

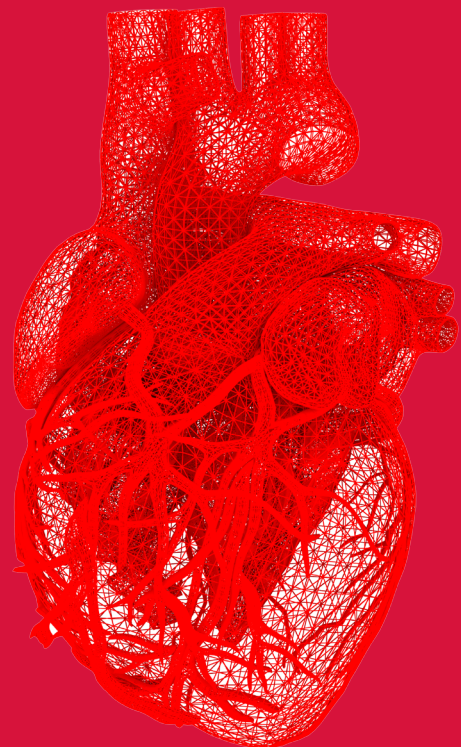


SUNDHEDSSTYRELSEN

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

ISKÆMISK HJERTESYGDOM
HJERTERYTMEFORSTYRRELSE
HJERTEKLAPSYGDOM
HJERTESVIGT

2018



Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

© Sundhedsstyrelsen, 2018.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 6. februar 2018

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Februar 2018

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-904-6.

Forsideillustration: Colourbox

Indhold

1	Indledning	7
1.1	Formål	7
1.2	Metode og vidensgrundlag	7
1.3	Læsevejledning	7
1.4	Anvendte begreber	9
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	13
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	16
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 ambulant 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 koronar 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	24
4.1.7	Hjertesvigt	24
4.2	Multidisciplinær teamkonference	24
4.3	Præoperativ forberedelse	25
4.3.1	Behandlingsansvar i ventetiden frem til invasiv behandling og operation	27
4.4	Planlægning af opfølgning på behandling, rehabilitering og palliation	27
4.4.1	Farmakologisk behandling af hjertesygdommen	28
4.4.2	Risikofaktorkontrol	28
4.4.3	Hyppige kliniske problemstillinger	28
4.4.4	Rehabilitering	28
4.4.5	Palliation	29
4.5	Kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle	29
4.6	Organisering	30
5	Opfølgning på behandling	31
5.1	Generelt om opfølgning på behandling	31
5.2	Farmakologisk behandling af hjertesygdommen	31
5.3	Risikofaktorkontrol	31
5.4	Organisering	31
6	Rehabilitering og palliation	32
6.1	Rehabilitering	32
6.1.1	Sygdomsmestring	33
6.1.2	Ernæringsindsats	33
6.1.3	Fysisk træning	34
6.1.4	Tobaksafvænning	35
6.1.5	Arbejdsfastholdelse	35
6.1.6	Kvalitetssikring af rehabilitering	35
6.2	Palliation	36
6.2.1	Kvalitetssikring af den palliative indsats	37
6.3	Organisering	37
7	Monitorering	39
7.1	Sundhedsstyrelsens overvågning af hjerteområdet	39
7.2	Nyt Dansk Hjerteregister og den fremtidige monitorering	39

8	Referenceliste	40
	Bilagsfortegnelse	44
	Bilag 1: Arbejdsgruppens kommissorium	45
	Bilag 2: Medlemmer i arbejdsgruppen	47

Forord

Siden 2010 har der været indført pakkeforløb for patienter med ikke-akutte livstruende hjertesygdomme. Et pakkeforløb er et patientforløb, der som udgangspunkt følger et på forhånd booket forløb fra begrundet mistanke om hjertesygdom, gennem udredning, diagnose, behandling og rehabilitering. Med opbakning fra både patientorganisationer og de faglige miljøer besluttede Sundhedsstyrelsen i 2017 at udfase pakkeforløbene på hjerteområdet og i stedet lave nye anbefalinger for det tværfaglige forløb for patienter med hjertesygdom. Med de nye anbefalinger er ambitionen, at den enkelte patient får tilbudt individuelt tilrettelagte og sammenhængende forløb, som er af høj kvalitet.

Anbefalingerne omhandler det samlede forløb fra mistanke opstår i almen praksis til behandling og opfølgning, herunder rehabilitering og palliation for mennesker med stabil angina pectoris, ustabil angina pectoris, NSTEMI, hjerterytmeforstyrrelser, hjerteklapsygdom og hjertesvigt. Endvidere indgår der anbefalinger for organisering, herunder rolle- og ansvarsfordeling og kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle. Anbefalingerne er således bredere og adresserer de organisatoriske udfordringer relateret til sammenhæng i patientforløbet.

Det har været en fælles dagsorden at skabe de bedst mulige indsatser i alle dele af forløbet, og at sætte fælles rammer for overgange mellem sektorer, hvor erfaring viser, at det kan være svært. Tak for det konstruktive samarbejde med udvikling af anbefalingerne til de involverede sundhedsprofessionelle på hjerteområdet, administratorer, patienter, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundheds- og Ældreministeriet samt Hjerteforeningen.

Anbefalingerne skal nu implementeres, hvilket er en ledelsesmæssig opgave på sygehus, i almen praksis, kommuner og hos praktiserende speciallæger. Implementering kræver et kontinuerligt fokus og en hensigtsmæssig prioritering af ressourcerne. Samtidig betyder den anbefalede opgavefordeling mellem sygehuse og kommuner i forhold til rehabilitering, at parterne bør arbejde tæt sammen om denne med henblik på at understøtte tilrettelæggelsen af kommunale tilbud som beskrevet i nationale behandlingsvejledninger. Denne opgaveflytning skal ske systematisk og gradvist afhængig af de lokale forhold og aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne.



Janet M. Samuel
Enhedschef, Sundhedsstyrelsen

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 kardiologisk afdeling eller kardiologisk speciallægepraksis med efterfølgende rehabilitering i kommunen og/eller på sygehus, hvor livet så vidt muligt skal normaliseres og tilbagefald forebygges. Under dette forløb er man som patient 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.

Med anbefalingerne lægges der op til, at rehabilitering for en stor gruppe patienter uden særlige risici varetages af kommunen. Denne opgave- og ansvarsændring skal altid aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne, og det forventes også, at anbefalingerne danner grundlag for fremtidige justeringer i lokale forløbsprogrammer for mennesker med hjertesygdom.

Anbefalingerne er primært henvendt til sundhedsfaglige ledere, planlæggere og sundhedspersonale, der beskæftiger sig med mennesker med hjertesygdom i almen praksis, på sygehusene, i kommunerne samt i den øvrige praksissektor.

1.2 Metode og vidensgrundlag

Anbefalingerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen med rådgivning fra en til formålet nedsat arbejdsgruppe med bred repræsentation. 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 og palliation. Som grundlag er anvendt eksisterende evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer og vejledninger for udredning og behandling af hjertesygdom, de tidligere hjertepakker, vejledninger for rehabilitering og palliation samt anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Endvidere indgår erfaringer fra patienter og fagfolk i arbejdsgruppen som supplement til de faglige vejledninger, retningslinjer mv. Vidensgrundlaget for de enkelte kapitler fremgår af referencelisten.

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 den enkelte få af- eller bekræftet mistanken undervejs i forløbet og blive tilbudt et kontrolforløb, medicinsk eller kirurgisk behandling. De fleste, der tilbydes farmakologisk eller kirurgisk behandling, har behov for rehabilitering, og nogle har behov for palliation.

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, anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen samt 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.

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 forløb. 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 kardiologisk afdeling på sygehus/speciallægepraksis.

Kapitel 4 ”Udredning og behandling på sygehus/speciallægepraksis” beskriver forløbet fra modtagelse af den henviste patient på den kardiologiske afdeling/speciallægepraksis til udskrivelse. 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 udvalgte hjertesygdomme og beskriver den præoperative forberedelse. Endelig beskrives forløbet omkring afslutning af indlæggelse/ambulant forløb, herunder behovsvurdering af patienten i forhold til det videre forløb og kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle.

Kapitel 5 ”Medicinsk opfølgning” beskriver forløbet efter indlæggelse/ambulant behandling i forhold til den farmakologiske behandling af hjertesygdommen og risikofaktorkontrol.

Kapitel 6 ”Rehabilitering og palliation” beskriver forløbet efter indlæggelse/ambulant behandling i forhold til rehabilitering og palliation.

Kapitel 7 ”Monitorering” beskriver den nuværende monitorering af indsatserne for mennesker med hjertesygdom samt visioner for den fremtidige monitorering.

¹ <https://danskepatienter.dk/vibis>

Kapitel 8 indeholder en referenceliste med henvisninger til den anvendte litteratur.

1.4 Anvendte begreber

Anbefalet forløbstid

Generelt skal en lægefaglig vurdering ligge til grund for, hvor hurtigt patienten skal udredes og behandles i hvert enkelt tilfælde. Anbefalingerne indeholder dog anbefalinger til forløbstider for enkelte udvalgte indsatser, hvor der er evidens for igangsættelsestidspunktets betydning for effekten af indsatsen. Anbefalet forløbstid er den tid, det som hovedregel anbefales, at 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 et 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 multidisciplinære konference, hvor der træffes en 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 grundlag. MDT følger faste retningslinjer aftalt mellem de relevante specialer/afdelinger og foregår enten ved en fysisk konference eller ved telefon/videokonference. MDT skal kunne fungere kontinuerligt både i ferieperioder og i forbindelse med sygdom, således at den nødvendige faglige kvalitet 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 anden litteratur anvendes begrebet 'hjerterehabilitering', hvor der beskrives rehabiliteringsindsatser målrettet veldefinerede grupper fx patienter med iskæmisk hjertesygdom. Imidlertid er nogle indsatser for patienter med hjertesygdom identisk med rehabiliteringsindsatser for andre patientgrupper med kronisk sygdom. I disse anbefalinger refereres der derfor til sundhedsfaglig rehabilitering, bestående af fysisk træning, tobaksafvænnning, ernæringsindsats og 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 seriel forlængelse af hinanden.

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).

Palliation forstås som indsatser, der:

- Tilbyder lindring af smerter og andre generende symptomer
- Bekræfter livet og opfatter døden som en naturlig proces
- Tilstræber hverken at fremskynde eller udsætte dødens indtræden
- Integrerer omsorgens psykiske og åndelige aspekter
- Tilbyder en støttefunktion for at hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt indtil døden
- Tilbyder en støttefunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet
- Anvender en tværfaglig teambaseret tilnærmelse for at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inklusive støtte i sorgen om nødvendigt
- Har til formål at fremme livskvaliteten og kan også have positiv indvirkning på sygdommens forløb
- Kan indsættes tidligt i sygdomsforløbet, i sammenhæng med andre behandlinger, som udføres med henblik på livsforlængelse, som fx farmakologisk behandling ved hjertesvigt eller primær/ sekundær profylaktisk ICD-behandling, og inkluderer de undersøgelser, som er nødvendige for bedre at forstå og håndtere lidelsesfyldte kliniske komplikationer (3).

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 fra start og igennem hele sygdomsforløbet.

Den palliative indsats kan være svær at afgrænse fra rehabilitering, og der er et overlap i definitionerne. Både rehabilitering og palliation har til formål at fremme livskvaliteten for den enkelte og dennes pårørende ud fra en helhedsorienteret tilgang med udgangspunkt i den enkeltes behov. Dette afspejles allerede i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats fra 2011.

Patienter og borgere

Målgruppen for anbefalingerne benævnes igennem anbefalingerne forskelligt afhængig af sammenhængen. Betegnelsen 'mennesker'/'personer' benyttes, når der refereres til målgruppen på populationsniveau, 'patienter' benyttes i beskrivelsen af regionale indsatser og indsatser i praksissektoren, mens betegnelsen 'borger' benyttes i beskrivelsen af kommunale indsatser.

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 skal 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.

Ret til sygehusbehandling (den generelle udrednings- og behandlingsret)

Alle patienter, som henvises til udredning på sygehus fra almen praksis/specialægepraksis, skal have et tilbud om at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt, jf. BEK nr. 293 af 27/03/2017. For patienter med hjertesygdom betyder det, at de senest skal være endeligt udredt inden for dette tidsrum, hvis det er fagligt muligt, jf. VEJ. Nr 9988 af 22/09/2016.

Er det ikke muligt at udrede patienten inden for 30 dage, skal sygehuset inden for samme tidsfrist udarbejde en plan for det videre udredningsforløb, jf. LBK nr 1199 af 24/09/2016. I opgørelsen af den samlede udredningstid medregnes også perioder, hvor udredning må udsættes på grund af personens ønske eller helbredstilstand, jf. VEJ. Nr 9988 af 22/09/2016 .

Hvis der konstateres en hjertesygdom, og der er behov for behandling, har patienten ret til udvidet frit sygehusvalg, hvis patienten skal vente mere end 30 dage på sygebehandling.

Maksimale ventetider

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. BEK nr. 584 af 28/4/15.

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

Fire 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 med eller uden ST-elevation i EKG (STEMI og NSTEMI). Hjerterytmeforstyrrelser inkluderer atrieflimren/flagren, andre ikke akut livstruende hjerterytmeforstyrrelser og synkope (kortvarigt bevidsthedstab) af formodet kardiell årsag.

Anbefalingerne omhandler målgruppen voksne mennesker (+18 år) med de hyppigste hjertesygdomme. 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. Forløbet 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 ambulant og generelt er forbundet med en god prognose.

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

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 hjerterytm. 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, og det er derfor væsentligt at sikre udredning og behandling så hurtigt som muligt. Muligheden for en 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 hjerterytm)”, ”Ekstrasystoler (ekstra hjerteslag)” og ”Bradykardi (langsom hjerterytm)”.

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). Hjerteklapdysfunktion kan også ses hos mennesker, der tidligere er hjerteklapopererede, ligesom det kan forekomme ved medfødte misdannelser fx bikuspid aortaklap. 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. Hjerteklapsygdomme kan være asymptomatiske eller bl.a. give åndenød ved fysisk aktivitet. I øvrigt afhænger symptomerne af, hvilken hjerteklap 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 hjertekammer, der ikke fungerer optimalt, men hjertesvigt kan også forekomme i højre hjertekammer, og også mennesker med umiddelbart normal funktion af venstre hjertekammer kan have symptomer på hjertesvigt.

Hjertesvigt kan udvikle sig gradvist eller helt akut og være en umiddelbar følge af akut hjertesygdom som fx akut myokardieinfart. 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

Hjertesygdom rammer især mennesker over 55 år, og flere lever længere med hjertesygdom bl.a. på grund af bedre behandlingsresultater. 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 nyopståede tilfælde af iskæmisk hjertesygdom. Antallet af mennesker, der får konstateret iskæmisk hjertesygdom, er faldet 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 (4,5).

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, når der tages højde for befolkningens alderssammensætning (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. Livsstil som rygning, kost 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 og sygelighed efter iskæmisk hjertesygdom. Iskæmisk hjertesygdom tegner sig dog fortsat 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. Der ses en forskel på den aldersstandiserede 1-års overlevelse på ca. 85 - 87 pct. for henholdsvis mænd og kvinder med ustabil angina og NSTEMI og ca. 92-94 pct. for henholdsvis mænd og kvinder med stabil angina pectoris i 2010 (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 mennesker med type 1- og type 2-diabetes. Blandt mennesker med hjertesygdom har op mod halvdelen enten diabetes eller forstadier til diabetes (8). Hos mennesker med hypertension, hyperkolesterolemie og ved rygning er der ligeledes øget risiko for udvikling af iskæmisk hjertesygdom (9).

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).

Opgørelser viser, at iskæmisk hjertesygdom årligt koster 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 per år. De højeste antal indlæggelser var blandt mennesker med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse. Mennesker med iskæmisk hjertesygdom har endvidere samlet 790.000 flere årlige besøg hos alment praktiserende læge end mennesker uden iskæmisk hjertesygdom svarende til ca. 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. (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 (4).

I 2015 døde ca. 750 mennesker med atrieflimren, hvor den største relative, aldersstandardiserede risiko ses hos mænd. Selvom arytmi i sig selv ikke er livstruende, synes der således at være en sammenhæng mellem atrieflimren og øget dødelighed. Mortalitetsrisikoen stiger med alderen og størstedelen af dødsfaldene forekommer blandt mennesker over 85 år. Der er observeret en social ulighed ved hjerterytmeforstyrrelse, 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 (4,10).

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 (10).

Indlæggelse for atrieflimren/flagren har været stigende fra 2006 – 2015 (4). Stigningen skyldes til dels at flere overlever efter blodprop i hjertet og hjertesvigt, og efterfølgende udvikler hjerterytmeforstyrrelser(11).

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 (12).

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 mennesker med en hjerteklapsygdom, og hvert år er der ca. 6.000 nye tilfælde af hjerteklapsygdom. Forekomsten af hjerteklapsygdom stiger med alderen og er højest blandt mænd i alle aldersgrupper, når der tages højde for befolkningens alderssammensætning. Det samme gør sig gældende for udviklingen af hjerteklapsygdom. (11).(4).

Hjerteklapsygdom kan skyldes flere ting, fx lokal degeneration eller forkalkning af hjerteklapperne, medfødte forandringer eller som følge af infektionssygdomme eller iskæmisk hjertesygdom (13).

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 ca. 12.000 nye tilfælde af hjertesvigt tilkom 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 var ca. 60 pct. af nye tilfælde mænd i 2015. Denne overrepræsentation af mænd er tilfældet i alle aldersgrupper, når der tages højde for befolkningens alderssammensætning(11,14).

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 disse sygdomme (14).

Den hyppigste årsag til hjertesvigt er iskæmisk hjertesygdom. Andre årsager er blandt andet hypertension, sygdomme i hjertemuskulaturen (kardiomyopati), myokardit, aflejrings sygdomme og atrieflimren (15).

Hjertesvigt er forbundet med en høj dødelighed. Det estimeres, at den aldersstandardiserede 1-års mortalitetsrate er på ca. 15 pct. Årligt dør ca. 1.300 mennesker af hjertesvigt, primært mennesker over 85 år. Dødeligheden er faldet siden 2005 (11,15).

Der ses en social ulighed ved hjertesvigt, idet der er observeret en sammenhæng imellem længden af uddannelse og forekomst og dødelighed (4,11).

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 gange efterfulgt af ambulans behandling (16).

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 speciallæge i kardiologi 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/speciallægepraksis' vurdering ved visitation af henvisningen, og dermed for patientens videre udredning, behandling og behandlingsresultat.

3.1.1 Indledende vurdering og basale undersøgelser

Den 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) samt stetoskopi af hjerte og lunge. Det anbefales endvidere at foretage 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 og nitroglycerin ved mistænkt iskæmisk hjertesygdom eller oral antikoagulationsbehandling til patienter med dokumenteret atrieflimren og

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

moderat til høj risiko for tromboemboliske komplikationer. Alle patienter med hjertesygdom eller mistanke herom bør endvidere opfordres til rygeophør.

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 skal rekvireres som udrykningskørsel (kørsel 1). Generelt gælder det for akutte tilstande i almen praksis, hvor hurtig diagnostisk afklaring og specifik behandling er afgørende, at lægen skal forblive hos patienten til ambulancens ankomst, og patientens behov for ledsagelse af læge skal vurderes i det enkelte tilfælde (17).

3.1.3 Henvisning til ambulat udredning og behandling

Efter den praktiserende læge har foretaget en indledende vurdering, jf. kapitel 3.1.1, inddrages patienten 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 der er tale om, samt tidspunktet for udredning og behandling. I tilfælde af tvivl bør 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 hjerteanamnese, jf. nedenfor
- Oplysninger om risikofaktorer (familiær disposition, hypertension, diabetes, kolesterolniveau og tobaksrygning)
- Kendt hjertesygdom inklusive tidligere hjerteoperationer
- 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 mistanke om en bestemt hjertesygdom eller der er 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
- Abnorm træthed: ja/nej

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

Det skal 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 den praktiserende læge afsender henvisningen og til patienten ses første gang på kardiologisk afdeling eller i kardiologisk speciallægepraksis, er patientens egen læge ansvarlig for den fortsatte behandling. Dette er også tilfældet, hvis kardiologisk afdeling/speciallægepraksis efter-

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.

spørger yderligere information for at gennemføre udredningen end hvad der fremgår af henvisningen. I perioden frem til patienten ses på kardiologisk afdeling/speciallægepraksis bør der fokuseres på behandling af risikofaktorer og eventuel komorbiditet, og det bør overvejes, om symptomlindrende behandling, som fx 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 på sygehus inden for 8 dage (18).

3.2 Organisering

Ved indlæggelse overgår hele 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 kardiologisk afdeling på sygehus eller i kardiologisk speciallægepraksis betyder det, at almen praksis normalt vil have behandlingsansvaret for behandling af komorbiditet, mens kardiologisk afdeling/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 kardiologisk afdeling/speciallægepraksis for at få foretaget enkelte supplerende undersøgelser, ligger behandlingsansvaret gennem hele forløbet i almen praksis. Som tovholder bør almen praksis også foranstalte forebyggende, rehabiliterende og andre opfølgende indsatser i samarbejde med kommunen og sygehuset, hvis det vurderes, at patienten har behov herfor.

4 Udredning og behandling på sygehus/speciallægepraksis

4.1 Generelt om udredning og behandling

Når kardiologisk afdeling/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, undersøgelsesfund, betydende komorbiditet og funktionsniveau, planlægger kardiologen patientens forløb på kardiologisk afdeling/speciallægepraksis i samarbejde med patienten.

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 afdeling mv. kan ske.

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

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

For alle patienter gælder det, at tidsrammen for udredning og behandling 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.

4.1.1 Stabil angina pectoris

Udredning og behandling skal følge anbefalingerne i National Behandlingsvejledning om ”Stabil iskæmisk hjertesygdom” kapitel 3 (19).

4.1.2 Ustabil angina pectoris og NSTEMI (akut koronart syndrom)

Udredning og behandling skal følge anbefalingerne i National Behandlingsvejledning om ”Akut koronart syndrom” kapitel 1(20).

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.

Udredning: Anbefalet forløbstid fra start på udredning til afsluttet udredning med KAG er 1-3 dage afhængig af patientens risiko, jf. National Behandlingsvejledning om ”Akut koronarsyndrom” kapitel 1.

Behandling: Anbefalet forløbstid fra afsluttet udredning med KAG til PCI behandling er umiddelbart i tilslutning til KAG (ad hoc) eller indenfor 3 dage, med mindre der er behov for multidisciplinær teamkonference (MDT). Hvis der er behov for MDT, inden behandlingstilbud kan besluttes, er den anbefalede forløbstid 7 dage.

Hvis det invasive behandlingstilbud i stedet omfatter CABG er fem - syv kalenderdages pause-ring 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” kapitel 15 (21).

4.1.4 Øvrige hjerterytmeforstyrrelser

Udredning og behandling skal følge anbefalingerne i National Behandlingsvejledning om ”Supraventrikulær takykardi” kapitel 17 (22).

Anbefalede forløbstider

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

4.1.5 Synkope af formodet kardiell årsag

Udredning og behandling skal følge anbefalingerne i National Behandlingsvejledning om ”Synkope” kapitel 23 (23).

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” kapitel 23. 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.

Anbefalede forløbstider

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

4.1.6 Hjerteklapsygdom

Udredning og behandling skal følge anbefalingerne i National Behandlingsvejledning om ”Hjerteklapsygdom” kapitel 6 (24).

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” kapitel 5 (25) og ”Akut hjertesvigt” kapitel 4 (26).

Patienter med mistænkt 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 hjertesvigtpatienten med behov herfor får den kortest mulige ventetid til invasiv behandling. Når patienten er i optimal medicinsk behandling bør patienten vurderes med henblik på om han/hun vil profitere af cardiac resynchronization therapy (CRT) og/eller ICD pacemaker. Der henvises til Dansk Cardiologisk Selskabs Nationale Behandlingsvejledning kapitel 5 og kapitel 20. Patienter med behov herfor bør tilbydes mekanisk assist device.

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 for operationspatienter desuden omfatte en plan for præoperativ forberedelse med henblik på at forbedre det postoperative resultat og øge rehabiliteringspotentialet, jf. kapitel 4.3. For patienter med kompliceret hjertesygdom, som ikke skal opereres, er det den primære udredende afdeling, der er ansvarlig for at patienten tilbydes relevant rehabilitering og palliation. 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 fysiske og mentale 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) og 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 (27).

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/speciallægepraksis allerede på henvisningstidspunktet laver en tidlig vurdering af, hvilke indsatser patienten forventes at have behov for generelt i rehabiliteringsfasen, og hvis der er 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. Den kardiologiske afdeling/speciallægepraksis 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/speciallægepraksis 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 ambulante kontrolbesøg inden operationen overvejes. Ligeledes bør patienter med nyresygdom

vurderes og evt. have behandlingen optimeret, 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. 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/speciallægepraksis 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 patienter med hjertesygdom, jf. tabel 1

Tabel 1: Eksempler på medicinsk optimering af hyppigt forekommende tilstande hos patienter med hjertesygdom før invasiv behandling (ikke udtømmende liste)

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, ACEI, AT2a</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>

Desuden bør man vurdere behovet for præoperativ kontrol og eventuel optimering af andre sygdomme og kroniske tilstande, fx cancer, hæmatologisk sygdom, reumatologiske sygdomme (fx systemisk lupus erythematosus), kroniske infektionssygdomme (fx i urinveje og hud), psykisk sygdom, epilepsi og parkinsons sygdom. Patienten bør efter en individuel vurdering tilbydes tobaksafvænning, ernæringsindsats og eventuelt fysisk træning (såfremt dette er sikkert og relevant), og eventuelle misbrugstilstande bør behandles eller så vidt muligt stabiliseres forud for operationen.

Den præoperative forberedelse vil både kunne optimere patientens tilstand i forhold til selve indgrebet og i forhold til det postoperative forløb og opfølgningen, herunder rehabiliteringen (28-31). Ved behov bør andre specialer involveres. I forbindelse med patientens efterbehandling efter udskrivelsen, 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 den 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) eller kardiologisk speciallægepraksis, skal det aftales, hvilken afdeling der har behandlingsansvaret i ventetiden frem til invasiv behandling.

4.4 Planlægning af opfølgning på behandling, rehabilitering og palliation

Ved afslutning af behandlingsforløbet på kardiologisk afdeling/speciallægepraksis, foretages systematisk behovsvurdering af alle patienter. Dette gælder både ved indlæggelse og ved ambulante udredning og behandling. Den individuelle behovsvurdering foretages i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende med henblik på individuel tilrettelæggelse af- og henvisning til rehabilitering og palliation samt opfølgning på den medicinske behandling.

Behovsvurderingen kan foretages i forbindelse med udskrivelse, og ellers gives patienten en ambulante tid højst 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 en kardiolog eventuelt i samarbejde med andre relevante sundhedsprofessionelle og indeholder en vurdering af behovet for:

- Farmakologisk behandling af hjertesygdommen
- Risikofaktorkontrol
- Hyppige kliniske problemstillinger
- Rehabilitering
- Palliation

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. Det anbefales som udgangspunkt at være kardiologisk afdeling/speciallægepraksis, der har det lægelige ansvar i opfølgningsperioden.

4.4.2 Risikofaktorkontrol

Vurderes det, at patienten har behov for risikofaktorkontrol, udarbejdes 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 forværende 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 Hyppige kliniske problemstillinger

Udskrivende læge vurderer hyppige kliniske problemstillinger i forbindelse med udskrivelse og henvisning til rehabilitering, jf. National Behandlingsvejledning om ”Hjerterehabilitering” kapitel 29.13. Udskrivende læge skal desuden vurdere eventuel komorbiditet og multisygdom hos patienten og informere om øvrige behandlingssteder i forhold til behandlingsforløb og eventuelle konsekvenser for patientens øvrige sygdomme og funktionsniveau.

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. Der henvises til National Behandlingsvejledning om ”Kardiel risikovurdering forud for ikke-hjarterelateret kirurgi” kapitel 24 (32).

Alle patienter skal vurderes med henblik på, om kravene til fysisk egnethed for tilladelse til at føre motordrevet køretøj er ændret med baggrund i den aktuelle hjertesygdom. Hvis dette er tilfældet, skal patienten orienteres om de givne restriktioner, jf. National Behandlingsvejledning om ”Kørekort” kapitel 38.

4.4.4 Rehabilitering

Der bør senest på udskrivelsestidspunktet tages stilling til, om patienten har behov for rehabilitering. For patienter, der er klar til at opstarte rehabilitering, bør henvisningen sendes senest på udskrivelsestidspunktet med henblik på at undgå tab af rehabiliteringspotentiale.

For patienter med rehabiliteringsbehov, der varetages i kommunen, henvises til en afklarende samtale i kommunen med henblik på at sammensætte et individuelt rehabiliteringsforløb. I vurderingen af, om patienten har behov for rehabiliteringsindsatser, skal der være opmærksomhed på, om patienten allerede har opstartet indsatser før operation, der således skal fortsættes.

For patienter med behov for fysisk træning foretages en lægefaglig vurdering af eventuelle risici eller særlige monitoreringsbehov i forbindelse med opstart af fysisk træning. Det er altid en kardiologisk vurdering, hvorvidt en patient er i særlig risiko i forhold til fysisk træning. Risikovurderingen tager udgangspunkt i patientens hjertesygdom og det fysiske træningspotentiale, jf. National Behandlingsvejledning om ”Hjerterehabilitering” kapitel 29.5, og baseres på en samlet

vurdering af klinisk status, komorbiditet, fysisk funktionsniveau (vurderet ved arbejdstest hos risikopatienter), psykosociale forhold mv. For detaljeret beskrivelse af risikovurderingen henvises til National Behandlingsvejledning om ”Hjerterehabilitering” kapitel 29.3. Det anbefales, at en eventuel arbejdstest i forbindelse med vurderingen af det fysiske funktionsniveau, foretages senest 14 dage efter udskrivelse, så fysisk træning kan igangsættes tidligst muligt.

Hvorvidt patienten skal tilbydes fysisk træning på sygehus (specialiseret genoptræning) eller i kommunen baseres altid på en kardiologisk vurdering af patientens samlede situation ved behandlende afdeling/kardiologisk speciallægepraksis, jf. tidligere i kapitlet. Det forventes, at den fysiske træning for langt de fleste patienter vil kunne varetages i kommunalt regi. Den fysiske træning bør leve op til det kvalitetsniveau, som er beskrevet i kapitel 6.1.3 om fysisk træning.

Såfremt patienten henvises til en afklarende samtale, bør det i forhold til *fysisk træning* fremgå af henvisningen, 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.

4.4.5 Palliation

Udskrivende læge vurderer behovet for en (fortsat) palliativ indsats, herunder om der er behov for en basal palliativ indsats eller en specialiseret palliativ indsats ved indlæggelse på palliativ afdeling på sygehus, en åben indlæggelse eventuelt i samarbejde med palliativt team eller på hospice efter henvisning.

Ved behov udarbejdes en plan for palliation i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende (RW.ERROR - Unable to find reference:148). For patienter, der udskrives til hjemmet, kan det være relevant at orientere om hvorledes eventuelle fremtidige palliationsbehov kan håndteres, herunder den praktiserende læge og hjemmesygeplejers rolle heri. Se Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats for afholdelse af multidisciplinære team konferencer, tværfaglige møder mellem sektorerne og koordinerende møder i patientens hjem mellem de respektive relevante aktører (3).

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. Det aftales individuelt, om der bør sendes en epikrise til andre behandlere fx for patienter med multisygdom, som følges i andre specialer.

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 sygehuset har 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 genetisk udredning ved mistanke om arveligt betinget hjertesygdom
- Vurdering af behov for palliation og eventuelt en plan herfor
- Angivelse af det lægelige ansvar i forhold til eventuel forestående rehabilitering og palliation

Når sygehuset henviser til afklarende samtale i kommunen med henblik på rehabilitering til patienten, benyttes en henvisning til kommunal forebyggelse (REF01⁴). For patienter med et lægefagligt begrundet behov for almen genoptræning udarbejder og sender sygehuset en genoptræningsplan til kommunen, jf. BEK nr. 1088 af 06/10/2014. Hvis det skønnes relevant og der foreligger tilsagn fra patienten, kan henvisende sygehusafdeling også medsende epikrisen/udskrivningsnotat til kommunen, så kommunen har et godt grundlag for at sammensætte et rehabiliteringsforløb sammen med patienten. Har kommunen behov for yderligere afklaring af forhold vedrørende patienten, vil det være til henvisende sygehuse, der tages kontakt.

I forbindelse med en eventuel genindlæggelse bør udskrivende læge genvurdere, om patienten kan fortsætte den fysiske træning efter udskrivelse og informere kommunen herom.

4.6 Organisering

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/udskrivningsnotat fra sygehuset med højt specialiseret funktion forudsætning for udarbejdelsen af genoptræningsplanen. Der bør lokalt være klare retningslinjer for udarbejdelse af epikrisen/udskrivningsnotat.

⁴ REF01 er under revision og vil fra medio 2018 have betegnelsen XREF15

5 Opfølgning på behandling

5.1 Generelt om opfølgning på behandling

Når patienten er udskrevet fra sygehus fortsætter forløbet for nogle patienter ambulant i sygehusregi/speciallægepraksis. For andre patienter afsluttes til fortsat lægelig kontrol hos egen læge, jf. National Behandlingsvejledning om ”Hjerterehabilitering” kapitel 29.12.

5.2 Farmakologisk behandling af hjertesygdommen

Optimering af den farmakologiske behandling har betydning for patientens prognose og er samtidig en forudsætning for vellykket rehabilitering. Optimal farmakologisk behandling af patienter med hjertesvigt 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 (33). 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).

Patienter med risikoadfærd indenfor rygning, ikke hjertevenlig kost og inaktivitet vil som udgangspunkt altid have behov rehabiliterende tilbud som omfatter tobaksafvænning, ernæringsindsats, fysisk træning jf. kapitel 6.1 Endvidere kan der for de enkelte hjertesygdomme være særlige sygdomsspecifikke risikofaktorer, som også bør håndteres.

5.4 Organisering

Ansvar for opfølgning efter indlæggelse knytter sig til den pågældende indsats. For den farmakologiske behandling og risikofaktorkontrol, jf. kapitel 5.2 og 5.3. For patienter med komorbiditet og multisygdom har kardiologisk afdeling/speciallægepraksis ansvaret for at koordinere behandlingen af disse sygdomme under indlæggelse. Ved udskrivelse skal ansvaret overgå til de respektive afdelinger for de enkelte sygdomme, og den kardiologiske afdeling/speciallægepraksis sørger for overdragelse, herunder videregivelse af relevant information efter aftale med patienten.

6 Rehabilitering og palliation

Det anbefales, at alle patienter med hjertesygdom systematisk får foretaget en behovsvurdering med henblik på at kunne tilbyde rehabilitering og en palliativ indsats med udgangspunkt i patientens behov. Rehabilitering tager udgangspunkt i patientens samlede behov, herunder den enkelte hjertesygdom, jf. National Behandlingsvejledning om ”Hjerterehabilitering” kapitel 29.5 samt Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”(35). Den palliative indsats til patienter med livstruende sygdomme er beskrevet i Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for den palliative indsats” (3).

6.1 Rehabilitering

Rehabiliteringsindsatser ved hjertesygdom består som udgangspunkt af indsatser vedrørende sygdomsmestring, ernæring, fysisk træning, tobaksafvænning samt arbejdsfastholdelse og sigter mod at forbedre den enkeltes fysiske og mentale helbredstilstand, og støtte denne i så vidt muligt at komme tilbage til sit normale liv. Indsatser om sygdomsmestring, ernæring, tobaksafvænning og arbejdsfastholdelse foregår i kommunen. Den fysiske træning foregår primært i kommunen, men varetages i få tilfælde på sygehuset. For beskrivelse af organisering af indsatsen henvises til kapitel 6.3.

Tilrettelæggelse af rehabiliteringsindsatsen bør tage udgangspunkt i borgerens funktionsevne, præferencer og ressourcer, herunder borgerens sociale situation og psykiske reaktionsmønstre. I kommunal sammenhæng foregår dette ved en afklarende samtale med borgeren, hvor der tages stilling til, hvilke rehabiliteringsindsatser der er relevante for den enkelte (35). Der bør være særlig opmærksomhed på sårbare borgere, som kan have udfordringer i forbindelse med rekruttering og fastholdelse. Eksempler herpå kan være borgere på bosteder, psykiatriske patienter og etniske minoriteter. Særligt pårørende kan være en ressource for disse grupper og det anbefales at inddrage pårørende, såfremt borgeren giver sit samtykke hertil.

Motivation, deltagelse samt fastholdelse af opnåede adfærdsændringer er vigtige elementer i rehabiliteringsprocessen.

Rehabilitering ved iskæmisk hjertesygdom, klapsygdom og hjertesvigt er velbeskrevet i nationale behandlingsvejledninger, mens evidensen for rehabilitering af arytmi er mere sparsom. Eksempelvis foreligger der ikke evidens for effekt af rehabilitering ved atriflimren og synkope. Idet arytmi både kan være selvstændig sygdom, men også kan afspejle anden hjertesygdom, skal rehabiliteringen individuelt tilrettelægges. Rehabiliteringsbehovet bestemmes ofte af den tilgrundsliggende sygdom, men der kan ved livstruende hjertearytmi være behov for anden hjerterehabilitering. Efter hjertestop eller ved hjertearytmi med alvorlig påvirkning af kredsløbet, kan der være behov for rehabilitering med fokus på de psykologiske aspekter af livstruende sygdom. Samme forhold gælder for patienter med primær profylaktisk ICD, der oplever shock-terapi fra ICD-enheden.

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 borgeren og eventuelt andre aktører (35). For monitorering og kvalitetssikring af rehabiliteringstilbud se kapitel 6.1.6.

Ved opstået hjertesygdom er der stor risiko for udvikling af angst og depression. Der skal derfor være opmærksomhed på opsporing af angst og depression gennem hele rehabiliteringsforløbet og ved mistanke herom, bør borgeren opfordres til at søge egen læge. Borgeren skal også informeres om selv at søge læge, hvis der opstår symptomer på angst og depression. Det anbefales at opsporingen af angst og depression foregår i begyndelsen af rehabiliteringsforløbet fx ved den afklarende samtale, og at proceduren gentages løbende fx i tilbuddet om sygdomsmestring, da angst og depression også kan opstå på et senere tidspunkt. Opsporing kan også foregå ved den afsluttende samtale i kommunen. For patienter, der er tilknyttet sygehuset i deres rehabiliteringsforløb, skal behovet for indsatser mod angst og depression også løbende vurderes.

Det er egen læge, der forestår vurdering og behandling af angst og depression og eventuelt henviser til videre behandling hos fagperson med relevant psykoterapeutisk uddannelse.

6.1.1 Sygdomsmestring

Borgere 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 Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom” (35).

Særlige forhold vedrørende sygdomsmestring hos borgere med hjertesygdom:

- Det anbefales, at borgere med iskæmisk hjertesygdom tilbydes en psykosocial indsats, herunder systematisk opsporing af angst og depression. Det er ligeledes god praksis at tilbyde psykosocial indsats til borgere med hjertesvigt og borgere, som har fået hjerteklapoperation (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.
- Seksualitet er et relevant tema at drøfte med borgere med hjertesygdom (36). Emnet kan tages op af sundhedsprofessionelle (minimum mellemlang sundhedsfaglig uddannelse) med særlig viden om hjertesygdom, herunder hjertesygdom og seksualitet.

6.1.2 Ernæringsindsats⁵

Borgere, 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 Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”(35).

⁵ Terminologien omkring ernæringsindsatser følger Sundhedsstyrelsens ’Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom’

Særlige forhold vedrørende ernæring hos borgere med hjertesygdom:

- Hovedparten af borgere med hjertesygdom vil have behov for en individuel diætbehandling, hvilket bl.a. inkluderer diætvejledning. Der gives diætvejledning i henhold til beskrivelserne i Nationale Behandlingsvejledning ”Hjerterehabilitering” kapitel 29.9 (33), ”Den Nationale Kosthåndbog” (37) og Klinisk Retningslinje ”Diætbehandling af dyslipidæmi og iskæmisk hjertesygdom” (38).

6.1.3 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 borgere 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.

Den fysiske træning tager altid udgangspunkt i den enkeltes hjertesygdom og det fysiske rehabiliteringspotentiale og igangsættes efter, at der er foretaget en kardiologisk vurdering af risikoen ved gennemførelse af indsatsen, jf. National Behandlingsvejledning om ”Hjerterehabilitering” kapitel 29.5. I risikovurderingen indgår også en stillingtagen til, i hvilket regi fysisk træning skal foregå, jf. kapitel 4.4.4.

For nogle borgere vil der være særlige forhold gældende i forhold til den fysiske træning. Det stiller krav til, at visse særlige forhold tilgodeses, jf. nedenfor. Såfremt det er muligt at tilgodesse disse forhold, anbefales det, at den fysiske træning foregår i kommunen. Dette skal dog aftales lokalt, jf. kapitel 6.3.

Særlige forhold vedrørende fysisk træning hos borgere med hjertesygdom:

- Hos nogle borgere vil der være behov for en trinvis opstart. Den fysiske træning skal planlægges og tilpasses individuelt og sygdomsspecifikt for de enkelte hjertesygdomme. For yderligere beskrivelse af den fysiske træning for henholdsvis iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapoperation henvises til National Behandlingsvejledning om ”Hjerterehabilitering” kapitel 29.5 (33) og Sundhedsstyrelsens ”Fysisk Aktivitets-håndbog”(39).
- 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 borgere med hjertesygdom under fysisk træning, samt håndtering af disse symptomer, inkl. førstehjælp. Der skal under træningen være umiddelbar adgang til hjertestarter og let adgang for ambulancetransport.

En stor del af borgere med hjertesygdom har behov for fysisk træning, der kan sidestilles med behovet hos andre borgere med kronisk sygdom. Denne rehabilitering foregår som udgangspunkt i kommunalt regi som superviseret fysisk træning. For beskrivelse af formål og indhold,

samt kompetencekrav hos de involverede fagpersoner henvises til Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom” (35).

Hos visse borgere med kronisk hjertesvigt og andre grupper, der har svært ved at deltage i et tilbud om fysisk træning, kan hjemmebaseret fysisk træning overvejes. For beskrivelse af indhold henvises til ”Hjemmebaseret fysisk træning for voksne patienter med kronisk hjertesvigt” (40).

For en mindre gruppe patienter, hvor det vurderes, at patienten har en særligt øget risiko og/eller særlig behov for monitorering og/eller medicinsk optitrering i forbindelse med fysisk træning, jf. kapitel 4.4.4, vil den fysiske træning foregå helt eller delvist på sygehus..

6.1.4 Tobaksafvænnning

Alle borgere med hjertesygdom, der ryger, bør tilbydes tobaksafvænnning. For beskrivelse af indsatsens formål og indhold, samt kompetencekrav hos de involverede fagpersoner henvises til Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”(35).

6.1.5 Arbejdsfastholdelse

Hos borgere 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.

6.1.6 Kvalitetssikring af rehabilitering

Kvaliteten af de rehabiliteringsindsatser, som ligger i de kardiologiske afdelinger, monitoreres ved Dansk Hjerterehabileringsdatabase med fastlagte kvalitetsindikatorer. Det forventes, at kommunerne også 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. Dette bør foregå i samarbejde med RKKP, der har erfaring med at monitorere på regionalt niveau. Den kommunale rehabiliteringsindsats bør monitoreres på samme måde som i regionalt regi. Det anbefales, at der arbejdes hen imod, at kommunale data kan trækkes over i den Dansk Hjerterehabileringsdatabase.

Kvalitetssikring af de kommunale indsatser har til formål at optimere praksis således, at borgerne får de bedst mulige indsatser til fremme af funktionsevne og med størst muligt udbytte. Desuden kan kvalitetssikring anvendes til at tilrettelægge indsatsen med henblik på rekruttering og fastholdelse af sårbare borgere.

Kvalitetssikringen af rehabiliteringsindsatserne for hjertesygdom er i overvejende grad sammenstemt med den øvrige kvalitetssikring af rehabiliteringsindsatser på tværs af de kroniske sygdomme og bør samtænkes med denne. Som grundlag for kvalitetssikringen bør der for alle tilbud registreres og opgøres både proces og effektmål på individniveau som minimum er 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,uddannelsesniveau og socioøkonomisk status
- Deltagertilfredshed
- Udbytte af forløb ud fra fastlagte mål (fx røgfri efter seks måneder eller hvor tæt patienten er på at komme tilbage til dagligdagen)
- Årsager til fravalg og frafald.

Det anbefales, at registreringen sker ensartet på tværs af kommuner og gerne på sigt i fælles systemer, 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).

6.2 Palliation

Patienter med hjertesygdom oplever i varierende grad perioder med forværring af sygdommen sammen med mere rolige perioder, hvor sygdommen er under kontrol. I forbindelse med forværringer og eventuel følgende sygehusindlæggelse vil der ofte være usikkerhed om, hvorvidt patienten overlever. Dette er altid en belastning både for patienten og de pårørende i forskellig grad. I den forbindelse er det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle er opmærksomme på og vurderer patienten og de pårørendes eventuelle palliative behov og problemer i forbindelse med hjertesygdommen, og at behovet vurderes løbende for at undgå, indsatsen ikke igangsættes for sent. En vurdering af behovet skal tage udgangspunkt i et helhedsperspektiv på patienten og de pårørende og dermed den enkelte patients ressourcer, helbredstilstand, egenomsorgsevne og motivation. Hjertesygdommens uforudsigelige forløb vil desuden ofte være en udfordring i forhold til den palliative indsats sammenlignet med andre livstruende sygdomme som fx kræft.

Patienter med fremskreden hjertesygdom har i særlig grad behov for en palliativ indsats. De er typisk præget af en stor symptombyrde, herunder symptomer på angst og depression og andre psykiske symptomer samt symptomer af social og eksistens/ åndelig karakter. Under hele forløbet er der en øget risiko for pludelig død.

Det anbefales, at der i forbindelse med den palliative indsats systematisk anvendes samtaleforløb mellem patient og evt. pårørende og sundhedsprofessionelle vedrørende den fremtidige pleje og behandling for at forventningsafstemme og opnå en fælles forståelse omkring dette. Der er forskellige måder at gøre dette på, jf. Sundhedsstyrelsen ”Anbefalinger for den palliative indsats”.

Den palliative indsats kan gives som enten et basalt eller specialiseret tilbud– afhængig af kompleksiteten i patientens palliative behov. Den vil bestå af indsatser rettet mod fysiske og psyki-

ske symptomer og mod sociale og arbejdsmæssige forhold og forhold af eksistentiel og åndelig karakter.

Indsatserne er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens ”Anbefaling for den palliative indsats”, (RW.ERROR - Unable to find reference:148). Derudover kan der gælde hjertespecifikke forhold for de enkelte hjertesygdomme, som bl.a. beskrives i National Behandlingsvejledning om ”Kronisk systolisk venstresidigt hjertesvigt” kapitel 5, ”Implanterbar cardioverter defibrillator” kapitel 20 og i holdningspapiret ”Palliation ved fremskreden hjertesygdom” fra Dansk Cardiologisk Selskab’ (25,41,42).

6.2.1 Kvalitetssikring af den palliative indsats

Det anbefales, at alle patienter, der modtager specialiseret indsats både registreres og afrapporteres i Dansk Palliativ Database (DPD), der er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase. Database omfatter alle patienter, der henvises til specialiserede, palliative funktioner (hospice og palliative teams/ enheder/ afdelinger). DPD indeholder data om:

- antal henviste og modtagne patienter
- patienternes diagnoser
- sociodemografiske karakteristika
- levetid fra henvisningstidspunktet
- patienternes palliative behov baseret på det patientudfyldte EORTC QLQ-C15-PAL-skema
- organisatoriske kvalitetsindikatorer vedr. ventetid
- andelen af patienter, for hvem der udfyldes et skema, og som drøftes ved tværfaglig konference.

DPD indeholder endnu ikke data for den store gruppe af patienter, der modtager basale palliative indsatser i sygehusregi eller i kommunerne, men det anbefales, at der arbejdes videre med, at dette bliver muligt, således at også den basale palliative indsats til mennesker med hjertesygdom monitoreres (3).

6.3 Organisering

Den generelle udvikling i sundhedsvæsenet er på andre sygdomsområder, at rehabilitering i stadig højere grad varetages i kommunalt regi som en del af det nære sundhedsvæsen. Herved er der mulighed for, at tilbyde borgerne en helhedsorienteret sundhedsfaglig indsats tæt på borgernes hverdagsliv og i sammenhæng med eventuelle samtidige beskæftigelsesmæssige og sociale tilbud. Det anbefales, at rehabilitering for borgere med hjertesygdom også følger denne udvikling fremadrettet, således at rehabiliteringsindsatser efter udskrivelse som udgangspunkt varetages i kommunalt regi. Denne forskydning i varetagelsen af rehabiliteringsindsatsen er allerede sket i nogle dele af landet.

Udviklingen i opgavevaretagelsen bør ske gradvist over tid afhængig af de lokale forhold, og det anbefales, at regionerne er i løbende dialog med kommunerne om en ændring i opgave- og ansvarsfordelingen. Denne ændring aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne. Fysisk træning i kommunen anbefales, såfremt der er etableret tilbud som beskrevet i nærværende anbefalinger

og de nationale behandlingsvejledninger som fx Dansk Cardiologisk Selskabs Nationale Behandlingsvejledning om ”Hjerterehabilitering” og Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”. Samtidig forventes det, at kommunerne monitorerer deres indsatser til borgere med hjertesygdom som beskrevet i kapitel 6.1.6.

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 vil være en mindre gruppe, for hvem den rehabiliterende fysiske træning skal foregå ambulantly på sygehus, idet der er særlige risici og/eller forhold knyttet til den rehabiliterende indsats. Denne gruppe kan eventuelt opstarte på sygehus og efterfølgende overgå til kommunen for den resterende fysiske træning.

Der anbefales følgende fordeling af opgaver og ansvar mellem sygehus, kommuner og almen praksis i forhold til rehabiliterings- og palliationsindsatsen:

Regioner (hjerteafdeling/hjertemedicinsk ambulatorium) har ansvaret for systematisk at henvise til rehabilitering enten i kommunen eller på sygehus. Sygehuset laver en 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. Det anbefales, at det er kardiolog på sygehus/speciallægepraksis, der er den ansvarlige/ansvarlige læge under rehabiliteringsforløbet.

Hvad angår den palliative indsats vil den, afhængig af behovet, skulle varetages af det palliative team/ den palliative afdeling eller den praktiserende læge i samarbejde med hjemmesygeplejen i kommunen.

Almen praksis har det lægefaglige ansvar for en eventuel fortsættelse af den farmakologiske behandling efter afslutning på kardiologisk afdeling/speciallægepraksis og skal vurdere behovet for behandling af angst og depression. I forhold til palliation indgår den praktiserende læge i den basale palliative indsats sammen med kommunens hjemmesygeplejerske/ hjemmepleje. I den forbindelse har den praktiserende læge adgang til rådgivning døgnet rundt fra aktører, der varetager den specialiserede indsats.

Kommunen indkalder til den afklarende samtale og varetager rehabilitering. Tilbuddet bør samtænkes med øvrige tilbud i kommunen, herunder arbejdsrettet indsats i jobcenter med henblik på tilknytning til arbejdsmarkedet (for erhvervsaktive borgere). Kommunen varetager også rehabiliteringsindsatser og basal palliativ indsats i samarbejde med den praktiserende læge.

7 Monitorering

7.1 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.

7.2 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 kommunale data kan trækkes over i Dansk Hjerterehabileringsdatabase.

8 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) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. 2017.
- (4) Statens Institut for Folkesundhed, Hjerteforeningen,. Hjertetal. 2015; Available at: <https://hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjertetal/hjertetal.dk/>. 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) Eriksen L, Davidsen M, Jensen H, Ryd J, Strøbæk L, White E, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. : Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
- (10) Husted S, Brandes A. Antitrombotisk behandling ved atrieflimren. 2013; Available at: https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedtbladet/2013/rationel-farmakoterapi-5,-2013/antitrombotisk_behandling_ved_atrieflimren.
- (11) Bjerrum Kock M, Føns Johnsen N, Davidsen M, Juel K. Hjertekarsygdomme i 2011. : Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, og Hjerteforeningen; 2014.
- (12) 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.
- (13) Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. **Folkesundhedsrapporten Danmark 2007**. : Statens Institut for Folkesundhed; 2007.

- (14) Sundhedsdatastyrelsen. Borgere med multisygdom. 2015; Available at: <http://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/sygdomme/multisygdom>. Accessed 06.06, 2017.
- (15) 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.
- (16) 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.
- (17) 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>.
- (18) 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>.
- (19) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 3. Stabil iskæmisk hjertesygdom (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/ihs>. Accessed 18.04, 2017.
- (20) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 1. Akut koronart syndrom (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/aks>. Accessed 10.05, 2017.
- (21) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 15. Atrieflimren og atrieflagren (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/af>. Accessed 13.04, 2017.
- (22) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 17. Supraventrikulær takykardi (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/svt>. Accessed 12.04, 2017.
- (23) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 23. Synkope (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/synkope>. Accessed 12.04, 2017.
- (24) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 6. Hjerteklapsygdom (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/hjerteklapsygdom>. Accessed 10.05, 2017.
- (25) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 5. Kronisk hjertesvigt (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/chf>. Accessed 11.04, 2017.
- (26) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 4. Akut hjertesvigt (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/akut-hf>. Accessed 27.04, 2017.

- (27) 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.
- (28) Thakrar S, Clevenger B, Mallett S. Patient Blood Management and perioperative anaemia. BJA Education 2017;17(1):28-34.
- (29) Cornelissen H, Arrowsmith. Preoperative assessment for cardiac surgery. Continuing education in anaesthesia, critical care & pain 2006;6(3):109.
- (30) Henriksen NA, Helgstrand F, Gögenur I. [Frail patients and surgery]. Ugeskrift for Læger 2016;178(47).
- (31) Weisberg, Weisberg, Wilson, Collard. Preoperative evaluation and preparation of the patient for cardiac surgery. Medical clinics of north america 2009;93(5):979.
- (32) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 24. Kardiell risikovurdering forud for ikke-hjerterelateret kirurgi (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/risikovurdering>. Accessed 12/10, 2017.
- (33) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 29. Hjerterehabilitering (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/hjerterehabilitering>. Accessed 20.04, 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_dyslipip_2012.pdf. Accessed 09/19, 2017.

(39) Sundhedsstyrelsen. Fysisk Aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. 2011; Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2011/~media/6B3A4AE698BC42139572C76C5854BA76.aspx>. Accessed 12/10, 2017.

(40) Dansk Sygeplejeselskab. Hjemmebaseret fysisk træning for voksne patienter med kronisk hjertesvigt. 2015; Available at: http://www.cfkr.dk/media/348132/Klinisk%20retningslinje%20om%20hjertesvigt%20og%20hjemmebaseret%20tr%C3%A6ning.pdf_1.pdf.

(41) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). Palliation ved fremskreden hjertesygdom - et holdningspapir fra Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 2016; Available at: http://www.cardio.dk/docman/doc_download/712-palliation-ved-fremskreden-hjertesygdom. Accessed 27.04, 2017.

(42) Dansk Cardiologisk Selskab (DCS). 20. Implanterbar cardioverter defibrillator (NBV). 2017; Available at: <http://nbv.cardio.dk/icd>. Accessed 12/10, 2017.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Arbejdsgruppens kommissorium

Bilag 2: Medlemmer i arbejdsgruppen

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 andet 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. Arbejdsgruppens primære bidrag består i at drøfte og kvalificere Sundhedsstyrelsens 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 tilgodeses, 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 Kardiovaskulære 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.

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 Lildal 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