskrives i afsnit 1.5.

Multidisciplinære teamkonferencer (MDT)

MDT er en fællesbetegnelse for den konference, hvor der træffes en fælles beslutning om et behandlingstilbud, når resultatet af udredningen foreligger. Det multidisciplinære samarbejde skal sikre, at den enkelte patient vurderes med inddragelse af alle relevante specialer, så alle beslutninger vedrørende fx vurdering og behandling af den enkelte patient tages på det bedst mulige, tværfaglige grundlag. MDT følger faste retningslinjer aftalt mellem de relevante specialer/afdelinger og foregår enten ved en fysisk konference eller ved telefon/videokonference for sundhedsprofessionelle med beslutningskompetence eller uddelegerede beslutningskompetencer. MDT skal kunne fungere kontinuerligt, både i ferieperioder og i forbindelse med sygdom, således at den nødvendige faglige kvalitet og beslutningskompetence sikres.

Rehabilitering

I anbefalingerne anvendes WHO's definition på rehabilitering:

*Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund (1)
(Sundhedsstyrelsens oversættelse)*

I disse anbefalinger refereres der til sundhedsfaglig rehabilitering, herunder fysisk træning, tobaksafvænnelse, ernæringsindsats, indsats vedrørende sygdomsmestring. Udover den sundhedsfaglige rehabilitering indgår arbejdsfastholdelse som indsats i rehabiliteringen.

Rehabilitering for patienter med hjertesygdom er tidligere blevet beskrevet faseinddelt. Rehabilitering beskrives i disse anbefalinger med udgangspunkt i indsatserne, da behovet for rehabiliterende indsatser ikke nødvendigvis ligger i forlængelse af hinanden og kan forekomme med tidsmæssigt overlap.

Palliation

I anbefalingerne anvendes WHO's definition på palliation, der er en indsats, der har til

”formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står overfor de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art”(2).

Der er således tale om et paradigmeskift, da man tidligere har opfattet palliation som ensbetydende med lindring i den terminale fase af kræftsygdom. Med den nye WHO definition er begrebet palliation et langt bredere begreb, der omfatter alle patienter med livstruende sygdom, og har fokus på at fremme livskvaliteten igennem hele sygdomsforløbet.

Den palliative indsats kan være svært at afgrænse fra rehabilitering, og der er et overlap i definitionerne. Både rehabilitering og palliation har til formål at fremme livskvaliteten for den enkelte, ud fra en helhedsorienteret tilgang med udgangspunkt i den enkeltes behov.

1.5 Forløbstider, ventetider og maksimale ventetider

Anbefalede forløbstider

Det anbefales som en hovedregel, at patienten udredes og behandles inden for et tidsrum, der er baseret på en lægefaglig vurdering af det individuelle behov. Der bør i den sammenhæng særligt være opmærksomhed på, om der er behov for et udrednings-/behandlingsforløb, der skal accelereres. Da forløbstiden skal baseres på en lægefaglig vurdering af den enkelte patient, kan der ikke angives et fast antal dage til udredning og behandling, som vil være hensigtsmæssigt for alle patienter. Dog gælder det for ustabil angina og NSTEMI, at der er tale om subakutte tilstande som i løbet af få dage kan udvikle sig til at være livstruende, hvorfor der her er anbefalet særligt korte forløbstider.

Tiden mellem de enkelte indsatser i forløbet, fx til vurdering af svar, inddragelse af patienten og til nødvendig stabilisering af evt. komorbiditet, er ikke passiv ventetid, men derimod aktiv udrednings-, planlægnings- og informationstid.

De anbefalede forløbstider er ikke en patientrettighed. De anbefalede forløbstider kan bruges som rettesnor af patienter, almen praksis samt speciallægepraksis og sygehuse for tidsforløbet fra henvisning til behandling påbegyndes.

Ret til sygehusbehandling (den generelle udrednings- og behandlingsret)

Alle patienter, som henvises fra almen praksis/speciallægepraksis har ret til henholdsvis udredning og behandling inden for 1 måned, jf. Bekendtgørelse nr. 293 af 27/03/2017. For patienter med hjertesygdom betyder det, at de senest skal have påbegyndt udredning inden for dette tidsrum. Hvis der konstateres en hjertesygdom og der er behov for behandling, skal denne også tilbydes senest en måned efter henvisning.

Kan dette ikke overholdes skal sygehuset udarbejde en udredningsplan. Generelt medregnes i tidsfristerne for sygehusbehandling (den generelle udrednings- og behandlingsret) ikke perio-

der, hvor diagnostisk undersøgelse, udredning, og behandling, må udsættes på grund af personens helbredstilstand eller efter personens ønske.

Maksimal ventetid

Ved udvalgte tilstande ved iskæmisk hjertesygdom gælder desuden reglerne om maksimale ventetider for behandling. I disse tilfælde gælder tidsfrister, som er kortere end den generelle udrednings- og behandlingsret, jf. ovenfor. Den samlede varighed af hele behandlingsforløbet, skal være inden for en lægefagligt forsvarlig tidsramme, og der kan derfor efter en konkret lægefaglig vurdering være tale om, at patienten skal tilbydes undersøgelse og behandling hurtigere end de maksimale ventetider. Reglerne om de maksimale ventetider gælder ikke, hvis hensyn til patientens helbredstilstand tilsiger, at undersøgelse og behandling skal udskydes, jf. vejledning om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme nr. 584 af 28/4/15.

De maksimale ventetider gælder kun for hjertesygdomme, hvor blodgennemstrømning i et eller flere blodkar kan genskabes ved et indgreb (revaskulariserende behandling). Det drejer sig om genåbning af kar (revaskulariserende indgreb) efter afsluttet udredning, ved påvist venstre hovedstammesygdom, ved dokumenteret ustabil angina pectoris eller ved stabil angina pectoris indenfor 30 dage efter akut myokardieinfarkt (post-AMI-angina; dvs. hjertekramper kort tid efter blodprop i hjertet).

1.6 Forkortelser

AFLI	Atrieflimren (forkammerflimren)
AKS	Akut Koronart Syndrom (syndrom der både omfatter AMI og UAP)
AMI	Akut Myokardieinfarkt (blodprop i hjertet; kan inddeles i STEMI og NSTEMI)
AP	(Stabil) Angina Pectoris
CABG	Coronary Artery Bypass Graft (bypass-operation)
EF	Ejection Fraction (andel af hjertets blodvolumen, der pumpes ud af hjertet ved hvert hjerteslag)
EKG	ElektroKardioGraf (måling af den strøm, som hjertet producerer for at slå, og som måles via elektroder på brystkassens hud)
ICD	Implanterbar Cardioverter Defibrillator er en indopereret enhed, der kan afgive stød (defibrillere) på hjertet for at genoprette normal hjerterytme.
INR	International Normalised Ratio er en blodprøve, hvor man undersøger blodets evne til at koagulere
KOL	Kronisk Obstruktiv Lungesygdom
NOAK	Non vitamin K Oral Antikoagulantia
NSTEMI	Non-ST-Elevations MyokardieInfarkt
PCI	Percutan Coronar Intervention (ballonbehandling)
STEMI	ST-Elevations MyokardieInfarkt
UAP	Ustabil Angina Pectoris

2 Målgruppe, sygdomme og populationsanalyse

2.1 Målgruppe

Fem hjertesygdomme tegner sig samlet set for langt størstedelen af de ca. 500.000 tilfælde af hjertesygdom i Danmark. Det drejer sig om iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelser samt hjertesvigt og hjerteklapsygdom. Iskæmisk hjertesygdom inkluderer sygdommene stabil angina pectoris, ustabil angina pectoris og akut myokardieinfarkt uden ST-elevation i EKG (NSTEMI). Hjerterytmeforstyrrelser inkluderer atrieflimren/flagren, andre ikke akut livstruende hjerterytmeforstyrrelser og synkope (kortvarigt bevidsthedstab) af formodet kardiell årsag. Hjertesygdom rammer især mennesker over 55 år, og flere lever længere med hjertesygdom bl.a. på grund af bedre behandlingsresultater.

Anbefalingerne omhandler voksne mennesker (+18 år) med de hyppigste hjertesygdomme. For mennesker med hjertesygdom er det karakteristisk, at de har kontakt med flere sektorer i forløbet. Anbefalingerne dækker derfor hele det tværsektorielle forløb fra mistanke om hjertesygdom opstår i almen praksis eller på anden sygehusafdeling, udredning og diagnostik og behandling på kardiologisk afdeling til opfølgning, herunder rehabilitering og palliation. Anbefalingerne har primært fokus på beskrivelse af de elektive forløb.

2.1.1 Afgrænsning af målgruppen

Tilstandene STEMI, ventrikulær takykardi og hjertestop er ikke omfattet af anbefalingerne, dog kan anbefalingerne for rehabilitering og palliation også efter det akutte forløb være relevante for patienter med disse tilstande.

Ligeledes indgår der ikke anbefalinger for det akutte præhospital sundhedsberedskab.

2.2 Iskæmisk hjertesygdom

Ved iskæmisk hjertesygdom forstås en tilstand med nedsat blodforsyning til hjertemusklen i et sådant omfang, at der opstår iskæmi, det vil sige iltmangel i hjertemusklen.

Iskæmisk hjertesygdom inddeles i stabil angina pectoris og akut koronart syndrom, hvor sidstnævnte yderligere inddeles i tilstandene ustabil angina pectoris, NSTEMI og STEMI. Ved *stabil angina pectoris* er symptomerne ikke livstruende, men kommer og går efter et stabilt mønster. Ved *akut koronart syndrom* får patienten akutte eller hurtigt tiltagende symptomer, som over en kort periode kan udvikle sig til akut myokardieinfarkt. Patientforløbet for de to tilstande er forskellig, idet akut koronart syndrom er en potentielt livstruende tilstand, hvor patienten skal indlægges akut, mens stabil angina pectoris kan udredes ambulat.

For yderligere beskrivelse af tilstandene henvises til Hjerteforeningens hjemmeside, ”Kranspulsårene”(3).

2.3 Hjerterytmeforstyrrelse

Hjerterytmeforstyrrelse (arytmi) er en forstyrrelse i hjertets elektriske ledningssystem. Hjerterytmeforstyrrelser, som er omfattet af disse anbefalinger, kan inddeles i atrieflimren og – flagren, andre ikke akut livstruende hjerterytmeforstyrrelser og synkope.

2.3.1 Atrieflimren/flagren

Atrieflimren/flagren kaldes også forkammerflimren/flagren. Normalt vil elektriske impulser udgå fra sinusknuden i hjertets højre forkammer og forplante sig til resten af hjertet. Sinusknuden styrer derved hjerterytmen og giver en jævn rytme. Ved atrieflimren/flagren opstår de elektriske impulser forskellige steder i forkammerne. Dette medfører en uregelmæssig elektrisk aktivitet, der forplanter sig til resten af hjertet, som får en uregelmæssig og oftest hurtig hjerterytme. Atrieflimren/flagren kan komme i korterevarende anfald af fx minutter til timers varighed, i længerevarende anfald af flere dage til ugers varighed, og så kan det være til stede hele tiden, hvorved tilstanden bliver persisterende eller permanent.

Atrieflimren er den hyppigste form for hjerterytmeforstyrrelse og er som udgangspunkt ikke farlig i sig selv. Imidlertid medfører atrieflimren (og flagren) en øget risiko for at få en blodprop i hjernen og/eller hjertesvigt, hvorfor det er væsentligt at sikre udredning og behandling så hurtigt som muligt. Muligheden for at sikre hurtig diagnose og dermed behandling afhænger imidlertid af hyppigheden af symptomer hos patienten. Derfor kan det være vanskeligt at sikre hurtig udredning og dermed behandling hos patienter, der har sjældne symptomer.

For yderligere beskrivelse af atrieflimren/flagren henvises til Hjerteforeningens hjemmeside, ”Atrieflimren og atrieflagren” og ”Arytmi (rytmeforstyrrelser)”.

2.3.2 Andre ikke akut livstruende hjerterytmeforstyrrelser

Andre, ikke akut livstruende hjerterytmeforstyrrelser, omfatter bl.a. supraventrikulære takyarytmier, ekstrasystoli og ikke hæmodynamisk betydende bradykardi. Disse hjerterytmeforstyrrelser er som udgangspunkt ufarlige hjerterytmeforstyrrelser, som ofte ikke giver symptomer og derfor opdages ved et tilfælde. I nogle tilfælde kan disse hjerterytmeforstyrrelser opstå på grund af forekomst af anden hjertesygdom, eller hjerterytmeforstyrrelsen kan være en bivirkning til medicin.

For yderligere beskrivelse af andre ikke akut livstruende sygdomme henvises til Hjerteforeningens hjemmeside, ”Takykardi (hurtig hjerterytme)”, ”Ekstrasystoler (ekstra hjerteslag)” og ”Bradykardi (langsom hjerterytme)”.

2.3.3 Synkope af formodet kardiell årsag

Synkope er et almindeligt forekommende symptom med en række forskelligartede årsager, der spænder fra harmløse tilstande til livstruende hjertesygdom. Synkope af kardiell årsag skyldes oftest hjerterytmeforstyrrelser, men kan også skyldes aortastenose (forsnævring omkring aortaklappen).

2.4 Hjerteklapsygdom

Hjerteklapsygdom er en fællesbetegnelse for tilstande med dysfunktion af hjerteklapperne i form af stenose (forsnævring) og/eller insufficiens (utæthed). Hjerteklappdysfunktion kan også ses hos patienter, der tidligere er hjerteklapopererede. Ofte udvikles hjerteklapsygdom langsomt over tid, men i særlige situationer kan hjerteklapsygdom opstå akut. Hvis dette sker, vil hjerteklapsygdommen ofte være akut livstruende og dermed kræve akut indlæggelse med henblik på hurtig udredning og behandling. Fællessymptomet for alle klapsygdomme er åndenød ved fysisk aktivitet. Øvrige symptomer afhænger af, hvilken klap der er påvirket af sygdommen; fx

kan aortastenose give angina pectoris og synkoper, jf. afsnit 2.3.3. Afhængig af sværhedsgraden af sygdommen er der forskellige behandlingsmuligheder.

For yderligere beskrivelse af hjerteklapsygdom henvises til Hjerteforeningens hjemmeside, ”Hjerteklapsygdom”.

2.5 Hjertesvigt

Hjertesvigt opstår, når hjertet ikke er i stand til at pumpe nok blod rundt i kroppen, og kan være forårsaget af mange forskellige hjertekarsygdomme. Oftest er det venstre hjertepumpekammer, der ikke fungerer optimalt, men hjertesvigt kan også forekomme i højre hjertepumpekammer, og også patienter med umiddelbart normal funktion af venstre hjertekammer kan have symptomer på hjertesvigt.

Sygdommen udvikler sig som regel over mange år, men kan i sjældne tilfælde opstå pludseligt og være akut livstruende. Kardinalsymptomerne er åndenød, øget træthed og/eller væskeophobning i kroppen.

For yderligere beskrivelse af hjertesvigt og behandling heraf henvises til Hjerteforeningens hjemmeside ”Hjerteinsufficiens (hjertesvigt)”.

2.6 Populationsanalyse

2.6.1 Iskæmisk hjertesygdom

Den hyppigst forekommende hjertesygdom i Danmark er iskæmisk hjertesygdom. I 2015 levede ca. 160.000 mennesker med iskæmisk hjertesygdom, mens der hvert år er ca. 20.000 mennesker, der får konstateret iskæmisk hjertesygdom. Antallet af mennesker, der får konstateret iskæmisk hjertesygdom, er forholdsvis konstant i perioden 2006 til 2015, mens antallet af mennesker, der lever med iskæmisk hjertesygdom er steget i samme periode. Dette skyldes den demografiske udvikling med flere ældre og et fald i dødeligheden (4).

Forekomsten af iskæmisk hjertesygdom stiger med alderen og hovedparten af mennesker, der får iskæmisk hjertesygdom, er over 55 år. Der er en overrepræsentation af mænd i alle aldersgrupper op til 85 år. Efter overgangsalderen har kvinder samme risiko for at udvikle iskæmisk hjertesygdom som mænd. Årsagen hertil er ikke klarlagt(4,5).

Udviklingen af iskæmisk hjertesygdom sker over en længere årrække og hertil bidrager bl.a. genetiske faktorer, biologiske faktorer (forhøjet kolesterol, forhøjet blodtryk, forhøjet blodsukker samt overvægt) og livsstil. Sundhedsvaner (rygning, kost, alkoholforbrug og fysisk aktivitet) påvirker risikoen for iskæmisk hjertesygdom (5). Forebyggelsesindsatser med positiv effekt på en række af disse faktorer har forårsaget et fald i dødeligheden efter iskæmisk hjertesygdom. Iskæmisk hjertesygdom tegner sig dog for størsteparten af dødsfald forårsaget af hjertesygdomme, og er årsag til et gennemsnitligt tab i middellevetid på et år og en måned for mænd og otte måneder for kvinder (5).

Familiar Hyperkolesterolemie er en stærk arvelig risikofaktor for tidlig udvikling af iskæmisk hjertesygdom, og nyere studier har påvist en højere forekomst end tidligere antaget samt en betydelig underdiagnosticering i Danmark(6,7).

Risikoen for udvikling af iskæmisk hjertesygdom er øget blandt patienter med type 1- og type 2-diabetes. Blandt mennesker med hjertesygdom har op mod halvdelen enten diabetes eller forstadier til diabetes (8).

Der ses en betydelig social ulighed i forekomsten af iskæmisk hjertesygdom, og den sociale ulighed gør sig også gældende i forhold til dødelighed (4,5).

Årligt koster iskæmisk hjertesygdom ca. 1,8 mia. kr. i behandling og pleje, hvoraf udgifter til indlæggelse udgør ca. 80 pct. af omkostningerne. Iskæmisk hjertesygdom tegner sig for hovedparten af indlæggelserne blandt mennesker med hjertesygdom, og i 2010-2012 var der i gennemsnit ca. 30.000 somatiske indlæggelser. De højeste antal indlæggelser var blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse. Mennesker med iskæmisk hjertesygdom har endvidere samlet 790.000 flere årlige besøg hos alment praktiserende læge end personer uden iskæmisk hjertesygdom, hvilket svarer til to pct. af alle besøg hos den praktiserende læge. Sygdommen medfører yderligere omkostninger på 1,9 mia. kr. grundet tabt produktion, som er størst blandt mænd i alle aldersgrupper. Produktionstabt kan hovedsageligt tilskrives for tidlig død, mens også sygedage og førtidspension har betydning for de samlede omkostninger. Årligt medfører iskæmisk hjertesygdom ca. 170 nytilkendte førtidspensioner. Både omkostninger og produktionstab modsvares af en besparelse i fremtiden som følge af tidlig død (5).

2.6.2 Hjerterytmeforstyrrelse

I 2015 levede ca. 120.000 mennesker med atrieflimren, der er den hyppigst forekomne hjerterytmeforstyrrelse i Danmark. Hvert år er der ca. 20.000 mennesker, der får påvist atrieflimren, hvilket er en stigning fra 2006, hvor ca. 14.700 fik konstateret atrieflimren. Denne stigning er sket for begge køn. Forekomsten er højest blandt mænd i alle aldersgrupper. Risikoen for udvikling af atrieflimren stiger med alderen frem til 85-års alderen (4).

I 2015 døde ca. 750 mennesker af atrieflimren, hvoraf ca. 55 pct. forekom blandt kvinder. Selvom arytmi i sig selv ikke er livstruende, synes der således at være en sammenhæng mellem atrieflimren og øget dødelighed. Risikoen for at dø som følge af atrieflimren stiger med alderen og størstedelen af dødsfaldene forekommer blandt mennesker over 85 år. Der er observeret en social ulighed ved hertesvigt, hvor der ses en øget dødelighed blandt mennesker med kort uddannelse. Udviklingen i dødelighed af atrieflimren er steget fra 2006 til 2010, hvorefter dødeligheden igen er faldet frem til 2015(4,9).

Mennesker med atrieflimren har en fem gange forøget risiko for at få apopleksi, og det estimeres, at ca. 25 pct. af alle apopleksitilfælde skyldes atrieflimren (9).

Indlæggelse for atrieflimren/flagren har været stigende fra 2006 – 2015 (4). Stigningen skyldes til dels et øget antal patienter, der overlever efter blodprop i hjertet og hertesvigt, og som efterfølgende udvikler hjerterytmeforstyrrelser. Samtidig har behandlingstilbuddet ændret sig, så man udover blodfortyndende behandling har forsøgt at genoprette normal hjerterytme ved et kontrolleret stød, hvilket foregår under indlæggelse (10).

De præcise samfundsøkonomiske omkostninger kendes ikke, men må formodes at være betydelige. Det skyldes, at der foruden de direkte omkostninger i forbindelse med behandling af arytmi også er omkostninger i forbindelse med apopleksi blandt patienter med atrieflimren (11).

2.6.3 Hjerteklapsygdom

Fra 2006 til 2015 er der sket en stigning i antallet af mennesker med hjerteklapsygdom. I 2015 levede ca. 33.000 personer med en hjerteklapsygdom, og hvert år er der ca. 6.000 nye tilfælde af hjerteklapsygdom. Forekomsten af hjerteklapsygdom stiger med alderen frem til det 84. år, hvorefter det falder igen. I 2015 var lidt over halvdelen af nye tilfælde af hjerteklapsygdom blandt mænd, og forekomsten er højere blandt mænd i alle aldersgrupper på nær blandt mænd 85+ år (10). Der ses en social ulighed i forekomsten, hvor mennesker med kort uddannelse har højere forekomst af hjerteklapsygdom end mennesker med lang uddannelse (4).

Hjerteklapsygdom kan skyldes flere ting, fx lokal degeneration eller forkalkning af hjerteklapperne, medfødte forandringer eller som følge af infektionssygdomme eller iskæmisk hjertesygdom (12).

Dødeligheden blandt mennesker med hjerteklapsygdom har været nogenlunde konstant fra 2006 – 2015 og er forholdsvis lav, hvilket kan skyldes adgang til effektive behandlinger, særligt operation. I 2015 døde knap 600 mennesker af hjerteklapsygdom(4).

2.6.4 Hjertesvigt

I Danmark levede ca. 60.000 mennesker med hjertesvigt i 2015, og mens der var ca. 12.000 nye tilfælde af hjertesvigt i samme år. Forekomsten stiger med alderen og ca. 45 pct. af alle nye tilfælde af hjertesvigt hos mænd forekommer hos mænd over 75 år. Som for de øvrige hjertesygdomme er der flere mænd end kvinder, der udvikler hjertesvigt, og for hjertesvigt er ca. 60 pct. mænd. Denne overrepræsentation af mænd er tilfældet i alle aldersgrupper på nær den ældste aldersgruppe 85+ (10,13).

Omkring halvdelen af mennesker med hjertesvigt har andre kroniske sygdomme, og nogle kombinationer af sygdomme er mere udbredte. Ca. 25 pct. af mennesker med hjertesvigt har samtidig Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og/eller type 2-diabetes, hvilket især skyldes, at hjertesygdom er en hyppig følgesygdom til KOL og type 2-diabetes (13).

Den hyppigste årsag til hjertesvigt er iskæmisk hjertesygdom/blodprop i hjertets kranspulsårer med tab af hjertemuskelvæv. Andre årsager er blandt andet hypertension, sygdomme i hjertemuskulaturen (kardiomyopati) og atrieflimren (14).

Hjertesvigt er forbundet med en høj dødelighed. Det estimeres, at 1-års mortalitetsraten er på ca. 20 pct., og blandt de sværeste tilfælde på 50 pct. Årligt dør ca. 1.300 mennesker af hjertesvigt, hvilket primært forekommer blandt mennesker over 85 år. Dødeligheden er faldet siden 2005 (10,14).

Der ses en social ulighed ved hjertesvigt, idet der er observeret en sammenhæng imellem længden af uddannelse og forekomst og dødelighed (4,10).

Hjertesvigt er forbundet med betydelig aktivitet i sundhedsvæsenet. Mennesker med hjertesvigt er i gennemsnit i kontakt med sundhedsvæsenet 33 gange om året, og heraf udgør besøg hos praktiserende læge de fleste dage efterfulgt af ambulans behandling (15).

3 Mistanke om hjertesygdom

3.1 Indledende vurdering og henvisning

Når mistanken om hjertesygdom opstår, har almen praksis følgende opgaver:

- At foretage en indledende vurdering, herunder basale undersøgelser².
- At inddrage patienten i sygdomsmistanken og beslutning om plan for forløbet.
- At henvise til videre udredning og behandling (ved behov herfor).
- At påbegynde tidlig behandling (ved behov herfor).

Afhængig af den praktiserende læges indledende vurdering af patientens tilstand skal et mindre antal patienter henvises akut til udredning og behandling under indlæggelse på sygehus. Hovedparten af patienterne kan imidlertid udredes ambulant, enten på sygehusambulatoriet, hos praktiserende kardiolog eller i almen praksis suppleret med undersøgelser på sygehus/hos praktiserende kardiolog. Fælles for alle forløb er, at kommunikationen mellem almen praksis, sygehus, kommune og øvrig praksissektor er afgørende for et sammenhængende og godt patientforløb. I den indledende fase er det især kommunikationen *fra* almen praksis *til* sygehuset, og den gensidige forståelse og ansvarsdeling, som spiller en stor rolle.

Det gælder særligt for hjertesygdomme, at de kan opstå akut eller pludselig kan ændre karakter til at være livstruende, hvormed tiden bliver en central faktor for patientens prognose. Det er derfor væsentligt, at den praktiserende læge i sin henvisning til- og kommunikation med modtagende afdeling er helt eksplicit om patientens symptomer og objektive fund, da dette er afgørende for den modtagende kardiologiske afdelings vurdering ved visitation af henvisningen, og dermed for patientens videre udredning, behandling og behandlingsresultat.

3.1.1 Indledende vurdering og basale undersøgelser

Praktiserende læge foretager en indledende klinisk vurdering af, hvor akut/alvorlig tilstanden er. Afhængigt af denne vurdering beslutter den praktiserende læge, om patienten skal indlægges akut, eller henvises til et ambulant udrednings- og behandlingsforløb.

Som et led i den indledende vurdering foretages basale objektive undersøgelser, der som minimum omfatter vitale værdier (blodtryk, puls, respiration), stetoskopi af hjerte og lunger samt eventuelt EKG. Eventuelt uventede fund kan give anledning til en revurdering af, hvor akut/alvorlig tilstanden er og dermed henvisningsmåden (fx fund af ST-elevation på EKG). Ved behov igangsætter praktiserende læge relevant farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling, fx acetylsalicylsyre, nitroglycerin og opfordring til eventuel rygeophør til patienter med stabil angina pectoris og oral antikoagulationsbehandling hos patienter med dokumenteret atrieflimren og moderat til høj risiko for tromboemboliske komplikationer.

² Ved behov for akut indlæggelse bør informationer om hjerteanamnese, komorbiditet og andre væsentlige oplysninger videregives til modtagne afdeling.

I tvivlstilfælde kontaktes vagthavende kardiolog på sygehuset telefonisk for en hurtig afklaring.

3.1.2 Indlæggelse ved AKS og andre akutte medicinske tilstande

Diagnosen AKS kan kun verificeres ved en kombination af symptomer, EKG-forandringer og biokemiske iskæmi-markører. Derfor er umiddelbar transport til sygehus med ambulance væsentlig ved mistanke om AKS. Ambulancetransporten bør rekvireres som udrykningskørsel (kørsel 1). Lægen skal forblive hos patienten til ambulancens ankomst, og behov for ledsagelse af læge skal vurderes i det enkelte tilfælde. Proceduren gælder også andre akutte tilstande, hvor hurtig diagnostisk afklaring og specifik behandling er afgørende (16).

3.1.3 Henvisning til ambulat udredning og behandling

Den praktiserende læge foretager en indledende vurdering, jf. kapitel 3.1.1. Patienten inddrages i mistanken om hjertesygdom og i resultatet af den indledende vurdering inklusive undersøgelsesfund med henblik på fælles beslutning om videre forløb.

Hvis den indledende vurdering giver grundlag for henvisning til ambulat udredning og behandling på grund af mistanke om- eller kendt hjertesygdom, udfylder den praktiserende læge en henvisning. Ved henvisning forstås en systematisk og fyldestgørende henvisning fra almen praksis til kardiologisk speciallæge på sygehus eller til kardiologisk speciallægepraksis. På dette grundlag har den visiterende kardiolog mulighed for at vurdere, om/hvilken hjertesygdom der mistænkes, eller er tale om, og mulighed for at iværksætte hurtig udredning og behandling. I tilfælde af tvivl kan den praktiserende læge kontakte vagthavende kardiolog telefonisk med henblik på en afklaring af forløbet, herunder henvisningsprocedure, jf. også afsnit 3.1.1 og 3.1.2 om indledende vurdering og akut indlæggelse ved AKS.

Henvisningen bør omfatte:

- Struktureret hjertereanamnese, jf. nedenfor
- Oplysninger om risikofaktorer (familiær disposition, hypertension, diabetes, kolesterol-niveau og tobaksrygning).
- Oplysninger om anden komorbiditet, som også kan være en risikofaktor, fx demens, nyresygdom, KOL, psykisk sygdom og/eller misbrug Oplysning om dagligt funktionsniveau, herunder eventuelle nylige ændringer
- Relevante undersøgelsesfund, fx blodtryk, EKG og stetoskopisk mislyd
- Iværksatte undersøgelser, fx blodprøver, som er relevante for modtagende afdeling
- Præcisering af om der ønskes fuld udredning, eller om der ønskes en enkelt undersøgelse, hvor den praktiserende læge fortsat ønsker at være tovholder
- Hvad der er aftalt med patienten omkring forløbet
- Direkte telefonnummer til patienten og til henvisende læge

Den strukturerede hjerteanamnese er den systematiske symptombeskrivelse, som er det centrale element i enhver henvisning til udredning for hjertesygdom. Hvis den praktiserende læge har mistanke om en specifik hjertesygdom, kan dette fremgå af henvisningen, men det er ikke en nødvendighed. Uanset om der er mistanke om en bestemt hjertesygdom, eller der er tale om mere uspecifikke symptomer, skal henvisningen indeholde tydelig information om tilstedeværelse eller fravær af følgende karakteristiske symptomer på hjertesygdom:

- Angina pectoris: ja/nej. Hvis ja, angives hyppighed og udløsende faktorer, samt effekt af nitroglycerin
- Åndenød: ja/nej. Hvis ja, angives udløsende faktorer, og eventuel ortopnø (åndenød i liggende stilling)
- Arytmifornemmelse: ja/nej. Hvis ja, angives hyppighed.
- Synkope: ja/nej. Hvis ja, angives hyppighed og udløsende faktorer.
- Ødemer: ja/nej
- Eventuelle øvrige symptomer
- Beskrivelse af patientens funktionsniveau

Komorbiditet/multisygdom hos hjertepatienter har betydning for udredning, behandling samt rehabilitering og palliation. Det er derfor nødvendigt, at alle væsentlige tilgængelige oplysninger om komorbiditet fra start videregives af almen praksis³.

Det bør tydeligt fremgå af henvisningen, om patienten henvises til fuld udredning og behandling, eller der henvises til supplerende undersøgelser på sygehus eller i speciallægepraksis, hvor almen praksis forestår udredning og behandling. Henvisningsproceduren kan således foregå i to forskellige ”spor”, men henvisningen indeholder samme oplysninger. Det skal tydeligt fremgå, hvis almen praksis ønsker at beholde behandlingsansvaret. Udfaldet af den kardiologiske vurdering/udredning kan imidlertid føre til, at patienten alligevel udredes fuldt i samme forløb. I så fald påhviler det modtagende afdeling/speciallægepraksis at tage kontakt til henvisende læge og informere herom.

3.1.4 Behandlingsansvar i ventetiden frem til påbegyndelse af udredning

Fra henvisningen er afsendt fra praktiserende læge og til patienten ses første gang på sygehus, eller hos praktiserende kardiologisk speciallæge, er patientens egen læge ansvarlig for den fortsatte behandling. Dette er også tilfældet, hvis kardiologisk afdeling efterspørger yderligere information end de fremsendte i henvisningen for at gennemføre udredningen. I perioden frem til patienten ses på sygehus/kardiologisk speciallæge bør der fokuseres på behandling af risikofaktorer og eventuel komorbiditet, og det bør overvejes, om symptomlindrende behandling, som fx

³ I Sundhedsstyrelsens notat om håndtering af komorbiditet i forbindelse med pakkeforløb for kræft beskrives området yderligere. Notatet findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

antianginøs medicin ved angina pectoris eller diuretika ved mistanke om hjertesvigt, kan være indiceret.

3.1.5 Forholdsregler for patienten

Patienten informeres om alarmsymptomer og forholdsregler, der måtte være i en eventuel ventetid, og som bør give anledning til at kontakte praktiserende læge/lægevagt eller ringe 1-1-2. Patienten instrueres i eventuel brug af medicin i ventetiden. Patienten orienteres endvidere om at henvende sig til praktiserende læge, hvis patienten ikke modtager en indkaldelse til undersøgelse eller behandling inden for 8 dage (17).

3.2 Organisering

Ved indlæggelse overgår behandlingsansvaret fra praktiserende læge til sygehuset. For ambulante patienter er almen praksis normalt tovholder for den samlede sundhedsfaglige indsats. Ved patienter i ambulante forløb på sygehus eller i kardiologisk speciallægepraksis betyder det, at almen praksis normalt vil have behandlingsansvaret for behandling af komorbiditet, mens sygehuset/kardiologisk speciallægepraksis har ansvaret for behandlingen af hjertesygdommen. Dette skal dog afpasses efter omstændighederne og tydeligt aftales i hvert enkelt tilfælde. For patienter, der udredes i almen praksis, men henvises til sygehus/kardiologisk speciallægepraksis for at få foretaget enkelte supplerende undersøgelser, ligger behandlingsansvaret gennem hele forløbet i almen praksis. Som tovholder kan almen praksis også foranstalte forebyggende, rehabiliterende og andre opfølgende indsatser i samarbejde med kommunen og sygehuset.

4 Udredning og behandling på sygehus/speciallægepraksis

4.1 Generelt om udredning og behandling

Når sygehuset/kardiologisk speciallægepraksis modtager en henvisning til udredning og behandling, vil forløbet afhænge af, om patienten er henvist til fuld udredning eller til en enkeltstående undersøgelse, jf. kap 3.1.3 om henvisning.

Ved hjælp af henvisningen, som systematisk beskriver patientens hjertesymptomer, jf. afsnit 3.1.3, undersøgelsesfund, betydende komorbiditet og funktionsniveau, kan kardiologen planlægge patientens forløb i sygehusregi/kardiologisk speciallægepraksis.

Komorbiditet/multisygdom bør erkendes tidligst muligt i patientforløbet, da en hurtig stabilisering og eventuel nødvendig behandling af patientens konkurrerende sygdom(me) kan være en forudsætning for et godt forløb. Det påhviler den ansvarlige afdeling at udarbejde en plan for hurtigt stabilisering af patienter med komorbiditet. Koordination på behandlerniveau specialerne imellem kan, udover at bidrage til et godt forløb, mindske risikoen for fx unødvendig polyfarmaci eller unødvendige ambulante besøg.

Patienter med nedsat funktionsniveau og særligt behov for støtte under udredning og behandling bør ligeledes identificeres så tidligt som muligt af den ansvarlige sygehusafdeling, så en koordination mellem den udredende afdeling, behandlende afdelinger mv. kan ske.

For detaljer i forhold til udredning og behandling henvises under hvert sygdomsafsnit til relevante Nationale Behandlingsvejledninger fra Dansk Cardiologisk Selskab.

Der anbefales løbende vurderinger af patienter i udredning og behandling for nævnte hjertesygdomme med hensyn til rehabilitering og palliation.

For alle patienter gælder det, at tidsrammen for udredning og behandles baseres på en lægefaglig vurdering af det individuelle behov. Den faktiske forløbstid varierer mellem patienter afhængig af bl.a. patientens almentilstand og omfanget af komorbiditet, jf. tidligere i kapitlet. Afholdelse af en eventuel MDT-konference bør indgå i denne vurdering af tid for undersøgelser og behandling.

Der gælder desuden lovmæssige krav for udredning og behandling af patienter med hjertesygdom, jf. kapitel 1.5 og bilag 3.

4.1.1 Stabil angina pectoris

Udredning og behandling skal følge anbefalingerne i National Behandlingsvejledning om ”Stabil iskæmisk hjertesygdom” (18).

4.1.2 Ustabil angina pectoris og NSTEMI (akut koronart syndrom)

Udredning og behandling skal følge anbefalingerne i National Behandlingsvejledning om ”Akut koronart syndrom” (19).

Anbefalede forløbstider

Udredning: Ved mistanke om ustabil angina pectoris eller NSTEMI indlægges patienten akut. Mistanke om ustabil angina pectoris/NSTEMI verificeres i det første døgn efter ankomst til kardiologisk modtageafsnit (alternativt medicinsk afdeling med kardiologisk funktion). Stillingtagen og henvisning til invasiv udredning bør foregå umiddelbart herefter. Anbefalet forløbstid fra start på udredning til afsluttet udredning med KAG og PCI (hvis indiceret) er 1-3 dage afhængig af patientens risiko.

Behandling: Anbefalet forløbstid for PCI behandling er 1-3 dage, som nævnt ovenfor. PCI kan med fordel udføres umiddelbart i forlængelse af KAG ("ad hoc"), med mindre der er behov for multidisciplinær teamkonference. Hvis det invasive behandlingstilbud i stedet omfatter CABG er fem - syv kalenderdages pausering med visse antitrombotika (blodfortyndende medicin) oftest nødvendig. I disse tilfælde bør CABG udføres senest på den syvende dag, dog med det forbehold, at faktorer omkring eventuel anden betydende komobiditet er tilstrækkeligt afdækket.

4.1.3 Atrieflimren/flagren

Udredning og behandling skal følge anbefalingerne i National Behandlingsvejledning om "Atrieflimren og atrieflagren"(20).

4.1.4 Øvrige hjerterytmeforstyrrelser

Udredning og behandling skal følge anbefalingerne i National Behandlingsvejledning om "Supraventrikulær takykardi"(21).

Anbefalede forløbstider

Behandling: For hjerterytmeforstyrrelser, der indikerer behov for pacemaker behandling, er den anbefalede forløbstid fra afslutning af udredning til start på behandling 7 dage.

4.1.5 Synkope af formodet kardiell årsag

Udredning og behandling skal følge anbefalingerne i National Behandlingsvejledning om "Synkope"(22).

Hvis der findes forhold, som sandsynliggør, at patienten har høj risiko for kardiovaskulære hændelser/død, skal initial udredning foregå under akut indlæggelse i kardiologisk regi, jf. National Behandlingsvejledning om synkope. Øvrige patienter kan udredes elektivt i ambulans regi. Da patienterne potentielt set kan komme alvorligt til skade i forbindelse med en synkope, og gentagne synkoper kan medføre indskrænkning i tilladelsen til at bevare kørekortet, bør patienter med synkope af formodet kardiell årsag udredes hurtigst muligt.

4.1.6 Hjerteklapsygdom

Udredning og behandling skal følge anbefalingerne i National Behandlingsvejledning om "Hjerteklapsygdom"(23).

Som hovedregel skal den medicinske behandling opstartes umiddelbart efter ekkokardiografi, hvis det er indiceret.

4.1.7 Hjertesvigt

Udredning og behandling skal følge anbefalingerne i National Behandlingsvejledning om "Kronisk hjertesvigt" (24) og "Akut hjertesvigt" (25).

Patienter med hjertesvigt bør generelt udredes hurtigt, dels med det formål af kunne iværksætte specifik behandling for selve hjertesvigtet, men også med henblik på at foretage yderligere udredning for andre tilstedeværende hjertesygdomme, som kan være medvirkende til udviklingen af hjertesvigt.

Specifik behandling for hjertesvigt vil oftest iværksættes ved første kontakt, hvor der foretages ekkokardiografi. Der bør være skærpet fokus på at sikre hjertesvigtpatienten den kortest mulige ventetid til invasiv behandling.

For hjertesvigtpatienter, der tilbydes hjertetransplantation vil vurderingen altid være individuel og udover at afhænge af patientens tilstand vil transplantationstidspunktet afhænge af adgangen til organer.

4.2 Multidisciplinær teamkonference

Patienter, der kan være mulige kandidater til hjerteoperation, eller patienter med anden kompliceret hjertesygdom skal drøftes ved en multidisciplinær teamkonference. Konferencen skal have følgende deltagere: hjertekirurg, invasiv kardiolog, non-invasiv kardiolog med særlige kompetencer indenfor ekkokardiografi og eventuelt anæstesiolog. Minimum én af deltagerene skal have et godt kendskab til patientens sygehistorie og eventuelle præferencer i forhold til mulige behandlingstilbud. Såfremt patienten har betydende komorbiditet fx cancersygdom, hæmatologiske lidelser, demens, KOL, nyresygdom, psykisk sygdom eller misbrugsproblematik, der kan komplicere det præ- og postoperative forløb, kan der indhentes ekspertudtalelse fra relevant speciale inden konferencen. Ved konferencen bør der foreligge alle billeddiagnostiske undersøgelser udført i udredningsforløbet, en grundig beskrivelse af patientens symptomatologi, oplysninger om komorbiditet og kendte risikofaktorer i forhold til hjertekirurgi og oplysninger om patientens funktionsniveau. Konferencens konklusion skal omfatte relevante behandlingsmuligheder inklusiv palliative indsatser og en plan for præoperativ forberedelse, og forberedelse af rehabilitering, jf. kapitel 4.3, med henblik på at forbedre det postoperative resultat og øge rehabiliteringspotentialet. Det anbefales, at der lokalt udarbejdes en tjekliste til brug forud for MDT konferencer.

4.3 Præoperativ forberedelse

For patienter, der er henvist til operation, vil der efter afsluttet udredning normalt være en mellemliggende tidsperiode, som bør udnyttes til at forberede patienten bedst muligt på det operative indgreb og til den efterfølgende rehabilitering. Formålet er dels at styrke patientens generelle helbredstilstand for derved at optimere resultatet af det operative indgreb, og dels at styrke rehabiliteringspotentialet og derigennem minimere funktionstab, forud for den efterfølgende rehabilitering.

Hjertemedicinske tilstande

I ventetiden frem til operation er det vigtigt, at patienten er optimalt hjertemedicinsk behandlet. Ved hjertesvigt kan anti-kongestiv behandling med fordel startes hurtigst muligt (fx diuretika, ACE - hæmmere (ACEI), angiotensin II-antagonister (AT2a)). Beta-blokker behandling skal, hvis ønsket, kun startes i den helt stabile hjertesvigt fase hos velkompenserede patienter og optitreres langsomt fra lav startdosis. Ved iskæmisk hjertesygdom eller atrieflimren er patienten i behandling med antitrombotisk og antikoagulerende medicin, og det er vigtigt, at der holdes de

anbefalede pauser med disse behandlinger, da det ellers kan blive nødvendigt at udskyde operationstidspunktet. Ikke alle kirurgiske indgreb kræver dog pausering med blodfortyndende medicin (26).

Andre tilstande

En hjertekirurgisk operation indebærer altid en postoperativ nedsættelse af nyrefunktionen. En præoperativ kontrol bør derfor omfatte pausering eller sanering af potentielle nyreskadelige medikamenter, som fx metformin og NSAID (Non Steroidal Anti-Inflammatory Drug). Forekomst af anæmi hos patienten på operationstidspunktet kan være en markør for anden sygdom, blødning eller mangeltilstande, og øger desuden risikoen for blodtransfusion perioperativt. Samlet set kan anæmien og eventuelle relaterede tilstande være skadelige for patienten i det perioperative forløb. Det anbefales derfor at undersøge årsager til anæmi og om muligt behandle anæmien.

Det anbefales, at den henvisende kardiologiske afdeling allerede på henvisningstidspunktet laver en tidlig vurdering af, hvilke indsatser patienten forventes at have behov for generelt i rehabiliteringsfasen og i tilfælde med stor sandsynlighed for en operation. Vurderingen kan med fordel foretages ved hjælp af en individuel risikostratificering, hvor patienten kan anbefales selv at varetage livsstilsændringer, eventuelt suppleret med kommunale tilbud, som fx rygestop, eller den kardiologiske afdeling kan henvise til almen praksis med henblik på en justering af patientens behandling for komorbiditet.

Den praktiserende læge har behandlingsansvaret for behandling af komorbiditet. Er der behov for en koordinerende indsats i forhold til flere specialer, fx hos patienter med mere komplekse tilstande/multisygdom, anbefales det, at den henvisende kardiologiske afdeling påtager sig ansvaret for at vurdere og koordinere den eventuelle præoperative optimering/forberedelse. En del patienter lider af flere kroniske sygdomme, fx KOL. Hos patienter med nedsat lungefunktion er det vigtigt, at deres medicinske behandling er optimeret inden operationstidspunktet. Såfremt patienten er tilknyttet et lungemedicinsk ambulatorie, bør et ambulant kontrolbesøg inden operationen overvejes. Ligeledes bør patienter med nyresygdom optimeres, således at nyretoksisk medicin i videst muligt omfang seponeres, og patienten er velhydreret.

Den præoperative forberedelse bør også foregå for patienter, som er indlagt i ventetiden, og her bør den afdeling, hvor patienten er indlagt, påtage sig ansvaret. Endelig vil der være en mindre gruppe af patienter, som ved MDT vurderes at have en særlig kirurgisk risiko, og som bør henvises til samtale med kirurg forud for indgrebet med henblik på inddragelse i beslutning og orientering om særlige risici.

Den henvisende kardiologiske afdeling bør så vidt muligt tilstræbe, at den præoperative risikovurdering og eventuelle præoperative optimering så vidt muligt skaber et grundlag for vellykket rehabilitering. Nedenfor ses forslag til forberedelse i ventetiden frem til operation.

- Forberedelse af eventuel pausering af antitrombotisk- og antikoagulationsbehandling
- Medicinsk optimering af hyppigt forekommende tilstande hos hjertepatienten, jf. tabel 1
- Vurdering ved tandlæge af patienter, der skal skal klapoperes, med henblik på, om der er behandlingskrævende sygdom

- Vurdering, kontrol og eventuel optimering af andre kroniske tilstande, eksempelvis:
 - Kræftsygdom
 - Hæmatologisk sygdom
 - Reumatologiske og systemiske sygdomme (fx systemisk lupus erythematosus)
 - Kronisk infektionssygdom (fx i urinveje og hud)
 - Nedsat nyrefunktion
 - Psykisk sygdom
 - Misbrugstilstande (stabil substitutions- eller afholdelsesterapi/vitamintilskud)
 - Epilepsi
 - Parkinsonisme
- Tobaksafvænning, fysisk træning- og ernæringsindsats

Tabel 1: Forslag til medicinsk optimering før invasiv behandling

Tilstand	Interventionsovervejelse
Hjertesvigt	<i>Beta-blokker, loop-diuretika, aldosteron-antagonist, ACEI, AT2a</i>
Iskæmisk hjertesygdom	<i>Beta-blokker, antitrombotisk behandling, lipidsænkende behandling</i>
Arytmi	<i>Rytme/frekvens kontrollerende farmaka, kontrol/etablering af ICD-enhed/Pacemaker</i>
Hypertensio Arterialis	<i>Beta-blokker, calcium-antagonister, vanddrivende medicin</i>
Kronisk lungesygdom	<i>Beta-agonister, inhalations steroid</i>
Nyrefunktions påvirkning	<i>Sanering af nyrepåvirkende medicin, stabil dialyse</i>
Elektrolytforstyrrelser	<i>Vanddrivende medicin, elektrolyt-substitution (eks. kalium)</i>
Anæmi	<i>Udredning og behandling af årsag (eks. Jern)</i>
Diabetes	<i>Peroral antidiabetika/insulin, ernæringsvejledning</i>
Cerebrovaskulær karsygdom	<i>Antitrombotika, vurdering af sygdom i halsarterier</i>

Den præoperative forberedelse vil både kunne optimere patientens tilstand i forhold til selve indgrebet (27-30) og i forhold til det postoperative forløb og opfølgningen, herunder rehabiliteringen. Ved behov bør andre specialer involveres. I forbindelse med patientens efterbehandling

efter udskrivelsen og før en genoptræningsplan udfærdiges, skal denne vurdering gentages/justeres.

4.3.1 Behandlingsansvar i ventetiden frem til invasiv behandling og operation

For patienter, der henvises til invasiv behandling på sygehus med specialiseret funktion, ligger behandlingsansvaret i ventetiden som udgangspunkt hos udredende afdeling. Ansvaret omfatter præoperativ optimering, herunder optimering af den medicinske behandling, risikofaktormodificering og planlægning af rehabiliteringsforløb forud for den invasive behandling samt fremskyndelse af den invasive behandling, hvis dette vurderes indiceret. Såfremt der er flere kardiologiske afdelinger involveret i udredningen (sygehus med hovedfunktion og sygehus med specialfunktion), skal det aftales, hvilken afdeling der har behandlingsansvaret i ventetiden til invasiv behandling.

4.4 Planlægning af opfølgning

Ved afslutning af behandlingsforløbet på sygehus eller i kardiologisk speciallægepraksis, hvad enten det gælder indlæggelse eller ambulant udredning og behandling, foretages en samlet behovsvurdering af patienten i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende, jf. figur 1.

Behovsvurderingen kan foretages i forbindelse med, at patienten udskrives, eller patienten kan gives en ambulant tid højst en til to uger efter udskrivelse. I behovsvurderingen fastsættes patientens individuelle behandlingsmål på baggrund af diagnose, prognose, risikoprofil og funktionsniveau samt patientens egne ønsker. Behovsvurderingen foretages af kardiolog eventuelt i samarbejde med andre relevante sundhedsprofessionelle og indeholder en vurdering af behovet for:

- Farmakologisk behandling af hjertesygdommen
- Risikofaktorkontrol
- Rehabilitering, herunder fysisk træning
- Palliation

Det vurderes, at langt de fleste patienter vil have behov for én eller flere rehabiliterende indsatser, og flertallet bør derfor henvises til en afklarende samtale herom i kommunen. Henvisningen bør sendes senest på udskrivelsestidspunktet med henblik på at undgå tab af rehabiliteringspotentiale. For patienter med behov for genoptræning på specialiseret niveau, foregår dette på sygehus, jf. 4.4.3.

Ved vurderingen af, om patienten har behov for rehabiliteringsindsatser, skal der være opmærksomhed på fortsættelse af eventuelt opstartede indsatser før operation.

4.4.1 Farmakologisk behandling af hjertesygdommen

Der bør udarbejdes en plan for den videre behandling og opfølgning, fx forløb i hjertesvigtsklinik. Den lægelige ansvarsfordeling i opfølgningsperioden, hvor patienten deltager i den fysiske træning, skal fremgå klart.

4.4.2 Risikofaktorkontrol

Vurderes det, at patienten har behov for risikofaktorkontrol, bør der lægges en plan, der indeholder behandlingsstrategi og – mål for risikofaktorerne blodtryk, hyperlipidæmi og diabetes samt en beskrivelse af det lægelige behandlingsansvar. Endvidere bør der være opmærksomhed på, at et stort alkoholforbrug kan være en udløsende og/eller forværrede faktor for visse hjertesygdomme, fx arytmi. Ved behov henvises til forebyggende samtale om alkohol eller misbrugsbehandling i kommunalt regi.

Patienter med hjerteklapprotese og tidligere betændelsestilstand ved hjerteklappen skal vejledes i antibiotikaproylakse ved fx tandlægeindgreb.

4.4.3 Vurdering af risiko og særlige behov ved fysisk træning

For patienter med behov for fysisk træning vurderer den udskrivende læge, om patienten kan opstarte fysisk træning umiddelbart efter udskrivelse, eller om patienten er i særlig risiko.

Det er altid en kardiologisk vurdering, hvorvidt en patient er i særlig risiko i forhold til fysisk træning. Patienter i særlig risiko er bl.a. patienter, der har fået indsat en ICD-enhed samt patienter, der er hjerteklapopererede og samtidig har hjertesvigt. Disse patienter skal have en specialiseret genoptræningsplan, og deres fysiske træning skal foregå i sygehusregi, eventuelt i en hjertesvigtssklinik. Derudover er der en gruppe af patienter, som kan være i særlig risiko for forværring i forbindelse med fysisk træning, og som før start på fysisk træning skal testes i sygehusregi med en maksimal, symptombegrænset arbejdstest med EKG og blodtryksovervågning for at vurdere, om fysisk træning er forbundet med en risiko. Her vurderes sikkerhed (arytmier, iskæmi, blodtryksfald) i forhold til fysisk træning ved maksimal belastning. Alle patienter, der kan bestå arbejdstesten og den heraf lægefaglige vurdering, vil kunne opstarte fysisk træning i kommunalt regi. De patienter, der bør testes i sygehusregi, har bl.a. følgende karakteristika (31):

- Hjertesvigt (EF \leq 40 %), og patienter med EF 40 – 50 pct. (gråzone)
- Iskæmisk hjertesygdom, der ikke er fuldt revaskulariserede
- Komorbiditet der ud fra en lægefaglig vurdering har betydning for den fysiske træning, fx kardiell kakeksi.

Hvis patienten vurderes at være i særlig risiko, skal den enkelte vurderes yderligere med en arbejdstest inden opstart. Det er vist, at tidlig opstart af fysisk træning har gavnlig effekt hos patienter med iskæmisk hjertesygdom(32). Det anbefales, at en eventuel arbejdstest forud for opstart af fysisk træning, foretages senest 14 dage efter udskrivelse, så fysisk træning kan igangsættes tidligst muligt.

Det bør i forhold til *fysisk træning* fremgå af henvisningen til den afklarende samtale, hvilken af nedenstående tre kategorier patienten befinder sig i:

- Patienten er vurderet klar til at kunne opstarte fysisk træning i kommunalt regi, og om der er udarbejdet en genoptræningsplan.

- Patienten *kan* være risikopatient og afventer arbejdstest på sygehus, inden fysisk træning kan påbegyndes. Kommunen skal afvente melding fra sygehuset, inden eventuel opstart af fysisk træning. Der skal lokalt aftales en procedure for denne kommunikation.
- Patienten er vurderet som risikopatient, og der er udarbejdet en genoptræningsplan til specialiseret genoptræning.

4.4.4 Palliation

Udskrivende læge vurderer behovet for en (fortsat) palliativ indsats, herunder om der er behov for henvisning til en specialiseret palliativ indsats på sygehus. Ved behov udarbejdes en plan herfor i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende (33).

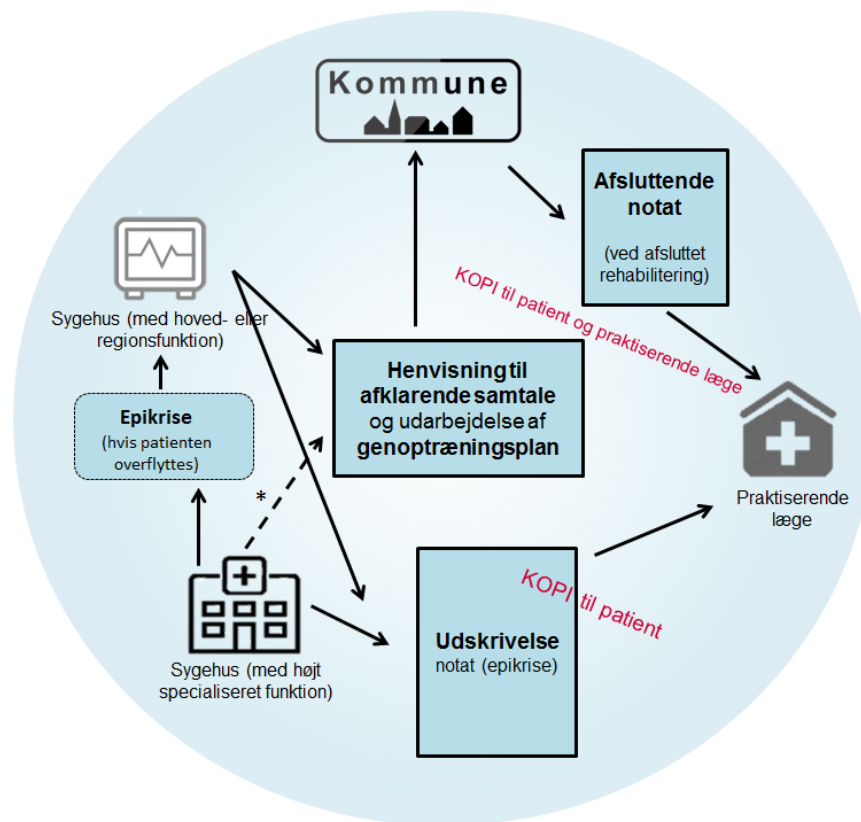
4.5 Kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle

Ved udskrivelse fremsender sygehuset en epikrise til almen praksis med information om forløbet på sygehuset og en plan for det efterfølgende forløb. Epikrisen for en patient med hjertesygdom, bør ud over vanligt indhold som diagnose, beskrivelse af udredning og behandling og medicinstatus, indeholde følgende informationer:

- Planlagt opfølgning
- Behandlingsstrategi og -mål i forhold til risikofaktorkontrol
- Hvorvidt der er sendt en henvisning til afklarende samtale i kommunen med henblik på rehabilitering, samt om der er udarbejdet en genoptræningsplan til henholdsvis almen eller specialiseret genoptræning
- Hvorvidt der er planlagt familieudredning ved mistanke om arveligt betinget hjertesygdom
- Vurdering af behov for palliation og eventuelt en plan herfor⁴
- Angivelse af det lægelige ansvar i forhold til eventuel forestående rehabilitering og palliation

⁴ Sundhedsstyrelsen er aktuelt i gang med at udarbejde anbefalinger for palliation.

Figur 2: Skriftlig kommunikation mellem sundhedsprofessionelle ved udskrivelse fra sygehus



4.6 Organisering

Under indlæggelse ligger behandlingsansvaret for den aktuelle hjertesygdom hos den behandlende kardiologiske afdeling på sygehuset, mens ansvaret for behandlingen af eventuel komorbiditet ligger hos den praktiserende læge eller anden speciallæge. Dette skal dog afpasses efter omstændighederne og tydeligt aftales i hvert enkelt tilfælde.

Ved udskrivelse har sygehuset ansvar for at afholde en afsluttende samtale med patienten, hvor henvisning til rehabilitering, eventuelt en genoptræningsplan og epikrise udarbejdes. Såfremt patienten har modtaget behandling på et sygehus med højt specialiseret funktion og overflyttes til sygehus med hoved- eller regionsfunktion, skal det aftales, hvilket sygehus der skal udarbejde en eventuel genoptræningsplan. Såfremt genoptræningsplanen aftales udarbejdet af sygehuset, som patienten overflyttes til, danner en fyldestgørende epikrise fra sygehuset med højt specialiseret funktion forudsætning for udarbejdelsen af genoptræningsplanen.

5 Opfølgning

5.1 Generelt om opfølgning

Når patienten er udskrevet fra sygehus fortsætter forløbet for mange patienters vedkommende, som beskrevet i afsnit 4.4 om planlægning af opfølgning. Opfølgning vil typisk inkludere farmakologisk behandling af hjertesygdommen, risikofaktorkontrol, (fortsat) rehabilitering og palliation.

For patienter med et kompliceret sygdomsbillede med flere samtidige problemstillinger/sygdomme, vil der ofte være behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats med løbende kommunikation aktørerne imellem.

Hvis patienter med svær kronisk hjertesygdom skal have foretaget en operation for en tilstand, der ikke er hjertespecifik, bør der være opmærksomhed på brugen af kardiologisk ekspertise hos patienter. Der henvises til National Behandlingsvejledning om ”Kardiel risikovurdering forud for ikke-hjerterelateret kirurgi”.

5.2 Farmakologisk behandling af hjertesygdommen

Optimering af den farmakologiske behandling er en forudsætning for vellykket rehabilitering. Optimal farmakologisk behandling er i særdeleshed vigtig i forhold til den fysiske træning. Færdig regulering af farmakologisk behandling er dog ikke altid en nødvendighed for opstart af fysisk træning. Patienter, som er stabile, og som efter vurdering ved kardiolog og ved individuel tilpasning, kan ofte starte umiddelbart efter udskrivelse (31). Optitrering af farmakologisk behandling varetages både under indlæggelse og efter udskrivelse.

5.3 Risikofaktorkontrol

Farmakologisk behandling med henblik på risikofaktorkontrol er individuelt tilrettelagt og kan foregå i forskelligt regi, herunder praktiserende læge, praktiserende kardiologisk speciallæge eller specialambulatorium.

Farmakologisk risikofaktorkontrol retter sig mod blodtryk, hyperlipidæmi og diabetes, men der bør også fokuseres på psykiske lidelser, der er en alvorlig risikofaktor og - prognostisk faktor for iskæmisk hjertesygdom (34).

Patienterne kan også have behov for tobaksafvænning og ernæringsindsats, jf. kapitel 4.4.3. Endvidere kan der for de enkelte hjertesygdomme være særlige sygdomsspecifikke risikofaktorer, som også bør håndteres.

5.4 Rehabilitering

Rehabiliteringsindsatser ved hjertesygdom består som udgangspunkt af indsatser vedrørende sygdomsmestring, ernæring, fysisk træning, tobaksafvænning og arbejdsfastholdelse, og det vurderes, at langt de fleste patienter vil have behov for én eller flere rehabiliteringsindsatser. Nogle patienter kan have behov for forebyggelsestilbud, og patienten henvises i disse tilfælde til kommunen.

Det er altid relevant at tage udgangspunkt i patientens funktionsevne, præferencer og ressourcer, herunder patientens sociale situation og psykiske reaktionsmønstre med henblik på, at der samtidig kan gives relevant støtte og blive iværksat relevante hjælpeforanstaltninger. I kommunal sammenhæng bør afklaringen foregå ved en afklarende samtale med patienten, hvor der tages stilling til, hvilke rehabiliteringsindsatser der er relevante for den enkelte patient (35).

Motivation, deltagelse samt fastholdelse af opnåede adfærdsændringer er vigtige elementer i rehabiliteringsprocessen, ligesom der skal være opmærksomhed på de udfordringer, der kan være i forhold til sårbare grupper.

Det er centralt, at der ved afslutning af et forløb samles op på eventuelt behov for opfølgning på rehabiliteringsindsatserne, herunder på opnåede adfærdsændringer, og at dette planlægges, koordineres og kommunikerer til patienten og eventuelt andre aktører (35). For monitorering og kvalitetssikring af rehabiliteringstilbud se kapitel 5.3.1.

Sygdomsmestring

Patienter med hjertesygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredstilstand kan have gavn af et tilbud om sygdomsmestring, tilbydes dette. For beskrivelse af indsatsens formål og indhold, samt generelle kompetencekrav hos de involverede fagpersoner henvises til ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”(35).

Særlige forhold vedrørende sygdomsmestring hos patienter med hjertesygdom:

- Det anbefales, at patienter med iskæmisk hjertesygdom tilbydes en psykosocial indsats, herunder opsporing af angst og depression. Det er ligeledes god praksis at tilbyde psykosocial indsats til patienter med hjertesvigt og patienter, som har fået hjerteklapoperation. Det anbefales, at opsporingen af angst og depression foregår i begyndelsen af rehabiliteringsforløbet, og at proceduren gentages løbende, da angst og depression også kan opstå på et senere tidspunkt i forløbet (36). Vurderingen med henblik på behovet for særlig psykosocial indsats bør foretages af sundhedsprofessionelle (minimum mellemlang sundhedsfaglig uddannelse) med særlig viden om hjertesygdom og psykiske følger. Behandling af angst og depression bør ske ved læge og/eller psykolog.
- Seksualitet er et relevant tema at drøfte med patienter med hjertesygdom (36). Emnet kan tages op af sundhedsprofessionelle (minimum mellemlang sundhedsfaglig uddannelse) med særlig viden om hjertesygdom.

Ernæringsindsats

Patienter, der ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af en ernæringsindsats, bør tilbydes dette. For beskrivelse af indsatsens formål, indholdselementer og generelle kompetencekrav hos de involverede fagpersoner henvises til ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”(35)

Særlige forhold vedrørende ernæring hos patienter med hjertesygdom:

- Hovedparten af patienter med hjertesygdom vil have behov for en individuel diætbehandling, hvilket bl.a. inkluderer diætvejledning. Der gives diætvejledning i henhold til beskrivelserne i den nationale behandlingsvejledning ”Hjerterehabilitering”(31), ”Den

Nationale Kosthåndbog” (37) og Klinisk Retningslinje ”Diætbehandling af dyslipidæmi og iskæmisk hjertesygdom” (38).

Fysisk træning

Fysisk træning er en vigtig indsats i rehabiliteringen og skal tilrettelægges individuelt under hensyntagen til situation, herunder de individuelle behov, forventninger og træningsmål. Det vurderes, at hovedparten af patienter med hjertesygdom ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold har gavn af fysisk træning som rehabiliterende indsats i forbindelse med deres hjertesygdom og derfor bør tilbydes dette.

Fysisk træning igangsættes efter at der er foretaget en kardiologisk vurdering af patientens risiko for gennemførelse af indsatsen, herunder stillingtagen til, i hvilket regi fysisk træning skal foregå og patientens præferencer, jf. kapitel 4.4.3.

Såfremt patienten vurderes at kunne træne i kommunalt regi henvises til ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom” for beskrivelse af indsatsens formål og indhold, samt kompetencekrav hos de involverede fagpersoner (35).

Særlige forhold vedrørende fysisk træning hos patienter med hjertesygdom:

- Hos nogle patienter vil der være behov for en trinvis opstart. Den fysiske træning skal planlægges og tilpasses individuelt og sygdomsspecifikt for henholdsvis iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapoperation(31).
- Hjemmebaseret fysisk træning kan overvejes hos visse patienter med kronisk hjertesvigt og andre patientgrupper, der har svært ved at deltage i et tilbud om fysisk træning (31).
- Efter hjertesygdom ses en let øget risiko for hjertestop i forhold til baggrundsbefolkningen i forbindelse med fysisk træning. Den sundhedsprofessionelle, der varetager og superviserer den fysiske træning, bør derfor have særlig viden om hjertesygdom, herunder de symptomer, der kan opstå hos patienter med hjertesygdom under fysisk træning, samt håndtering af disse symptomer, inkl. førstehjælp. Der skal under træningen være adgang til hjertestarter og let adgang for ambulancetransport.

Tobaksafvænning

Hos patienter med iskæmisk hjertesygdom er rygestop associeret med en betydelig og signifikant reduktion i risikoen for død og nyt hjerteinfarkt. Patienterne bør derfor tilbydes tobaksafvænning som en del af rehabiliteringen. Andre patienter med hjertesygdom, der ryger, bør også tilbydes tobaksafvænning som et generelt forebyggelsestilbud (35). For beskrivelse af indsatsens formål og indhold, samt kompetencekrav hos de involverede fagpersoner henvises til ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”(35).

Arbejdsfastholdelse

Hos patienter med en usikker tilknytning til arbejdsmarkedet er der behov for en særlig opmærksomhed på forebyggende foranstaltninger med henblik på fastholdelse af tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder eventuelt inddragelse af kommunal socialrådgiver, hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og sociale ydelser mv.

5.4.1 Kvalitetssikring

Kvaliteten af de rehabiliteringsindsatser, som ligger i de kardiologiske afdelinger, monitoreres ved Dansk Hjerterehabiliterings Register med fastlagte kvalitetsindikatorer. Den kommunale rehabiliteringsindsats bør monitoreres på samme måde. Kvalitetssikring af de kommunale indsatser har til formål at optimere praksis således, at patienterne får de bedst mulige indsatser til fremme af funktionsevne og med størst muligt udbytte.

Det anbefales, at kommunerne arbejder mod systematisk at dokumentere og monitorere rehabiliteringsindsatserne for derved at kunne tilbyde borgerne de bedst mulige indsatser til fremme af funktionsevne og med størst muligt udbytte. Det kan være for alle borgere som led i den daglige virksomhed, og/eller det kan være tilbagevendende og målrettet (35). Samtidig er det relevant at få viden om, hvorvidt de rette patienter tilbydes den rette indsats, samt om de accepterer og gennemfører tilbuddet/tilbuddene.

Som grundlag for kvalitetssikringen bør der for alle tilbud registreres og opgøres følgende:

- Antal henviste borgere
- Antal henviste borgere, hvor der afholdes en afklarende samtale
- Antal, der får ét/flere tilbud i forhold til den samlede population, der vurderes at kunne have gavn af ét/flere tilbud
- Antal, der påbegynder et tilbud
- Antal, der gennemfører et tilbud
- Køn, alder og uddannelsesniveau
- Deltagertilfredshed
- Udbytte af forløb ud fra fastlagte mål (fx røgfri efter seks måneder)
- Årsager til fravalg og frafald.

Det anbefales, at registreringen sker ensartet på tværs af kommuner, således at der er mulighed for at få fælles viden på området. Det bør ske ved at indberette og anvende nationale databaser i det omfang, de eksisterer, således at sammenligninger mellem forskellige dele af landet muliggøres (35).

5.4.2 Palliation

Patienter med hjertesygdom oplever ofte perioder med forværring af sygdommen og mere rolige perioder, hvor sygdommen er under kontrol. For eksempel oplever patienter med hjertesvigt hyppige genindlæggelser, hvor der kan være usikkerhed om, hvorvidt patienten overlever. Dette er en voldsom belastning både for patienten og de pårørende, og det uforudsigelige forløb kan være en udfordring i forhold til den palliative indsats sammenlignet med andre livtruende sygdomme. Det er væsentligt, at fagprofessionelle er opmærksomme på, at patienter og eventuelt pårørende kan have behov for en palliativ indsats allerede tidligt i sygdomsforløbet, så behovet vurderes løbende for at undgå, indsatsen ikke igangsættes for sent.

For beskrivelse af anbefalinger vedrørende den palliative indsats henvises til ”Anbefaling for den palliative indsats” (33).

5.4.3 Organisering

Den generelle udvikling i sundhedsvæsenet er på andre sygdomsområder, at rehabilitering i stadig højere grad varetages i kommunalt regi. Det anbefales, at rehabilitering hos patienter med hjertesygdom også følger denne udvikling fremadrettet, således at rehabiliteringsindsatser efter udskrivelse som udgangspunkt varetages i kommunalt regi.

Denne udvikling bør ske gradvist og er betinget af, at kommunerne etablerer tilbud som beskrevet i nærværende anbefalinger, de nationale behandlingsvejledninger og Sundhedsstyrelsens ’Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom’. Den løbende ændrede opgave- og ansvarsfordeling aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne.

Det er vigtigt, at det lokalt er afklaret, hvem der har det lægefaglige ansvar for patienten i perioden, hvor der foregår et forløb med fysisk træning. Der anbefales følgende fordeling af opgaver og ansvar mellem sygehus, kommuner og almen praksis:

Sygehuset (hjerteafdeling/hjertemedicinsk ambulatorium) har ansvaret for risikovurdering inklusiv eventuel test af arbejdskapacitet inden henvisning til fysisk træning samt udarbejdelse af genoptræningsplan samt for rådgivning til patienten. Sygehuset skal yde rådgivning af kommuner og praktiserende læger, eksempelvis rådgivning til de sundhedsprofessionelle i kommunen i forbindelse med den fysiske træning.

Almen praksis har det lægefaglige ansvar for en eventuel fortsættelse af den farmakologiske behandling efter afslutning på sygehus/kardiologisk speciallægepraksis og skal vurdere behovet for yderligere screening for angst og depression.

Kommunen varetager rehabilitering efter afslutning på sygehus. Tilbuddet bør samtænkes med øvrige tilbud i kommunen, herunder brug af hjælpemidler samt arbejdsrettet indsats i jobcenter med henblik på tilknytning til arbejdsmarkedet (for erhvervsaktive borgere). Kommunen varetager også forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, fx tobaksafvænnning.

Kommuner og regioner bør være opmærksomme på, at der sker en tilstrækkelig kommunikation til at understøtte koordinering af indsatserne i sygehusregi og i kommunalt regi.

6 Overblik over organisering

6.1 Arbejdsdeling og ansvar

Nærværende anbefalinger er baseret på den generelle opgavedeling mellem sygehus, almen praksis, kommune og øvrig praksissektor, som bl.a. fremgår af sundhedsloven og sundhedsaftalerne. Det betyder, at der kan være forskelle mellem regionerne og internt i regionerne.

Udvikling i opgavefordelinger bør ske styret og den løbende ændrede opgavefordeling skal aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne. Det er afgørende, at forløbene tilrettelægges med fokus på at skabe sammenhængende forløb gennem tydelig kommunikation og tydelig ansvarsfordeling, i særdeleshed ved overgange mellem almen praksis/kardiologisk speciallægepraksis og sygehus, kommunale rehabiliteringstilbud og andre kommunale indsatser. Forløbene bør derfor ske i et formaliseret tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem region og kommuner med deling af relevant information om patientforløbet. Det anbefales endvidere at sætte fokus på at fremme det relationelle samarbejde mellem de henvisende og modtagende aktører, fx gennem gensidige besøg og tilbagevendende fællesmøder.

Udgangspunktet for opgavefordelingen er:

Almen praksis

Praktiserende læge er tovholder for patientens forløb fra mistanke om hjertesygdom, til henvisning til sygehus og efter udskrivelse. Den praktiserende læge er ansvarlig for den indledende udredning for hjertesygdom, når patienten henvender sig, for viderehenvisning til relevante undersøgelser på sygehus, den indledende medicinske behandling samt varetagelse af tovholderfunktionen, herunder opfølgning efter sygehusindlæggelse.

Sygehuse/speciallæge i kardiologi

I sygehusregi/hos speciallæge i kardiologi varetages undersøgelser og behandling af hjertesygdom, herunder præ- og postoperativ vurdering af behov for rehabilitering, afsluttende samtale efter operation, henvisning til rehabilitering. Varetagelse af rehabilitering og palliation på specialiseret niveau, opfølgning i forhold til medicinsk behandling og palliation igennem forløbet. Ansvarlig for patientens forløb fra udredning til operation, herunder også for patientens eventuelle komorbiditet, såfremt det har betydning for behandlingen.

Kommuner

Kommunerne varetager rehabilitering til borgere med hjertesygdom. Rehabiliteringstilbud bør samtænkes med øvrige tilbud i kommunen, herunder hjemmesygepleje og arbejdsrettet indsats i jobcenter med henblik på tilknytning til arbejdsmarkedet (for erhvervsaktive borgere).

Et overblik over organiseringen og den skriftlige kommunikation mellem aktørerne ved udskrivelse fra sygehus fremgår af figur 2.

7 Implementering

Implementering handler om at bygge bro mellem viden og praksis, og nærværende anbefalinger er først fuldt implementeret, når alle patienter, som er en del af målgruppen og giver informeret samtykke, modtager den anbefalede indsats. Implementering bør værksættes, således at der er en national ensartet patientbehandling af høj kvalitet, med mulighed for regionale tilpasninger, som sikrer mest hensigtsmæssige tværsektionelle patientforløb lokalt. Det er ledelsen på sygehus, i almen praksis, kommuner og praktiserende speciallæger, der har det øverste driftsmæssige ansvar for at sikre implementering af anbefalingerne. Ændringer i opgavefordeling anbefales at ske systematisk og gradvist og skal aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne. Den løbende udvikling i den vidensbaserede konsensus sker bl.a. gennem videndeling blandt sundhedsprofessionelle, hvorfor de faglige selskaber forventes at bidrage til udbredelsen af kendskabet til anbefalingerne og til det vidensgrundlag, som de hviler på.

Implementering har større chance for succes, hvis den planlægges på baggrund af indsigt i de lokale forhold gerne ud fra en implementeringsplan. Det er den enkelte ledelses ansvar, at der udarbejdes en implementeringsplan, som personalet arbejder aktivt og systematisk efter. En implementeringsplan kan med fordel baseres på et overblik over, hvor meget anbefalingerne afviger fra praksis og en lokal analyse af faktorer, som kan fremme eller hæmme implementeringsprocessen. Med udgangspunkt i analysen kan ledelsen udvælge et eller flere implementeringstiltag, som indarbejdes i praksis, og hvor virkningen heraf efterfølgende vurderes løbende. Anbefalingerne sigter især på at forbedre overgange mellem sektorer herunder den gode overlevering af ansvaret for patienten. Det anbefales derfor, at implementeringsplanen bl.a. fokuserer på følgende:

- Udformning og indhold i henvisning fra almen praksis til sygehus
- Udformning og indhold i epikrise fra sygehus til almen praksis
- Retningslinjer for kommunikation mellem almen praksis, sygehuse og kommuner med deling af relevant information om patientforløbet

8 Monitorering

8.1 Sundhedsstyrelsens overvågning af hjerteområdet

National monitorering af hjerteområdet har frem til udgangen af 2016 omfattet en kvartalsvis monitorering af forløbstiderne for patienter i de tre hjertepakker (stabil angina pectoris, ustabil angina pectoris, hjertesvigt og hjerteklapsygdom). Desuden rapporterer den kliniske kvalitetsdatabase Dansk Hjerteregister årligt overlevelse, komplikationer og ventetider for udvalgte indgreb.

Monitorering af hjertepakkerne er fra januar 2017 udfaset og erstattet af Sundhedsstyrelsens ”Overvågning af udredning og udvalgte behandlingsforløb på hjerteområdet”, som er baseret på allerede eksisterende data fra Dansk Hjerteregister og Sundhedsdatastyrelsen. Sundhedsstyrelsens overvågning af hjerteområdet omfatter overholdelse af udredningsretten for alle patienter diagnosticeret med hjertesygdom, ventetider til invasiv diagnostik og invasiv behandling, samt overholdelse af reglerne for de maksimale ventetider for visse iskæmiske hjertesygdomme. Sundhedsstyrelsen rapporterer løbende resultaterne på nationalt og regionalt plan til Sundhedsstyrelsens nedsatte Task Force for hjerte- og kræftområdet og fortsætter, indtil Nyt Dansk Hjerteregister er implementeret, jf. nedenfor.

8.2 Nyt Dansk Hjerteregister og den fremtidige monitorering

Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP) har igangsat udviklingen af Nyt Dansk Hjerteregister (NDHR). NDHR skal baseres på det eksisterende danske hjerteregister, og skal desuden inkludere andre eksisterende sygehusbaserede databaser på hjerteområdet, dansk hjerterehabileringsdatabase, samt på sigt inkludere data fra det kommunale område og fra almen praksis.

Det bør tilstræbes, at det fremtidige NDHR omfatter national monitorering af væsentlige elementer i hele patientens forløb, med henblik på at understøtte en datadrevet implementering af patientforløbet som en helhed. Det bør omfatte relevante indikatorer for struktur, proces, effekt/resultat af behandling og rehabilitering, herunder patientrapporterede data, samt data for relevante forløbstider. Dette forudsætter, at der på nationalt niveau implementeres en tilstrækkeligt repræsentativ og ensartet registrering af de dele af forløbet, som ligger uden for sygehuset, samt at data for hele patientforløbet samles og tolkes på et fælles, nationalt grundlag. I den forbindelse vil det være relevant at arbejde hen mod, at alle kommuner kan indberette data til den Nationale Hjerterehabileringsdatabase.

9 Referenceliste

- (1) WHO.
WHO Guidelines on Health-Related Rehabilitation (Rehabilitation Guidelines)
. 2011; Available at: http://who.int/disabilities/care/rehabilitation_guidelines_concept.pdf.
- (2) WHO. WHO Definition of Palliative Care. 2012; Available at:
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- (3) Hjerteforeningen. Available at: <https://hjerteforeningen.dk>.
- (4) Statens Institut for Folkesundhed, Hjerteforeningen,. Hjertetal. 2015; Available at:
<https://hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjertetal/hjertetaldk/>. Accessed 1002, 2017.
- (5) Flachs E, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al.
Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme.
. København: Sundhedsstyrelsen: Statens Institut for Folkesundhed; 2015.
- (6) Bang L, Bundgaard H, Lund Henriksen F, Kjærulf Jensen H, Christian Klausen I, Lytken Larsen M, et al. DCS holdningspapir familiær hyperkolesterolaemi (FH). 2012; Available at:
http://www.cardio.dk/docman/doc_download/328-familiaer-hyperkolesterolaemi. Accessed 10.04.2017.
- (7) DCS Vejledning arvelige hjertesygdomme. 2013; Available at:
http://www.cardio.dk/component/docman/doc_download/496-arvelige-hjertesygdomme?Itemid=118. Accessed 10.04.2017.
- (8) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 26. Diabetes og hjertesygdom (NBV). 2017; Available at:
<http://nbv.cardio.dk/diabetes>. Accessed 26.04, 2017.
- (9) Husted S, Brandes A. Antitrombotisk behandling ved atrieflimren. 2013; Available at:
https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedssbladet/2013/rationel-farmakoterapi-5,-2013/antitrombotisk_behandling_ved_atrieflimren.
- (10) Bjerrum Kock M, Føns Johnsen N, Davidsen M, Juel K. Hjertekarsygdomme i 2011. : Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, og Hjerteforeningen; 2014.
- (11) Jakobsen M, Klausen Fredslund E, Kolodziejczyk C. Omkostninger ved blodprop i hjernen og blødninger blandt patienter med atrieflimren i Danmark. 2014; Available at:
https://www.kora.dk/media/2856350/10739_omkostninger_ved_blodprop.pdf.
- (12) Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. **Folkesundhedsrapporten Danmark 2007**. : Statens Institut for Folkesundhed; 2007.

- (13) Sundhedsdatastyrelsen. Borgere med multisygdom. 2015; Available at: <http://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/sygdomme/multisygdom>. Accessed 06.06, 2017.
- (14) Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). Kronisk systolisk hjerteinsufficiens 2013; Available at: <http://vejledninger.dsam.dk/media/files/8/hjerteinsufficiens.pdf>. Accessed 18.04, 2017.
- (15) Sundhedsdatastyrelsen. Store udgifter forbundet med multisygdom. 2015; Available at: <http://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sundhedsvaesnet/multisygdom/borgere-multisygdom.pdf?la=da>. Accessed 12.06, 2017.
- (16) Sundheds- og Ældreministeriet. Vejledning om behandling af patienter med akutte atypiske brystmerter (VEJ nr 9056 af 08/02/2010). 2010; Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130115>.
- (17) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. §12 (BEK nr 293 af 27/03/2017). 2017; Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=188398>.
- (18) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 3. Stabil iskæmisk hjertesygdom (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/ihs>. Accessed 18.04, 2017.
- (19) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 1. Akut koronart syndrom (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/aks>. Accessed 10.05, 2017.
- (20) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 15. Atrieflimren og atrieflagren (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/af>. Accessed 13.04, 2017.
- (21) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 17. Supraventrikulær takykardi (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/svt>. Accessed 12.04, 2017.
- (22) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 23. Synkope (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/synkope>. Accessed 12.04, 2017.
- (23) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 6. Hjerteklapsygdom (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/hjerteklapsygdom>. Accessed 10.05, 2017.
- (24) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 5. Kronisk hjertesvigt (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/chf>. Accessed 11.04, 2017.
- (25) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 4. Akut hjertesvigt (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/akut-hf>. Accessed 27.04, 2017.

- (26) Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase. Perioperativ regulering af antitrombotisk behandling. Retningslinje 2016. 2016; Available at: http://www.dsth.dk/pdf/PRAB_2016_WEB.pdf. Accessed 31/08/2017, 2017.
- (27) Thakrar S, Clevenger B, Mallett S. Patient Blood Management and perioperative anaemia. BJA Education 2017;17(1):28-34.
- (28) Cornelissen H, Arrowsmith. Preoperative assessment for cardiac surgery. Continuing education in anaesthesia, critical care & pain 2006;6(3):109.
- (29) Henriksen NA, Helgstrand F, Gögenur I. [Frail patients and surgery]. Ugeskrift for Læger 2016;178(47).
- (30) Weisberg, Weisberg, Wilson, Collard. Preoperative evaluation and preparation of the patient for cardiac surgery. Medical clinics of north america 2009;93(5):979.
- (31) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 29. Hjerterehabilitering (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/hjerterehabilitering>. Accessed 20.04, 2017.
- (32) Fell, Dale, Doherty. Does the timing of cardiac rehabilitation impact fitness outcomes? An observational analysis. 2015; Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4746523/pdf/openhrt-2015-000369.pdf>. Accessed 09/20, 2017.
- (33) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. 2017.
- (34) European Society of Cardiology. **2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice.** 2016; Available at: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/29/2315/1748952/2016-European-Guidelines-on-cardiovascular-disease>. Accessed 09/18, 2017.
- (35) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016; Available at: <https://www.sst.dk/da/nyheder/2016/~-/media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx>. Accessed 20.04, 2017.
- (36) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering (NKR) 2013; Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~-/media/401919781C684EE9AAE544EB5E76847B.ashx>. Accessed 20.04, 2017.
- (37) Kost og Ernæringsforbundet. Kosthåndbogen - et praktisk opslagsværk med de officielle anbefalinger for mad til - raske for at forebygge sygdom - syge for at behandle sygdom. 2016; Available at: <https://xn--kosthndbogen-xcb.dk/>. Accessed 09/19, 2017.

(38) SIG Kardiologi kliniske diætister. Klinisk Retningslinje: Diætbehandling af dyslipidæmi og iskæmisk hjertesygdom. 2011; Available at: http://www.diaetist.dk/media/134776/retningslinie_dyslip_2012.pdf. Accessed 09/19, 2017.

HØRINGSUDKAST

Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Arbejdsgruppens kommissorium
- Bilag 2:** Medlemmer i arbejdsgruppen
- Bilag 3:** Lovkrav vedrørende udredning og behandling af patienter med hjertesygdom

HØRINGSUDKAST

Bilag 1: Arbejdsgruppens kommissorium

Kommissorium for Arbejdsgruppe vedr. faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Baggrund

I 2010 blev der etableret pakkeforløb på hjerteområdet med henblik på at medvirke til at systematisere udredningen og behandlingen samt bidrage til en øget ensartethed af patientforløbet for patienter med udvalgte ikke-akutte hjertesygdomme. Der har været stor tilfredshed med det faglige indhold i pakkeforløbene. Imidlertid har der været en række udfordringer blandt med at formulere den begrundede mistanke om en bestemt hjertesygdom, hvilket er en af grundstenene i pakkeforløbsredskabet. Erfaringerne har også vist, at indsatsen med at registrere og monitorere forløbstiderne i pakkeforløbet har været vanskelig. På den baggrund udfases hjertepakkerne og erstattes af faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdomme. Sideløbende pågår et arbejde med at revidere monitoreringen af hjerteområdet.

Anbefalinger om tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdomme

Anbefalingerne har til formål at bidrage til en mere ensartet praksis af samme høje kvalitet og omfatter anbefalinger for det samlede forløb fra tidlig opsporing, diagnostik, udredning og behandling, til sundhedsfaglig rehabilitering, palliation og opfølgning. Endvidere indgår der anbefalinger for organisering, herunder rolle- og ansvarsfordeling. Anbefalingerne bygger på eksisterende viden i form af faglige retningslinjer, nationale kliniske retningslinjer, udvalgt litteratur mv.

Anbefalingerne skal i vidt omfang bibeholde det faglige indhold fra pakkerne, mens der vil blive tilføjet elementer relateret til fx opsporing, rehabilitering og palliation. Det betyder, at anbefalingerne vil omfatte det fagligt relevante indhold i hjertepakkerne og samtidigt supplere dette med indhold for så vidt angår den del af patientforløbet, der ligger før og efter pakkeforløbet. Der er således tale om en bredere tilgang end hjertepakkerne, og de organisatoriske udfordringer relateret til sammenhæng i patientforløbet adresseres. Anbefalingerne er relevante for og henvender sig til både kommune, sygehus og almen praksis.

Anbefalingernes målgruppe vil omfatte patienter med følgende diagnoser:

- Stabil angina pectoris
- Ustabil angina pectoris
- NSTEMI
- Hjerteklapsygdom
- Hjertesvigt

- Arytmi

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal rådgive Sundhedsstyrelsen i forhold til udarbejdelse af anbefalingerne. Arbejdsgruppen primære bidrag består i at drøfte og kvalificere Sundhedsstyrelsen oplæg, især hvad angår:

- Præcisering af patientgrupper i målgruppen
- Præhospital opsporing og diagnostik
- Udredning og behandling
- Rehabilitering og palliation
- Ansvars- og rollefordeling i patientforløbet

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppens sammensætning skal tilgodese, at der samlet set er den fornødne faglige ekspertise, og at der kan opnås opbakning til den organisatoriske forankring af indsatserne.

Arbejdsgruppen er repræsenteret ved følgende parter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Dansk Cardiologisk Selskab (2)
- Dansk Thoraxkirurgisk Selskab (1)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (2)
- Danske Patienter (1)
- Patientrepræsentant (1)
- KL/kommuner (1 + 2)
- Fagligt Selskab for Kardiiovaskulære og Thoraxkirurgiske Sygeplejersker (1)
- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Dansk Selskab for Palliativ Medicin (1)
- Danske Regioner/regioner (1 + 1)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)
- Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin (1)
- Dansk Radiologisk Selskab (1)
- Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (1)

Sundhedsstyrelsen kan indhente yderligere sagkyndig ekspertise.

Sundhedsdatastyrelsen inddrages ad hoc.

KL og Danske Regioner anmodes om at udpege de kommunale og regionale repræsentanter.

Danske Patienter anmodes om at udpege en patientrepræsentant.

Arbejdsgruppens møder

Sundhedsstyrelsen udarbejder oplæg til møderne, som arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer.

Efter møder i arbejdsgruppen udarbejder Sundhedsstyrelsen et beslutningsreferat, der udsendes cirka én uge efter mødets afholdelse.

Høringsudkast

Bilag 2: Medlemmer i arbejdsgruppen

Medlemmer af Arbejdsgruppen vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Dansk Cardiologisk Selskab

Overlæge og formand, Lene Holmvang

Overlæge Tina Svenstrup Poulsen

Dansk Selskab for Almen Medicin

Praktiserende læge Marius Andersen

Praktiserende læge Bo Christensen

Dansk Thoraxkirurgisk Selskab

Overlæge Christian Carranza

Fagligt Selskab for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske Sygeplejersker

Forløbsansvarlig, viceklinikchef, Elisabeth Birnbaum

Dansk Selskab for Fysioterapi

Fysioterapeut Margrethe Smidth

Dansk Selskab for Palliativ Medicin

Overlæge Torben Stodl Andersen

Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin

Afdelingslæge Rasmus Ripa

Dansk Radiologisk Selskab

Afdelingslæge Thomas Skårup Kristensen

Dansk Selskab for Anæstesiologisk og Intensiv Medicin

Afdelingslæge André Korshin

Hjerteforeningen

Overlæge og formand Anne Kaltoft

Danske Patienter

Patientrepræsentant Christian Zohnesen

Danske Regioner

Konsulent Line M. Rasmussen

KL

Konsulent Lone Vinhard

Kommunale repræsentanter

Hvidovre Kommune: Lægekonsulent Hanne Christensen

Randers Kommune: Faglig leder Jannie Fogh Kristensen

Regional repræsentant

Region Nordjylland: Klinikchef Carl-Otto Gøtzsche

Sundheds- og Ældreministeriet

Fuldmægtig Mathias Ørberg Dinesen

Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion

HØRINGSUDKAST

Bilag 3: Lovkrav vedrørende udredning og behandling af patienter med hjertesygdom

Lovkrav i forhold til udredning og behandling af patienter med hjertesygdom fremgår af to bekendtgørelser, der kort omtales nedenfor. Førstnævnte er relevant for udredning og behandling af alle patienter med hjertesygdom. Sidstnævnte er gælder kun for visse tilstande ved hos patienter med iskæmiske hjertesygdomme.

Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. (BEK nr 293 af 27/03/2017)

Patienter, som er henvist af alment praktiserende læge/speciallæge til diagnostisk undersøgelse til brug for lægen eller til udredning på sygehus, har ret til dette indenfor 1 måned. Kan dette ikke overholdes skal regionen udarbejde en udredningsplan. Ligeledes gælder en tidsfrist på 1 måned efter udredning, fra den dag hvor patienten henvises til behandling. Generelt medregnes i tidsfristerne for sygehusbehandling (den generelle udrednings- og behandlingsret) ikke perioder, hvor diagnostisk undersøgelse, udredning, og behandling, må udsættes på grund af personens helbredstilstand eller efter personens ønske. Retten til sygehusbehandling gælder for alle sygdomstilstande inklusive hjertesygdomme.

Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme (BEK nr 584 af 28/04/2015)

Udvalgte tilstande ved iskæmisk hjertesygdom er omfattet af reglerne om maksimale ventetider for behandling (udredning, behandling og efterbehandling). I disse tilfælde gælder tidsfrister som kortere end svarende til udredningsretten. De maksimale ventetider gælder kun for hjertesygdomme, hvor blodgennemstrømning i et eller flere blodkar kan genskabes ved et indgreb (revaskulariserende behandling). Det drejer sig om genåbning af kar (revaskulariserende indgreb) efter afsluttet udredning, hvor der er påvist venstre hovedstammesygdom, dokumenteret ustabil angina pectoris eller ved visse tilstande ved iskæmisk hjertesygdom⁵:

- Påvist venstre hovedstammesygdom (hjertesygdom forårsaget af åreforkalkning i en bestemt kranspulsåre i hjertet)
- Dokumenteret ustabil angina pectoris (svær form for hjertekramper på grund af forkalkning i hjertets kranspulsårer)
- Stabil angina pectoris indenfor 30 dage efter akut myokardieinfarkt (post-AMI-angina; dvs. hjertekramper kort tid efter blodprop i hjertet)

⁵ De maksimale ventetider fremgår af Bekendtgørelse nr 584 af 28/04/2015 om maksimale ventetider

For patienter med stabil angina pectoris gælder:

Ved påvist venstre hovedstammesygdom er en maksimal ventetid på 10 kalenderdage fra den dato, hvor patienten på baggrund af information fra det behandlende sygehus om diagnose og behandlingsmuligheder m.v. har givet samtykke til revaskularisering. Endvidere må der maksimalt gå 14 kalenderdage fra den dato, hvor sygehuset har modtaget henvisning med diagnosen venstre hovedstammesygdom stillet ved koronararteriografi, til den dato sygehuset har tilbudt at udføre revaskularisering. Fristerne gælder, medmindre hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger noget andet⁶.

For patienter med ustabil angina pectoris og NSTEMI (akut koronart syndrom) gælder:

Ved dokumenteret ustabil angina pectoris: 14 kalenderdage fra den dato, hvor patienten på baggrund af information fra det behandlende sygehus om diagnose og behandlingsmuligheder m.v. har givet samtykke til den konkrete behandling, til den dato sygehuset har tilbudt at gennemføre revaskulariseringen og senest i alt 21 kalenderdage fra den dato, hvor sygehuset har modtaget henvisning efter afsluttet udredning, til den dato sygehuset har tilbudt at udføre revaskularisering. Fristerne gælder, medmindre hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger noget andet.

⁶ BEK nr 584 af 28/04/2015