

Fra: Tore Høie <tore.hoie@vikenfiber.no>
Sendt: 10. oktober 2017 12:44
Til: Christine Brinkmann
Emne: Fwd: Høring: hjerteområdet
Vedhæftede filer: 508132 Helseledelse omslag 4+0 mPP HC.pdf

----- Originalpost -----

Emne: Høring: hjerteområdet
Dato: Torsdag 5. Oktober 2017 13:24 CEST
Fra: Tore Høie <tore.hoie@vikenfiber.no>
Til: lsol@sst.dk

Hei,

Jeg har hurtig lest gjennom hjertehøringen, og er skuffet. Det er lite om ICD, som jeg har. Jeg er knyttet til et hospital, Ahus, og mine data blir sendt dit automatisk og gjennomgått hver dag. Det har ført til at jeg i realiteten kun har en konsultasjon i året.

Da jeg ble utstyrt med ICD i 2014, var vi 4, nå over 100 som overvåkes, altså en stor utvikling.

Jeg undrer meg også over at trening virker lavprofil i høringen. Ahus har ikke satt grenser for min fysiske trening, det virker derfor merkelig at Danmark vil begrense denne til kommunal, altså at tidligere opplegg og venner må oppgis.

Endelig er jeg forbauset over at bivirkninger ved medisinerer ikke blir nevnt, tror jeg, den kan evt. være i konflikt med trening. Mine norske medpasienter trener svært lite, så dette burde vel være et viktig problem? En nyere norsk studie peker på gode effekter av høy-intensitet trening for hjertesyrke.

Jeg er antakelig uegnet som debattant, min utdannelse er stor sett i teknologi og ledelse, men har skrevet en bok om Helseledelse, se vedlegg. Nå holder jeg på med ny bok om Welfare Teknologi, hvor oppfølging av hjertesykdommer inngår.

Beste hilsner
Tore Audun Høie, PhD (fra Danmark).

Helsevisjon:

Vi trenger et bedre helsevesen i Norge, et system der pasienten blir satt i fokus, og kvalitet og profesjonalitet er styrende faktorer.

Vi trenger også en ny ledelsesfilosofi, der pasient- og personalfokus, etikk, samfunnsansvar og et holistisk syn er rådende. Alt henger sammen med alt – også i sykehusverdenen. Det bør være tid til refleksjon og etiske overveielser, slik at den nødvendige balansering mellom økonomi og befolkningens behov i størst mulig grad er etisk forsvarlig.

Langsiktighet i planleggingen bør være den bærende tanken, for pasientbehandling, IKT, medisinsk utstyr og bygningsmassen. Det må likevel være rom for improviserte løsninger når dette er til pasientens beste og innenfor krav til forsvarlighet

Utsnitt. Mer i boken. Skrevet sammen med Bente Bakken Rasmussen.

Kommentarer til Helseledelse:

«Denne boken er et viktig bidrag til forståelsen av helsevesenet, og den er en gave til alle som utøver eller planlegger helsetjenester. Endelig er det en som evner å formidle de komplekse sammenhenger med et lettfattelig språk. Tore Høie viser også til en utvikling som må vinne fram i tiden som kommer. Alle som interesserer seg for gode helsetjenester bør lese boken!»

Mildrid H. Søndbø, sykepleier med masterutdannelse i ledelse. Nå hovedvernombud ved Sykehuset i Vestfold.

«Dette er en dyptpøyende og svært interessant bok om helseledelse, med relevante og avslørende eksempler fra det norske helsevesen. En viktig bok for å forstå hvordan vi har kommet dit vi er i dag, og med besnærende visjoner om fremtidens helsetjeneste, enten man er bruker eller helseprofesjonell. Burde bli pensum i høyere helsefaglig og helseadministrativ utdannelse!»

Stephan Ore, sykehjemslege, tidligere leder Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin.

«Jeg har lest gjennom boka, og må bare si at jeg er imponert. Både over omfang, kvalitet og grundighet. Det er svært mye her jeg mener alle ledere i helsevesenet og våre politikere burde kunne ha nytte av.»

Morten Wolmer, tidligere oversykepleier, nå daglig leder og partner Kaluna.

«Det er grunn til å gratulere Tore Høie med utgivelsen av bokverket «Helseledelse». For første gang foreligger det nå i bokform på norsk den første virkelig dybderefleksjon om helseledelse. Skriftet tar for seg ved hjelp av rikelige eksempler og teori særskilte utfordringer norsk helse-tjeneste står overfor når det gjelder både ledelse og organisering. Fagstoffet er også satt inn i en bred helsepolitisk sammenheng. Bokverket vil være svært nyttig lesning både for studenter, praktiskere og dem som er interessert i helsepolitikk.»

Geir Lahnstein, universitetslektor BI, underviser i helseledelse.

«En klok og morsom bok som vil interessere helseansatte, pasienter, pårørende, studenter og hele samfunnet. »

Lise Askvik, forfatter av boken Helsesviket.



Forfatter **Tore Audun Høie** har vært konsulent for over 50 organisasjoner, og har utgitt 6 bøker + bidratt til flere. En bok fikk nasjonal pris. Deltok i utviklingen av internasjonal standard ISO 26000 (Samfunnsansvar), ISO kaller dette den viktigste standard noen gang (de har utgitt 13000). Variert undervisning, inklusive Cyberethics (masternivå) ved HiOA og UiO. Ekstern-sensor i 10 år, mange emner. Tidlig investor i Algeta, et lite firma som har lansert en banebrytende kreftbehandling (kjøpt av Bayer i 2014 for nesten 18 milliarder kroner).

Formell bakgrunn sivilingeniør bygg (Skottland), PhD Informatikk (Danmark), postgraduate Diplom i ledelse (Skottland).

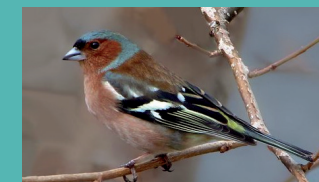
Interesser squash, sudoku, dataspill, hage, lesing, reiser, science fiction, natur og mye mer.

HELSELEDELSE

– VEIEN TIL ET BEDRE HELSEVESEN

HELSELEDELSE

– VEIEN TIL ET BEDRE HELSEVESEN



TORE AUDUN HØIE
FRINGILLA PUBLISHING 2015

TORE AUDUN HØIE
FRINGILLA PUBLISHING 2015

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Janni Stauersbøll Kramer
Sendt: 10. oktober 2017 11:07
Til: PLAN Studenter
Emne: VS: Høring tillegg

Kategorier: Christine

Fra: Tore Høie [<mailto:tore.hoie@vikenfiber.no>]
Sendt: 10. oktober 2017 10:09
Til: Lene Sønderup Olesen
Emne: Høring tillegg

Hei,

Et par tillegg til min kommentar fra 5/10.

En medpasient er Marie Moe, hun har ICD men løper fremdeles halvmaraton. Hun viser også svakheter ved sikkerheten omkring ICD, noe høringen forhåpentlig vil merke seg. Et av hennes foredrag er holdt i Danmark.

En norsk PhD fra 2016 viser at trening ikke er skadelig for pasienter med ICD, en annen ny norsk studie viser at intervalltrening er bedre enn ren utholdenhetstrening for hjertepasienter. Høringens referanser virker altfor konsentrert om danske erfaringer.

Danske "pakkeforløp" blir brukt med fordel i Norge, men det er en ulempe hvis disse forløpene kun er basert på danske erfaringer.

Min hovedekspertise er ledelse, og den siste utvikling i dansk helse tyder på et ledelsesproblem som kanskje bør adresseres i høringen? Jeg arbeider nå med niende bok om ledelse og teknologi.

Norsk helse har også et ledelsesproblem, men er møtt med et "opprør" som sannsynligvis har æren for at legefaget har kunnet videreutvikle seg. Norge gjør det nå godt på internasjonale sammenligninger.

Beste hilsner
Tore Audun Høie, PhD

Fra: Natalie Kaufmann
Sendt: 11. oktober 2017 14:27
Til: 'mdom0002@regionh.dk'
Emne: SV: Kommentar til høring om Nye anbefalinger på Hjerteområde

Fra: Maria Helena Dominguez Vall-Lamora [<mailto:maria.helena.dominguez.vall-lamora.02@regionh.dk>]
Sendt: 9. oktober 2017 14:09
Til: SST Plan
Emne: Kommentar til høring om Nye anbefalinger på Hjerteområde

Kære Janet Samuel

Jeg tillader mig, at fremsende min kommentar til denne Høring, som ledende overlæge Henrik Nielsen (netop pensioneret fra september 2017) har fremsendt til mig.

Under min ansættelse på Herlev hospital var jeg leder af Hjerter ambulatorium (afdeling S, 2009-2013), og iværksatte organisation for håndtering af Hjertepakker. Det lykkedes os, at identificere patienter med "begrundet mistanke for hjertesvigt/klap sygdom" i henhold til Hjertepakke kriterier, blandt de henviste. Vi reducerede ventetiden til 14 dage på netop denne gruppe, fra modtagelse af henvisningen til hjertesvigt diagnose.

Nøglen til denne effektivisering var, en betydelig indsats fra en dedikeret gruppe kardiologer på afdelingen, til at kvalificere henvisninger fra almen praksis ved hjælp af en dialog med praktiserende læger (brugte fax, MedCom og telefon). Det resulterede i stor tilfredshed fra praktiserende lægernes side, som praksis koordinator Annette Randløv, vil kunne bekræfte.

Med støtte fra afdelingsledelsen og Direktion på Bispebjerg-Frederiksberg Hospital, har jeg nu iværksat et tilsvarende model i et projekt kaldt REAFEL (REaching the Frain ELderly), som Innovationsfonden har støttet med 13 mio DKK.

I projektet benytter vi MedCom som indledning til en diskussion om patienter som man overvejer videreudredning for/ved atrieflimren, og til vejledning om terapivalg. Derved kan vi fokusere på hvilke patienter skal møde op på hospitalet og målrette hvilke undersøgelser er der behov for.

Takket være projektet, håber jeg at kunne optimere det tværsektorielle samarbejde i en model som kan umiddelbart globaliseres til andre sygdomme.

KOMMENTAR til høring:

Med ovenstående baggrund vil jeg opfordre Sundhedsstyrelsen til, at facilitere en ændring af den aktuelle henvisning/afslutning procedure til en tværsektoriel dialog-baseret model til, henholdsvis kvalificering af henvisninger, og til terapeutiske beslutninger.

Stiller mig til rådighed til uddybning af ovenstående.

Med venlig hilsen

Helena Domínguez
overlæge, ph.d., lektor

Bispebjerg-Frederiksberg Hospital
Kardiologisk afdeling Y
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
tel. 3816 6068
mobil 22 98 93 43
mail mdom0002@regionh.dk
www.frederiksberghospital.dk

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.



Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Sendt pr. mail til: plan@sst.dk

KL's Høringssvar vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdomme

KL har den 5. oktober 2017 modtaget udkast til Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdomme med henblik på bemærkninger. KL takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstyrelsen.

KL hilser anbefalinger velkommen og anerkender vigtigheden af, at anbefalinger omfatter det tværsektorielle hjerteforløb. KL vurderer, at anbefalinger kan være et nyttigt redskab i forbindelse med justering af eksisterende regionale forløbsprogrammer.

Overordnet er anbefalingerne gennemarbejdet og vil kunne fungere som anbefalinger ved det kliniske arbejde og organiseringen af dette. Det skal dog bemærkes, at kapitel 5 som beskriver de kommunale rehabiliteringsindsatser har en anden karakter og er knap så præcist som de øvrige kapitler og der forekommer en del gentagelser.

Kapitel 4

Håndteringen af sikkerhedsperspektivet før evt. fysisk træning er velbeskrevet. KL savner en præcisering af, hvilke rehabiliteringsindsatser der tilbydes på sygehus for de patienter, som ikke kan henvises til kommunale indsatser af sikkerheds- og/eller sygdomsmæssige årsager.

I forhold til afsnit 4.5 "Kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle" Der bør til dette afsnit tilføjes en anbefaling om, at man fremadrettet arbejder for, at der sendes en kopi af epikrisen til kommunen, i de tilfælde patienten henvises til kommunale indsatser. Dette for at bidrage til, at kommunen modtager de nødvendige lægefaglige informationer, således at kommunen har et bedre grundlag for at gennemføre en sikker og relevant rehabiliteringsindsats.

Ved genindlæggelse af borgeren med ny event eller forværring i tilstand, bør det ligeledes fremgå, at udskrivende læge genvurderer om patienten kan genoptage fysisk træning efter udskrivelse og der sendes besked til kommunen.

Kapitel 5

Begrebet ernæringsindsats bruges generelt i anbefalingerne. KL ser gerne, at dette ændres til kost og ernæringsindsats. Ikke alle patienter vil have behov for en ernæringsindsats ved diætist men vil i stedet for have

Dato: 17. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00953
Dok. ID: 2424801

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2



behov for en generel kostvejledning, hvilket ikke kun kan varetages af diætister.

Som det fremgår, skal anbefalingerne bidrage til, at alle tilbydes individuelt tilpassede forløb. For at sikre alle forløb skræddersyes til den enkeltes behov, havde det været ønskeligt, at anbefalingerne vedrørende den rehabiliterende indsats havde været mere uddybende og detaljeret beskrevet i forhold til de enkelte hjertesygdomme. Anbefalingerne tager primært afsæt i patienter med iskæmiske hjertesygdom, hvilket ikke gælder alle hjerteforløb. Der udestår derfor anbefalinger i de tilfælde, hvor der skal afviges fra indeværende anbefalinger.

Det fremgår under 4.4 planlægning af opfølgning side 27, at patienterne senest ved udskrivningstidspunktet skal henvises til en afklarende samtale. KL forslår, at det ændres til, der ved udskrivningen tages stilling til henvisning til afklarende samtale i kommunalt regi. Det u hensigtsmæssigt, at kommunen modtager henvisninger før patienten er klar til at modtage rehabilitering, henvisningen bør ikke fungere som en avis.

Konkret i forhold side 31 fremgår det, at nogle patienter kan have behov for forebyggelsestilbud, og patienten henvises i disse tilfælde til kommunen. Det er uklart, hvilke tilbud det omfatter. De patientrettede forebyggelsestilbud bør være omfattet af det, som benævnes rehabiliteringsindsatser i denne publikation.

Det har ikke været muligt at behandle KL's høringssvar politisk inden tidsfristen, hvorfor KL tager forbehold for senere politisk behandling.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak
Kontorchef

Dato: 17. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00953
Dok. ID: 2424801

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2

Høring vedrørende "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom"

Samlet finder Allerød Kommune, at høringssvaret giver anledning til følgende bemærkninger:

Anbefalingernes brugbarhed

Anbefalingerne kan i høj grad indgå i prioriteringen af den rehabiliterende indsats i Allerød Kommune, da det strategisk og indholdsmæssigt understøtter det allerede igangsatte arbejde. Samtidig kan anbefalingerne bidrage til at forstærke systematik og kvalitetsudvikling af hjerteindsatsen i kommunen.

Anbefalingernes relevans og udformning

Anbefalingerne synes relevante. Allerød Kommune har dog følgende kommentarer:

4.4.3; Genoptræningsplaner

Regionens udskrivelse af hhv. Specialiseret GOP eller Almen GOP: der skal løbende være fokus på, om hospitalet rent faktisk henviser ptt. til træning i kommunalt regi, eller om ptt. holdes i hospitalsregi. Delte forløb fungerer ikke helt efter hensigten fra NOH Hillerød.

5.4; Fysisk træning

Allerød Kommune bemærker, at individuel tilrettelæggelse og tilpasning (ikke at forveksle med individuel træning) anbefales, og at hovedparten af ptt. vurderes at have gavn af tilbud. Igen – der skal være fokus på, om hospitalet henviser til træning/rehabilitering i kommunalt regi. Allerød Kommune modtager ganske få henvisninger fra hospitalerne (GOP/Ref01),

5.4.1; Kvalitetssikring

Monitorering og kvalitetssikring af den kommunale indsats hilses meget velkommen. Der skal findes en fælles model og sikres nem adgang til indberetning i nationale databaser.

5.4.3; Organisering

Det giver rigtig god mening – og super at det fremhæves - at rehabilitering som udgangspunkt skal varetages i kommunalt regi.



Høringssvar for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Hermed fremsendes høringssvar fra Sundhed & Omsorg Esbjerg Kommune.

- Esbjerg Kommune giver opbakning til anbefalingerne, der går på en systematisering af de tværsektorielle forløb med en klar ansvarsfordeling mellem sektorerne.
- Det er glædeligt at se, at der er fokus på at både rehabilitering og palliation skal tilbydes ud fra den enkeltes behov. Både ved den første mistanke om hjertesygdom, ved tilbagevendende eller kronisk hjertesygdom og når patienten har andre kroniske sygdomme.
- Det er særdeles hensigtsmæssigt, at der anvendes et bredt begreb i forhold til palliation, der omfatter alle patienter med livstruende sygdom og har fokus på at fremme livskvaliteten igennem hele sygdomsforløbet.
- Opbakning til at der lavet en samlet behovsvurdering i forbindelse med at patienten udskrives, hvor patientens individuelle behandlingsmål beskrives på baggrund af diagnose, prognose, risikoprofil (med tydeliggørelse af det lægefaglige ansvar i forhold til evt. rehabilitering og palliation) og funktionsniveau samt patientens egne ønsker.
Det bliver her særdeles vigtigt at indholdet formidles i struktureret form mellem sektorerne, så borgerne reelt oplever et sammenhængende forløb.
- Afsnit 5.1 om opfølgning – der kan med fordel anvendes begrebet "forløbskoordination", da dette fremgår af Sundhedsstyrelsen "Anbefalinger for forebyggelse til borgere med kronisk sygdom", 2016
- Afsnit 5.4 om rehabilitering – rammerne for "hjemmebaseret fysisk træning" kan med fordel tydeliggøres. Det juridiske ansvar for borgerens træning, evt. mulighed for kontakt til ansvarshavende medarbejder i kommunen, muligheden for at anvende digitalt understøttet træning mv.

På vegne af Esbjerg Kommune

Herdis Povlsgaard
Leder af Projekt & Udvikling



**Høringssvar på
Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.**

Social & Sundhed

Jorden Rundt 1
7200 Grindsted

Tlf. 7972 7200
www.billund.dk

Sagsbehandler:
Margit Stycke
Tlf. 7972 7294
mas@billund.dk
Dato: 25. oktober 2017

Billund Kommune har ikke nogle bemærkninger til Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom". Vi afventer det regionale forløbsprogram på området, med snitflader til den kommunale del.

**Med venlig hilsen
Sundhedskoordinator
Margit Stycke**

Center for Sundhed og Omsorg

Sekretariat for sundhed og omsorg
Stengade 59
3000 Helsingør

Cvr nr. 64 50 20 18
Dato 24.10.2017

Sagsbehandler
Caroline Bjerglund Andersen

Konsulent
Tlf. 49 28 32 70
mobil: 25 31 32 70
cba04@helsingor.dk
www.helsingor.dk

Helsingør Kommunes høringssvar vedr. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Helsingør Kommune byder anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom velkommen. Helsingør Kommune finder, at anbefalingerne danner et godt overblik over de mange aktører og samarbejder omkring forløbene for hjertepatienter. Nedenfor følger en oversigt over Helsingør Kommunes kommentarer til høringsudkastet.

Generelt

- Helsingør Kommune kunne ønske, at der også indgår anbefalinger til en tidsramme for både genoptræningsforløb og rehabiliteringsforløb. Helsingør Kommune tilbyder 12 ugers forløb til patienter med iskæmisk hjertesygdom eller hjertesvigt, som anbefalet i Region Hovedstadens beskrivelse af Forløbsprogram for hjerte-kar sygdom, 2011.
- Helsingør Kommune kunne ønske en beskrivelse af de såkaldte delte forløb ift. genoptræningsplaner mellem Regionen og kommunerne, som beskrevet i Region Hovedstadens beskrivelse af Forløbsprogram for hjerte-kar sygdom, 2011. I Regionens beskrivelse anbefales - ud fra en risikostratificering - træning på henholdsvis seks uger på hospital og seks uger i kommunalt regi.
- Kommentarer til figur 2 på s. 30:
 - Den manglende beskrivelse af de delte forløb kunne bl.a. illustreres i figur 2 med 'specialiseret træning' i en ekstra boks ud fra boksen med 'sygehus (med hoved- og regionsfunktion)'.
 - Det ville også være relevant, at der fra boksen med 'praktiserende læge' er en kommunikationslinje til den 'afklarende samtale' i kommunen.
- Helsingør Kommune noterer positivt, at det forventes, at rehabilitering af hjertepatienter fremover i stigende grad bør

varetages af kommunerne. Dette set i lyset af, at Helsingør Kommune i 2017 har afholdt et undervisningsforløb med kun fem deltagere i foråret og har måtte aflyse efterårets hold grundet for få deltagere. Antallet af borgere, der ønsker undervisning, er omkring 25 % af det samlede antal henvisninger (23 henvendelser i 2016). Patienter giver udtryk for, at de allerede på hospitalet har modtaget den fornødne undervisning og derfor kun er interesseret i træningsforløb.

- Endelig noteres det, at anbefalingerne også vedrører forløb for hjerteklap-patienter. Disse patienter tilbyder Helsingør Kommune ikke forløb for, jf. Region Hovedstadens beskrivelse af Forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme, som kun omhandler patienter med iskæmisk hjertesygdom eller hjertesvigt.

Sundhedsstyrelsen

Høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb
for mennesker med hjertesygdom

Borgmesterforvaltningen

Sundhedssekretariatet

Ørbækvej 100
5220 Odense SØ

www.odense.dk

Tlf. +4551482360

DATO
26. oktober 2017

REF.
STEHA

JOURNAL NR.
29.30.00-K04-1-17

EKSPEDITIONSTID
mandag-onsdag 8.00-15.30
torsdag 8.00-17.00
fredag 8.00-12.30
lørdag-søndag lukket

Høringssvar fra Odense Kommune

Hermed fremsendes Odense Kommunes høringssvar vedr. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom"

Odense Kommune finder, at det generelt er et godt forløb, der er skitseret. Det kommer hele vejen rundt om de udfordringer mennesker med hjertesygdom har. Det er positivt, at der er fokus på arbejdsfastholdelse og tidlig indsats med tydelig kommunikation og inddragelse allerede ved udskrivning. Anbefalingerne er desuden skrevet i et sprog, der er til at forstå. Nedenfor kommer et par konkrete bemærkninger, der kan bidrage til at præcisere forløbet.

Den omtalte **behovsvurdering** på side 27 bør præciseres yderligere. Tænkes den brugt på samme måde som på kræftområdet? I flere tilfælde kommer behovsvurderingen i stedet for en §140 plan. Derudover vil det være godt at få tydeliggjort hvornår behovsvurderingen laves, samt hvordan den håndteres.

I forbindelse med "kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle" (side 29) bør man være opmærksom på, at der kan være flere veje ind i den kommunale rehabilitering/genoptræning. Desuden er det uklart om den afklarende samtale er eller erstatter §119 samtalen? Figuren på s. 30 kunne desuden styrkes ved at understrege koblingen mellem de socialfaglige på sygehuset og i kommunen, hvilket kunne tydeliggøre indsatsen i fht. fokus på arbejdsfastholdelse og tidlig indsats yderligere.

Odense Kommune er enig i, at **fysisk træning** er et vigtigt element i forløbet. Derfor bør definitioner og terminologi skrives igennem så der er tydelighed på genoptræning, rehabilitering, forebyggelsesindsatser i fht til behandlingsansvaret i kommunalt regi.

Det er positivt, at **rygeafvænning** indgår som en del af forløbet, og at der lægges op til at patienter med hjertesygdom kan bruge ventetiden frem mod behandling til at ændre livsstil. Der er dog generelt brug for et større fokus på, hvordan borgeren/patienten bedst får den rette hjælp til livsstilsændringer på tværs af sektorgrænser.

I forhold til at arbejde med den fortsatte udvikling af området kunne der med fordel arbejdes med **Kvalitetsudvikling** / -forbedring, da det ville være i tråd med anbefalingerne i Kvalitetetsmodellen på sundhedsområdet. I forlængelse heraf bør kvalitetsindikatorerne foldes mere ud, og der bør skelnes tydeligere mellem aktivitets- og udbyttmål. Udbyttmålene kunne f.eks. dokumenteres via PRO-spørgeskemaerne.

Det ville være hensigtsmæssigt om det var muligt at "*anvende nationale databaser i det omfang, de eksisterer, således at sammenligninger mellem forskellige dele af landet muliggøres*". Derfor vil det være fint at pege på egnede databaser, der kan håndtere disse data, og gerne med mulighed for at dele disse oplysninger med almen praksis.

Venlig hilsen

Stephan Siig Hansen
Projektleder

Direkte tlf. +4530600705
Mobil +4530600705
E-mail steha@odense.dk

Høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Slagelse Kommune har modtaget og gennemlæst høringsmaterialet. Overordnet er forløbsbeskrivelsen rigtig god og vi bemærker at der på relevant vis er fokus på at inddrage relevante tilbud på relevante tidspunkter til mennesker med hjertesygdom. Vi vil derfor gerne anerkende det arbejde med udarbejdelsen af materialet.

Vi har ved gennemlæsning fundet følgende vi vil kommentere:

Til Kommunikations figur side 30: Den har vi svært ved helt at forstå, da vi også mener, der bør foregå kommunikation mellem praktiserende læge og henvisning til afklarende samtale - især da der for mange af disse borgere opstår behov og motivation for et sådant tilbud senere i forløbet efter en akut situation. Derudover tænker vi også at praktiserende læge kommunikerer til sygehuse.

Vi sætter stor pris på, at der gøres opmærksom på, at kommunikere om borger er henvist til afklarende samtale, da det kan synliggøre i alle sektorer (side 29).

Så er vi i tvivl om hvor behandleransvaret placeres, hvis en hospitalslæge henviser til afklarende samtale. Vil det så være som via genoptræningsplaner, hvor sygehuset er der, hvor der søges vejledning. Eller er det hos egen læge. Denne del ser vi meget gerne bliver tydelig, da kommunerne ellers kan få svært ved at indhente relevante yderligere oplysninger i en sag.

På side 33 er nævnt at den sundhedsprofessionelle skal have relevant viden om sygdom. Det er vi helt enige i, men vi mangler en standard for, hvad relevant viden er. Hvis målet er at sikre ensartet behandling på tværs af kommuner, vil vi opfordre til, at der tages stilling til dette og at sygehusene, som har den største ekspertviden på området gøres ansvarlige for at videns dele med kommunerne på dette område.

Med venlig hilsen

Slagelse kommune



Middelfart
KOMMUNE

Sundhedsafdelingen
Middelfart Kommune
Nytorv 9, 1. øst.
5500 Middelfart
www.middelfart.dk

Telefon +45 8888 5500
Direkte +45 8888 4678
CVR.: 29189684

Anita.Mai-BrittJohansen@middelfart.dk

Til
Sundhedsstyrelsen

Dato: 27. oktober 2017
Sagsnr.: 2017-018431-5

Høringssvar på "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom"

Middelfart Kommune har med tilfredshed gennemlæst udkast til den kommende udgivelse af anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.

Sundhedsstyrelsens intension om, at anbefalingerne skal bidrage til at skabe en øget sammenhæng i det planlagte patientforløb samt understøtte en ensartet praksis af høj kvalitet, fremgår med tydelighed af høringsmaterialet.

Middelfart Kommune har ikke yderligere at tilføje høringsmaterialet.

Venlig hilsen

Anita Johansen
Sundhedsplanlægger



Høringssvar vedr. faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Indledningsvist finder Region Nordjylland, at det fremsendte forslag til nye anbefalinger er et godt og velarbejdet materiale, som tager sigte på, at fremme den samlede indsats for den ca. halve million voksne danskere, der lever med hjertesygdomme.

Anbefalingerne sigter på, at skabe øget sammenhæng i patientforløb, der løber fra første kontakt til egen læge eller speciallæge over medicinering eller operativt indgreb til rehabilitering. Der ses også på de patienter der ved livstruende hjertesygdom har behov for lindrende behandling eller andre tilbud, kaldet palliation.

Region Nordjylland ser positivt på ønsket om, at sikre en faglig og organisatorisk ensartet praksis af høj kvalitet i udredning, behandling og opfølgning.

Region Nordjylland har dog nedenstående generelle og specifikke kommentarer.

Generelt:

Region Nordjylland støtter generelt anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. Det er vigtigt at notere sig, at der er tale om anbefalinger og ikke krav. Gældende lovkrav samt regionale retningslinjer skal kunne indpasses i dokumentet, som der flere steder præciserer.

Til de enkelte kapitler er der følgende kommentarer:

1.4 Anvendte begreber

Region Nordjylland ønsker under "Multidisciplinære teamkonferencer" en præcisering af, om der er deltagelse af patient/pårørende på disse konferencer. Hertil kommer nye arbejds gange, da konferencens konklusion skal indeholde forberedelse af rehabilitering. I nuværende praksis ligger dette på et andet niveau og varetages af sygeplejersker og ikke de speciallæger, der deltager i konferencen.



1.5 Forløbstider

Region Nordjylland støtter hovedreglen om, at patienten udredes og behandles indenfor et tidsrum, der er baseret på en lægefaglig vurdering af det individuelle behov. Dog noteres det, at der ikke skal angives et fast antal dage til udredning og behandling. Hvordan påtænkes det, at informere patienten om anbefalede forløbstider, der ifølge teksten ikke er en patientrettighed, men alligevel skal benyttes som "rettesnor"?

2.1 Målgruppe

Der står skrevet, at der er tale om fem hjertesygdomme, men der nævnes og beskrives kun 4.

3.1.3 Henvisning til ambulant udredning og behandling

Region Nordjylland er generelt enig i vigtigheden af, at praksislægen sender en fyldestgørende henvisning til speciallæge eller hospital ved mistanke om hjertesygdom. Der skrives i anbefalingen, at den praktiserende læge bestemmer, om der skal foretages fuld udredning eller en enkelt undersøgelse, hvor praksislægen stadig er tovholder. Det ønskes klarlagt om, hvorvidt det påhviler hospitalet eller speciallægen at informere praksislægen, såfremt der alligevel foretages en fuld udredning i forhold til ønsket om, en enkelt undersøgelse, for at sikre rolle og tovholderfordelingen?

3.2 Organisering

Region Nordjylland er enig i organiseringen af rollefordelingen og tovholderfunktionen mellem praksislæge og hospitalet. Dog rejser det flere spørgsmål, at der i teksten fremhæves, at "det tydeligt i hvert enkelt tilfælde aftales", hvordan ansvaret fordeles mellem praksislægen og hospitalet i forbindelse med komorbiditet. Har hospitalet ansvaret for behandling af hjertesygdommen mens almen praksis har ansvaret for komorbiditet, eller har hospitalet i en periode har ansvaret for hele behandlingen.

- Hvorledes tænkes dette organiseret i den daglige praksis?
- Hvor skal det dokumenteres skriftligt?
- Patienten skal vel tillige informeres om beslutningen?
- Er der behov for at lave lokale aftaler omkring dette, eller forefindes der allerede en systematik?

4.1.7 Hjertesvigt

Region Nordjylland er ikke enig, at alle hjertesvigtspatienter skal have kortest mulig ventetid til invasiv behandling men nærmere til udredning. Efter ekkokardiografi kan invasiv behandling blot være planmæssig?

4.5 Kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle

Region Nordjylland er enig i behovet for en fyldestgørende epikrise til almen praksis, med informationer om forløbet på hospitalet samt en plan for det efterfølgende forløb.

Under punkt 3 lyder det som om, der er en forventning om, at der både bliver sendt henvisning til en afklarende samtale i kommunen og en genoptræningsplan. Region Nordjylland mener, at det er vigtigt at skelne mellem, hvornår der er behov for en henvisning til rehabilitering og hvornår der er brug for en henvisning til genoptræning. En henvisning til genoptræning kan godt suppleres med behov for dele af den kommunale rehabilitering, men det kan vel noteres i genoptræningsplanen, så det ikke er nødvendigt at sende to henvisninger. I denne forbindelse er det vigtigt at slå fast, at patientens rettigheder er forskellige i forhold til om de henvises på en genoptræningsplan til genoptræning eller på en hospitalshenvisning til rehabilitering.



Dette gør sig gældende for eksempelvis frister for igangsætning af træning og mulighed for at få betalt kørsel.

8. Monitorering

Region Nordjylland finder, at afsnittet omkring monitorering i forhold til kravene er mangelfuld. Det er vigtigt at sikre en korrekt monitorering med hensyn til opfyldelsesgrad, effekt og sammenligning regionerne imellem.

Med venlig hilsen

Rikke Balsløw
AC fuldmægtig

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: SST Plan
Sendt: 30. oktober 2017 10:25
Til: PLAN Studenter
Cc: SST Plan
Emne: VS: Høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Fra: Ole Muff Andersen (Holstebro Kommune) [Ole.Muff.Andersen@holstebro.dk]

Sendt: 30. oktober 2017 10:19

Til: SST Plan

Cc: Jens Bejer Damgaard (Holstebro Kommune); Pernille Kloster Aalund (Holstebro Kommune); Lene Holm (Holstebro Kommune); Elisabeth Haahr Christensen (Holstebro Kommune)

Emne: Høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Til rette vedkommende

I Holstebro Kommune har vi interesseret læst Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.

Gennemlæsningen har ikke givet anledning til kommentarer, og derfor afgives der ingen høringssvar fra Holstebro Kommune.

Venlig hilsen
Ole Muff Andersen
Konsulent

Holstebro Kommune
Social, Sundhed og Arbejdsmarked | Sekretariatet
Tlf: 9611 4106 | Mobil: 2211 2292

Mail med personoplysninger: [Brug Digital Post](#)
www.holstebro.dk | www.facebook.com/HolstebroKommune



DANSK CARDIOLOGISK SELSKAB DANISH SOCIETY OF CARDIOLOGY

Til Sundhedsstyrelsen

Vedr.: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Dansk Cardiologisk Selskab har haft udkastet til gennemlæsning i vores arbejdsgrupper samt hos repræsentanter for de praktiserende speciallæger.

Selskabet har følgende kommentarer:

Overordnede kommentarer

Generelt er udkastet ikke helt gennemarbejdet og konsekvent vedrørende diverse begreber og sygdomsentiteter, ligesom det sproglige kan optimeres en del steder.

Teksten er meget lang og kunne med fordel reduceres, således at særligt mht anbefalinger, der gentages, i stedet henvises til relevante afsnit.

Ellers drejer DCS' kommentarer sig primært om forhold og evidens omkring rehabilitering:

Der beskrives i afsnit **4.4 Planlægning af opfølgning** en gruppe patienter i særlig risiko som bør få tilbud om hjerterehabilitering, herunder fysisk træning, i sygehusregi. Det fremgår, at såfremt patienten ikke vurderes at være i risiko, evt efter en arbejdstest i sygehusregi, skal patienten tilbydes træning i kommunalt regi.

Tilsvarende under afsnittet **5.4.3 Organisering** bemærkes, at den anbefalede fordeling af opgaver for sygehuset, når det gælder patienter, som ikke er i særlig risiko, ikke omfatter et tilbud om integreret rehabilitering, herunder fysisk træning, i sygehusregi.

Det fremgår ikke hvilke faglige overvejelser, der ligger bag den anbefalede fordeling af hjerterehabilitering, hvilket kan undre fordi:

- Nationalt foregår en stor del af integreret hjerterehabilitering, også for ikke-højrisiko grupper, aktuelt som ambulante forløb knyttet til en hjerteafdeling (ofte som delte forløb). Der lægges altså op til et brud med hidtidig praksis.
- Den foreliggende evidens for effekten af hjerterehabiliteringen er baseret på forløb knyttet til hjerteafdelinger, såvel internationalt som i Danmark, mens evidensen fra kommunalt regi er begrænset.
- Der ligger et mere end 20-årigt kvalitetsudviklingsarbejde i at opbygge en integreret og tværfaglig hjerterehabilitering i sygehus regi. Når hjerterehabilitering lægges ud i kommunalt regi adskilles den medicinske behandling varetager af sygehus/egen læge fra den øvrige del af rehabiliteringen. Dette giver øget risiko for afbrudte, forsinkede eller i øvrigt u hensigtsmæssige forløb. Endvidere bekymrer vi os for, om patienterne opnår medicinsk optimering udenfor sygehusregi.

Bestyrelse/Board:

Formand/President:

Lene Holmvang
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
lene.holmvang@dadlnet.dk

Lægelig sekretær/

Secretary:

Matias Greve Lindholm
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
matiasgl@dadlnet.dk

Formateret: Engelsk (USA)

Medlemmer/ Members:

Christian Torp-Pedersen
Aalborg Sygehus

Kristian Altern Øvrehus
Odense Universitetshospital

Hanne Søndergaard
Regionshospitalet Viborg

Helle Petri
Bispebjerg Hospital

Henrik Steen Hansen
Odense Universitetshospital

Lia E. Bang
Rigshospitalet

Sam Riahi
Aalborg Sygehus

Susette Krohn Therkelsen
Roskilde Sygehus

Sekretariat/Secretariat:

Vognmagergade 7, 3. sal
1120 København K
Telefon 33 91 79 60
E-mail: DCS@cardio.dk

Formateret: Norsk (bokmål)

Vi finder derfor, at der mangler et fagligt grundlag for den beskrevne organisering af hjerterehabilitering. Vi er bekymrede for, at denne anbefaling vil medføre et kvalitetstab, og vi anbefaler, at den høje kvalitet af eksisterende integreret hjerterehabilitering i sygehusregi fremhæves.

Det er forventeligt, at der ved opgaveglidning til kommunerne vil ske en markant reduktion i registreringen af indsatsen og dermed kvalitetssikringen/monitoreringen af denne. I anbefalingen benyttes hensigtserklæringer som fx ”bør” om registrering/monitorering. En kommentar til SS, udover bekymring om dette, kunne derfor være at arbejde for en obligatorisk/lovpligtig indrapportering (evt. til Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase), således at der stilles samme krav til indrapportering af kvalitetsdata vedrørende rehabilitering varetaget i kommunalt regi, som der aktuelt gøres til rehabilitering i sygehusregi.

Specifikke kommentarer:

Side 13, 2.1. målgruppe, linje 1, ”Fem hjertesygdomme...”, der nævnes i næste sætning kun fire hjertesygdomme

p16: Man dør vel ikke af men med atrieflimren?

p 26: Tabel 1: Forslag til medicinsk optimering før invasiv behandling
Ved Hypertensio Arterialis bør vel også tilføjes ACEI, AT2a

p 28: Alle patienter, der kan bestå arbejdstesten, og den heraf lægefaglige vurdering, vil kunne opstarte fysisk træning i kommunalt regi. Hvilke kriterier er gældende for at ”bestå” arbejdstesten?
Eller er det en samlet lægefaglig vurdering af pts arbejdstest (uanset kriterier for beståelse) og klinik, der afgør stedet for fysisk træning?
Er der et skøn over, hvor mange arbejdstest dette vil medføre?

p 33: Der skal under træningen være adgang til hjertestarter og let adgang for ambulancetransport.
Der er behov for en mere præcis definition af ”adgang”, specielt ved træning i kommunalt regi. Det er ikke acceptabelt, at adgangen er en hjertestarter lokaliseret 10 km væk.

Kommentarer til 5.2: Farmakologisk behandling af hjertesygdommen
Sætningen ’Optimal farmakologisk behandling er i særdeleshed vigtig i forhold til den fysiske træning’ bør specificeres til ’Optimal farmakologisk behandling af patienter med hjertesvigt er i særdeleshed vigtig i forhold til den fysiske træning’

Se endvidere vedhæftede PDF, hvor kommentarer kan læses ved at højreklikke og tillade pop-upbeskeder.

Med venlig hilsen

Lene Holmvang og Tina Svenstrup Poulsen
Dansk Cardiologisk Selskab



Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

ISKÆMISK HJERTESYGDOM

HJERTERYTMEFORSTYRRELSE

HJERTEKLAPSYGDOM

HJERTESVIGT

2017

HØRINGSUDKAST 5. oktober 2017

Indhold

Resumé	5
1 Indledning	8
1.1 Formål	8
1.2 Metode og vidensgrundlag	8
1.3 Læsevejledning	8
1.4 Anvendte begreber	10
1.5 Forløbstider, ventetider og maksimale ventetider	11
1.6 Forkortelser	12
2 Målgruppe, sygdomme og populationsanalyse	13
2.1 Målgruppe	13
2.1.1 Afgrænsning af målgruppen	13
2.2 Iskæmisk hjertesygdom	13
2.3 Hjerterytmeforstyrrelse	13
2.3.1 Atrieflimren/flagren	14
2.3.2 Andre ikke akut livstruende hjerterytmeforstyrrelser	14
2.3.3 Synkope af formodet kardiell årsag	14
2.4 Hjerteklapsygdom	14
2.5 Hjertesvigt	15
2.6 Populationsanalyse	15
2.6.1 Iskæmisk hjertesygdom	15
2.6.2 Hjerterytmeforstyrrelse	16
2.6.3 Hjerteklapsygdom	17
2.6.4 Hjertesvigt	17
3 Mistanke om hjertesygdom	18
3.1 Indledende vurdering og henvisning	18
3.1.1 Indledende vurdering og basale undersøgelser	18
3.1.2 Indlæggelse ved AKS og andre akutte medicinske tilstande	19
3.1.3 Henvisning til 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 koronart syndrom)	22
4.1.3	Atrieflimren/flagren	23
4.1.4	Øvrige hjerterytmeforstyrrelser	23
4.1.5	Synkope af formodet kardiell årsag	23
4.1.6	Hjerteklapsygdom	23
4.1.7	Hjertesvigt	23
4.2	Multidisciplinær teamkonference	24
4.3	Præoperativ forberedelse	24
4.3.1	Behandlingsansvar i ventetiden frem til invasiv behandling og operation	27
4.4	Planlægning af opfølgning	27
4.4.1	Farmakologisk behandling af hjertesygdommen	27
4.4.2	Risikofaktorkontrol	28
4.4.3	Vurdering af risiko og særlige behov ved fysisk træning	28
4.4.4	Palliation	29
4.5	Kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle	29
4.6	Organisering	30
5	Opfølgning	31
5.1	Generelt om opfølgning	31
5.2	Farmakologisk behandling af hjertesygdommen	31
5.3	Risikofaktorkontrol	31
5.4	Rehabilitering	31
5.4.1	Kvalitetssikring	34
5.4.2	Palliation	34
5.4.3	Organisering	35
6	Overblik over organisering	36
6.1	Arbejdsdeling og ansvar	36
7	Implementering	37
8	Monitorering	38
8.1	Sundhedsstyrelsens overvågning af hjerteområdet	38
8.2	Nyt Dansk Hjerteregister og den fremtidige monitorering	38
9	Referenceliste	39
	Bilagsfortegnelse	43

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

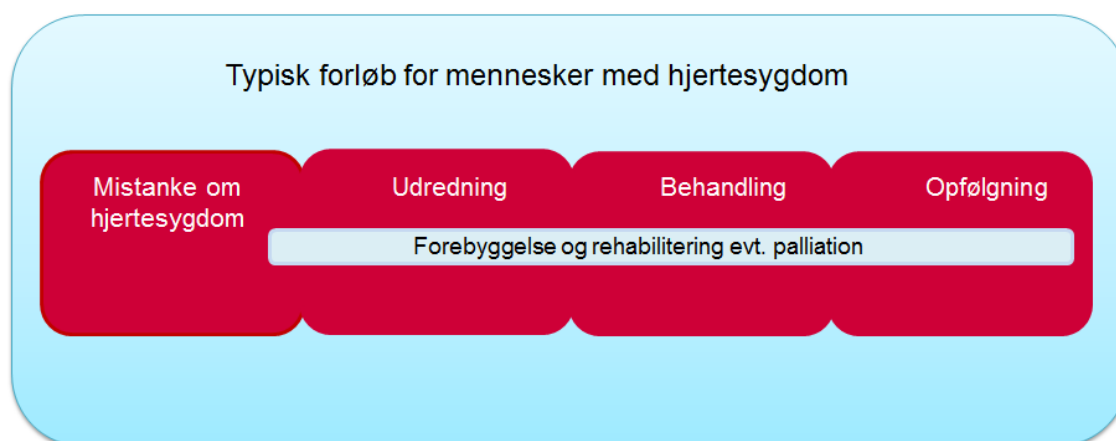
Høringsudkast

Resumé

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

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

Figur 1: Typisk forløb for mennesker med nyopdaget hjertesygdom




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

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

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


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

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

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

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

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

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

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

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

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


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

Kapitel 8 indeholder referencelisten med henvisninger til den anvendte litteratur.


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

1 Indledning

1.1 Formål

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

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

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


1.2 Metode og vidensgrundlag

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

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

1.3 Læsevejledning

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

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

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


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

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

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

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

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

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

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

¹ <https://danskepatienter.dk/vibis>

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

1.4 Anvendte begreber

Anbefalet forløbstid

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

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

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

Multidisciplinære teamkonferencer (MDT)

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

Rehabilitering

I anbefalingerne anvendes WHO's definition på rehabilitering:

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


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

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

Palliation

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


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

Der er således tale om et paradigmeskift, da man tidligere har opfattet palliation som ensbetydende med lindring i den terminale fase af kræftsygdom. Med den nye WHO definition er begrebet palliation et langt bredere begreb, der omfatter  **patienter med livstruende sygdom**, og har fokus på at fremme livskvaliteten 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, ud fra en helhedsorienteret tilgang med udgangspunkt i den enkeltes behov.

1.5 Forløbstider, ventetider og maksimale ventetider


Anbefalede forløbstider


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

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

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


Ret til sygehusbehandling (den generelle udrednings- og behandlingsret)


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

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

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

Maksimal 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.  dning om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme nr. 584 af 28/4/15.


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


1.6 Forkortelser

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

2 Målgruppe, sygdomme og populationsanalyse

2.1 Målgruppe

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

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

2.1.1 Afgrænsning af målgruppen


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

 **ledes indgår der ikke anbefalinger for det akutte præhospital sundhedsberedskab.**

2.2 Iskæmisk hjertesygdom

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

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

 **and, hvor patienten skal indlægges akut, meens stabil angina pectoris kan udredes ambulant.**

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

2.3 Hjerterytmeforstyrrelse

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

2.3.1 Atrieflimren/flagren

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

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

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

2.3.2 Andre ikke akut livstruende hjerterytmeforstyrrelser

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

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

2.3.3 Synkope af formodet kardiell årsag

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


2.4 Hjerterklapsygdom


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

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

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

2.5 Hjertesvigt


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

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





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


2.6 Populationsanalyse

2.6.1 Iskæmisk hjertesygdom

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

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

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

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

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

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

Årligt koster iskæmisk hjertesygdom ca. 1,8 mia. kr. i behandling og pleje, hvoraf udgifter til indlæggelse udgør ca. 80 pct. af omkostningerne. Iskæmisk hjertesygdom tegner sig for hoved-

delen af indlæggelserne blandt mennesker med hjertesygdom, og i 2010-2012 var der i gennemsnit ca. 30.000 somatiske indlæggelser. De højeste antal indlæggelser var blandt personer

med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse. Mennesker med iskæmisk hjertesygdom har endvidere samlet 790.000 flere årlige besøg hos alment praktiserende læge end personer uden iskæmisk hjertesygdom, hvilket svarer til to pct. af alle besøg hos den praktiserende læge. Syg-

dommen medfører yderligere omkostninger på 1,9 mia. kr. grundet tabt produktion, som er størst blandt mænd i alle aldersgrupper. Produktionstabt kan hovedsageligt tilskrives for tidlig død, mens også sygedage og førtidspension har betydning for de samlede omkostninger. Årligt

medfører iskæmisk hjertesygdom ca. 170 nytilkendte førtidspensioner. Både omkostninger og produktionstab modsvares af en besparelse i fremtiden som følge af tidlig død (5).

2.6.2 Hjerterytmeforstyrrelse

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

I 2015 døde ca. 750 mennesker af atrieflimren, hvoraf ca. 55 pct. forekom blandt kvinder. Selvom arytmi i sig selv ikke er livstruende, synes der således at være en sammenhæng mellem atrieflimren og øget dødelighed. Risikoen for at dø som følge af atrieflimren stiger med alderen

størstedelen af dødsfaldene forekommer blandt mennesker over 85 år. Der er observeret en social ulighed ved hertesvigt, hvor der ses en øget dødelighed blandt mennesker med kort uddannelse. Udviklingen i dødelighed af atrieflimren er steget fra 2006 til 2010, hvorefter dødeligheden igen er faldet frem til 2015(4,9).

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

Indlæggelse for atrieflimren/flagren har været stigende fra 2006 – 2015 (4). Stigningen skyldes til dels et øget antal patienter, der overlever efter blodprop i hjertet og hertesvigt, og som efter-

følgende udvikler hjerterytmeforstyrrelser. Samtidig har behandlingstilbuddet ændret sig, så man udover blodfortyndende behandling har forsøgt at genoprette normal hjerterytme ved et kontrolleret stød, hvilket foregår under indlæggelse (10).

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

2.6.3 Hjerteklapsygdom

Fra 2006 til 2015 er der sket en stigning i antallet af mennesker med hjerteklapsygdom. I 2015 levede ca. 33.000 personer med en hjerteklapsygdom, og hvert år er der ca. 6.000 nye tilfælde af hjerteklapsygdom. Forekomsten af hjerteklapsygdom stiger med alderen frem til det 84. år, hvorefter det falder igen. I 2015 var lidt over halvdelen af nye tilfælde af hjerteklapsygdom blandt mænd, og forekomsten er højere blandt mænd i alle aldersgrupper på nær blandt mænd 10-19 år (10). Der ses en social ulighed i forekomsten, hvor mennesker med kort uddannelse har højere forekomst af hjerteklapsygdom end mennesker med lang uddannelse (4).

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

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

2.6.4 Hjertesvigt

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

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

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

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

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

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

3 Mistanke om hjertesygdom

3.1 Indledende vurdering og henvisning

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

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

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

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

3.1.1 Indledende vurdering og basale undersøgelser

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

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

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

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

3.1.2 Indlæggelse ved AKS og andre akutte medicinske tilstande

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

3.1.3 Henvisning til ambulant udredning og behandling

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

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

Henvisningen bør omfatte:

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

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

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

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

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

3.1.4 Behandlingsansvar i ventetiden frem til påbegyndelse af udredning

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

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

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

3.1.5 Forholdsregler for patienten

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

3.2 Organisering

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

4 Udredning og behandling på sygehus/speciallægepraksis

4.1 Generelt om udredning og behandling

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


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

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

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


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

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

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

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


4.1.1 Stabil angina pectoris


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

4.1.2 Ustabil angina pectoris og NSTEMI (akut koronart syndrom)

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

Anbefalede forløbstider

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

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



4.1.3 Atrieflimren/flagren

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

4.1.4 Øvrige hjerterytmeforstyrrelser

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

Anbefalede forløbstider

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


4.1.5 Synkope af formodet kardiell årsag

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

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

4.1.6 Hjerteklapsygdom

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

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

4.1.7 Hjertesvigt

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

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

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

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

4.2 Multidisciplinær teamkonference

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

4.3 Præoperativ forberedelse

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

Hjertemedicinske tilstande

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

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

Andre tilstande

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

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


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

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

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

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

dlingskrævende sygdom

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

Tabel 1: Forslag til medicinsk optimering før invasiv behandling


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

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

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


4.3.1 Behandlingsansvar i ventetiden frem til invasiv behandling og operation

For patienter, der henvises til invasiv behandling på sygehus med specialiseret funktion, ligger behandlingsansvaret i ventetiden som udgangspunkt hos udredende afdeling. Ansvarer omfatter præoperativ optimering, herunder optimering af den medicinske behandling, risikofaktormodificering og planlægning af rehabiliteringsforløb forud for den invasive behandling samt frem-

 ndelse af den invasive behandling, hvis dette vurderes indiceret. Såfremt der er flere kardiologiske afdelinger involveret i udredningen (sygehus med hovedfunktion og sygehus med specialfunktion), skal det aftales, hvilken afdeling der har behandlingsansvaret i ventetiden til invasiv behandling.


4.4 Planlægning af opfølgning

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

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

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

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

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

4.4.1 Farmakologisk behandling af hjertesygdommen

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



2 Risikofaktorkontrol

Vurderes det, at patienten har behov for risikofaktorkontrol, bør der lægges en plan, der indeholder behandlingsstrategi og – mål for risikofaktorerne blodtryk, hyperlipidæmi og diabetes samt en beskrivelse af det lægelige behandlingsansvar. Endvidere bør der være opmærksomhed på, at et stort alkoholforbrug kan være en udløsende og/eller forværrende 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 antibiotikaprofylakse ved fx tandlægeindgreb.

4.4.3 Vurdering af risiko og særlig behov ved fysisk træning

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

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

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

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

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

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


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

4.4.4 Palliation

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

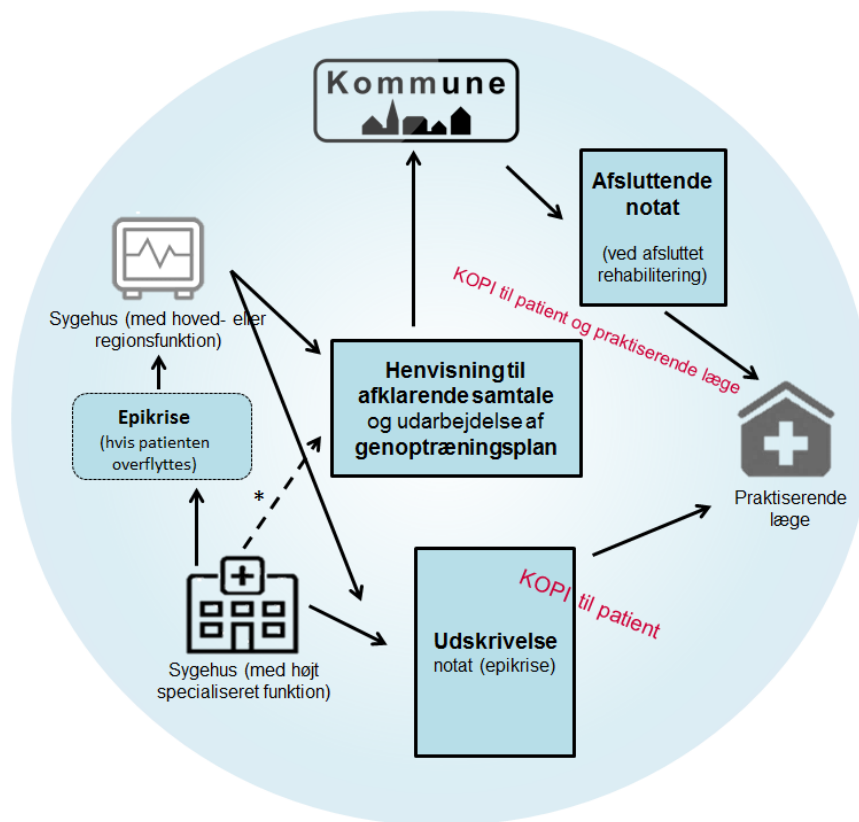
4.5 Kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle

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

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

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

Figur 2: Skriftlig kommunikation mellem sundhedsprofessionelle ved udskrivelse fra sygehus



4.6 Organisering

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

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

som patienten overflyttes til, danner en fyldestgørende epikrise fra sygehuset med højt specialiseret funktion forudsætning for udarbejdelsen af genoptræningsplanen.

5 Opfølgning

5.1 Generelt om opfølgning

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

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

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

5.2 Farmakologisk behandling af hjertesygdommen

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

5.3 Risikofaktorkontrol

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

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

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

5.4 Rehabilitering

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

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

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

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

Sygdomsmestring

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

Særlige forhold vedrørende sygdomsmestring hos patienter med hjertesygdom:

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

Ernæringsindsats

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

Særlige forhold vedrørende ernæring hos patienter med hjertesygdom:

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

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


Fysisk træning

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


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

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

Særlige forhold vedrørende fysisk træning hos patienter med hjertesygdom:

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

Tobaksafvænning

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

Arbejdsfastholdelse

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

5.4.1 Kvalitetssikring

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

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

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

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

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

5.4.2 Palliation


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

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

5.4.3 Organisering

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

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

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

Sygehuset (hjerteafdeling/hjertemedicinsk ambulatorium) har ansvaret for risikovurdering inklusiv eventuel test af arbejdskapacitet inden henvisning til fysisk træning samt udarbejdelse af genoptræningsplan samt for rådgivning til patienten. Sygehuset skal yde rådgivning af kommu-

 og praktiserende læger, eksempelvis rådgivning til de sundhedsprofessionelle i kommunen i forbindelse med den fysiske træning.

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

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

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

6 Overblik over organisering

6.1 Arbejdsdeling og ansvar

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

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

Udgangspunktet for opgavefordelingen er:

Almen praksis

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

Sygehuse/speciallæge i kardiologi

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

Kommuner


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

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

7 Implementering

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

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

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

8 Monitorering

8.1 Sundhedsstyrelsens overvågning af hjerteområdet

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

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

8.2 Nyt Dansk Hjerteregister og den fremtidige monitorering

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

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

9 Referenceliste

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

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

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

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

Høringsudkast

Bilagsfortegnelse

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

Høringsudkast

Bilag 1: Arbejdsgruppens kommissorium

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

Baggrund

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

Anbefalinger om tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdomme

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

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

Anbefalingernes målgruppe vil omfatte patienter med følgende diagnoser:

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

- Arytmi

Arbejdsgruppens opgaver

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

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

Arbejdsgruppens sammensætning

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

Arbejdsgruppen er repræsenteret ved følgende parter:

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

Sundhedsstyrelsen kan indhente yderligere sagkyndig ekspertise.

Sundhedsdatastyrelsen inddrages ad hoc.

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

Danske Patienter anmodes om at udpege en patientrepræsentant.

Arbejdsgruppens møder

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

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

Høringsudkast

Bilag 2: Medlemmer i arbejdsgruppen

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

Dansk Cardiologisk Selskab

Overlæge og formand, Lene Holmvang

Overlæge Tina Svenstrup Poulsen

Dansk Selskab for Almen Medicin

Praktiserende læge Marius Andersen

Praktiserende læge Bo Christensen

Dansk Thoraxkirurgisk Selskab

Overlæge Christian Carranza

Fagligt Selskab for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske Sygeplejersker

Forløbsansvarlig, viceklinikchef, Elisabeth Birnbaum

Dansk Selskab for Fysioterapi

Fysioterapeut Margrethe Smidth

Dansk Selskab for Palliativ Medicin

Overlæge Torben Stodl Andersen

Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin

Afdelingslæge Rasmus Ripa

Dansk Radiologisk Selskab

Afdelingslæge Thomas Skårup Kristensen

Dansk Selskab for Anæstesiologisk og Intensiv Medicin

Afdelingslæge André Korshin

Hjerteforeningen

Overlæge og formand Anne Kaltoft

Danske Patienter

Patientrepræsentant Christian Zohnesen

Danske Regioner

Konsulent Line M. Rasmussen

KL

Konsulent Lone Vinhard

Kommunale repræsentanter

Hvidovre Kommune: Lægekonsulent Hanne Christensen

Randers Kommune: Faglig leder Jannie Fogh Kristensen

Regional repræsentant

Region Nordjylland: Klinikchef Carl-Otto Gøtzsche

Sundheds- og Ældreministeriet

Fuldmægtig Mathias Ørberg Dinesen

Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion

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


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

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

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


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

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

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

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

For patienter med stabil angina pectoris gælder:

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

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

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

⁶ BEK nr 584 af 28/04/2015



Sundhedsstyrelsen
E-mail: plan@sst.dk

Dato: 30. oktober 2017

Høringssvar vedrørende ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom”

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren hilser Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom velkomne som en afløser for hjertepakkeforløbene.

Det bemærkes straks, at det færdige produkt lever op til de rammer, der er sat i kommissoriet.

Det er med glæde, at vi erfarer at arbejdsgruppen har været bredt nedsat og der udover læger fra de videnskabelige selskaber også har været deltagelse af patientrepræsentanter, kommuner, regioner og flere sundhedsprofessionelle, hvilket i høj grad øger mulighederne for en positiv modtagelse og en effektiv implementering af anbefalingerne.

Det er positivt, at sygdomsområdet er velbeskrevet og begreber er definerede i indledningen, således at risikoen for tvivl reduceres.

DSKS har fokus på gode og sikre overgange for patientforløbene mellem sektorerne. Derfor finder vi det meget hensigtsmæssigt, at arbejdsgange vedrørende henvisninger fra primærsektoren til hospitalsafdelingerne er nøje beskrevet (3.1.3). DSKS håber meget, at anbefalingerne bliver anvendt og fulgt efter hensigten.

Endvidere at det eksplicit er anført, hvem der har det primære ansvar i overgangene mellem sektorerne (3.1.4; 4.3.1; 4.5). Da kommunikationen mellem sektorerne er meget vigtigt for at få gode patientforløb, vi DSKS foreslå, at det beskrives i anbefalingerne, hvorledes der kan følges op på kvaliteten og rettidigheden af kommunikationen. Fx om henvisningerne indeholder de ønskede informationer? Anvendes de afgivne informationer på modatgehospitalet? Bliver beskeder til og fra hospitalet håndteret inden for passende tidsfrister?

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren

Specielt afsnittet om "Overblik og organisering" giver en god oversigt over hvem, der er ansvarlig for de forskellige faser. DSKS håber, at de nye anbefalinger vil øge kvaliteten af udredning, behandling og rehabilitering af den hjertesyg patient og at samarbejdet mellem sektorerne styrkes ad denne vej.

Med venlig hilsen

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Viborg Kommune modtog den 5. oktober 2017 høringsudkast til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom med henblik på kommentarer.

Dato: 30-10-2017

Sagsnr.: 17/53720
Sagsbehandler: vpchl

Viborg Kommune kan tilslutte sig anbefalingerne med følgende kommentarer vedrørende s. 34, afsnit 5.4.1, Kvalitetssikring.

I Viborg Kommune melder vi ind til en fælles hjertedatabase i Region Midtjylland. Hjertedatabasen er udarbejdet af Defactum. Vi melder ind til den regionale hjertedatabase, fordi det ikke er muligt for kommunerne at melde ind til den nationale hjertedatabase, hospitalerne melder ind til, og som ifølge hospitalerne ikke har fungeret tilstrækkeligt igennem længere tid. De data, der er beskrevet i afsnit 5.4.1, er ikke identiske med de data, Viborg Kommune på nuværende tidspunkt melder ind til den regionale database. Disse data bør samstemmes.

Der er på nuværende tidspunkt ingen national dataindsamling om effekten af rehabiliteringsindsatsen på lang sigt og ej heller om borgernes egne oplevelser efter deltagelse i forløbsprogrammer. Ved at tilvejebringe viden om, hvorvidt det, at en hjerteborger har deltaget i et rehabiliteringsforløb, har en effekt, der rækker udover de 3 måneder, forløbet varer, f.eks. i forhold til borgerens livskvalitet, hverdagsformåen, arbejdsliv, anvendelse af medicin, indlæggelser, besøg hos egen læge m.m. vil vi få et bedre grundlag for at vurdere effekten af den rehabiliteringsindsats kommunerne yder i henhold til forløbsprogrammerne. Der bør derfor afsættes midler til at forske i effekten af forløbsprogrammerne.

Der findes velegnede evidensbaserede spørgeprogrammer til at gennemføre en sådan måling. Det er afgørende, at effektmålingerne så vidt muligt foretages elektronisk og med så lidt tidsforbrug for fagpersonale som muligt. Borgerne selvoplevede data bør naturligvis indgå i målingen.

Med venlig hilsen



Peter Borup Sørensen
Sundhedschef



Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Att. Fuldmægtig Lene Sønderup Olesen
Isol@sst.dk

31-10-2017

Bemærkninger til udkast "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom".

Afsnit 2. Målgruppe

Borgere med hjerterytmeforstyrrelse er en ny målgruppe i den kommunale hjerterehabilitering. Det må forventes at medføre meromkostninger for kommunerne.

Afsnit 4.4.3. Vurdering af risiko og særlige behov ved fysisk træning.

Her er beskrevet den udskrivende læges rolle. Her kunne med fordel også beskrives, hvad den praktiserende læge bør forholde sig til ved henvisning i forhold til sikkerhed i træning hos den store gruppe af borgere, der henvises fra almen praksis senere i forløbet?

Afsnit 5.4. Rehabilitering

Det bør præciseres, hvad der menes med forebyggende tilbud side 31 nederst.

Ernæringsindsats: I forhold til diætvejledning kunne der med fordel konkretiseres, hvilke patienter der skal tilbydes diætvejledning på sygehus og hvem der tilbydes i kommunalt regi – og gerne med særligt fokus på comorbiditet, nyresvigt og svær kakeksi.

Afsnit 5.4.3. Organisering

Det fremgår (side 35), at sygehuset skal yde rådgivning i forbindelse med fysisk træning. Her bør ernæringsindsats tilføjes.

Når der tales om henvisning – menes der så genoptræningsplan eller Ref01?

Afsnit 5.4.1. Kvalitetssikring.

Aalborg Kommune er enige i anbefalingen om, at "Kommunerne arbejder mod systematisk at dokumentere og monitorere rehabiliteringsindsatserne". Imidlertid er de historiske erfaringer, at dette arbejde er

Sundhedsstrategisk Team

Sundheds- og Kulturforvaltningen
Danmarksgade 17
9000 Aalborg
9931 3131

Sagsnr.:
2017-053370
Dok.nr.:
2017-053370-1
Init.: VIO
EAN nr.: 5798003743066

Har du fået dette brev digitalt kan du svare ved at bruge "besvar"-knappen i Digital Post/eBoks. Du kan altid kontakte Aalborg Kommune sikkert på aalborg.dk eller via Digital Post på borger.dk. Har du brug for hjælp til Digital Post kan du ringe til Den Digitale Hotline på 7020 0000

særdeles komplekst. Det er derfor nødvendigt, at Sundhedsstyrelsen sætter sig for bordenden og sætter rammerne og en national model herfor. Kun på denne måde kan registrering og dermed monitorering blive ensartet på tværs af kommunerne, og kun derved kan sikres, at der opnås fælles viden på området.

Afsluttende bemærkninger.

Flere steder i udkastet nævnes "tilstrækkelig kommunikation". Her kan det med fordel præciseres, hvad der skal kommunikeres ud – hvilke informationer der skal være i en henvisning og hvordan den kommunikation skal foregå.

Der kan med fordel være mere fokus på pårørendes rolle, og der kunne med fordel gøres brug af ICF modellen.

Venlig hilsen

Torben Krogh Kjeldgaard
Leder af Sundhedsstrategisk
Team

30. oktober 2017

Høringssvar Silkeborg kommune**Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.**

Det er med glæde at vi har læst det gennemarbejdede materiale i anbefalingerne. Anbefalingerne bygger på de relevante tidligere rapporter: forløbsprogram for hjerterehabilitering og anbefalinger for forebyggelse i kommunerne.

I høringsmaterialet er der kun enkelte ting som vi ønsker at pointere.

På side 34 nævnes det at alle kommuner bør indberette faktorer ifht hjerterehabilitering.

Vi er enige i at de nævnte faktorer er relevante, men som kommune savner vi, at der er et tilgængeligt system som data kan indrapporteres til.

For fagpersoner i kommunerne er der mange fagsystemer der skal rapporteres i, hvilket fjerner fokus fra borgeren i den afklarende samtale. Dette er uheldigt og derfor ønsker vi at der arbejdes hurtigt på en samlet database som alle sektorer har mulighed for at rapportere til og trække relevante data fra.

Vi ser frem til at der kommer en samlet database (NDHR), men vi er noget bekymrede for muligheden for relevante uddata, da der hidtil ikke har været muligt at trække data med et fast interval og de rette data til ledelsesinformation (RKKP).

Vi oplever at vi indrapporterer flere data som vi ikke kan trække ud og derfor bliver nødt til at opretholde flere forskellige fagsystemer for at være sikre på at kunne trække relevante data.

De data vi især finder væsentlige at kunne trække er alder (ikke som cpr) arbejdsmarkedstilknytning, socioøkonomiske data og borgerens fremgang.

Endelig vil vi også sætte stor pris på hvis databaserne har mulighed for at håndtere opfølgningssamtaler og test flere gange fx svarende til de opfølgninger der er i MoEva fra Defactum. Ved 0,3, 9 og 18 måneder.

Vi ser frem til at modtage de endelige anbefalinger.

Venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, reading "Linda G Næsager". The script is cursive and fluid, with the first name "Linda" and the last name "Næsager" clearly distinguishable.

Linda Gulløv Næsager (18994)
Leder af sundhedshuset

Høringssvar vedrørende "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom".

Greve Kommune har læst det fremsendte høringsmateriale vedrørende "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom".

Vi har med særlig interesse forholdt os til de afsnit, der mest direkte berører de kommunale forhold.

Overordnet set finder vi, at anbefalingerne understøtter de arbejdsgange og snitflader, vi allerede i Greve Kommune forsøger at etablere og fastholde i samarbejdet med Region Sjælland.

Særligt vil vi gerne positivt fremhæve nogle passager i anbefalingerne:

1. På det indholdsmæssige plan noterer vi os, at vi fremadrettet kan forvente en tydelig angivelse af borgerens fysiske funktionsniveau inden genoptræning eller rehabilitering iværksættes i det kommunale regi.
(jf. afsnit 4.4.3. *Alle patienter, der kan bestå arbejdstesten og den heraf lægefaglige vurdering, vil kunne opstarte fysisk træning i kommunalt regi.*

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

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

- Patienten kan være risikopatient og afventer arbejdstest på sygehus, inden fysisk træning kan påbegyndes. Kommunen skal afvente melding fra sygehuset, inden eventuel opstart af fysisk træning. Der skal lokalt aftales en procedure for denne kommunikation.

- Patienten er vurderet som risikopatient, og der er udarbejdet en genoptræningsplan til specialiseret genoptræning.)

2. Vi finder det positivt, at der i anbefalingerne er tydelig skelnen mellem de forskellige henvisningsveje til de kommunale tilbud. Der hersker på nuvæ-

rende tidspunkt stadig nogen usikkerhed i nogle sygehusafdelinger i.f.t. skelnen mellem henvisning til genoptræning med en genoptræningsplan herunder skelnen mellem almen og specialiseret genoptræning og henvisning til rehabilitering med en kommune henvisning.

(jf 4.5 Hvorvidt der er sendt en henvisning til afklarende samtale i kommunen med henblik på rehabilitering, samt om der er udarbejdet en genoptræningsplan til henholdsvis almen eller specialiseret genoptræning)

3. Der er tydelighed i.f.t. ansvarsfordelingen ved flytning mellem sygehusafdelinger. Efter vor vurdering kan dette bidrage til at færre borgere bliver udskrevet uden genoptræningsplan.

(jf. 4.6 Såfremt patienten har modtaget behandling på et sygehus med højt specialiseret funktion og overflyttes til sygehus med hoved- eller regionsfunktion, skal det aftales, hvilket sygehus der skal udarbejde en eventuel genoptræningsplan. Såfremt genoptræningsplanen aftales udarbejdet af sygehuset, som patienten overflyttes til, danner en fyldestgørende epikrise fra sygehuset med højt specialiseret funktion forudsætning for udarbejdelsen af genoptræningsplanen.)

4. Vi bifalder anerkendelsen af kommunernes evne til at løse denne opgave.

(jf. 5.4.3. Den generelle udvikling i sundhedsvæsenet er på andre sygdomsområder, at rehabilitering i stadig højere grad varetages i kommunalt regi. Det anbefales, at rehabilitering hos patienter med hjertesygdom også følger denne udvikling fremadrettet, således at rehabiliteringsindsatser efter udskrivelse som udgangspunkt varetages i kommunalt regi.)

5. Efterhånden som flere og flere forløb strækker sig over sektorgrænsen bliver vigtigheden af fælles databaser tydelig. Vi kan kun ønske at denne udvikling mod fælles databaser fremskyndes.

(jvf 8.2 Det bør tilstræbes, at det fremtidige NDHR omfatter national monitoring af væsentlige elementer i hele patientens forløb, med henblik på at understøtte en datadrevet implementering af patientforløbet som en helhed. Det bør omfatte relevante indikatorer for struktur, proces, effekt/resultat af behandling og rehabilitering, herunder patientrapporterede data, samt data for relevante forløbstider. Dette forudsætter, at der på nationalt niveau implementeres en tilstrækkeligt repræsentativ og ensartet registrering af de dele af forløbet, som ligger uden for sygehuset, samt at data for hele patientforløbet samles og tolkes på et fælles, nationalt grundlag. I den forbindelse vil det være relevant at arbejde hen mod, at alle kommuner kan indberette data til den Nationale Hjerterehabileringsdatabase.)

Venlig Hilsen

Dorthe Holmbo
Sundhedschef
Greve Kommune



**Varde
Kommune**

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Att.: Janet Samuel

Sundhed og Rehabilitering
Bytoften 2, 6800 Varde

79946651

Høringssvar vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.

Varde Kommune har haft anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom i høring og vil gerne kvittere for det flotte arbejde. Overordnet ser vi anbefalingerne som et godt initiativ til at styrke den samlede hjerterehabilitering og vurderer, at anbefalingerne hænger godt sammen med Sundhedsstyrelsens øvrige anbefalinger som fx "Anbefalinger til kommunale forebyggelsestilbud for mennesker med kronisk sygdom".

30. oktober 2017

Mai Bjørn Sønderby
Direkte tlf.: 79946651
Email: maix@varde.dk

Vi ser positivt på,

Sagsnr.: 17-11932

- At der er en lidt bredere tilgang end hjertepakkerne og dermed fokus på såvel forebyggelse, rehabilitering og palliative indsatser.
- At borgere, der er stabile i deres hjertesygdom får et sammenhængende tilbud om træning og sygdomsmestring i kommunen.
- At det præciseres, at langt de fleste hjertepatienter kan tilbydes fysisk træning i kommunen og ikke behøver specialiseret træning på sygehuset.
- At palliationsbegrebet tænkes meget bredt og ikke kun som indsatser der skal leveres i den terminale fase.

Vi ønsker en god overdragelse af opgaven i tæt samarbejde mellem sygehus og de omkringliggende kommuner og bemærker i den forbindelse, at det side 30 under organisering beskrives, at der ved overflytning mellem sygehuse "aftales hvem der udarbejder en evt. genoptræningsplan". Vi mener, at der bør overvejes en præcisering af ansvaret, således at borgere med behov for genoptræning ikke risikerer at "falde mellem to stole" og ikke får udarbejdet en genoptræningsplan.

Med venlig hilsen

Margit Thomsen
Sundhedschef

Postadresse:
Varde Kommune
Bytoften 2, 6800 Varde

Fra: SST Plan
Sendt: 31. oktober 2017 10:02
Til: PLAN Studenter
Emne: VS: Høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom - Høringsfrist d. 1/11-17

Fra: Janet Reade Lomholt [<mailto:jrl@guldborgsund.dk>]

Sendt: 31. oktober 2017 09:59

Til: SST Plan

Emne: Høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom - Høringsfrist d. 1/11-17

Kære Sundhedsstyrelse

Herunder er svar fra Guldborgsund Rehabilitering.

Det er udviklingsterapeuten – der også er koordinator for det medicinske område (Dorthe Berthelsen) der har svaret.

Med venlig hilsen

JANET READE LOMHOLT
LEDER AF REHABILITERING
REHABILITERING
CENTER FOR SUNDHED &
OMSORG

DIR +45 54732230
MOB +45 25180573
JRL@GULDBORGUND.DK

GULDBORGUND
KOMMUNE
VIBORGVEJ 4
4800 NYKØBING F
TLF +45 54732230
WWW.GULDBORGUND.DK



GULDBORGUND



Fra: Dorthe Berthelsen

Sendt: 27. oktober 2017 12:56

Til: Janet Reade Lomholt <jrl@guldborgsund.dk>

Emne: SV: Høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom - Høringsfrist d. 1/11-17

Hej Janet

Jeg har følgende kommentarer til anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom:

Målgruppen for anbefalingerne (kap 2) er iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelse, hjertesvigt og hjerteklap. Rehabilitering har ikke tidligere været tilbudt til patienter med hjerterytmeforstyrrelse, hvorfor man vil kunne forvente en betydelig stigning i antallet af henvisninger til hjerte-rehabilitering.

Ifm rehabilitering (kap. 5.4) beskrives anbefalinger for iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapoperation specifikt for nogle af de enkelte indsatser.

Hjerterytmeforstyrrelse nævnes ikke specifikt, men da den overordnede målgruppe også omfatter hjerterytmeforstyrrelse, må det antages at rehabilitering ligeledes skal tilbydes til denne gruppe.

Som et led i den præoperative forberedelse (kap. 4.3) beskrives at der kan tilbydes rehabilitering.

Ved henvisning til fysisk træning præoperativt bør tilføjes, at risiko og særlige behov ved fysisk træning bør vurderes ud fra samme anbefalinger som beskrevet efter udskrivelse (kap. 4.4.3).

Ved vurdering af risiko og vurdering af særlige behov for fysisk træning (kap. 4.4.3) beskrives at patienter i særlig risiko "skal have en specialiseret genoptræningsplan, og deres fysiske træning skal foregå i sygehus-regi, evt i en hjertesvigtsklinik".

Dette foreslås ændret til at patienter i særlig risiko ”skal have en specialiseret genoptræningsplan, og deres fysiske træning skal *starte* i sygehus-regi, evt i en hjertesvigtssklinik, *men kan efterfølgende overgå til kommunalt regi*”.

Med venlig hilsen

DORTHE BERTHELSEN
UDVIKLINGSFYSIOTERAPEUT
CAND. SCIENT. I FYSIOTERAPI
FAGLIG KOORDINATOR MEDICINSK
REHABILITERING
CENTER FOR SUNDHED & OMSORG

DIR +45 54732230
MOB +45 25180579
DOBE@GULDBORGSUND.DK

GULDBORGSUND KOMMUNE
VIBORGVEJ 4
4800 NYKØBING F.
WWW.GULDBORGSUND.DK



GULDBORGSUND





Notat

31. oktober 2017

Sagsbeh.:IHB

J.nr.: 29.09.08-K04-2-17

Sundheds- og

Høringssvar fra Frederiksberg Sundhedscenter, Forebyggelsesområdet til Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. Sundhedsstyrelsen 2017.

Forebyggelsesområdet i Frederiksberg Kommune har følgende bemærkninger til høringsudkastet:

Skriftlig kommunikation mellem sundhedsprofessionelle ved udskrivelse fra sygehus

I figur 2, s. 30 fremgår det, hvilken skriftlig kommunikation, der knyttets til patientens videre forløb efter udskrivelse. Vi bemærker, at der ingen pile er *fra* almen praksis *til* de kommunale sundheds- og rehabiliteringsforløb. I enkelte tilfælde udskrives patienten fra hospital til almen praksis uden plan for rehabilitering eller genoptræningsplan. I de tilfælde er det vigtigt, at almen praksis vurderer behov for yderligere tilbud/indsatser og enten henviser til kommunale tilbud direkte eller først beder hospitalet om at indkalde patienten til en efterbehandlingssamtale.

Rehabilitering

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

Bemærkning: De kommunale rehabiliteringstilbud er en væsentlig del af den nære sundhedsvæsen og borgerens mulighed for bedring af funktionsniveau. Patienter med hjertesygdom bør derfor i høj grad udskrives hertil efter endt indlæggelse. Som ordlyden er i afsnittet, kan det læses som om, rehabilitering kun foregår i hospitalsregi.

Screening for angst og depression

Patienter med hjertesygdom er særligt sårbare ift. at udvikle angst og depression.

Hjerteforeningen har udarbejdet anbefalinger for screening af disse patienter: [Screening-for-angst-og-depression-baggrundsrapport.pdf](#). Sygdomsmestring indgår i anbefalingerne, men en præcisering af hvornår det anbefales at screene patienten, vil i vores optik også være relevant.

Venlig hilsen

Leder af Forebyggelsesområdet

Addie Just Frederiksen

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: SST Plan
Sendt: 31. oktober 2017 14:53
Til: PLAN Studenter
Emne: VS: Høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom - Høringsfrist d. 1/11-17
Vedhæftede filer: Høringsbrev_hjerteanbefalinger.pdf; Høringsliste_hjerteanbefalinger.pdf; Høringsudkast_Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.pdf

Fra: Sundhed (Funktionspostkasse) [<mailto:sundhed@frederikssund.dk>]
Sendt: 31. oktober 2017 14:49
Til: SST Plan
Cc: Signe Kristina Birck Müller; Malene Størup
Emne: VS: Høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom - Høringsfrist d. 1/11-17

Frederikssund Kommune har ingen bemærkninger til den planlagte udgivelse "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom".

Venlig hilsen

Signe Kristina Birck Müller
Leder af Staben

Sundhedssekretariat
Torvet 2, 3600 Frederikssund
51 23 36 57
skbmu@frederikssund.dk
www.frederikssund.dk

**FREDERIKSSUND
KOMMUNE**



Kommentarer til høringsudkastet: "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom".

Kommentarer fra hjerterehabiliteringen, SUH Roskilde, okt 2017.

Som udgangspunkt er vi positive overfor anbefalinger der understøtter en bedre sammenhæng i patientforløb, og en nationalt ensartet faglig og organisatorisk praksis.

Men med dette forslag går hjerterehabiliteringsindsatsen fra en evidensbaseret indsats i sygehusregi til en ikke-evidensbaseret og umoniteret indsats i kommunerne. Erfaringer og evidens for træning og rehabilitering i kommunalt regi er yderst sparsomme, og der er på nuværende tidspunkt ikke etableret en model for monitorering af hjerterehabiliteringsindsatserne på landsplan. Ydermere er udlægningen baseret på få studier, hvorfor der ønskes tilstrækkelig evidens for, at kommunal ikke-specialiseret fase II rehabilitering kan måle sig med sygehusrehabilitering på parametre som forøgelse af arbejdskapacitet, langtids-compliance, adherence til træning, livskvalitet, genindlæggelser og præmatur død.

I forslaget beskrives en arbejdsgang hvor hjertepatienter ikke som udgangspunkt tilbydes specialiseret genoptræning men sendes direkte til kommunal træning. Denne arbejdsgang er i modstrid med indholdet beskrevet i gældende retningslinjer (Dansk Cardiologisk Selskab – DCS) der foreskriver at alle hjertepatienter indbefattet af hjertepakkerne skal tilbydes specialiseret genoptræning, hvilket udføres i sygehus regi. Hjertepakkerne er suspenderet nu, men de blev etableret på baggrund af gældende evidens og guidelines.

Patienterne vil med dette udkast blive tilbudt en fragmenteret indsats hvor de skal komme til fase II hjerterehabilitering i flere sektorer, sygehus, kommune og almen praksis, hvilket vil betyde at patienterne ikke vil få tilbudt en samlet tværfaglig indsats ved et højt specialiseret team.

Det står beskrevet at en kardiolog skal foretage en behovsvurdering ved udskrivelsen af samtlige patienter omfattet af vejledningen – er dette realistisk?

Det fremgår ikke klart hvor screening for angst, depression og diabetes skal foregå, skal dette ses som risikofaktorkontrol og dermed foregå i hospitalsregi, eller som rehabilitering og dermed i kommunaltregi?

Træningsindsatsen bygger på resultater fra arbejdstest. Hvad gør man i tilfælde af, at en patient ikke kan gennemføre en arbejdstest??

Der står at generelt skal rehabilitering foregå i kommunalt regi, men der skelnes ikke imellem diagnosegrupper. Dette er bekymrende, idet alle diagnosegrupper skæres over en kam i relation til

rehabilitering når evidens i forhold rehabilitering og træning til f.eks. patienter med atrieflimmer og ICD er yderst sparsom. Blandt andet må rehabiliteringsindsatsen til ICD patienter af sikkerhedsmæssige og faglige hensyn foregå i et højt specialiseret team. Vi mener ikke at det kan forventes at kommunerne kan arbejde på et så sygdomsspecifikt niveau, som det kræves at levere rehabilitering til patienter med kompleks hjertesygdom. Kommunerne har ikke haft kultur for forskning, hvorfor det anbefales at afvente med at flytte rehabilitering af mere komplekse hjertesygdomme til kommunalt regi, indtil der foreligger guidelines på området.

Med venlig hilsen Hjerterehabiliteringen

SUH Roskilde

Hermed høringssvar vedr. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom" fra SUH Roskilde og Køge, fysioterapien.

Vi – på SUH Roskilde og Køge - støtter op om at man udarbejder fælles nationale anbefalinger for de tværsektorielle forløb til mennesker med hjertesygdomme. Kommunernes involvering i den forebyggende indsats til disse patientgrupper er vigtig og det er derfor vigtigt at få tydeliggjort samarbejdsrelationerne mellem sygehus og kommune.

Opbygning af forløb:

I dokumentet lægges op til at patienterne stratificeres til enten et specialiseret forløb eller et alment forløb.

Vi mener at man i højere grad bør indtænke de tværsektorielle træningsforløb som delte forløb mellem sygehus og kommune. Ved at dele forløbene mellem sygehus og kommune målrettes indsatsen, til den aktuelle fase, patienten befinder sig i, og man undgår en udtalt fraktioneret indsats som ellers vil være uundgåeligt når patienten har forløb på både sygehus (kardiolog, sygepleje, mm.) og i kommune (træning) samtidig.

Jf. forløbsprogrammet fra Regions Sjælland kan man med fordel dele fase II op i en fase IIa og en fase IIb:

- Fase IIa specialiseret træning: Med fokus på arbejdstestning og træningsafprøvning, praktisk uddannelse i håndtering af kardielle udfald i træningen og tæt tværfagligt kardiologisk samarbejde i forløbet.
- Fase IIb almen genoptræning: Med fokus på fastholdelse og sekundær forebyggelse.

Stratificering:

I dokumentet lægges op til en stratificering på baggrund af hjertepatientens diagnose og eventuel arbejdstest, til enten et specialiseret træningsforløb i sygehusregi, eller et alment træningsforløb i kommunalt regi.

Det er positivt man i dette dokument – på linje med aktuelle anbefalinger fra DCS/NBV og NKR, indtænker symptomlimeret arbejdstest som stratificeringsredskab til enten specialiseret eller almen genoptræningsforløb. Dog bør alle klap-, iskæmi- og hjertesvigtpatienter tilbydes denne test jf. DCS/NBV og NKR, hvilket bør fremgå af nærværende dokument.

Testen kan med fordel udarbejdes af specielt uddannede fysioterapeuter i sygehusregi til planlægning og individualisering af træningsindsatsen (intensitet, hyppighed, mm) til den enkelte patient.

Mht. stratificeringen, mener vi på SUH, at en større andel end de beskrevne hjertepatienter bør kategoriseres som højrisikopatienter og dermed bør tilbydes specialiseret genoptræning samt en symptomlimeret arbejdstest med mindst EKG og blodtryksmåling.

Vi mener at man som udgangspunkt altid bør arbejdsEKG-teste nedenstående patientgrupper inden opstart af træning:

- Ufuldstændigt revaskulariserede patienter, med eller uden angina
- CABG patienter på baggrund af udbredt iskæmisk hjertesygdom
- Hjertesvigtpatienter EF < 45% på baggrund af risiko for arytmier.
- Hjerteklapopererede med eller uden hjertesvigt.
- Arytmi inkl. ICD
- Patienter med betydelende comorbiditet

Hjertesvigtpatienter i samtidig medicinsk optitrering i hjertesvigt klinik, bør altid tilbydes specialiseret genoptræning mhp. sikkerhed og tværfagligt samarbejde med klinikpersonalet hvilket bør fremgå af nærværende dokument.

Kommentarer til enkelte afsnit:

Målgrupper s. 13:

Det er positivt at man i disse anbefalinger inddrager andre målgrupper end de traditionelt beskrevne i rehabiliteringsøjemed – herunder hjerterytmeforstyrrelser.

Det bør dog understreges at andre og akutte forløb herunder STEMI forløb kan have gavn af en indsats.

Planlægning af opfølgning s. 27

- Behovsvurdering i forhold til om fysisk træning bør være specialiseret bør foretages af kardiolog i samarbejde med fysioterapeut.

Vurdering af risiko og særlige behov ved fysisk træning s. 28

- Man bør gøre sig klart hvem der skal udføre denne arbejdstest. Herfra foreslås – ihht. DCS/NBV - at fysioterapeuterne kan udføre denne og samtidig kan bruge denne test som udgangspunkt for planlægning af den videre træningsintervention mhp. træningsintensitet, mm.
- Det kan se ud som om man påtænker at risikopatienter skal have 2 arbejdstests? Såfremt fysioterapeuten indtænkes i den første arbejdstest bør dette ikke være nødvendigt idet udarbejdelse af individuelt træningsprogram kan udledes af første test.
- Hvad betyder det at ”bestå” en arbejdstest?? Anbefalet herfra at man bruger termen ”hændelsesfri” i stedet, for derved mere tydeligt at indikere at der ingen kardielle- eller kredsløbskomplikationer har været i forbindelse maksimal arbejdsbelastning.
- Risikovurderingen baseres udelukkende på diagnose – man bør gøre mere ud af at stratificere ud fra sygdomsgrad (EF og NYHA) og komorbiditeter. Ex. kan en iskæmisk syg patient være fuldt revaskulariseret efter et AMI, men stadig have svær spredt aterosklerose og dermed i højrisiko for fornyet AMI. Vi mener som udgangspunkt at klap-, iskæmi- og hjertesvigtpatienter alle bør testes med symptomlimeret arbejdstest forud for et træningsforløb jf. DCS/NBV og NKR.
- Man bør indtænke hvordan man stratificerer patienter der ikke er i stand til at medvirke til en arbejdstest. Her kan man i stedet risikostratificere på baggrund af sværhedsgrad af diagnose, comorbiditet og arbejdskapacitet ex. vurderet ud fra 6MWT.
- Jf. DCS/NBV og NKR bør alle hjertepatienter svigt, iskæmi og klap tilbydes en symptomlimeret arbejdstest. Testning på tværs af sektorer kan ex. indtænkes således: Patienterne tilbydes en arbejdstest med mindst EKG og blodtryksmåling i sygehusregi og denne er hændelsesfri, kan man med fordel i den kommunale træning, teste patienterne med watt max test med samme protokol. Denne test er valid og reliabel i forhold til andre pulsafhængige tests der kan anvendes til hjertepatienter. Vi mener ikke man bør teste hjertepatienter i kommunerne med watt max test hvis de ikke initialt er testet på denne måde med overvågning i sygehusregi, så dette bør indføres i anbefalingerne.

- Man bør indtænke thoraxkirurgiske (CABG og klap) patienters behov for intervention de første 6-8 uger efter operationen som en del af det specialiserede, da disse med fordel kan træne underkropstræning i det subakutte forløb.
- Man bør have mere fokus på at beskrive formål med indsatserne i hhv. den specialiserede og almene del af træningen for dermed at tydeliggøre at indsatsen i de respektive sektorer har forskelligt fokus – fase IIa og IIb som beskrevet i andet afsnit i dette dokument.

Palliation s. 29:

- Her kan man med fordel inddrage ergoterapeuter og fokus på energibesparende arbejdsmetoder og strukturering hverdagen. Se høringssvar fra ergoterapeut SUH

Organisation s. 30:

- Det er altid det udskrivende sygehus der udarbejder genoptræningsplan.

Fysisk træning s. 33

- Mht. beskrivelse af indsatsen formål, bør man henviser til DCS/NBV – Hjerterehabilitering samt til NKR.
- Godt at man tænker hjemmetræning ind til de patienter der ikke kan træne ude. Her kan man med fordel også inddrage telemedicin.
- Man bør være uddannet i Hjerter-Lunge-Redning. Ikke nok med Førstehjælp.

Kvalitetssikring s. 34:

- Man bør indtænke Dansk Hjerterehabiliteringsdatabases mål for træningsdelen i hjerterehabiliteringsforløbet. Dvs. parametre man som minimum skal måle på sektorerne i mellem er:
 - Arbejdskapacitet
 - Fremmøde

Organisering, S. 35:

- Man bør notere at rehabiliteringsindsatserne i primærsektor, skal leve op til standarden på sygehuset.
- *Lægefagligt ansvar* - ved almen genoptræning bør egen læge have ansvaret.
- *Sygehuset* - Man bør skrive at sygehuset står for den specialiserede del af genoptræningen.

Med venlig hilsen

Fysioterapien SUH Roskilde og Køge

Ergoterapeutiske overvejelser ift. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Det ses som en stor fordel, at man vælger fra dokumentets start at lægge op til et fokus på ”rehabilitering”, som defineret af WHO, hvor der sigtes på at den enkelte skal *opnå ”bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund”* (side 10). Der er dog ikke megen fokus på borgerens funktionsevne **i hverdagen** og omgivelserne i dokumentet. ”Hverdag” er nævnt én gang igennem hele dokumentet. Ordet ”dagligdag” er ikke nævnt. Derimod er der fokus på ”funktionsevne” i forbindelse med gennemgang af rehabiliteringstilbud. Funktionsevne er dog ikke defineret specifikt og bliver derfor lidt for åbent - funktionsevne i forhold til hvad?

Ergoterapeutisk efterspørges et fokus på patientens perspektiv på eget liv og hverdag. Det er f.eks. fremhævet, at der har været et paradigmeskift ift. palliation og WHO’s definition er trukket ind (side 11). Det understreges, at der nu skal fokuseres på at fremme livskvalitet igennem hele forløbet for mennesker med en livstruende sygdom. Hvordan kan dette gøres uden at have fokus på det nære – hverdagen og aktiviteterne i denne – også før forløbet evt. bliver palliativt eller terminalt?

Erfaringsmæssigt vil en gruppe af mennesker med hjerteproblemer have en nedsat funktionsevne i forhold til udførelse af ADL. Det gælder f.eks. mennesker med hjertesvigt NYHA kl. III-IV. Ergoterapeutisk er der gode erfaringer med at instruere denne målgruppe i energibesparende arbejdsmetoder mhp. energiforvaltning i hverdagen samt evt. dyspnøestring i aktivitet. Den enkelte får bedre mulighed for at forblive aktiv og samtidigt mulighed for at prioritere de aktiviteter, som patienten vægter højest. Hermed sigtes mod en bedre hverdag – bedre livskvalitet. Denne tilgang genfindes ikke i dokumentet.

I dokumentet beskrives en præhabiliteringstilgang (uden at ordet nævnes) – side 24-25. For en gruppe af de mennesker med hjertesygdomme, som mærker besvær ved at udføre de daglige aktiviteter, vil det være relevant at kigge på energiforvaltning i hverdagen, også inden evt. operation. Dette kan være en fordel, da det muliggør at patienten kan være aktiv på et vist niveau og vedligeholde vigtige funktioner i hverdagen. Indsatsen vil dermed være med til at modvirke yderligere tab af funktionsevne og gøre den enkelte bedre i stand til at modstå evt. komplikationer i forbindelse med behandling/operation. Herudover vil de redskaber, som indlæres præ-operativt, kunne føres med ind i hverdagen efterfølgende. Når de er indlært præ-operativt skal patienten ikke bruge energi på at indlære nyt efter operationen, hvor kræfterne skal bruges på at komme sig fysisk. Det kan sammenlignes lidt med fysioterapeuternes præ-instruks i lungeterapi og hensigtsmæssig mobilisering inden operation.

Ovenstående interventioner tænkes som tværsektorielle med indsatser både i primær- og sekundærsektor.

Med venlig hilsen

Ergoterapien SUH Roskilde og Køge



TØNDER KOMMUNE

Sundhedsstyrelsen

Planlægning

Sundhed

Direkte tlf.: +4574929436

Mail: rt1@toender.dk

Sags id.:

29.30.04-P00-1-15

27-10-2017

Høringssvar - anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

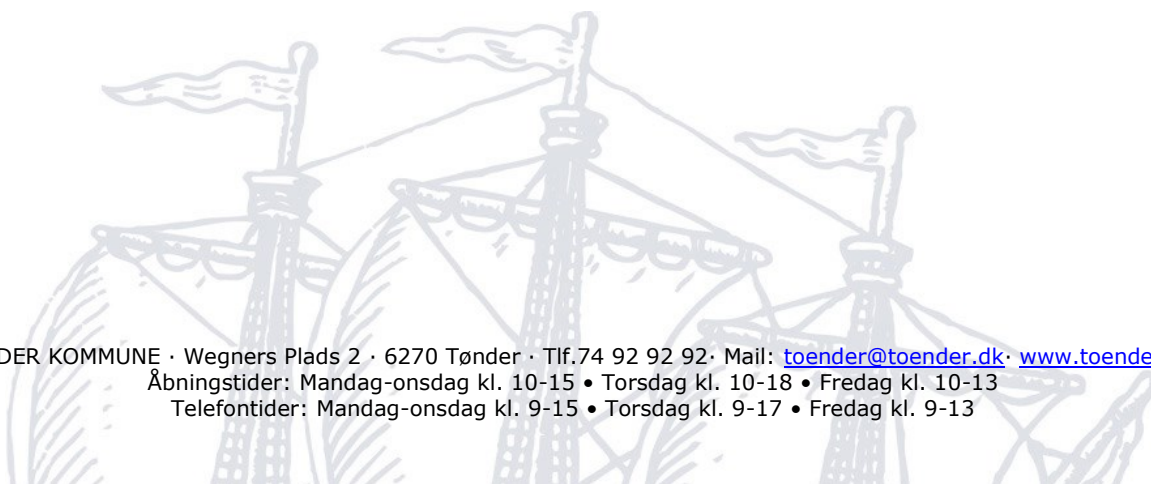
I Tønder Kommune har vi gennemlæst materialet og finder det grundigt, overskueligt og gennearbejdet.

Vi har ingen kommentarer eller ændringsforslag.

Vi glæder os til de endelige anbefalinger kommer.

Venlig hilsen

Rupatharany Tharmakulasingam
Sundhedskonsulent





Hermed fremsendes Gladsaxe Kommunes bemærkninger til høringsudkast for
"Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjerte-sygdom"

Målgruppe, sygdomme og populationsanalyse

Der er en klar afgrænsning af anbefalingerne, som beskriver at anbefalingerne ikke forholder sig til den præhospitale indsats. Dog kan det undres, at der ikke er et fokus på den primære forebyggelse og tidlig opsporing i anbefalingerne, hvor det ligger et potentiale for styrket tværsektorielt fokus. Herudover undrer det også, at der er beskrevet at der er en betydelig social ulighed i forekomsten af hjertesygdom, men er svært at se, hvordan dette er håndteret i anbefalingerne.

Det er godt at tænke i en udvidet målgruppe, men med den udvidede målgruppe er der et behov for en uddybet beskrivelse af hvad det betyder f.eks. i forhold til undervisning i sygdomsmestring. Hvilket fagligt indhold vil de nye målgrupper have behov for. Hvis ikke det er klart defineret, vil der ikke kunne opnås en kvalificeret ensartethed i kommunernes indsatser.

Opfølgning

Fagligt indhold og kompetencer i Rehabilitering

Det fremgår et øget fokus på den psykosociale indsats. Det er vigtigt at være opmærksom på hvilke kompetencer dette kræver i en kommunal kontekst. F.eks. at det er vigtigt at det fx er en sygeplejerske med en special kardiologisk viden evt. suppleret med kognitiv efteruddannelse. Ved at kommunerne får flere og mere komplekse borgere er det vigtigt at kompetencekravene til kommunernes beskrives.

Kommunernes rolle og henvisning

Når vi læser anbefalingerne, kunne vi som kommune godt tænke os et samlet og kort overblik over, hvor opgaverne i samarbejdet ligger. Det er ikke tydeligt i den nuværende form i anbefalingerne.

Som side 30 viser overblikket om hvad der sker efter udskrivelse, vil det også skabe et godt overblik, hvis samme model kunne vise generelle muligheder for henvisninger til tilbud.

Monitorering

Det er godt og vigtigt at der fastholdes et stort fokus på at skabe den rette monitorering af hjerteforløb. Dette skal meget gerne ses i sammenhæng med øvrige monitoreringsplaner på

rehabiliteringsforløb i kommunerne. Monitoreringen bør samles et sted og der bør være fælles krav til monitoreringen for kommuner og regioner. Monitoreringen bør indtænkes i kommunernes omsorgssystemer. Formålet skal ikke kun være overvågning af ventetider mv, men også værdien for borgerne/ udbyttet af forløbet. Eventuelle registreringer i flere systemer vil ikke være hensigtsmæssig.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Bemærkninger til høring over anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

31. oktober 2017

Sundhedsstyrelsen har den 5. oktober 2017 anmodet Styrelsen for Patientsikkerhed om bemærkninger til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.

Sagsnr. 5-1010-1555/1

Reference MJLP

T +45 72 28 66 00

E stpssjur@stps.dk

Styrelsen for Patientsikkerhed har nedenstående bemærkninger til høringen.

Retten til hurtig udredning:

Af udkastets side 11 under afsnit 1.5 fremgår følgende under overskriften *Ret til sygehusbehandling (den generelle udrednings- og behandlingsret)*: ”Alle patienter, som henvises fra almen praksis/speciallægepraksis, har ret til henholdsvis udredning og behandling inden for 1 måned, jf. Bekendtgørelse nr. 293 af 27/03/2017. For patienter med hjertesygdom betyder det, at de senest skal have påbegyndt (styrelsens fremhævnning, red.) udredning inden for dette tidsrum. Hvis der konstateres en hjertesygdom, og der er behov for behandling, skal denne også tilbydes senest en måned efter henvisning.”

Styrelsen finder anledning til at bemærke, at det er styrelsens opfattelse, at sundhedslovens § 82 b, stk. 1, skal forstås således, at patienten skal være endeligt udredt indenfor en måned, og således ikke blot have påbegyndt udredningen. Styrelsen henviser i øvrigt til vejledning nr. 9988 af 22. september 2016 om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter.

Af udkastets side 11 under afsnit 1.5 fremgår det videre, at: ”Kan dette ikke overholdes, skal sygehuset udarbejde en udredningsplan. Generelt medregnes i tidsfristerne for sygehusbehandling (den generelle udrednings- og behandlingsret) ikke perioder (styrelsens fremhævnning, red.), hvor diagnostisk undersøgelse, udredning og behandling må udsættes på grund af personens helbredstilstand eller efter personens ønske. Denne opfattelse gentages i udkastets side 49.

Styrelsen bemærker, at dette umiddelbart er i modstrid med, hvad der fremgår af den relevante vejledning på området. I afsnit 2.3 om beregning af udred-

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. +45 7228 6600
Email stps@stps.dk

www.stps.dk

ningsfristen i vejledning nr. 9988 af 22. september 2016 om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter fremgår det, at der i opgørelsen af den samlede udredningstid *medregnes* perioder, hvor udredning må udsættes på grund af patientens ønske eller helbredstilstand. Under samme afsnit i vejledningen fremgår det ligeledes af eksempel 3 i boks 4, at ferieperioder medregnes. Styrelsen er opmærksom på, at dette alene gør sig gældende i relation til udredning og planer efter sundhedslovens § 82 b, og at det modsatte gør sig gældende, når der er tale om retten til udvidet frit sygehusvalg som følge af, at patienten ikke kan tilbydes endelig udredning indenfor 30 dage, jf. sundhedslovens § 87, stk. 1.

Maksimale ventetider:

Af udkastets bilag 3, side 49 fremgår det under overskriften *Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme (BEK nr 584 af 28/04/2015)* at: ”Det drejer sig om genåbning af kar (revaskulariserende indgreb) efter afsluttet udredning, hvor der er påvist venstre hovedstammesygdom, dokumenteret ustabil angina pectoris eller ved visse tilstande ved iskæmisk hjertesygdom”.

Styrelsen gør opmærksom på, at det af § 3 i den nuværende bekendtgørelse nr. 584 af 28. april 2015 om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme fremgår, at de maksimale ventetider gælder for visse tilstande ved iskæmisk hjertesygdom, jf. § 1, stk. 1. I bekendtgørelsens § 1, stk. 3, jf. § 3, nr. 1-3, er det uddybet, at de maksimale ventetider gælder for påvist venstre hovedstammesygdom (§ 3, nr. 1), dokumenteret ustabil angina pectoris (§ 3, nr. 2) og *stabil angina pectoris indenfor 30 dage efter akut myokardieinfarkt (post-AMI-angina)* (§ 3, nr. 3).

Således som formuleringen i bilaget er, får man det indtryk, at bekendtgørelsens § 3, nr. 3, tillige omfatter andre tilstande end *stabil angina pectoris indenfor 30 dage efter akut myokardieinfarkt*, hvilket ikke er tilfældet. Styrelsen foreslår, at man anvender den samme systematik og terminologi som i den nuværende bekendtgørelse, da andet kan skabe unødigt forvirring.

Videre fremgår følgende overskrift af udkastets bilag 3, side 50: ”*For patienter med stabil angina pectoris gælder:*”. I afsnittet umiddelbart nedenfor beskrives imidlertid ventetiden for påvist venstre hovedstammesygdom. Det synes som om, at der er sket en sammenblanding af bekendtgørelsens § 3, nr. 1 og § 3, nr.

3. Styrelsen foreslår, igen, at man anvender den samme systematik og terminologi som i den nuværende bekendtgørelse.

På høringens side 50 fremgår videre følgende overskrift: ”*For patienter med ustabil angina pectoris og NSTEMI (akut koronart syndrom) gælder:*”.

Styrelsen gør opmærksom på, at udtrykket NSTEMI ikke anvendes i bekendtgørelsen om maksimale ventetiders § 3, nr. 2 eller af den dertilhørende vejledning nr. 9259 af 28. april 2015 om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme. Styrelsen anbefaler generelt, at man i anbefalingerne anvender den samme terminologi som i den nuværende bekendtgørelse, da andet kan virke forvirrende.

Med venlig hilsen

Maria Lange Pedersen
Fuldmægtig, Cand.jur.

Kommentarer til høringsudkastet: "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom".

Kommentarer fra hjerterehabiliteringsteamet, SUH Roskilde, okt 2017.

Fra Rehabiliteringsteamet SUH Roskilde hæfter vi os ved at høringsudkastet går imod tidligere praksis og aktuell behandlingsvejledning (Dansk Cardiologisk Selskab – DCS) om, at alle patienter med iskæmisk hjertesygdom bør tilbydes specialiseret genoptræning uanset risikoprofil. I høringsudkastet lægges op til, at en stor del af patienterne skal henvises direkte til ikke specialiseret genoptræning i kommunalt regi. Dette mener vi er en klar forringelse i behandlingstilbuddet for en stor del af patienterne med iskæmisk hjertesygdom.

Høringsforslaget beskriver en arbejdsgang hvor en stor del af patienterne ikke tilbydes specialiseret genoptræning, men sendes direkte til kommunal træning. Denne arbejdsgang er i modstrid med indholdet beskrevet i gældende DCS retningslinjer. Med høringsforslaget ændres hjerterehabiliteringsindsatsen fra en evidensbaseret tværfaglig indsats i sygehusregi til en ikke-evidensbaseret og umonitoreret indsats i kommunerne.

Det er muligt at træning i kommunalt regi er sikkert for en stor del af patienterne, men det er ikke den bedste faglige standard. Erfaringer og evidens for træning og rehabilitering i kommunalt regi er sparsomme, og der er på nuværende tidspunkt ikke etableret en model for monitorering af den kommunale rehabiliteringsindsats på landsplan. Der mangler således tilstrækkelig evidens for, at kommunal ikke-specialiseret fase II rehabilitering kan måle sig med sygehusrehabilitering. Vi anerkender, at der flere steder i landet arbejdes hen imod en højere grad af kommunal overtagelse af rehabiliteringen af specielt lav risiko patienter, men samtidig tvivler vi stærkt på at alle kommuner i landet er parat til at tilbyde optimal rehabilitering af vores hjertepatienter. Med det aktuelle høringsforslag fratages en stor del af vores patienter retten til højt specialiseret og tværfaglig fase II rehabilitering.

Konklusion

Ifølge høringsudkastet skal alle iskæmipatienter ikke længere tilbydes det bedst dokumenterede og fagligt mest velbegrundede rehabiliteringstilbud med specialiseret Fase II genoptræning i Sygehus regi. En stor del af patienterne kan henvises direkte til kommunalt genoptræningstilbud. Derved skabes en ulighed i behandlingstilbud som ikke er fagligt begrundet.

Det er usikkert om alle kommuner er parat til at modtage det store antal patienter der lægges op til. Tætte tværfaglige kompetencer som er karakteristiske for guideline-anbefalede specialiserede genoptræningsforløb, kan næppe opretholdes i overordnet kommunalt forløb. Der er ikke noget system for kommunal indrapportering af kvalitetsindikatorer og vigtige data vil gå tabt.

Vi foreslår derfor at alle patienter som udgangspunkt fortsat skal tilbydes specialiseret genoptræning i fase II, uafhængigt af risikostatus.

På vegne af det tværfaglige rehabiliteringsteam SUH

Lars Juel Andersen, overlæge, phd

Att: Sundhedsstyrelsen
Lene Sønderup Olesen

1. november 2017
LHT/ADZ
rehpa@rsyd.dk

HØRINGSSVAR

Vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

En retningslinje udarbejdet under Sundhedsstyrelsen med inddragelse af en bredt sammensat arbejdsgruppe med repræsentanter fra faglige selskaber, regioner, kommuner, patientforeninger og med patientdeltagelse. REHPA har ikke været inviteret ind eller inddraget i selve arbejdet omkring anbefalingerne.

Forudsætninger: REHPA modtog den endelige version af dokumentet med hovedtekst og referencer d.5. oktober 2016. Svar frist er den 1. november 2017.

Generelle kommentarer: REHPA anerkender det store arbejde med at udarbejde anbefaling for sammenhængende hjerteforløb i Danmark. Vi hæfter vi os ved, at der er taget udgangspunkt i eksisterende retningslinjer, som så er forsøgt skrevet sammen i en sammenhængende forløb på tværs af diagnoser. REHPA har haft særlig fokus på de rehabiliterende og palliative indsatser og forløb. Vi håber høringssvaret kan indgå i en sidste justering af arbejdet.

Afgrænsning af anbefalingerne

Det er ikke klart hvorfor anbefalingerne ikke omfatter patienter med akut koronart syndrom, når det handler om opfølgning. Hvordan sikres det at disse patienter har et sammenhængende forløb, og hvilke anbefalinger skal udfylde dette område.

Rehabilitering er beskrevet på tværs af diagnoserne, på trods af at viden om rehabilitering til patienter med ex.vis atrieflimmer er yderst begrænset.

Formålet med anbefalingerne er at medvirke til, at patienter oplever sammenhæng i sit forløb på tværs af sektorerne

Kommentar: Skift i mellem forskellige sektorer er en kendt barriere for at deltage i et videre behandlings/rehabiliteringsforløb og er derfor et afgørende element i tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.

De udarbejdede anbefalinger beskæftiger sig hovedsageligt med hvilke information den ene sektor bør videregive. Fra REHPA's side savnes mere dybdegående

beskrivelse af den information og inddragelse som patienterne er en del af. Dette gør sig glædende på under den præoperativ forberedelse (s.24), planlægningen af opfølgningen og behovsvurdering (s.27). Både i nationale og internationale kontekster er det fundet afgørende, at patienten forelægges en beskrivelse af hele behandlingsforløbet, præ- og såvel postoperativt, da det øger deltagelsen til rehabilitering. Informationerne om hvor, hvordan og hvornår patienterne forventes at deltage i rehabilitering er essentielle - uanset om det videre forløb er på hospitalet eller kommunen. Afgørende er, at patienten er informeret og har viden om hele forløbet, således at de forskellige sektorer opfattes som del af den samme behandling. Denne information skal helst komme fra den behandlende kardiolog.

Denne skærpe ser vi meget gerne stå tydeligere i anbefalingerne, da tværsektorielle forløb ikke kun handler om de informationer der videregives mellem fagpersoner over sektorgrænser men i høj grad også handler om patienternes forståelse for den enkelte sektors rolle i lige netop deres forløb. Derfor skal patientens informeres og hjælpes fra den ene sektor til den anden for ikke at tabes imellem dem.

Definition af rehabilitering

Kommentar: Det er ikke tydeligt hvordan patientrettet forebyggelsesindsatser indgår. Er her blandte sammen med rehabilitering.

Målgruppe

Kommentar: De anførte tal er meget høje, og giver et misvisende billede af antal kontakter pr. år og antallet af personer som en kommune må forvente at skulle tage sig af.

Planlægning af opfølgning

Kommentar: Der er i dette dokument indført begreber som ikke har været anvendt før på hjerteområdet herunder behovsvurdering. **Endvidere lægges op til at alle hjertepatienter bør henvises til en afklarende samtale i kommunen. Dette synes der at være meget lille belæg for i en bred forstand på tværs af diagnoser.** En stor del af disse patienter ses til gentagende ambulante samtaler i sygehus regi, som ikke vil kunne erstattes af en samtale i kommunal regi.

Fysisk arbejdstest – men kun til patienter i særlig risiko

Kommentar: Både internationale guidelines, de nationale kliniske retningslinjer og Dansk kardiologisk selskab anbefaler at der foretages en vurdering af patientens fysiske funktionsniveau vha. en symptomlimeret funktionstest (ergospirometritest eller ergometertest) inden de indgår i fysisk træning. De udarbejdede anbefalinger går således imod alle anbefalinger ved at foreslå, at kun udvalgte patienter skal arbejdstestes.

Arbejdstesten skal først og fremmest foretages af sikkerhedsmæssigt hensyn til enkle patienter. Herudover har testen vigtige informationer til brug i patientens videre forløb. Testens resultater er afgørende for at kunne individualisere patientens fysiske træning, hvilket arbejdsgruppen selv påpeger som afgørende (s. 33). Testens resultater er endvidere vigtige for dialog med patienten om betydning af fysisk aktivitet, samt kvalitetssikring af indsatsen. I klinisk praksis, som i kommunal regi, er ergospirometertestning eller ergometertest ikke til rådighed og en maksimal symptomlimeret funktionstest kan ikke udføres under sikre forudsætninger. Patientens maksimale udgangspunkt kendes således ikke hvilket reducerer fysioterapeutens arbejdsforudsætninger.

Informationer i Genoptræningsplanen

Kommentar: Som arbejdsgruppen selv påpeger, vil størstedelen af patienterne have brug for fysisk træning hvilket skal foregå individualiseret. Genoptræningsplanen er kommunikation mellem kardiologen og træningsenheden. Der savnes således præcis stillingtagen til hvilke informationer genoptræningen som minimum bør indeholde med henblik på at kunne individualisere et træningsprogram til patientens behov og ressourcer. Dette tænkes på lige fod til de punkter arbejdsgruppen har opsat for patient henvisningen (s. 19).

Hvornår skal en patient henvises til rehabilitering og hvilke elementer varetages

Kommentar: I de nationale kliniske retningslinjer anbefales at alle patienter systematisk henvises til rehabilitering. En præcisering af dette kan med fordel tilføjes på side 31. Endvidere mangler en mere nuanceret stillingtagen til, hvornår en patient skal henvises til de forskellige delelementer i hjerterehabilitering (fx fysisk træning, patientundervisning og psykosocial indsats). Hvis anbefalingerne skal tjene som retningslinjer for gode patientforløb er det vigtigt med klare definitioner for hvornår de enkelte delelementer tilbydes, således der ikke opstår diskussionen omkring patientens berettigelse for deltagelse.

Kvalitetssikring

Kommentar: REHPA er glad for at arbejdsgruppen har forholdt sig til spørgsmålet om kvalitetssikring. Vi mangler dog mere specifikke stillingtagen til minimum krav i forbindelse med kvalitetssikring. I England har man i en årrække arbejdet med "minimum standards" hvilket har haft en anelig positiv betydning for kvaliteten af deres rehabiliteringsindsatser. Lignede standarder er netop blevet publiceret af Dansk hjerterehabiliterings database (DHRD). Standarderne skal bruges som plejlemærker når kvalitets vores indsatser skal vurderes og er med til at skabe langt mere ambitiøs forhold til kvalitetssikring.

REHPA bidrager gerne med yderligere viden ved revidering af retningslinjerne.

Venlig hilsen

Ann-Dorthe Zwisler, Centerleder, professor

Lars Hermann Tang, PostDoc, forsker

Sundhedsstyrelsen

1. november 2017

DSAM's høringssvar til Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Overordnet set har DSAM ingen kommentarer.

Dog mener vi, at afsnit 3.1.2. bør omformuleres mere bredt, således at almindelig gældende praksis beskrives, som også er gældende for andre akutte medicinske tilstande (fx obs meningitis, rumperet aortaaneurisme osv.):

Generelt gælder 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 behov for ledsagelse af læge skal vurderes i det enkelte tilfælde.

Med venlig hilsen



Anders Beich

Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk



Høringssvar på anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.

Lemvig Kommune takker for det fremsendte materiale til høring i forhold til sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.

Høringssvaret vil blive struktureret med et afsnit med generelle bemærkninger og derefter kommentarer til de enkelte afsnit i anbefalingerne, hvor det er relevant.

Region Midtjylland har revideret forløbsprogrammet for hjertesygdom, og Fase II rehabilitering er lagt ud i kommunalregi. Det ses, at anbefalingerne er meget lig Region Midtjyllands forløbsprogram, hvilket vi kun kan anbefale andre regioner.

Overordnet er det godt, at man i denne anbefaling har valgt at starte med en læsevejledning med begrebsafklaring og en liste over forkortelser.

2. Målgruppe, sygdomme og populationsanalyse

Det undrer, at der under nogle af målgrupperne er beskrevet samfundsøkonomiske omkostninger, og ikke under andre. Skal det overhovedet med, når anbefalingerne henvender sig til fagfolk.

4. Udredning og behandling på sygehus/ speciallægepraksis

Uden at have stort kendskab til procedure på hospitalet, giver dette afsnit en god viden om udredning og behandling, som er med til at give kommunerne mulighed for at bedre sammenhæng i forløbet for den hjertesygge borger.

4.6 Organisering

Der mangles en beskrivelse af, hvem der er ansvarlig læge i forhold til de borgere, der overgår til fase II rehabilitering i kommunalregi. I Region Midtjylland sendes der et afslutningsnotat til hospitalet efter endt træning og rehabilitering og borgeren indkaldes til afsluttende samtale på hospitalet. Det er lægen på hospitalet, som er ansvarlig læge under rehabiliteringsforløbet.

5. Opfølgning

Det er væsentligt med et godt samarbejde, hvor alles ressourcer anvendes bedst muligt i forhold til borgeren med hjertesygdom. Kommunerne kan have brug for følgedage på hospitalet og/eller fællesskolebænk for at kvalitetssikre indsatserne i kommunerne, da udviklingen på hjerteområdet går hurtigt.

Som beskrevet i anbefalingerne, er det vigtigt, at alle er bevidste om deres opgaver og tager ansvar herfor.

Med Venlig hilsen

Pia Møller

Sundhedsfremmekoordinator, Lemvig Kommune

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: SST Plan
Sendt: 1. november 2017 10:12
Til: PLAN Studenter
Emne: VS: Høringssvar: Høring fra Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom (SM Id nr.: 516981)
Vedhæftede filer: Socialstyrelsens Høringsudkast Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.pdf

Fra: Alberte Mira [<mailto:almi@sm.dk>]

Sendt: 1. november 2017 09:45

Til: SST Plan

Emne: Høringssvar: Høring fra Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom (SM Id nr.: 516981)

Til Sundhedsstyrelsen

Børne- og Socialministeriet og Socialstyrelsen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Socialstyrelsens bemærkninger er vedhæftet denne mail.

Børne- og Socialministeriet har ikke yderligere bemærkninger til høringen.

Med venlig hilsen

Alberte Mira

Kontoret for Jura og International
Student/Stud.jur.

Lokale 3.100

Direkte telefon: 41 85 10 39

Mail: almi@sm.dk



Børne- og Socialministeriet

Holmens Kanal 22

1060 København K

Telefon: 33 92 93 00

www.sm.dk



Socialstyrelsen

Sundhedsstyrelsen

E-mail: plan@sst.dk

Edisonsvej 18, 1.

5000 Odense C

Telefon 72 42 37 00

info@socialstyrelsen.dk

www.socialstyrelsen.dk

Dato

11-10-2017

Høringssvar: Ekstern høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.

Sagsnr.

2017-9798

Socialstyrelsen har ingen kommentarer til høringen.

Venlig hilsen

Sanna Dragholm
kontorchef



Sundhedsstyrelsen

Mail: plan@sst.dk

27. oktober 2017

Side 1 af 2

Vedr. høring af Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.

Aarhus Kommune har følgende overordnede bemærkninger:

- At der i anbefalingerne bør være større fokus på overgangen fra fase 1 til 2/3 (genoptræning og rehabilitering)
- At der bør være større fokus på de borgere med hjertesygdom, der har andre sygdomme samtidigt (comorbiditet)
- Det er positivt, at der i anbefalingerne både er fokus på rehabilitering og palliation
- Det er vigtigt at præcisere, at der ikke gives diætbehandling i kommunerne. Denne behandlingsopgave løftes af hospitalerne.

Mere specifikt kan bemærkes:

I afsnit 5 under *Opfølgning*, kunne der godt være en tydeligere skelnen mellem "almen rehabilitering" og "almen genoptræning" i kommunen – det hele går under betegnelsen "rehabilitering".

Alle fase II borgere har jo behov for en genoptræningsplan, hvorimod fase III godt kan komme til almen rehabilitering. Dette fremgår ikke tydeligt, og der er forskel på, hvad man kan få på en genoptræningsplan og en henvisning til almen rehabilitering i kommunen.

Under *ernæringsindsats* – "*Hovedparten af patienter med hjertesygdom vil have behov for individuel diætbehandling (...)*" Det er vigtigt at være opmærksom på, at der ikke gives diætbehandling i kommunen – behandling foregår på hospitalet.

Der savnes i anbefalingerne en tydeligere skelnen mellem fase II og fase III hjerterehabilitering.

Det er positivt, at der i anbefalingerne både er fokus på rehabilitering og palliation.

Det er også positivt, at rapporten også omhandler AFLI. Det har været en overset patientgruppe i mange år.

Den non-farmakologiske indsats ift. risikofaktorer kunne godt fremhæves yderligere.

SUNDHED OG OMSORG

Sundhed

Aarhus Kommune

Sundhedsstaben

Rådhuset
Rådhuspladsen 2
8000 Aarhus C

Telefon: 89 40 20 00

Direkte telefon: 51 57 64 68

Direkte e-mail:
hlin@aarhus.dk
www.aarhus.dk

Sagsbehandler:
Hanne Linnemann



- Det undrer, at overskriften på anbefalingerne er "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom", men at anbefalingerne ikke omhandler mennesker med akut livstruende hjertesygdomme. Anbefalingerne omfatter ikke STEMI.

27. oktober 2017
Side 2 af 2

Det er en lidt anden inddeling, end man traditionelt har lavet. Burde det fremgå bedre af titlen?

- Der er mangler i forhold til (sektor-)overgange, borgerinddragelse mellem sektorer, pårørendeinddragelse og kommunikation mellem sundhedsprofessionelle i et tværprofessionelt samarbejde samt nye opdelinger af mennesker med hjertesygdom – i hvert fald hvis man læner sig op af forløbsprogrammet. Disse er ikke enslydende.
- Der burde være mere fokus på overgangen fra fase 1 til fase 2 /3. Det beskrives meget grundigt, hvordan man beskriver en henvisning fx fra egen læge og videre til sygehusregi, men beskrivelsen af henvisning eller udarbejdelse af genoptræningsplan til genoptræning/rehabilitering er svag.
- Beskrivelsen af overgange, når borgere "pendler" ind og ud af systemer/sektorer pga. forværring hjertemæssigt / comorbiditet burde styrkes.

Med venlig hilsen

Kirstine Markvorsen
Sundheds- og omsorgschef



Høringssvar vedrørende Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
Cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 31. oktober 2017
Side 1
Ref.: UG
E-mail: ug@etf.dk
Direkte tlf.: 53 36 49 25

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Ergoterapeutforeningen takker for invitationen til at være høringspart vedrørende ovennævnte anbefalinger.

Ergoterapeutforeningen er generelt positiv overfor et fokus på indsatser til mennesker med hjertesygdom. Generelt fremstår dokumentet dog noget kortfattet ift. at det omfatter interventioner til en større gruppe patienter/borgere, som samtidig udgør en gruppe af patienter, som har hjertesygdom i varierende grad. Når høringssudkastet sammenlignes med anbefalingerne for tværsektorielle forløb på KOL-området, er der f.eks. en markant kortere beskrivelse af konkrete interventioner.

Fra start lægges op til et fokus på "rehabilitering", hvor målet er, at den enkelte skal opnå "bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund" (side 10). Der er dog ikke megen fokus på borgerens funktionsevne **i hverdagen** og samspil med omgivelserne i resten af dokumentet. "Hverdag" er nævnt én gang igennem hele dokumentet. Et målrettet fokus på "funktionsevne" i forbindelse med gennemgang af rehabiliteringstilbud er meget relevant, men funktionsevne bør med fordel defineres.

Ergoterapeutforeningen savner patientperspektivet, som indbefatter patientens eget liv og hverdag. Indsatser hvor fremme af livskvalitet står centralt for mennesker med en livstruende sygdom er afgørende. Derfor bør hverdagen og den psykosociale mestring af dagligdagen have et større fokus i anbefalingerne. Palliation er nævnt, men ikke egentligt uddybet, hvilket vi finder mangelfuldt.

Under afsnittet sygdomsmestring (side 32) er der en henvisning til "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom". Vi vil foreslå, at der kommer et selvstændigt afsnit i nærværende anbefalinger rettet mod hverdagsaktiviteterne og de energibesparende metoder. Således kan der blive en vis grad af overensstemmelse mellem anbefalinger på KOL-området og anbefalinger på hjerteområdet.

I forhold til indsatser rettet mod arbejdsfastholdelse vil vi gerne påpege, at disse ofte er tværfagligt organiseret og eksempelvis kompenserende tiltag ofte udøves



af en ergoterapeut. Derfor vil vi anbefale, at også andre faggrupper nævnes (side 33).

Ergoterapeutforeningen står naturligvis til rådighed for eventuelle uddybende kommentarer i forhold til høringssvaret, og vi ser frem til at følge det fortsatte arbejde.

Med venlig hilsen

Tina Nør Langager, formand for Ergoterapeutforeningen



Sundhedsstyrelsen
fobs@sst.dk

Høringssvar Tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Albertslund Kommune har modtaget udkast til den kommende udgivelse Tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom - Præcis titel

Dato: 25. oktober 2017
Sags nr.: 29.00.00-G01-6-17
Sagsbehandler: SKL

Vi vil gerne indledningsvis anerkende Sundhedsstyrelsens arbejde med anbefalingerne. Albertslund finder det positivt, at der med anbefalingerne sættes fokus på samarbejdet og høj ensartet kvalitet.

Vi vurderer det hensigtsmæssigt, at alle hjertepatienter bliver testet i sygehusregi inden start af træning, idet der er en gruppe af patienter, der kan være i særlig risiko (hjertesvigt EF > 40 %, iskæmisk hjertesygdom der ikke er fuldt revaskulariserede, komorbiditet). Det er desuden relevant, at alle patienter bliver testet ift. deres ydeevne under træningen og i tilfælde af, at der opstår symptomer ved dette (AP, svimmelhed, dårlig).

I henhold til punktet 4.4.3 vedr. specialiseret genoptræning for patienter med ICD-enhed samt patienter der er hjerteklapopereret og samtidig har hjertesvigt, bliver disse mødt i kommunen, selvom de ikke har været igennem et træningsforløb på hospitalet. Genoptræningen i Albertslund Kommune vurderer trods det, at de ikke har modtaget træning, at de godt har kunnet gennemføre et træningsforløb.

Derudover findes det hensigtsmæssigt, at der er en ensretning ift. indhold i en GENOPTRÆNINGSPLAN / REF01 til kommunerne ved opstart af træning.

Følgende indhold foreslås:

- Diagnoser (hoved- og bi-diagnoser), EF
- Operationsdato og hvilken operation
- Medicin
- Testresultater, både fra læge og fysioterapeut, hvis det foreligger
- HADS score, hvis denne er udført
- Hvis patienten har trænet i sygehusregi, et notat om hvordan det er gået og fremmøde
- Andet der vurderes relevant

Med venlig hilsen

Ida Kock Møller
Afdelingschef Sundhed, Pleje & Omsorg

**BØRN, SUNDHED &
VELFÆRD**

Albertslund Kommune
Nordmarks Allé 2
2620 Albertslund

www.albertslund.dk
albertslund@albertslund.dk
T 43 68 68 68

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: SST Plan
Sendt: 1. november 2017 11:15
Til: PLAN Studenter
Emne: VS: Høringssvar vedr. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom".

Fra: Louise Møller Vestergaard [<mailto:louve@mariagerfjord.dk>]
Sendt: 1. november 2017 11:14
Til: SST Plan
Emne: Høringssvar vedr. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom".

Kære styrelse

Vi har i Mariagerfjord Kommune læst høringsmaterialet vedrørende offentlig høring af "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom" og har ingen kommentarer til materialet.

Venlig hilsen

Louise Møller Vestergaard
Fagkonsulent



Sundhed og Omsorg - Fagkonsulenter
Himmerlandsgade 9
9560 Hadsund
Telefon: +45 97113000
Telefon direkte: +45 24264311
louve@mariagerfjord.dk
www.mariagerfjord.dk

Sikker mail sikkerpost@mariagerfjord.dk

Som myndighed må vi kun sende personfølsomme oplysninger pr. mail, hvis det sker til en sikker e-mailadresse.

Derfor sender vi mails til dig - og vil også bede dig sende mails til os - via din digitale postkasse på www.borger.dk
Borgerservice kan hjælpe dig, hvis du har spørgsmål til brug af din digitale postkasse.



01.11.2017

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Høringsbemærkninger 01.11.2017

Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM)

Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM) takker for muligheden for at kommentere på *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom*.

I anbefalingerne ser vi en inddragelse af palliation og i det en forståelse af vigtigheden af tidlig palliation jf. WHO's opdaterede definition af palliation. Dette paradigmeskift er endda understreget i anbefalingerne, hvilket er positivt. Desværre trænger denne overordnede ambition og forståelse ikke igennem til det egentlige indhold, hvor palliation synes at blive nævnt som et påhæng uden indhold, forståelse og inddragelse af området. Hvis afsender er usikker og utydelig på opgaven, vil modtager uden tvivl også være det. Med afsæt i disse overordnede bemærkninger til anbefalingerne vil vi i det følgende kommentere mere tekstnært på høringsudkastet:

Ad. Resume: side 5

Ved livstruende hjertesygdom kan den enkelte desuden få behov for lindrende behandling og andre tilbud, som kan øge livskvaliteten; såkaldt palliation.

Denne vage formulering bør præciseres og skærpes. Palliation giver blik for det hele menneske og dets lidelser fremfor at reducere patienten til blot at være sygdommen, hvilket bør understreges som en grundlæggende tilgang til mennesker med livstruende sygdom.

Ad. 1.4 Anvendte begreber: side 11

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).

WHO's definition af palliation præciseres yderligere, hvilket ligeledes bør tilføjes:

”I Danmark tager vi afsæt i WHO's definition fra 2002 og beskriver den palliative indsats som:

- Tilbyder lindring af smerter og andre generende symptomer, og opfatter døden som en naturlig proces

- Tilstræber hverken at fremskynde eller udsætte døden
- Integrerer omsorgens psykologiske 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 livsforlængende behandlinger, fx kemo- eller stråle-terapi, og inkluderer undersøgelser, som er nødvendige for bedre at forstå og håndtere smertefulde komplikationer.”

WHO's konkretisering er dog mest dækkende for slutforløbet og inddrager ikke den første del af et livstruende sygdomsforløb, hvor nogle helbredes. Vigtigheden af den tidlige palliative indsats bør understeges i anbefalingerne.

Ad. 4.4 Planlægning af opfølgning: side 27

Hvor fremgangsmåde og indsatser vedrørende rehabilitering uddybes og konkretiseres, står palliation igen som blot en tom overskrift uden egentlig forståelse af indhold. Vi efterlyser blandt andet konkretisering af henvisende instans, konkrete eksempler samt anbefalinger for henvisningstidspunkt i sygdomsforløbet.

Ad 5. Opfølgning: sygdomsmestring: side 32

Det palliative tilbud bør inddrages i beskrivelsen af den psykosociale indsats i særligt komplekse sygdomsforløb. Det palliative screenings-redskab EORTC QLQ-C15-PAL (forkortet udgave af Quality of Life Questionnaire Core-30) udviklet til palliative patienter kan med fordel introduceres i screeningen af hjertesygge patienter med henblik på en systematisk opsporing af behovet for palliation.

Ad. 5.4.2 Palliation: side 34 og 5.4.3 Organisering: side 36

For eksempel oplever patienter med hjertesvigt hyppige genindlæggelser, hvor der kan være usikkerhed om, hvorvidt patienten overlever.

I dette afsnit fremgår det tydeligt, at palliation trods den modsatte ambition og understregning heraf fortsat tænkes som et tilbud alene i den terminale fase. De vage hensigtserklæringer bør erstattes af mere retnings- og løsningsangivende anbefalinger inklusiv konkrete eksempler på tidlig palliation for mennesker med hjertesygdomme.

Ovenstående understreges yderligere af, at palliation slet ikke nævnes i det efterfølgende afsnit, der omhandler den konkrete organisering af tilbud til hjertesygge patienter - til trods for, at palliation i høj grad foregår på tværs af såvel fag som sektorer.

Ad. 6.1 Arbejdsdeling og ansvar: side 36

Varetagelse af rehabilitering og palliation på specialiseret niveau, opfølgning i forhold til medicinsk behandling og palliation igennem forløbet.

En uforståelig og indholdstom sætning, der ikke indgår i en konkret meningsfuld kontekst, hvilket desværre (til dels) er symptomatisk for hele udkastet. Det kan synes som om, at palliation blot for syns skyld er nævnt drypvist i anbefalingerne men uden reel forståelse og inddragelse af området. Det bør ændres, da mange patienter med hjertesygdomme vil kunne profitere af et palliativt tilbud, hvilket der også er et øget fokus på i det kliniske palliative arbejde.

Mangler:

ACP (Advance Care Planning)

Begrebet Advance Care Planning (ACP) bør introduceres og beskrives og det bør præciseres, hvornår patienterne bør vurderes i relation til ACP og palliativ indsats, eksempelvis:

- På diagnosetidspunktet af alvorlig livstruende hjertelidelse.
- Efter indlæggelse med livstruende forværring.
- I stabil fase ved konstatering af en vis grad af kronisk hjertesvigt lidelse NYHA klasse III-IV.

Det bør beskrives, at samtalen med patienten specifikt bør rettes mod palliativ indsats og ACP, hvilket skal dokumenteres. Der skal ligeledes udføres systematisk behovs-screening på lignende systematisk udvalgte tidspunkter i sygdomsforløbet. Denne screening udføres ved brug af eksempelvis EORTC-QLQ-15PAL, som bør vedlægges som bilag.

DCS holdningspapir 2016 nr. 5 ”Palliation ved fremskreden hjertesygdom”

Der bør henvises specifikt til DCS holdningspapir 2016 nr. 5 ”Palliation ved fremskreden hjertesygdom”, som er det eneste danske papir, der i dag konkret beskriver problemstillingerne. Det eneste alternativ til at henvise til dette papir er at inddrage det i vejledningen i sin helhed (eventuelt som bilag).

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Planlægning
Islands Brygge 67
2300 København S

plan@sst.dk

Dato: 01-11-2017

Direkte tlf.: 70 25 00 00
E-mail: kim@hjertereforeningen.dk

Høringssvar vedrørende anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Sundhedsstyrelsen har den 5. oktober 2017 fremsendt anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom i høring. Anbefalingerne erstatter de tidligere hjertepakker, men dækker bredere. Endvidere er der anbefalinger for hjerterytmeforstyrrelser.

Formålet med anbefalingerne er 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.

Hjertereforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar. Nedenfor følger først en række generelle bemærkninger efterfuldt af specifikke bemærkninger til de enkelte anbefalinger.

Generelle bemærkninger:

- Det giver udfordringer at sammenskrive de mange forskellige hjertesygdomme særligt i relation til rehabilitering. Rehabilitering er meget forskellig i forhold til diagnoserne. Der er f.eks. ingen evidens for rehabilitering i forhold til atrieflimren, hvor det er noget andet der skal til. For hjerteklapopererede handler det om at identificere dem, som får komplikationer tidligt, og det er på ingen måde en kommunal opgave.
- Beskrivelsen af opfølgning er meget forenklet, da der er givet køb på fagligheden. Der lægges op til, at en stor del af opfølgningen skal finde sted i kommunerne og hos praktiserende læger. Dette vil være en kæmpe forringelse for hjertepatienterne. Det store og veldokumenterede arbejde, der ligger bag hjertesvigtssklinikker og atrieflimmerklinikker risikerer at blive udfordret af anbefalingerne.
- Der lægges bl.a. op til, at en stor del af opfølgningen skal finde sted i kommunerne og hos praktiserende læger. Disse nye opgaver er ikke beskrevet i anbefalingerne, hvilket gør det svært for kommunerne at implementere. Hvis arbejdsfordelingen og opgaverne ikke er klare, bliver det svært for kommunerne at prioritere indsatsen i forhold til alle de andre områder kommunerne skal varetage.
- Involvering af pårørende fylder meget lidt i anbefalingerne. Pårørende spiller en enorm rolle i forløbet og bør fremhæves særskilt i forhold til, hvordan de inddrages, og hvordan man som sundhedsvæsen forholder sig til dem i alle faser af forløbet/afsnit af anbefalingerne.

- Det er uklart, hvem der er målgruppen for anbefalingerne. Endvidere er det uklart, om anbefalingerne skal forstås som en faglig vejledning (guideline) eller en beskrivelse af, hvordan Sundhedsstyrelsen mener praksis er/ burde være på nuværende tidspunkt. Anbefalingerne henviser flere steder til de nationale behandlingsvejledninger, og det er svært at se, om de tværsektorielle anbefalinger skal ses som en udbygning af disse.
- Dokumentet er uklart i forhold til ansvarsfordeling og i forhold til om der er tale om "kan-" eller "skal-opgaver". Generelt er der for mange vage formuleringer, som for eksempel "kan/bør".

Specifikke bemærkninger

- Afsnit 2.6 - I populationsanalysen gives misvisende og forkert information om udviklingen af forekomsten af hjerte-kar-sygdomme. Det skyldes, at fakta fra hjertetal.dk er fejlfortolket flere steder – absolutte tal er sammenblandet med relative risikomål.

Incidens- og prævalensraterne stiger med alderen for alle hjerte-kar-sygdomme, dog er antallet af personer som rammes eller lever med hjerte-kar-sygdomme mindre i den ældste alderskategori (85år+) grundet befolkningens demografiske sammensætning. Dette betyder ikke, at man er i mindre risiko for at udvikle eller have en hjerte-kar-sygdom når man er i den ældste alderskategori. Tværtimod er disse personer i størst risiko.

Ligeledes er incidens- og prævalensraterne for hjerte-kar-sygdomme størst for mænd i alle aldersgrupper, dog er antallet af mænd, som rammes eller lever med hjerte-kar-sygdomme, mindre i den ældste alderskategori (85 år +) sammenlignet med kvinder, grundet befolkningens demografiske sammensætning. Dette betyder ikke, at kvinder i den ældste alderskategori (85 år +) er i højere risiko end mænd for at udvikle eller have hjerte-kar-sygdomme. Tværtimod er disse mænd i størst risiko.

- Afsnit 5.1 – Der bør angives en tidshorisont for planlægning og opfølgning efter udskrivelse. Som det er nu, kan der gå måneder fra f.eks. operation til genoptræning i kommunalt regi, hvilket kan have katastrofale følger for patienterne, som skal mobiliseres hurtigt for at undgå eventuelle komplikationer.
- Afsnit 5.3 – Det bør fremgå tydeligt af anbefalingerne, at alle patienter, der ryger, er inaktive, eller fejlnærede, skal tilbydes hhv. tobaksafvænning, motion eller ernæringsrådgivning. Det er ikke klart i anbefalingerne, hvem der har ansvaret. Dette skal indsættes.
- Afsnit 5.4 – Det er uklart i anbefalingerne, hvilken sektor der helt praktisk står for henvisningen til rehabilitering, og hvilken tidshorisont/ventetid der er acceptabel. Udfordringen er, at alt for få får tilbudt rehabilitering, og det er oftest de ressourcetsvage, som bliver tabt på gulvet.

Alle patienter er i tiden efter diagnose i risiko for angst og depression, hvorfor dette skal opspores i alle patientgrupper og ikke kun dem, som kommer i kommunal rehabilitering. Her er det vigtigt, at det bliver tydeligt, hvem der har ansvaret for denne opsporing, og hvornår det skal ske i forløbet.

I anbefalingen står, at seksualitet er et relevant tema at drøfte med patienter med hjertesygdom – dernæst at emnet kan tages op. Hjerteforeningen mener at "kan" bør ændres til "skal", så der stilles krav om, at emnet tages op med alle patienter.

- Afsnit 5.4.3 – Som situationen er nu, forholder det sig ofte sådan, at hverken kommunerne eller almen praktiserende læge kan komme i kontakt med ansvarshavende/behandlende læge i sygehusregi. Det bør beskrives, hvordan denne rådgivning konkret skal foregå.

Hjerteforeningen står naturligvis til rådighed, hvis der er behov for uddybning af ovenstående bemærkninger.

Med venlig hilsen



Kim Høgh
Adm. direktør, Hjerteforeningen

Afdeling: Sundhedsplanlægning
Journal nr.: 17-36769
Dato: 31. oktober 2017

Udarbejdet af: Rikke Winther Strunge
E-mail: rws@rsyd.dk
Telefon: 2159 8219

Høringssvar vedrørende Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Region Syddanmark vurderer, at der med høringsudkastet foreligger en god og relevant beskrivelse af forløbene for hovedparten af danske hjertepatienter, med anbefalinger for indhold og tidsrammer for standardforløbene.

Det er med stor tilfredshed, at det konstateres, at der i langt højere grad lægges vægt på individualiserede forløb, med fokus på den enkelte hjertepatientens behov samt specifikke lægefaglige vurderinger af den enkelte patient.

Vedr. Indledende vurdering og henvisning (kapitel 3).

Den indledende vurdering i almen praksis er essentiel for den tidlige opsporing af hjertesygdom og viderehenvisning til udredning.

EKG er hos visse hjertesygdomme den første – og visse tilfælde eneste – indikator på tilstedeværelse af sygdommen, og hos en række andre sygdomme en vigtig prognostisk markør. EKG kan, som nævnt i teksten, være afgørende for henvisningsmåden og tidsforløbet.

EKG bør derfor altid – og ikke kun *eventuelt*, som der beskrives i teksten – vurderes i den indledende fase hos den praktiserende læge. Da EKG er et øjebliksbillede, bør dette, ved patologisk fund, altid medfølge henvisning til videre udredning i sygehusregi.

Differentialdiagnostiske overvejelser tidligt i forløbet er af stor betydning for hurtig afklaring og den samlede varighed af patientens forløb.

En del af de symptomer, som kan være betinget af hjertesygdom, kan også have andre årsager, som bør afklares/udelukkes hurtigt. Eksv. bør der altid i forbindelse med dyspnø foretages røntgen af thorax samt lungefunktionsundersøgelse, hvis muligt. En række blodprøver tidligt i forløbet kan medvirke til, at patienten hurtigt kommer i rette udredningsspor.

Henvisning til videre udredning i sygehusregi bør ske med den bedst mulige overlevering af foreliggende oplysninger om patienten og resultater af allerede foretagne undersøgelser. Hvis henvisningen til sygehus standardiseres, så den altid indeholder alle relevante oplysninger for en given patient, bliver visitationen til det videre forløb effektiv og accelererer udredningen af patienten.

Det er essentielt, at der i henvisningen foreligger de relevante anamnesticke oplysninger, f.eks. om patientens tidligere hjerte- og andre sygdomme, som ikke altid er til rådighed for sygehusets klinikere trods nationale IT-systemer. Resultatet af undersøgelser foretaget i primærsektoren, blodprøver, lungefunktionsundersøgelse oa., bør refereres i henvisningen.

Patientens Fælles MedicinKort (FKM) bør være korrekt opdateret og retvisende på henvisningstidspunktet.

Da disse forhold ikke altid foreligger i optimalt omfang i henvisningerne til sygehusene anbefales en ensretning af henvisningsalgoritmen, gerne i form af en fælles elektronisk henvisning for hjertepatienter.

Ved **tvivlstilfælde** kan den praktiserende læge altid hente råd hos sygehusets specialister. Hvor rådgivning kan afløse henvisning er dette langt at foretrække for såvel patient som fagpersoner.

Det er dog ikke alle steder sygehusets travle vagthavende, som varetager denne funktion, men særlige rådgivningstelefoner eller andre logistiske løsninger. Teksten vedr. dette i afsnit 3.1.3 bør tilrettes.

Hovedbudskaber:

- *Der bør altid tages EKG i den initiale udredning for hjertesymptomer i almen praksis.*
- *Praktiserende læge bør sikre relevant udredning for hyppigste differentialdiagnoser før henvisning til sygehusregi (blodprøver, rtg. af thorax mm).*
- *Henvisningen bør altid indeholde oplysninger om tidligere/eksisterende hjertesygdom.*
- *Patientens FMK bør være opdateret og retvisende ved henvisningen.*
- *Standardiseret elektronisk henvisning til udredning for hjertesygdom bør etableres.*
- *Der bør være adgang for kardiologisk rådgivning til almen praksis på alle sygehuse (men ikke nødvendigvis via vagthavende læge).*

Vedr. Planlægning af opfølgning (kapitel 4.4).

Udlægning af en større del af rehabiliteringsforløbet til primærsektoren – fysisk træning og undervisning i risikofaktorer og sygdomsforebyggelse og –håndtering i kommunalt regi, medicinsk opfølgning hos egen læge – er i overensstemmelse med den overordnede nationale strategi mht. at levere sundhedsydelsen hos borgeren, hvor det er muligt. Desværre er evidensen i dette regi for effekt på mortalitet og morbiditet spinkel.

Beskrivelsen af opfølgningsforløbet i det fremsendte høringsudkast afviger fra anbefalingerne fra Dansk Cardiologisk Selskab med hensyn til rehabiliteringsforløb og fysisk træning af hjertepatienter og vil udgøre et paradigmeskifte på dette punkt. Den foreliggende evidens på området baserer sig på forløb i sekundærsektoren.

En udlægning til primærsektoren af store dele af rehabiliteringsforløbet meget tidligt i patientforløbet for visse patientkategorier vil kræve særdeles stor bevågenhed på de i forvejen vulnerable sektorovergang. Udfordringen i at dårlig organisation her vil kunne en betydelig reduktion af antallet af patienter, som tilbydes og gennemfører rehabilitering.

Organisationsændringen vil forandre følgende:

- Nøje risikostratificering af patienten i sygehusregi forud for påbegyndelse af forløbet mhp. selektion af rette patienter til rehabilitering i kommunalt regi.

Øget ressourcetræk på speciallæge samt til symptomlimeret arbejdstest i sygehusregi - opgaver som for nuværende mange steder er uddelegeret til sygeplejersker, men som i øget omfang skulle foretages af speciallæger eller under tættere supervision af disse. Antallet af arbejdstest foretaget i sygehusregi vil mange steder blive signifikant øget. I en tid med mangel på speciallæger bør det vurderes, om det er en hensigtsmæssig prioritering.

- Øget krav til forløbskoordinering ved sektorovergange.

- Krav til alle kommuner om sikring af kompetencer og certificeret uddannelse af personale, som varetager disse opgaver.
- Adgang til hjertestarter, kompetencer til håndtering af denne samt logistik, som beforder hurtig adgang til ambulancetransport bør være til stede ved træningsfaciliteterne i kommunerne.

Hovedbudskaber:

- *Udlægning af visse dele af rehabilitering til primærsektoren vil spare træningsforløb på sygehusene, men vil øge patientsikkerheden medføre et øget forbrug af speciallæger og arbejdstest mhp. risikostratificering af hjertepatienterne.*
- *Der vil være behov for øget personaleforbrug til forløbskoordination på tværs af sektorer.*
- *Der vil være store opgaver for kommunerne, måske især små kommuner, ift. organisation, uddannelse af personale, fysiske ramme mv. for at overtage opgaven.*

Monitorering

Det konstateres med tilfredshed, at hjertepakkernes ressourcekrævende registreringspraksis er forladt, og man fremadrettet vil monitorere via allerede eksisterende systemer. Dette forekommer som en relevant prioritering af sundhedsvæsenets knappe ressourcer.

Der bliver potentielt vanskeligt at vurdere effekten af rehabilitering, når rehabiliteringsforløbet fragmenteres.

Monitorering af de kommunale indsatser må være en forudsætning, for at opgaven kan placeres i kommunen, og der bør være krav til alle kommuner om indberetning til nationale databaser, så det sikres, at patienterne tilbydes den specifikke individuelt planlagte træning målrettet den enkelte patient.

Vedr. Patientansvar

Begrebet Patientansvarlig læge etableres i disse år i sygehussektoren jf. Hvidbog vedr. patientansvarlig læge fra Danske Regioner.

Begrebet patientansvarlig læge er ikke nævnt i høringsudkastet, hvorimod begreber som tovholder, ansvar for forløb o.a. er nævnt.

Der bør i anbefalingerne foreligge en beskrivelse af forventninger til den patientansvarlige læge i sygehusregi, samt om de praktiserende lægers funktion som patientansvarlig læge for de dele af forløbet, som ligger udenfor sygehusregi, herunder rehabiliteringsforløb i kommunalt/praksisregi.

Forløbsprogrammer for mennesker med hjertesygdom

Den endelige udgave af anbefalingerne vil indgå i revideringen af Region Syddanmarks forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom. Dette arbejde er forankret i Sundhedsaftalen og forventes igangsat ultimo 2017/primo 2018.

Nedenfor følger kommentarer til de enkelte afsnit:

Afsnit 2.1 Målgruppe

Der indledes med at "*fem hjertesygdomme tegner...*" Der listes dog kun fire hjertesygdomme op - den femte fremgår ikke.

Afsnit 2.6.2 Hjerterytmeforstyrrelse (2. afsnit linje 5)

"*social ulighed ved hjertesvigt, ...*". Her må skulle stå "social ulighed for atrieflimren, ..."

Afsnit 4.4.

Der henvises i 1. afsnit til figur 1. Det er ikke tydeligt, hvordan denne illustrerer dette.

Afsnit 4.4.3

Afsnittet bør skrives igennem så det bliver tydeligere, hvordan og hvornår, der ageres ifht. de 3 forskellige patientgrupper.

Sidste sætning i første pind vedr. patient som er vurderet klar til fysisk træning: ".. og om der er udarbejdet en genoptræningsplan." Ordet "om" må være et overflødigt ord.

Odense, den 1. november 2017

Høringssvar fra DASYS vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har haft en repræsentant i arbejdsgruppen. Vi har sendt høringsanmodningen til vores medlemmer, hvilket har givet anledning til kommentarer fra Fagligt Selskab for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske Sygeplejersker (FS K&T). Kommentarerne er sammenfattet til nedenstående generelle bemærkning. Kommentarer fra FS K&T fremgår separat.

Generelle bemærkninger

Det er en relevant og nødvendig anbefaling. De faglige anbefalinger er grundigt gennemarbejdet, velformulerede, let læseligt, med en fin struktur, og beskriver det samlede forløb fra tidlig opsporing, diagnostik, udredning samt fra behandling til rehabilitering, palliation og opfølgning. De henvender sig bredt til de fagprofessionelle på tværs af sektorerne.

Særligt positivt kan fremhæves

- Det tværgående perspektiv i anbefalingerne, idet det afspejler borgerens/patientens vej i sundhedsvæsenet, og kan bidrage til øget sammenhængskraft i forløbene.
- Palliationsbegrebets udfoldelse og definition, der taler for at fremme borgernes/patientens livskvalitet igennem hele sygdomsforløbet.
- Rehabiliteringsdelen er blevet mere konkret, således at der er større klarhed over, hvilke borgere/patienter, som skal tilbydes almen- og specialiseret genoptræning. Der er ligeledes klarhed over hvilken arbejdstest, der skal anvendes og til hvilke risikopatienter.
- Fint, at der tages fat på at definere kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle og organiseringsafsnittene – se dog nedenfor.

Særlige problematiske bemærkninger

- Anbefalingerne bærer præg af at afløse hjertepakkerne - omend med et bredere perspektiv, hvilket også ifølge kommissoriet er intentionen. Men ift. overgange i vores sundhedsvæsen bygger anbefalingerne meget på det typiske forløb for mennesker med hjertesygdom – se figur 1 side 5 – et udredningsforløb.

Der bliver således ikke fokus på den kronisk hjertesygge borger/patient og herunder på kommunikationen og organisering af disse forløb på tværs af sektorerne – særligt mellem sygeplejersker på hospitalet og hjemmesygeplejerskerne. Det er ikke sikkert, det skal gøres her, men det er et opmærksomhedspunkt.

Set i et uddannelsesperspektiv er anbefalingerne et vigtigt og godt udgangspunkt for kardiologiske, thoraxkirurgiske og praksissygeplejersker, men kunne også indgå i efteruddannelse af samarbejdspartnere som fysioterapeuter, diætister og ergoterapeuter.

Anbefalingerne bør indgå i efteruddannelserne. Det kunne medvirke til at sikre implementeringen af anbefalingerne og at personalet arbejder aktivt og systematisk efter dem.

Det kunne ligeledes være med til at forbedre overgange mellem sektorer og skabe et sammenhængende forløb med tydelig kommunikation og ansvarsfordeling og øget samarbejde mellem sektorer og på tværs i hospitalet.

Uddannelsesaspektet bør indgå i anbefalingerne i forhold til implementering s. 37.

Fagligt Selskab for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgisk Sygeplejersker

Bemærkninger til høringsmaterialet

Dokumentet er meningsgivende i lyset af, at patienter med hjertesygdom gennemgår pleje og behandling, som er tværsektoriel. Udkastet er udarbejdet med inddragelse af relevante tværprofessionelle aktører. FS K&T finder, at de beskrevne anbefalinger kan 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, som formålet er. Det er et meget relevant og brugbart dokument for mange faggrupper i sundhedssektoren. Det er godt, at patientens og pårørendes perspektiver bliver sat i fokus.

Når det er sagt, mangler der gennemgående i hele dokumentet at nævne de forskellige faggrupper fx sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og diætister, der er involveret i patientforløbene og dermed det fokus, der bør være på tværfaglighed igennem det gode patientforløb. Der er lavet enkelte parenteser, hvor der bare skrives sundhedsprofessionelle med mellemlange videregående uddannelser, hvilket ikke er dækkende. Der er evidens for vigtigheden af tværfaglighed og af at sygeplejersken er helt grundlæggende vigtig i det gode tværsektorielle forløb for patienter med hjertesygdom. Dokumentet burde i højere grad afspejle den tværfaglige indsats, der er nødvendig i patientforløbet. Det bør fremgå tydeligt i hele dokumentet.

Endvidere finder vi, at patient- og pårørendeperspektiv ikke er nok fremtrædende i dokumentet. Det er ikke tydeligt, på hvilken måde patienterne ønskes inddraget/involveret. Der mangler også beskrivelse i forhold til pårørendeinddragelse i hele dokumentet.

Opsætningen, som følger et behandlingsforløb, giver et godt flow. Dog er der uoverensstemmelse mellem kapitelnumre og indhold i resumé og i dokumentet. Referencelisten er beskrevet som kapitel 8 og er reelt kapitel 9. Læsevejledningen kan undværes, når der i "Resume" er ridset op, hvad der findes i de enkelte kapitler.

Da dokumentet primært henvender sig til personer med sundhedsfaglig baggrund, kunne man med fordel måske bruge et andet ord end "hjertepumpekammer" på side 15, hvor hjertesvigt forklares. Det anbefales at skrive hjertekammer eller venstre hovedkammer.

Generelt er vi i FS K&T lidt forundret over, at der for beskrivelse af de enkelte sygdomme og behandling heraf primært henvises til Hjerterforeningens hjemmeside, når dokumentet henvender sig til fagfolk. Der kunne med fordel også henvises til Lægehåndbogen og Dansk Cardiologisk Selskabs behandlingsvejledning.

Dokumentet kunne med fordel gennemarbejdes med fokus på minimering af gentagelser, anvendelse af begreber og stringent brug af ord. Det er uklart hvordan begreber anvendes, når der fx står at rehabilitering foregår i kommuner, risikofaktorkontrol på hospitalet. Hører fx screening for angst og depression/ screening for diabetes til risikofaktorerne eller til rehabilitering?

Der anvendes fx i andet afsnit side 5 hhv. personer, patienter og mennesker med hjertesygdom – hvilket også gør sig gældende i andre afsnit i dokumentet.

Der bruges hjerteafdeling/kardiologisk afdeling og medicinsk behandling/farmakologisk behandling.

FS K&T er uforstående over for, hvorfor der på side 13 i afsnit 2.1.1 står: *"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..."*. Patienter med STEMI er i høj grad er beskrevet i anbefalingerne, og i forhold til efterbehandlingen/rehabiliteringen følger denne patientgruppe de samme programmer som NSTEMI, UAP og stabil angina. Det vil styrke kvaliteten i dokumentet, at disse patientgrupper bliver beskrevet i indeværende dokument, da det er vigtigt at sikre høj kvalitet i opfølgning, herunder rehabilitering til netop disse patientgrupper.

Det er positivt, at der er indskrevet som en del af den præoperative forberedelse kapitel 4.3 side 24: *"Formålet er dels at styrke patientens generelle helbredstilstand for derved at optimere resultatet af det operative indgreb, og dels at styrke rehabiliteringspotentialet og derigennem minimere funktionstab, forud for den efterfølgende rehabilitering"*. Det kunne dog med fordel tydeliggøres at, styrkelsen af patientens generelle helbredstilstand bør have et både mentalt og fysisk fokus.

FS K&T har endvidere følgende konkrete kommentarer til indholdet i dokumentet, der er anført i kronologisk rækkefølge:

Side 5, 1. afsnit, 1. linje: *"Symptomer på hjertesygdom fører oftest til besøg hos egen læge, og bliver henvist til..."* Symptomer kan ikke blive henvist, sætningen bør omformuleres.

Side 5, 3. afsnit 3, 2. linje: *"... med repræsentation fra Hjerteforeningen og med patientdeltagelse"*. Hvis der med patientdeltagelse menes repræsentanten fra Danske Patienter, kunne det med fordel fremgå her.

Side 13, 1. afsnit, 1. linje: *"Fem hjertesygdomme tegner sig..."*, men det er fire hjertesygdomme, der er nævnt efterfølgende. I samme afsnit 3. sidste linje: *"Hjertesygdom rammer især mennesker over 55 år, og flere lever længere med hjertesygdom bl.a. på grund af bedre behandlingsresultater"*. Flere og længere i forhold til hvordan? I dag, i forhold til for 5, 10 eller 20 år siden?

Side 15, afsnit 2.6.2 omhandlende hjerterytmeforstyrrelser, 2. afsnit: *"Der er observeret en social ulighed ved hjertesvigt, hvor der ses en øget dødelighed blandt mennesker med kort uddannelse."* Er der skrevet forkert - er observation gældende patienter med hjerterytmeforstyrrelser eller patienter med hjertesvigt?

Side 17, afsnit 2.6.4., 4. afsnit: *"Dødeligheden er faldet siden 2005"*. Men hvor meget er den faldet?

I samme afsnit 2.6.4. kunne det med fordel nævnes, at optitrering af den medicinske behandling foregår i hjertesvigt-klinikker. Der er evidens for, at den mest optimale optitrering af den antikongestive behandling foregår i hjertesvigt-klinkkerne på sygehusene. Patienterne kommer hurtigere i optimal behandling og behandlingsmålene nås i meget højere grad.

Side 20, opstilling af punkter: *Ødemer ja/nej* – herunder et punkt vægt: *stabil eller øget med hvor meget over den sidste måned*. Det vil også være relevant at tilføje *"træthed/øget træthedsbarhed"* som et punkt, da det er et af de typiske symptomer ved hjertesvigt.

Side 24, afsnit 4.1.7 omtales i 1. og 2. afsnit side 24 "specifik behandling". Her bør det omtales, at optitreringsforløb skal foregå i sygehusregi i specialiserede hjertesvigt-klinikker (tilbud om specialiseret fysisk træning i hospitalsregi følger med i forløb i hjertesvigt-klinikken).

Side 24, afsnit 4.3. under *Hjerteremedicinske tilstande* i forhold antikongestiv behandling ved hjertesvigt kunne det med fordel tilføjes, at Beta-blokker behandling ... foregår bedst ved forløb i hjertesvigt-klinikkerne, der kan sikre optimering før operation og som står klar til igen at overtage patienten og den videre opfølgning efter operationen.

Side 27, afsnit 4.4. Der mangler i dette afsnit en beskrivelse af, hvad hjertesvigt-klinikkernes opgave er i forhold til særligt patienter med $EF \leq 40\%$: at optitrere den antikongestive behandling, støtte og vejlede patient og pårørende til det bedst mulige liv med hjertesvigt, sikre viden om behandling og livsstil, henvise til specialiseret fysisk træning på hold.

Side 29, afsnit 4.4.4. *Palliation*. Når det er et tværfagligt dokument, mangler der i afsnittet fokus på mulighed for åben indlæggelse, vigtigheden af samarbejde med palliativt team, og henvisning af hjertepatienter til hospice, samarbejde med nøglepersoner i palliation i primær sektor, samarbejde med egen læge står der lidt om, men det hele bør slet ikke hænge på egen læge! Hjertesvigt-klinikkerne har ofte en koordinerende rolle i de gode palliative forløb.

Side 35. Vedr. kommunikation nederst: Her bør det nævnes, at sygeplejersken med fordel kan fungere som forløbsperson, fx sygeplejersker i delt stilling mellem hjerteafdeling og kommune.

Skulle høringsvaret give anledning til spørgsmål står DASYS og Fagligt Selskab for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske Sygeplejersker naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Bente Hoeck
Næstformand

Notat

Danske Fysioterapeuter



Til: Sundhedsstyrelsen, Planlægning

Høringssvar: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Danske Fysioterapeuter takker for muligheden for at afgive høringssvar på Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. Foreningen vil gerne kvittere for et godt og gennearbejdet dokument.

Foreningen er positive overfor ambitionen med anbefalingerne i forhold til at skabe øget sammenhæng i forløb for mennesker med hjertesygdom og ensartet praksis af høj kvalitet. I den forbindelse vil Danske Fysioterapeuter kvittere for, at vurdering af behov for fysisk træning og genoptræning for målgruppen er fremhævet flere steder i materialet.

Danske Fysioterapeuter mener i tillæg, at forholdet mellem rehabilitering, fysisk træning og genoptræningsplaner bør beskrives og eventuelt illustreres i materialet i supplement til definitionen af "Anvendte begreber". Foreningen mener, at det vil bidrage til forståelsen af genoptræningsplanen som et værktøj til at sikre sammenhæng i den tværsektorielle forløb, også for mennesker med hjertesygdom.

Danske Fysioterapeuter står til rådighed for uddybning af høringssvaret.

Med venlig hilsen

Sille Frydendal

Faglig chef

Dato:

01-11-17

Email:

sf@fysio.dk

Tlf. direkte:

3341 4659

Høringssvar fra Aabenraa Kommune i forhold til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Aabenraa Kommune har enkelte kommentarer i forhold til evt. behov for præcisering af anbefalingerne:

Det fremgår ikke klart om alle borgere, som skal træne fysisk i kommunen, kommer med en genoptræningsplan. Dette vil helt klart være det bedste for borgeren, da borgeren så har garanti på opstart af træning.

Det fremgår ikke klart, hvornår screening for angst og depression skal foregå, eller hvem der skal screene. Der står 'tidligt i forløbet'. Men er det sygehuset eller kommunen, der screener?

S. 27: Ved udskrivelsestidspunkt sendes henvisning til afklarende samtale i kommunen. Skal der sættes krav til max ventetid på indkaldelse til afklarende samtale?

S. 34: Kvalitetssikring: Der lægges op til at det for alle tilbud registreres og opgøres en række parametre, herunder 'deltagertilfredshed' og 'årsager til fravalg og frafald'.

Vi mener ikke, at nytten af dette vil stå mål med det store registreringsarbejde, og vi mener ikke, at den enkelte kommune endsige den/de institution(er) i kommunen, der leverer rehabiliteringsindsatser, meningsfuldt kan sætte tal på, hvor stor den samlede population, der vurderes at kunne have gavn af tilbuddet, er. På hvilken baggrund skulle vi skønne det tal?

1. november 2017 - Sagsnr. 17/19953

Høringssvar fra Kolding Kommune vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Generelt virker forløbsprogrammet til at være et rigtigt godt forslag med mange gode elementer. Det er dog vigtigt at have opmærksomhed på, at borgere med STEMI ikke indgår i anbefalingerne. Får de rehabilitering andet sted? På sygehuset?

Det lyder som en god ide at sende de borgere, der har brug for yderligere rehabilitering til en afklarende samtale i kommunerne. Kommunerne har kvalificeret personale og mange gode tilbud, men der må en meget klar forventningsafstemning til ift. hvad kommunerne skal tilbyde.

Sygdomsmestring, ernæring, fysisk træning, tobaksafvænning, screening for alkoholmisbrug og arbejdsfastholdelse kan forgå i kommunerne men vil kræve et betydeligt træk på kommunale ressourcer og vil kræve en længere overgangsperiode.

Da der altid er stor risiko for at det sker fravalg/fracald ved overgang fra en sektor til en anden, er det vigtigt, at henvisnings-/henvendelsesprocedurer mellem region og kommune er let og overskuelig.

Ved den afsluttende samtale på sygehuset er det vigtigt, at den der afholder samtalen har et højt kendskab til tilbuddene i kommunen.

At de borgere, der efter den afsluttende samtalen på sygehuset skal videre til tilbud i kommunen, henvises til en afklarende er formentlig den helt rigtige procedure.

Diætisk del af forløbsprogrammet

Afsnittet vedr. ernæring siger ikke så meget. Det er dog positivt, at der lægges op til individuelle diætbehandlingsforløb jvnf. Side 32. Det giver god mening at kunne målrette og idet der ofte er multiple sygdomme at tage hensyn til, er det også relevant, at det foretages af klinisk diætist.

Træning:

Det er godt, at der i forløbsprogrammet nævnes, at fysisk træning først kan igangsættes, når der foreligger

en kardiologisk vurdering af, hvilket tilbud borgeren skal tilbydes.

Venlig hilsen

Birgitte Munk Grunnet
Specialkonsulent

Høringssvar på ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom”

Social, Sundhed og Beskæftigelse
Sundhedssekretariat
Svinget 14
5700 Svendborg

julie.stenvang.pedersen@svendborg.dk
www.svendborg.dk

Svendborg Kommune takker for høringsudkastet til ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom”.

Kommunen bakker op om anbefalingerne, som udgør en god ramme for et stærkt tværsektorielt samarbejde på området til gavn for målgruppen. Anbefalingerne fremstår velbeskrevne og gennemarbejdet.

1. november 2017

Svendborg Kommune har følgende specifikke bemærkninger til høringsudkastet:

Afsnit 4.4, side 27

Anbefalingerne beskriver, at der bør foretages en afklarende samtale i kommunen til langt de fleste borgere med hjertesygdom. Idet forløbsprogrammet omfatter borgere med atrieflimren/flagren jf. afsnit 2.6.2 og 4.1.3 vil antallet af borgere til kommunale rehabilitering stige i en grad, som kommunerne ikke uden videre kan håndtere.

Afsnit 5.4, side 32

Anbefalingerne beskriver, at der gives diætbehandling i kommunen til alle borgere med hjertesygdom. Svendborg Kommune mener, at diætbehandling i kraft af den behandlende komponent, er en regional opgave. Derfor bør diætbehandlingen følge den hospitale indsats og ikke opfølgings-/rehabiliteringsindsatsen i kommunen.

Sundheds
afdelingen





Returadresse:
Sundhedsstaben
Holbækvej 141B, 4400 Kalundborg

DATO
1. november 2017

Høringssvar til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom"

Kalundborg Kommune takker hermed for muligheden for at indgive høringssvar og overordnet det et overskueligt og fagligt anvendeligt dokument, der kan sikre de tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom.

Fra kap. 4.4 til og med kap 5 kommer man lidt i tvivl om hvor der menes at aktiviteterne eksempelvis rehabilitering og palliation skal henvises til og udføres. Det vil hjælpe læseren hvis man bliver mere skarpe i formuleringen på dette.

Kalundborg Kommune finder det positivt at det understreges, at der skal udarbejdes en behovsvurdering med behandlingsmål og især at der udover dette vurderes om der er et fremadrettet behov i forhold til Farmakologisk behandling, Risikofaktor kontrol, Rehabilitering og Palliation

Med venlig hilsen

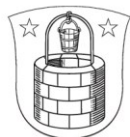
Ninna Uhrlund
Udviklingskonsulent

Kontakt

Sagsansvarlig:
Ninna Uhrlund
Sundhedsstaben

Telefon, direkte: 59 53 53 80

Kalundborg Kommune
Holbækvej 141B
4400 Kalundborg



1. november 2017

Til
Sundhedsstyrelsen!

Høringssvar vedr.: "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med Hjertesygdom"

Brøndby Kommune har modtaget høringsudkast til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom".

Vi bifalder udarbejdelsen af nationale anbefalinger, og har nedenstående bemærkninger.

Brøndby Kommune finder at anbefalingerne med fordel også kunne indeholde anbefalinger vedr. kørsel og tolk for at sikre en større andel af borgere der takker ja til tilbuddene, og også medvirke til mindskning af ulighed i sundhed.

Begrundelsen herfor i forhold til kørsel er, at nogle borgere fravælger tilbuddene da de er for svage til at kunne transportere sig selv, det kan være fordi de benytter et ganghjælpemiddel eller grundet komorbiditet.

I forhold til behovet for tolk, opleves det at borgere med anden etnicitet end dansk, fravælger eller stopper i forløbet grundet for store sprogbarrierer. Når pårørende benyttes som tolk, opleves det ofte grænseoverskridende for både borger og pårørende, og også med fare for både fejltolkning samt udeladelser.

I øvrigt kan vi tilslutte os de bemærkninger der er kommet fra Albertslund Kommune, idet de varetager opgaverne i forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme for borgerne bosiddende i Brøndby Kommune.

Med venlig hilsen

Ulla Frausing
Centerleder

Til
Sundhedsstyrelsen

HØRINGSSVAR fra Sønderborg Kommune vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Bemærkninger

Sønderborg Kommune kan bakke op Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for menneske med hjertesygdom og finder det positivt, at anbefalingerne beskriver forløbet på tværs af sektorerne, herunder praktiserende læges rolle. Ligeledes finder kommunen det positivt, at den afklarende samtale er indskrevet som metode.

Overordnet set er det Sønderborg Kommunes vurdering, at kommunernes rolle primært beskrives i forhold til arbejdet i sundhedscentre og genoptræningsenheder, og kommunen efterlyser, at den kommunale sygeplejes rolle i højere grad indskrives i anbefalingerne.

Den kommunale sygeplejefaglige indsats til mennesker med hjertesygdomme er ofte centeret omkring sundhedslovsydelsen medicindispensering. Det betyder, at hjemmesygeplejen kun kommer i hjemmet, hvis det fra sygehusets side vurderes, at borgeren skal have hjælp til medicindispensering.

Det er Sønderborg Kommunes vurdering, at den kommunale sygepleje i et fremadrettet perspektiv kan byde ind med flere indsatsområder i forhold til målgruppen for de tværsektorielle anbefalinger. Det kunne fx dreje sig om vægtkontroller hos hjertesvigt-borgere, IV Furix behandlinger, opfølgninger på den psykiske og sociale tilstand, samt opfølgninger efter endt hjerterehabilitering.

For borgere med hjertesygdom er det vigtigt med en koordineret indsats mellem sygehus, hjerteambulatorium, genoptræningsenhed, sundhedscenter, praktiserende læger og den kommunale sygepleje. Det er kommunens vurdering, at vigtige elementer i forhold til at sikre denne koordinering kunne beskrives yderligere i anbefalingerne herunder:

- At der sker en optimering af kommunikationen ved sektorovergange med udførlige udskrivesrapporter indeholdende funktionsvurdering – samt at praktiserende læge modtager epikriser kort efter udskrivelse eller ambulatoriebesøg
- At der opstilles behandlingsmål for borgere, både i forhold til den farmakologiske behandling, rehabilitering og den sociale og psykiske plan
- At der er fokus på den palliative indsats – herunder hjerteborgere som en del af terminalordningen. Mange borgere ønsker at forblive længst muligt i eget hjem og måske dø hjemme. Gennem en optimering af samarbejdet på tværs, kan borgeren forblive i hjemmet, og behandling kan gennemføres i et tæt samarbejde mellem den kommunale sygepleje og sygehuset.

Med venlig hilsen

Michael Skriver Hansen
Sundhedschef, forvaltningen Borger, Beskæftigelse og Sundhed, Sønderborg Kommune

NOTAT

Den 2. november 2017

Høringssvar vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Skive Kommune har haft "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom" i høring. Vi har haft anbefalingerne i høring hos henholdsvis vores Sundhedscenteret, der forestår den praktiske udførelse af hjerterehabiliteringen, og derudover har de været i høring hos vores Pleje og Omsorgs afdeling.

Overordnet fremstår anbefalingerne i overensstemmelse med den virkelighed vi oplever. Der er dog et par kommentarer, der skal knyttes til bestemte afsnit i anbefalingerne.

På side 31.

Under rehabilitering nævnes: "*Nogle patienter kan have behov for forebyggelsestilbud, og patienten henvises i disse tilfælde til kommunen*". Vi vil rigtig gerne have en præcisering ind i dette afsnit der underbygger, at hjerterehabilitering som udgangspunkt, er en kommunal opgave, og at det kræver et godt samarbejde mellem kommunen og regionen, så sikkerhed overholdes og der leveres den bedste faglige kvalitet.

På Side 37.

I de 3 punkter nederst på siden, syntes vi, at der med fordel kan tænkes nogle sætninger ind omkring palliation i punktet:

"Retningslinjer for kommunikation mellem almen praksis, sygehuse og kommuner med deling af relevant information om patientforløbet."

VI tænker at det vil gavne det tværsektorielle arbejde, hvis følgende afsnit tænkes ind i dette punkt.

Palliation

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

Dette vil skabe enighed om, at det er palliation der tales om, og de heraf afledte indsatser.

**Social- og
Arbejdsmarkedsforvaltningen**
SAS Ledelsessekretariatet

Torvevej 10
7800 Skive
Tlf: 9915 5500

Fax:
CVR-nr.: 29189579
jotb@skivekommune.dk
www.skive.dk

Reference.: 779-2015-6474

Henvendelse til:
Jónas Thor Björnsson
Direkte tlf. 9915 7727
jotb@skivekommune.dk

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: SST Plan
Sendt: 2. november 2017 10:02
Til: PLAN Studenter
Emne: VS: Høringssvar vedr. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom"

Fra: Kaja Ella Berg [<mailto:FB5Q@sof.kk.dk>]
Sendt: 2. november 2017 09:06
Til: SST Plan
Cc: Mia Bjørnø; Karin Munk Petersen
Emne: Høringssvar vedr. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom"

Kære Sundhedsstyrelsen

Beklager, at vores høringssvar kommer en dag for sent.

Socialforvaltningen i Københavns Kommune kvitterer for høringsudkastet.

Indholdet i høringsudkastet til Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom" giver ikke anledning til bemærkninger fra Socialforvaltningen.

Med venlig hilsen

Kaja Ella Berg
Fuldmægtig

KØBENHAVNS KOMMUNE
Socialforvaltningen
Center for Politik

Bernstorffsgade 17, 4. sal, lokale 447
1592 København V

Telefon 30 36 12 91
E-mail fb5q@sof.kk.dk
Web www.kk.dk



NOTAT

06-11-2017

EMN-2017-01184

1095875

Louise Madsen

Høringssvar vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Hermed fremsendes Danske Regioners bemærkninger til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. Danske Regioner har haft anbefalingerne i høring i regionerne. Bemærkninger til anbefalingerne vil fremgå nedenfor.

Danske Regioner vurderer, at der med høringsudkastet foreligger en god og relevant beskrivelse af mange hjertepatientforløb med ansvarsbeskrivelser, så patienterne oplever et sammenhængende forløb på tværs af sektorer. Samtidig finder Danske Regioner det hensigtsmæssigt, at der i anbefalingerne lægges vægt på individualiserede patientforløb og ønsket om at sikre en faglig og organisatorisk ensartet praksis af høj kvalitet i udredning, behandling og opfølgning.

Danske Regioner har følgende konkrete bemærkninger til anbefalingerne:

- Det er vigtigt, at gældende lovkrav og regionale retningslinjer kan indpasses i anbefalingerne. Ordlyden i anbefalingerne ønskes derfor ændret fra "skal" til "bør" – fx i kapitel 4 og 5 under opgave- og ansvarsfordeling, så de ikke fremstår som konkrete krav men anbefalinger.
- Ansvarsfordelingen mellem egen læge og hospitalsafdeling/ambulatorium/praktiserende speciallæge skal ifølge anbefalingerne tilpasses lokalt ved forskellige forløbstyper, hvilket kan give anledning til uklarhed om, hvem der skal træffe beslutningen om ansvarsfordelingen.

- Der er tilfredshed med beskrivelsen af den lægefaglige del af forløbet, men beskrivelsen af den tværfaglige rehabiliteringsindsats udført af øvrige sundhedsprofessionelle ønskes præciseret yderligere.
- Der kan med fordel tilføjes en anbefaling om, at der bør etableres en samlet monitorering på tværs af sektorerne, herunder at de centrale og relevante indikatorer identificeres.
- 1-års dødeligheden er ikke længere 20 procent. I hjertesvigtsdatabasen 2015-2016 er den faldet til ca. 11 procent.

Vedr. kap. 1. Indledning

- Der ønskes en præcisering af, om der er deltagelse af patient/pårørende på multidisciplinære konferencer. Hertil kommer nye arbejdsgange, da konferencens konklusion skal indeholde forberedelse af rehabilitering. I nuværende praksis ligger dette på et andet niveau og varetages af sygeplejersker og ikke de speciallæger, der deltager i konferencen.
- Deltagerne på de multidisciplinære teamkonferencer bør ikke kun omfatte læger fra forskellige lægefaglige specialer, men også andre sundhedsprofessionelle faggrupper med kompetencer inden for hjerterehabilitering (sygeplejersker, fysioterapeuter og diætister).
- Det noteres, at der ikke skal angives et fast antal dage til udredning og behandling. Hvordan påtænkes det, at informere patienten om anbefalede forløbstider, der ifølge teksten ikke er en patientrettighed, men alligevel skal benyttes som "rettesnor"?
- Den anvendte definition af "rehabilitering" er WHO's generiske definition. Det anbefales, at der i anbefalingerne i stedet refereres til Sundhedsstyrelsens definition specifikt for rehabilitering af hjertepatienter.

Vedr. kap. 2. Målgruppe, sygdomme og populationsanalyse

- Det fremgår, at incidens af hjertesvigt er højere blandt lavtuddannede. Hertil at folk dør af AFLI. Dette bør korrigeres, så der i stedet står, at patienter med ALFI har en øget mortalitetsrisiko.
- Der står skrevet, at der er tale om fem hjertesygdomme, men der nævnes og beskrives kun 4.

Vedr. kap. 3. Mistanke om hjertesygdom

- Der bør altid tages EKG i den initiale udredning for hjertesymptomer i almen praksis, da EKG i visse tilfælde er eneste indikator på tilstedeværelse af sygdommen.

- Det bør tilføjes, at praktiserende læge bør sikre relevant udredning for hyppigste differentialdiagnoser før henvisning til sygehusregi (blodprøver, røntgen af thorax mm.)
- Det fremgår af anbefalingerne, at den praktiserende læge bestemmer, om der skal foretages fuld udredning eller en enkelt undersøgelse, hvor praksislægen er tovholder. Det ønskes klarlagt, om det påhviler sygehuset eller speciallægen at informere praksislægen, såfremt der alligevel foretages en fuld udredning i forhold til ønsket om en enkelt undersøgelse.
- Henvisning bør altid indeholde oplysninger om tidligere/eksisterende hjertesygdom.
- Patientens FMK bør være opdateret og retvisende ved henvisningen, og det kan overvejes at anbefale en ensretning af henvisningsalgoritmen – evt. i form af en fælles elektronisk henvisning for hjertepatienter.
- Der bør være adgang for kardiologisk rådgivning til almen praksis på alle sygehuse. Det behøver ikke nødvendigvis være via vagthavende læge.
- I teksten fremhæves det, at ”det tydeligt i hvert enkelt tilfælde aftales”, hvordan ansvaret fordeles mellem praksislægen og hospitalet i forbindelse med komorbiditet. Men betyder det, at hospitalet har ansvaret for behandling af hjertesygdommen mens almen praksis har ansvaret for komorbiditet, eller har hospitalet i en periode ansvaret for hele behandlingen?

Vedr. kap. 4. Udredning og behandling på sygehus/speciallægepraksis

- Under behandling af hypertension før operation nævnes betablokkere og calciumantagonister. Det bemærkes at betablokkere ikke længere er førstevalg ved hypertension.
- Hjertesvigtspatienter skal ikke nødvendigvis have kortest mulig ventetid til invasiv behandling, men til nærmere udredning. Efter ekkokardiografi kan invasiv behandling blot være planmæssig.
- Anbefalingen om at lave arbejdstest på patienterne senest 14 dage efter udskrivelse vurderes i mange tilfælde at være urealistisk (fx ved patienter med sternumsplit eller udbredt koronarsygdom).

- Det er i anbefalingerne ikke et krav, at alle patienter forud for rehabilitering skal have gennemført en arbejdsbelastningstest med vurdering af maksimal iltoptagelse. Det foreslås, at alle patienter forud for opstart af fysisk træning får lavet denne test.
- Der foreslås en revurdering af, hvem der er særlige risikopatienter og dermed kun skal modtage rehabilitering i hospitalsregi. Fx patienter med ICD-enhed, hjerteklap- eller hjertesvigtspatienter og patienter der ikke er fuldt revaskulariserede.
- Der vurderes vigtigt at skelne mellem, hvornår der er behov for henvisning til hhv. rehabilitering og genoptræning. En henvisning til genoptræning kan godt suppleres med behov for dele af den kommunale rehabilitering ved notering i genoptræningsplanen fremfor at der sendes to planer.
- Der kunne med fordel være mere fokus på individualisering. Det er forskelligt fra person til person, hvor meget træning, der er behov for, for at opnå kriteriet for den procentvis forbedring.
- Alle hjertesvigtspatienter skal ikke have kortest mulig ventetid til invasiv behandling, men nærmere til udredning. Invasiv behandling kan være planmæssig efter ekkokardiografi.
- Det bør fremgå, at hospitalet skal udarbejde plejeforløbsplan og udskrivningsrapport ved overdragelse af patienten til kommunen. Dette vedrører borgere, der er kendt af kommunen eller har behov for kommunale ydelser ved udskrivelsen. Derudover er det vigtigt med en fyldestgørende epikrise til almen praksis med informationer om hospitalsforløbet samt en plan for det efterfølgende forløb.
- Udlægning af visse dele af rehabilitering til primærsektoren vil spare træningsforløb på hospitalerne, men vil af hensyn til patientsikkerhed medføre et øget forbrug af speciallæger og arbejdstest med henblik på risikostratificering af hjertepatienter.
- Forløbskoordination på tværs af sektorer vil medføre et behov for øget personaleforbrug.
- For kommunerne, måske især de små kommuner, vil der være store opgaver i forhold til organisation, uddannelse af personale, fysiske rammer osv. for at overtage opgaven.

Vedr. kap. 5. Opfølgning

- I forhold til det tværsektorielle samarbejde er det vigtigt at have fokus på systematisk opfølgning på arbejdsgange og afholdelse af undervisning, der bidrager til fastholdelse af kompetenceniveauet.
- Det er positivt, at der opfordres til screening og efterfølgende behandling i forhold til angst og depression. Det foreslås dog, at man betoner vigtigheden af, at der henvises til psykoterapeutisk behandling, hvis dette skønnes relevant.
- Det foreslås, at man erstatter den specifikke anbefaling om henvisning til psykolog eller læge til en anbefaling om henvisning til "fagperson med relevant psykoterapeutisk uddannelse" eller "relevant behandlingstilbud".

Vedr. kap. 6. Overblik over organisering

- Der savnes en præcisering af, hvem der er ansvarlig for den prærehabilitering, der skal gennemføres med henblik på at styrke patientens rehabiliteringspotentiale samt minimere funktionstab forud for den efterfølgende rehabilitering.

Vedr. kap. 8. Monitorering

- Det bør tydeliggøres, hvilke krav der er til monitorering. Det er vigtigt at sikre en korrekt monitorering med hensyn til opfyldelsesgrad, effekt, og sammenligning af regionerne.
- Det er ønskeligt og nødvendigt at få etableret en samlet monitorering på tværs af sektorerne for at give mulighed for at måle effekten af den nye model.
- Implementeringen af anbefalingerne kræver et vedvarende fokus på monitorering af indsatserne, og identifikation af centrale relevante indikatorer.

København, den 13. Nov. 2017

Høringssvar

Høringssvar til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom":

Foreningen af kliniske diætister har fået mulighed for at indsende et høringssvar udenfor dato-fristen efter aftale med sundhedsstyrelsen, hvilket vi og vores medlemmer der har kommenteret på høringen, påskønner.

FaKD har nemlig ikke været inviteret med til at sidde med i arbejdsgruppen og fremgår heller ikke som organisation på høringslisten til denne høring, men vi håber at vores kommentarer vil blive læst og tilskrevet i anbefalingerne. FaKD har været i positiv dialog med Sundhedsstyrelsen, da vi ønsker at blive inddraget en anden gang vedr. dette emne grundet vores faggruppe er en del af det sundhedspersonale, der beskæftiger sig med mennesker med hjertesygdomme på sygehusene/hospitalerne og i kommunerne.

Ernæringsindsatsen er væsentligt ift. forløbene for hjertepatienterne.

Hermed fremsender vi kommentarer til denne høring:

Ernæringsindsats:

Det anbefales, at patienter med iskæmisk hjertesygdom initialt vurderes med henblik på at afklare behovet for kostintervention og ved identificeret behov at tilbyde diætbehandling som led i hjerterehabilitering jf. ("Klinisk retningslinje for hjerterehabilitering" udgivet 2015) (1)

Hvordan det tværsektorielle forløb i forbindelse med diætbehandling implementeres, afhænger meget af de store strukturelle forskelle der er i forhold til Hjerterehabilitering i Danmark. Det må vurderes at være væsentligt, at der er tilknyttet mindst en klinisk diætist, uanset om det er i sygehusregi eller kommunalt regi, til at varetage både vurderingen af om patienterne har brug for kostintervention og selve diætbehandlingen.

Jf. punkt 4.4, hvor det beskrives, at der i forbindelse med afslutning af behandlingsforløbet i sygehus regi, skal laves en behovsvurdering af patientens individuelle behandlingsmål på



baggrund af diagnose, prognose, risikoprofil og funktionsniveau samt patientens egne ønsker. Her er der også beskrevet at denne vurdering foretages af relevante sundhedsprofessionelle.

Det vurderes derfor at være god praksis, at der også bliver lavet en vurdering/ernæringsplan for patienten af en klinisk diætist i sygehus regi. Dermed bliver der hurtigt taget stilling til, hvilken ernæringsindsats der er behov for, i den enkelte patients tilfælde.

I denne vurdering/ernæringsplan tages der stilling til bl.a. om patienten er i ernæringsmæssig risiko (utilsigtet væggtab, madlede og insuffICIENT energi- og proteinindtag) og patientens øvrige risikoprofil (hypertension, dyslipidæmi, overvægt m.m) og andre konkurrerende sygdomme som f.eks. hjertesvigt, diabetes og KOL. Diætbehandlingen bør fokuseres på flere kostkomponenter og vaner frem for en enkelt komponent.

Såfremt patienter er i ernæringsmæssig risiko, og/eller det drejer sig om (flere) sygdom(-me) hvor det vurderes relevant, at der er adgang til journalnotater samt laboratoriedata, er det mest hensigtsmæssigt at diætbehandlingen varetages af en klinisk diætist i hospitals regi. Dette begrundes ud fra den manglende indsigt i patientens data/ biokemi i kommunerne kontra på hospitalerne.

Til den initiale vurdering af om patienten har behov for kostintervention foreslås det at anvende det validerede kostscreeningsskema "Hjertekost" (3) jf. Klinisk retningslinjer for Hjerterehabilitering" (1).

Diætbehandling gives ud fra den eksisterende evidens, på netop ovenstående emner. Jf.

"Diætbehandling af dyslipidæmi og iskæmisk Hjertesygdom" (2) og den nationale behandlervejledning NBV fra dansk kardiologisk selskab under "Hjerterehabilitering" og "Forebyggelse af hjertekarsygdom". (4)

Motivation til kostintervention og fastholdelse af adfærd ændringer er en opgave, der med fordel kan varetages af klinisk diætist i kommunalt regi. Samarbejdet mellem klinisk diætist i Sygehus regi og kommunalt regi vurderes derfor at være meget relevant. Patienten motiveres og vejledes i forhold til ændringer i kosten, under hensyntagen til patientens ressourcer og barrierer. (4)

1. "Klinisk retningslinje for hjerterehabilitering" udgivet 2015



Skt. Annæ Plads 6
1250 København K
Telefon: +45 33 32 00 39
Fax: +45 33 15 50 60
Mail: post@diaetist.dk
Web: www.diaetist.dk

2. "Diætbehandling af dyslipidæmi og iskæmisk Hjertesygdom"
3. "Hjertekostskema"
4. Den nationale behandlervejledning NBV fra dansk kardiologisk selskab under punkt 29
"Hjerterehabilitering"

I er altid velkomne til at kontakte os for uddybende kommentarer.

Med venlig hilsen

Mette Pedersen

Formand FaKD

Mail: mp@diaetist.dk

Tlf. 61 71 87 03

Foreningen af Kliniske Diætister

post@diaetist.dk



Høringssvar på Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom



Vi sidder som projektledelse i projektet "Tæt på dig", der er et tværsektorielt samarbejde vedr. overdragelse af den non-farmakologiske del af rehabiliteringen for mennesker med hjertesygdom, T2D og KOL fra Nykøbing Falster sygehus til Kommunerne Vordingborg, Guldborgsund og Lolland.

Generelt vil vi rose SST for, at der er udarbejdet anbefalinger for tværsektorielle forløb for flere af kronikerområderne og turen nu er kommet til mennesker med hjertesygdom. Vi er glade for at anbefalingerne imødekommer, at vi siden strukturreformen har bevæget os i retning af at store dele af den rehabiliterende indsats foregår i kommunerne tæt på borgerens liv.

Høringssvar:

Vi har en stor interesse i at afgive høringssvar vedr. ernæringsindsatsen, da vi finder denne indsats og opgavevaretagelsen uklart beskrevet.

Efter at vi som kliniske fagpersoner, har gennemlæst det korte afsnit vedr. ernæring på side 28, sidder vi tilbage med følgende faglige spørgsmål:

I afsnittet bruges der følgende begreber: ernæringsindsats, diætbehandling, individuel diætvejledning o.s.v. Det vil være en stor hjælp hvis der er en kort redegørelse for termene og deres indbyrdes hierarki - da det ikke fremgår klart og en-tydeligt af den litteratur der refereres til.

- Kostvejledning: omfatter vejledning om de officielle kostråd ...
- Diætbehandling: omfatter elementer som individuel identifikation af risikofaktorer, vurdering af behov, monitorering, evaluering, opfølgning samt dokumentation ...
- Diætvejledning: omfatter

Dernæst overordnet hvilke patienter skal have hvilken indsats f.eks.:

- Ved AK behandling
- Ved forhøjede triglycerider
- Ved borger der kommer fra andre kulturer
- Ved hyperlipidæmi
- Risikovurdering (ernæringsscreening)

Endeligt:

- Hvornår er ernæringsindsatsen ordinationskrævende og hvornår er den forebyggende (kostvejledning/ diætvejledning/diætbehandling)
- Hvilke(n) faggruppe(r) skal udfører ovennævnte; klinisk diætist eller andet sundhedsfagligt personale
- Er indsatsen individuel-behandling eller et gruppeforløb
- I hvilket regi gives indsatsen, er det på sygehus eller kommune

Kosten har en stor betydning for målgruppen og vores erfaring, efter at have arbejdet med den tværsektorielle opgavedeling, er at emnet er omfattet af begrebsdiskrepans.

Vi vil anbefale at der bruges mere plads på afsnittet, og den litteratur der henvises til bliver kondenseret i anbefalingen, så denne bliver mere klar og retningsgivende for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

Hilsen

Lisette Lind Larsen
Projektleder for tværsektorielle projekter ved NFS
Sygehusledelsens stab
Tlf. 23807070

Ulla Borup Hemmingsen
Kvalitets- og udviklingskoordinator
Vordingborg Kommune
Mobil: 29 46 68 72

lle@regionsjaelland.dk

ubhe@vordingborg.dk

Høring - anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Overordnede bemærkninger

Anbefalingen udmærker sig især ved en grundig gennemgang af målgruppen, sygdomme og populationsanalyse – en viden som er forudsætning for forståelsen af kompleksitet af de relevante indsatser i udredning, behandling, opfølgning og ikke mindst rehabilitering og palliation. Desuden omhandler anbefalingen hele det tværsektorielle forløb, med tydelig placering af ansvar. Vi håber, at dette i fremtiden vil bidrage til en kvalitetsforbedring af indsatser og resultere i bedre overlevelse med øget livskvalitet. I denne sammenhæng er det væsentligt at fremhæve vigtigheden af kommunikationen mellem sektorerne, som der kort beskrives i punkt 4.5. Vi værdsætter opfordring til gensidige besøg og tilbagevendende fællesmøder.

Vi er bekendte med, at arbejdsgruppens kommissorium omhandlede udvalgte ikke-akutte hjertesygdomme (iht. Pakkeforløb på hjerteområdet) og derfor fravalget af STEMI som målgruppen, som nævnt i punkt 2.1.1 i rapporten. Alligevel nævnes i anbefalingerne at rehabilitering og palliation efter det akutte forløb kan være relevante for disse patienter, hvilket jo er fint! Men placering af ansvar for rehabiliteringsindsats, specialiseret vs. i basal regi kunne uddybes i et særskilt punkt i anbefalinger.

Der er regionale forskelle mellem regionerne og internt i regionerne på fordeling af specialiseret og basal hjerterehabilitering. Der er velfungerende samarbejdsaftaler, hvor patienter påbegynder hjerterehabilitering på sygehus og udsluses til et kommunalt forløb med henblik på fastholdelse af blandt andet fysisk træning og opnåede livsstilsændringer. Vores bekymring er, at dette patientcentrerede tværsektorielle samarbejde ikke længere tilgodeses, når anbefalinger udrulles fuldt ud, og kommunerne overtager langt den største del af rehabilitering. For at opretholde en høj faglig kompetence i varetagelsen af opgaven, er det vigtigt med en vis patientvolumen. Dette gælder såvel for terapeuter i kommuner og ikke mindst på sygehuset, især når rapporten påpeger vigtigheden af formaliseret tværsektorielt vidensdeling.

Vigtigheden af patientinddragelse fremhæves mange steder i anbefalingerne. Vi vil derfor foreslå, at når der under punkt 4.1. står: *ved hjælp af henvisningen... kan kardiologen planlægge patientens forløb i sygehusregi/kardiologisk speciallægepraksis*, tilføjes "i samarbejde med patienten"

Punkt 4.4. *Behovsvurderingen kan foretages i forbindelse med, at patienten udskrives, eller patienten kan gives en ambulant tid højst en til to uger efter udskrivelse.* Denne formulering giver ikke noget entydigt svar på, hvor lang tid patienten skal vente på opstart af rehabiliteringstilbuddet. Vi mener derfor, at ventetid på rehabilitering skal specificeres yderligere.

Under punkt 4.4.3 er det uklart om, der menes, at patienter i særlig risiko skal have lavet 2 arbejdstests: "alle patienter, der kan bestå arbejdstesten og den heraf lægefaglig vurdering.... træning i kommunalt regi" og senere "hvis patienten vurderes at være i særlig risiko, skal den enkelte vurderes yderligere med en arbejdstest inden opstart". Er der en risiko måske overkill

med 2 arbejdstests? Derudover bør det tilføjes i teksten, at for hjerteopererede patienter anbefales det, at arbejdstesten foretages tidligst 4 uger efter operation af hensyn til sternotomien.

Under punkt 5.4 *Sygdomsmestring* nævnes seksualitet og, at de sundhedsprofessionelle skal have særlig viden om hjertesygdom. Det kan med fordel ændres til *"have særlig viden om seksualitet og hjertesygdom"*.

En forudsætning for den fulde udrulning af anbefalinger med henblik på placering af rehabiliteringsansvar i kommuner er, at indsatsen kvalitetssikres og kan følges op centralt med monitorering i Dansk Hjerterehabilerings Register. Ud over de proces indikatorer, der er nævnt i anbefalinger, vil vi yderligere foreslå monitorering gennem en symptomlimiteret arbejdstest (som er udført af uddannet teknisk personale: sygeplejerske, fysioterapeut, laborant, under supervision af lægen), foretaget før og efter forløbet med fysisk træning. Arbejdstesten er en forudsætning for fastlæggelsen af træningsintensitet og til måling af forbedring af kondition.

Generelt: anbefalinger mangler en sproglig gennemgang. Fx side 5 andet afsnit linje 4 *"patienter oplever sammenhæng i sit forløb ..."* Der er uoverensstemmelsen (og mangler) i indholdet af de forskellige kapitler. Fx på side 7 er der intet resumé af kapitlet om implementering – som er kap. 7 i henhold til indholdsfortegnelsen. Tilsvarende på side 10 bør der tilføjes kap. 8. Under punkt 2.1. er der nævnte fem hjertesygdomme, men kun beskrevet fire.

p.v.a. Dansk Selskab for hjerte og lungefysioterapi

Barbara Brocki, Margrethe Smidth, Dagmar Sieg, Bestyrelsesmedlemmer