



PAKKEFORLØB FOR
STABIL ANGINA PECTORIS
(HJERTEKRAMPER)

2009

Pakkeforløb for Stabil Angina Pectoris (hjertekramper)

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: hjertebehandling, smerter

Kategori: Faglig rådgivning

Sprog: Dansk

Version: 1,1

Versionsdato: 2. februar 2010

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-992-5

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, oktober 2009.

Forord

Regeringen og Danske Regioner har som led i Aftalen om regionernes økonomi for 2009 aftalt, at der indføres pakkeforløb for patienter med ikke-akutte livstruende hjertesygdomme. Pakkeforløbene er blevet udarbejdet og godkendt i 2008. I løbet af 2009 skal pakkeforløbene implementeres i regionerne. Et pakkeforløb er et patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der som udgangspunkt følger et på forhånd booket forløb.

Pakkeforløbene omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om hjertesygdom, gennem udredning, diagnose, behandling og rehabilitering. Pakkeforløbene beskriver de nødvendige undersøgelser og behandlinger samt de samlede forløbstider. Ligeledes beskriver pakkeforløbene den information, der skal gives til patienterne undervejs, og de målepunkter, der skal gøre det muligt at vurdere, om pakkeforløbene fungerer efter hensigten.

Pakkeforløbene er unikke, fordi ledende klinikere på hjerteområdet, administratorer, ledere i regionerne, Danske Regioner, Kommunernes Landforening, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Sundhedsstyrelsen er gået sammen om at skabe bedst mulige forløb med patienten i centrum. Alle har været optaget af at skabe de bedste rammer for behandlingen af hjertesygdomme, og det har været tydeligt, at det fælles mål har været vigtigere end særinteresser. Tak for det konstruktive samarbejde.

Mange faktorer er afgørende for, at vi får bedre forløb i behandlingen af hjertesygdomme. Der er brug for et stort ledelsesmæssigt fokus på opgaven for at sikre en omhyggelig prioritering af ressourcerne. Information til patienterne har en central plads i pakkeforløbene, og det bliver interessant at følge erfaringerne og udviklingen på det område.

Pakkeforløbene skal nu ud og stå deres prøve. Det er afgørende, at vi samler erfaringerne og udvikler behandlingen for hjerteområdet, så den hele tiden inkluderer nye teknologiske muligheder, nye behandlingsformer og nye måder at organisere arbejdet på. Der er brug for at være åbne over for hurtigt at lære af hinandens erfaringer.

Vi vil helt sikkert møde en række uforudsete udfordringer, når pakkeforløbene implementeres og videreudvikles, men jeg håber, vi kan holde dialogen og samarbejdet levende, bevare engagement, til den konstruktive tone og fokus på det fælles mål: At give det bedste forløb til behandlingen af hjertepatienterne.

Jesper Fisker

Administrerende direktør, Sundhedsstyrelsen

Formand for Hjertefølgegruppen og Task Force for Patientforløb for Kræft- og Hjertepatienter.

Indhold

1	Om pakkeforløb på hjerteområdet	6
1.1	Om pakkeforløb	6
1.1.1	Forløbstid	7
1.2	Udvikling af pakkeforløb på hjerteområdet	7
1.3	Læsevejledning	8
2	Arbejdsgruppens sammensætning	10
3	Introduktion til pakkeforløb for stabil angina pectoris	11
3.1	Generelt om hjerteområdet	11
3.1.1	Stabil angina pectoris	11
3.2	Landsdækkende kliniske retningslinjer	12
3.3	Det multidisciplinære samarbejde – Hjertekonferencer	12
3.4	Flowchart for angina pectoris	13
4	Indgang til pakkeforløb for stabil angina pectoris	14
4.1	Klinisk indhold	14
4.1.1	Risikogrupper	14
4.1.2	Mistanke	14
4.1.3	Begrundet mistanke– kriterier for henvisning til pakkeforløb	15
4.1.4	Henvisning til pakkeforløb	16
4.2	Information vedrørende henvisning til pakkeforløb	16
4.3	Beslutning	16
4.4	Ansvarlig	16
4.5	Forløbstid	17
5	Udredning af patienter med Stabil Angina Pectoris	18
5.1	Sundhedsfagligt indhold	18
5.1.1	Undersøgelsesforløbet	18
5.1.1.1	Supplerende diagnostiske undersøgelser	18
5.1.1.2	Invasiv diagnostik	18
5.1.2	Fastlæggelse af diagnose	19
5.2	Information til patienten	20
5.2.1	Information om udredning i pakkeforløb	20
5.2.2	Information om undersøgelsesresultat	20
5.2.3	Information om behandlingstilbud	20
5.3	Beslutning om behandlingstilbud	20
5.3.1	Beslutning om medicinsk behandling	20
5.3.2	Beslutning om invasiv behandling	21
5.4	Ansvarlig	21
5.5	Forløbstid	21

6	Behandling	23
6.1	Sundhedsfagligt indhold	23
6.1.1	Hovedgrupper af behandlingsforløb	23
6.1.1.1	Medicinsk behandling	23
6.1.1.2	Revaskulariserende behandling	23
6.1.2	De hyppigst opståede komplikationer	25
6.2	Information til patienten	26
6.3	Beslutning	27
6.4	Ansvarlig	27
6.5	Forløbstid	27
7	Afslutning på pakkeforløb	29
7.1	Kardial rehabilitering	29
7.1.1	Klinisk indhold	29
6.1.1	Behandlings modaliteter	29
7.1.2	De hyppigst opståede komplikationer	31
7.1.2.1	Medicinbivirkninger	31
7.1.2.2	Hjertestop under fysisk træning	31
7.2	Information til patienten	32
7.2.1	Ansvarlig	32
7.3	Beslutning	32
7.4	Forløbstid	33
8	Oversigtsskema for stabil angina pectoris	34
9	Mere om pakkeforløb	37
9.1	Om sundhedsfaglige områder i pakkeforløb	37
9.1.1	Mistanke og begrundet mistanke	37
9.1.2	Det multidisciplinære samarbejde - Hjertekonferencer	37
9.1.3	Kommunikation og patientinformation	38
9.1.4	Ko-morbiditet	38
9.1.5	Landsdækkende kliniske retningslinjer	39
9.2	Implementering af pakkeforløb	39
9.2.1	Henvisning	39
9.2.2	Almen praksis	39
9.3	Monitorering	40

1 Om pakkeforløb på hjerteområdet

1.1 Om pakkeforløb

Formålet med pakkeforløb er, at alle patienter skal opleve et veltilrettelagt fagligt forløb under udredning og behandling med det formål at forbedre prognosen og livskvaliteten for patienterne.

Et pakkeforløb er *et standard patientforløb*, som beskriver det sundhedsfaglige forløb, information til patienten, den organisatoriske tilrettelæggelse og forløbstiderne. Pakkeforløbet bliver monitoreret med henblik på at stille relevant information til rådighed for den kliniske ledelse.

Alle patienter skal have et individuelt tilrettelagt forløb, der tager udgangspunkt i det beskrevne standard patientforløb hvor ko-morbiditet er en del af forløbet.

Et pakkeforløb involverer alle de specialer/afdelinger/enheder i primærsektor og på hospitaler (både på hovedfunktion, regionalt og specialiseret niveau), der hver for sig eller sammen varetager dele af patientforløbet. Pakkeforløbet er dermed såkaldt multidisciplinært organiseret.

Pakkeforløbet starter ved såkaldt begrundet mistanke og afsluttes, når behandlingen er slut, og patienten har været til første kontrol / rehabilitering. Patienter, der fortsætter i et rehabiliteringsforløb, vil have et planlagt forløb over sektorgrænsen og beskrives derfor ikke i relation til selve pakkeforløbet.

Pakkeforløbene kan implementeres på forskellig vis, men følger som udgangspunkt de anførte forløbstider og tilrettelægges med forudreserverede tider. Alle patienter skal opleve et veltilrettelagt forløb uden unødigt ventetid.

Forskellige hjertesygdomme udvikler sig med forskellig hastighed. Af hensyn til nødvendig prioritering bør det derfor vurderes, hvilke hjertesygdomme eller patienter der skal behandles umiddelbart, så de forskellige pakkeforløb - samt forløb for patienter med andre sygdomme uden for et pakkeforløb - kan blive afviklet ud fra en sundhedsfaglig forsvarlig prioritering.

Beskrivelserne af pakkeforløb for de enkelte hjertesygdomme har en bred målgruppe. Målgruppen består af *sundhedsfagligt personale, administratorer og beslutningstagere*. Pakkeforløbet er således skrevet med henblik på disse forskellige gruppers forskellige indfaldsvinkler.

Følgende centrale sundhedsfaglige emner er vigtige i arbejdet med pakkeforløb på hjerteområdet:

- Mistanke og begrundet mistanke
- Det multidisciplinære samarbejde - Hjertekonferencer
- Kommunikation og patientinformation
- Ko-morbiditet
- Landsdækkende kliniske retningslinjer

Disse områder beskrives nærmere sidst i dette dokument *Mere om pakkeforløb*.

1.1.1 Forløbstid

Forløbstiderne i et pakkeforløb beskriver den tid, de enkelte undersøgelser, procedurer og behandlinger i forløbet tager, tiden mellem de enkelte elementer i forløbet, der eksempelvis benyttes til vurdering af svar og information af patienten, samt tid som er nødvendig for patienten til at træffe beslutning om samtykke til eksempelvis operation og tid til nødvendig stabilisering af evt. ko-morbiditet.

Forløbstiderne er således ikke passiv ventetid, men derimod aktiv udrednings-, planlægnings- og informationstid.

Der udarbejdes for hvert pakkeforløb detaljerede forløbstider med det formål at redegøre for de processer og handlinger, der tager tid i et udrednings- og behandlingsforløb. De detaljerede forløbstider vil fremgå af de enkelte afsnit i pakkeforløbet.

Tiderne er udarbejdet ud fra standard patientforløb og uden hensyntagen til eksisterende kapacitets – og ressourceforhold.

Forløbstiderne vil i fremtiden kunne ændres, hvis der eksempelvis kommer nye teknologiske muligheder.

Den enkelte region er ansvarlig for at planlægge således, at tiden fra begrundet mistanke til start på behandling bliver uden unødigt ventetid. Det er de samlede forløbstider, som de enkelte regioner skal have som målsætning. Den enkelte region har således en vis fleksibilitet i forhold til at kunne planlægge udrednings- og behandlingsforløb.

Nogle patienter vil gennemgå et forløb, der er hurtigere end de angivne forløbstider, mens andre vil have et længere forløb. Den faktiske forløbstid vil blandt andet være afhængig af patientens almentilstand, omfanget af ko-morbiditet og klinisk vurdering af behandlingsstrategi. Forløbstiderne er ikke en ny rettighed, men de kan af patienter og patientvejledere bruges som rettesnor for tidsforløbet, fra der er begrundet mistanke om hjertesygdom til invasiv behandlingsstart.

Som hovedregel anvendes hele hverdage i beskrivelsen af forløbstiderne. I pakkeforløb for ustabil angina pectoris og akut myokardieinfarkt uden ST-segment elevation i EKG, er forløbstiderne – som følge af det delvist akutte forløb – angivet i kalenderdage.

1.2 Udvikling af pakkeforløb på hjerteområdet

De videnskabelige selskaber og sammenslutninger og regionerne har via nedsatte arbejdsgrupper bidraget til udviklingen af konceptet for pakkeforløbet, udarbejdelsen af de enkelte pakkeforløb og udvikling af monitoreringen. De har ydet et meget stort og væsentligt bidrag til udviklingen af pakkeforløb på hjerteområdet.

De lægelige specialer har en lang tradition for evidensbaseret tilgang til faget og udarbejdelse af landsdækkende kliniske retningslinier, klaringsrapporter, referenceprogrammer og protokoller.

Pakkeforløbene er baseret på de til enhver tid senest opdaterede landsdækkende kliniske retningslinjer, som er udarbejdet af Dansk Cardiologisk Selskab.

Pakkeforløbene bør som hovedregel revideres senest to år efter udgivelsen, så eventuel ny viden og organisatorisk erfaringer kan inkluderes. Indholdet bør revideres tidligere, hvis der foreligger væsentlig ny viden eller udvikling i diagnostik og/eller behandling på området, ligesom revision vil kunne udsættes, hvis man bør afvente resultater af igangværende undersøgelser. Sundhedsstyrelsen sikrer revisionen i samarbejde med den relevante kliniske arbejdsgruppe.

1.3 Læsevejledning

Samtlige pakkeforløbsbeskrivelser er opbygget med følgende kapitler og dermed samme ramme for indholdet:

1. **Introduktion til pakkeforløb for [...]**

Kapitlet beskriver hjertesygdommen og det faglige grundlag herunder kliniske retningslinjer, der ligger til grund for pakkeforløbsbeskrivelsen. I underafsnittet multidisciplinære samarbejde – hjertekonferencer, beskrives specifikke krav til konferencerne i det enkelte pakkeforløb. Til sidst i dette kapitel findes et **flowchart**, der giver overblik over det samlede forløb. Formålet med flowchartet er at visualisere patientens vej gennem forløbet. Ved hjælp af indsatte pile mellem de kliniske handlinger illustreres de mulige forgreninger af patientforløbet.

2. **Indgang til pakkeforløb**

Kapitlet beskriver, hvilke kriterier der skal være opfyldt for, at patienten skal henvises til pakkeforløbet. Der skelnes mellem *mistanke*, *filterfunktion* og *begrundet mistanke*, hvor det er den begrundede mistanke, der initierer pakkeforløbet. Der lægges vægt på patientinformation, hvem der er ansvarlig for at træffe hvilke beslutninger, og hvor lang tid der må gå fra, der opstår mistanke – ofte i almen praksis – til, at mistanken kan blive begrundet, og patienten kan indgå i pakkeforløb. Specifikke krav til henvisning til pakkeforløb er også i nogle tilfælde beskrevet. For patienter med ustabil angina pectoris/ akut myokardieinfarkt uden ST-segment elevation i EKG, sker indgangen i pakkeforløbet efter den akutte udredningsfase.

3. **Udredning**

Kapitlet beskriver, hvilken udredning en patient skal gennemgå i pakkeforløbet. De enkelte undersøgelser i en diagnostisk blok kan foregå i varieret rækkefølge. Der lægges vægt på information til patienten, hvem der er ansvarlig for at træffe hvilke beslutninger om udredningsforløbet, og hvor lang tid der må gå fra patientens indtræden i pakkeforløbet til endt udredning.

4. **Behandling**

Her beskrives hovedgrupperne indenfor de forskellige behandlingsforløb samt de hyppigst opståede komplikationer. Der lægges vægt på patientinformation, hvem der er ansvarlig for at træffe beslutning om behandlingstilbud, og hvor lang tid der må gå, fra patienten er færdigudredt, til patienten starter i behandling.

5. Afslutning på pakkeforløbet

I dette kapitel er der underafsnit for kontrol og rehabilitering. Pakken afsluttes, når behandling er slut og patienten fortsætter i et forløb med kontrol og rehabilitering. Hvis et pakkeforløb indeholder fortsat behandling i en kontrolfase, fremhæves dette specielt i det konkrete pakkeforløb.

6. Oversigtsskema

Formålet med oversigtsskemaet er at give et overblik over hele pakkeforløbet. I kolonnen for *de kliniske handlinger* beskrives i stikord kliniske beslutninger om patientens videre forløb, der er markeret i skemaet, ligesom relevante muligheder på det givne tidspunkt i forløbet er angivet.

I kolonnen *logistisk handling* beskrives de administrative og organisatoriske handlinger, eksempelvis at den praktiserende læge finder begrundet mistanke om en hjertesygdom og derfor sender en henvisning til en sygehusafdeling eller praktiserende speciallæge. I kolonnen *information til patienten* angives den information, som patienten skal have i forbindelse med de kliniske og logistiske handlinger eksempelvis svar på prøver og undersøgelser samt information om det videre forløb. I kolonnen *speciale* er angivet de involverede lægefaglige specialer, der har ansvaret for de enkelte dele af pakkeforløbet.

2 Arbejdsgruppens sammensætning

Overlæge Jens Aarøe	Aalborg Sygehus Region Nordjylland
Overlæge Lars Krusell	Århus Universitetshospital Skejby Region Midtjylland
Ledende overlæge Anne Sejr Knudsen	Vejle Sygehus Region Syddanmark
Overlæge Steen Carstensen	Roskilde Sygehus Region Sjælland
Afdelingslæge Lene Holmvang	Rigshospitalet Region Hovedstaden
Konsulent Maj-Britt Winther	Kommunernes Landsforening
Ledende overlæge Claus Leth Petersen	Frederiksberg Hospital Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin
Ledende overlæge Kristian Korsgaard Thomsen	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg Dansk Cardiologisk Selskab
Overlæge Henrik Steen Hansen Formand for arbejdsgruppen	Odense Universitetshospital Dansk Cardiologisk Selskab
Overlæge Per Hostrup	Århus Universitetshospital Skejby Dansk Thoraxkirurgisk Selskab
Professor, praktiserende læge Bo Christensen	Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)
Ledende overlæge Jan Kyst Madsen	Gentofte Hospital Dansk Hjerteregister
Klinisk sygeplejespecialist Jane Færch	Rigshospitalet Dansk Sygeplejeselskab – DASYS
Oversygeplejerske Hanne Dalsgaard	Århus Universitetshospital Skejby Dansk Sygeplejeselskab – DASYS
Overlæge klinikchef Stig Yndgaard	Rigshospitalet Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin
Speciallæge i kardiologi og intern medicin Peter Schnohr	Privatpraktiserende speciallæger i kardiologi
Overlæge Peter von der Recke	Rigshospitalet Dansk Radiologisk Selskab

3 Introduktion til pakkeforløb for stabil angina pectoris

3.1 Generelt om hjerteområdet

Ved iskæmisk hjertesygdom forstås en patofysiologisk tilstand med nedsat blodforsyning til hjertemusklen i et sådant omfang, at der opstår iskæmi dvs. iltmangel. Den hyppigste årsag er aterosklerotiske forsnævninger i koronararterierne, men myokardieiskæmi kan også optræde hos patienter med hjerteklapsygdomme, hypertrofisk kardiomyopati, svær hypertension og abnorm spasmetendens i koronararterierne.

Af betydning for udvikling af iskæmisk hjertesygdom er en række risikofaktorer så som familiær disposition til sygdommen, køn, samt en række modificerbare faktorer såsom overvægt, tobaksrygning, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, sukkersyge og nedsat fysisk aktivitet.

Graden og varigheden af iskæmi er forskellig, hvilket derfor kan give anledning til forskellige kliniske manifestationer, afhængigt af om iskæmien er total og vedvarende som ved akut koronart syndrom (AKS) med pludselig hjertedød og akut myokardieinfarkt, eller kun delvis og forbigående som ved anfaldsvise brystmerter (angina pectoris).

I relation til iskæmisk hjertesygdom skelnes der således mellem en kronisk, stabil tilstand (stabil angina pectoris), hvor symptomerne udløses efter et stabilt mønster, fx ved fysisk aktivitet, og en akut tilstand, hvor der er tiltagende, ustabile symptomer som hvilesmerter og hæmodynamisk påvirkning, kaldet AKS med ustabil angina pectoris eller akut myokardieinfarkt med eller uden ST-elevation i EKG.

3.1.1 Stabil angina pectoris

Denne beskrivelse af de sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb for stabil angina pectoris omfatter alle patienter, hvor der på baggrund af symptomer eller fund ved enten arbejdstest, myokardieskintigrafi eller hjerte-CT-skanning er rejst begrundet mistanke om angina pectoris.

Det er ikke muligt at give et præcist skøn over antallet af personer med iskæmisk hjertesygdom i befolkningen. Ud fra befolkningsundersøgelser og undersøgelser i almen praksis foretaget af bl.a. Statens Institut for Folkesundhed og Hjerteforeningen må det antages, at 150.000-200.000 personer har sygdommen, og heraf er der ca. 43.000, der hvert år behandles på sygehus eller dør af sygdommen.

Pakkeforløbsbeskrivelsen beskriver udrednings- og behandlingsforløb for den ukomplicerede patient. Det vurderes, at ca. 30.000 hvert år indtræder i et sådant forløb. Af disse vil ca. 10.000 gennemføre hele pakkeforløbet.

3.2 Landsdækkende kliniske retningslinjer

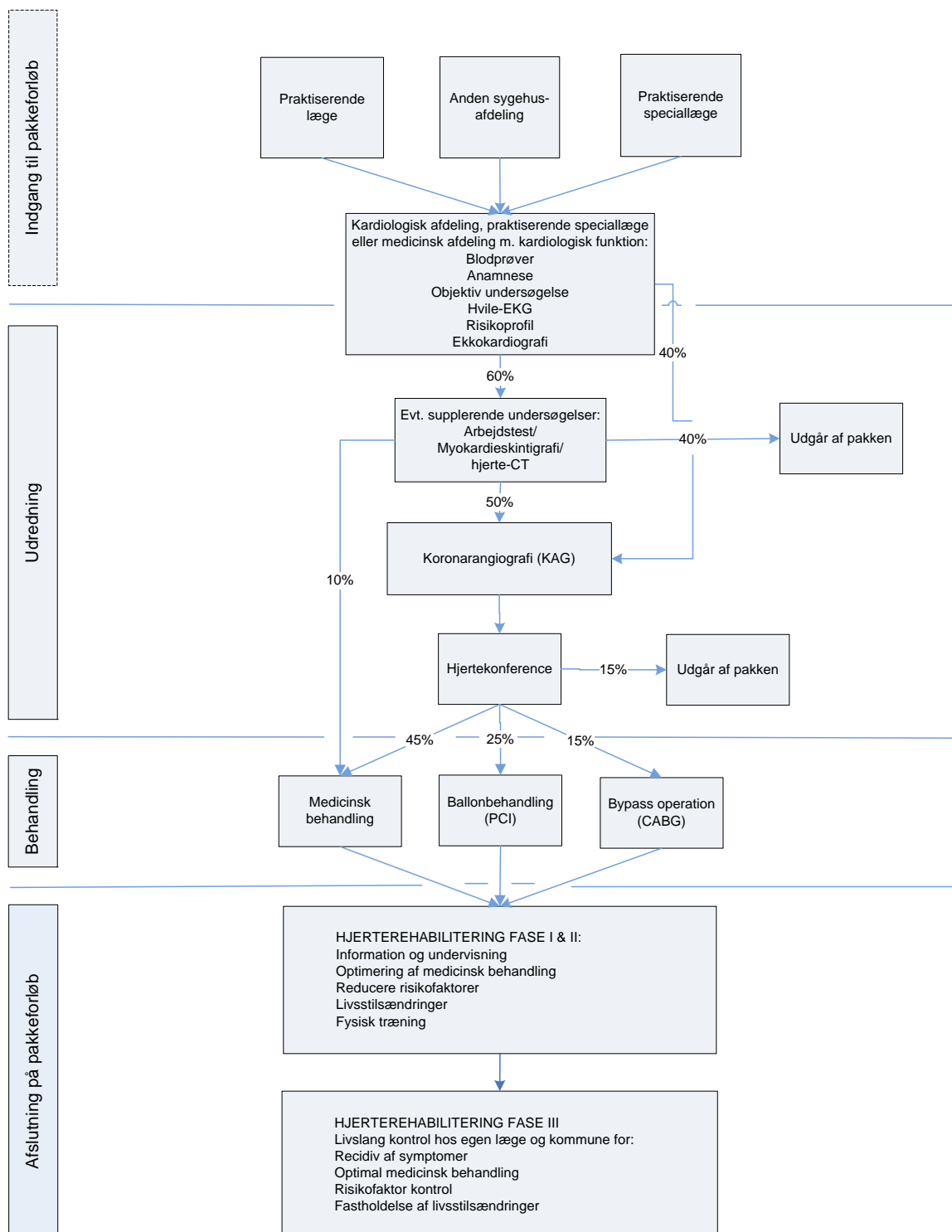
Dansk Cardiologisk Selskab (DCS) har på sin hjemmeside (www.cardio.dk) kliniske retningslinjer, der omfatter diagnostik, behandling og rehabilitering af patienter med kronisk iskæmisk hjertesygdom. Disse evidensbaserede retningslinjer opdateres løbende.

3.3 Det multidisciplinære samarbejde – Hjertekonferencer

Det multidisciplinære samarbejde sædvanligvis med deltagelse af invasiv kardiolog, thoraxkirurg og evt. thoraxanæstesiolog har en central rolle i pakkeforløbet med beslutning om udrednings- og behandlingsstrategien. Samarbejdet betegnes som "Hjertekonferencer".

Lægelige specialer og afdelinger, der indgår i udredning og behandling af patienter med iskæmisk hjertesygdom, bør indgå i et forpligtende multidisciplinært samarbejde, der sikrer hensigtsmæssige forløb. Deltagere i det multidisciplinære samarbejde vil ofte være ansvarlige for, at de kliniske beslutninger tages og skal tillige sikre fremdriften i alle faser af patientforløbet.

3.4 Flowchart for angina pectoris



4 Indgang til pakkeforløb for stabil angina pectoris

4.1 Klinisk indhold

Behandlingen ved iskæmisk hjertesygdom har til formål at sikre bedst mulig symptomatisk effekt og størst mulig prognostisk gevinst. Den diagnostiske strategi skal sikre en korrekt diagnose og bestemme sygdommens sværhedsgrad, således at der kan vælges en behandlingsstrategi, som sikrer en optimal symptomatisk og prognoseforbedrende behandling, da egentlig helbredelse af den grundlæggende sygdomsmekanisme ikke er mulig.

For stabil angina pectoris gælder, at en prognostisk gevinst opnås ved koronar by-pass kirurgi (CABG) sammenlignet med medicinsk behandling hos patienter med venstre hovedstammestenoze, 3-kars sygdom og/eller nedsat venstre ventrikel funktion. Hos andre patientgrupper har behandlingen alene symptomatisk effekt, men dermed effekt på livskvaliteten. Den revaskulariserende behandlingsstrategi vil oftest være baseret på percutan koronar intervention (PCI) hos disse patienter.

Almen praksis vil ofte have den første kontakt med disse patienter. Det er derfor væsentligt for almen praksis at kunne skelne mellem *mistanke* og *begrundet mistanke* om stabil angina pectoris.

4.1.1 Risikogrupper

Der er en række risikofaktorer, som er af betydning for udvikling af iskæmisk hjertesygdom, så som familiær disposition til sygdommen, køn, samt en række modificerbare faktorer såsom overvægt, tobaksrygning, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, sukkersyge og nedsat fysisk aktivitet.

4.1.2 Mistanke

Mistanke om stabil angina pectoris opstår, når 1-2 af følgende karakteristika er til stede:

- Smertende/trykkende ubehag i brystet
 - med udstråling til hals, kæbe, overekstremitet eller ryg
 - ofte udløst af fysisk anstrengelse, psykisk stress eller kulde
 - sædvanligvis god effekt af hvile eller hurtigtvirkende nitroglycerin

Patienterne skal ved *mistanke* ikke henvises til pakkeforløb, men udredes yderligere (pakken starter først ved 4.1.3: Begrundet mistanke om stabil angina pectoris).

Ved *mistanke* om stabil angina pectoris kan almen praksis gøre følgende to ting:

- Påbegynde og selv forestå yderligere udredning af patienten
- Henvise patienten til kardiologisk forundersøgelse på hospital eller evt. ved praktiserende speciallæge

I begge tilfælde skal patienten i relevant omfang tilbydes basal udredning bestående af:

- Biokemisk screening (hæmoglobin, leukocytter, elektrolytter, kreatinin, blodsukker (faste), total-kolesterol, HDL, LDL og triglycerid, TSH)
- Anamnesticke oplysninger med særlig vægt på symptomatologi (herunder CCS-klassifikation), funktionsniveau (NYHA-klassifikation) og konkurrerende lidelser
- Risikoprofil for iskæmisk hjertesygdom (familiær disposition, rygerstatus, lipidprofil, overvægt, tilstedeværelse af diabetes, forhøjet blodtryk, nyresygdom, kendt hjertesygdom).
- Objektiv undersøgelse inkl. blodtryk, body mass index (BMI) og abdominalomfang
- Hvile-EKG
- Ekkokardiografi i henhold til DCS ”Anbefalinger for standardiseret minimumskrav til transthorakal ekkokardiografi hos voksne” mhp. hjertets pumpefunktion og evt. tilstedeværelse af anden hjertesygdom (hjerteklappelidelse, hjertemuskellidelse)

Hvor det er relevant – suppleres med arbejdstest, myokardieskintigrafi eller Hjerte-CT (for uddybning, se punkt 5.1.2).

4.1.3 Begrundet mistanke– kriterier for henvisning til pakkeforløb

Der er *begrundet mistanke* om stabil angina pectoris, hvis:

- Patienten har typisk angina pectoris, dvs. alle følgende tre karakteristika er til stede:
 - Smertende/trykkende ubehag
 - i brystet med udstråling til hals, kæbe, overekstremitet eller ryg
 - ofte udløst af fysisk anstrengelse, psykisk stress eller kulde
 - sædvanligvis god effekt af hvile eller hurtigtvirkende nitroglycerin

eller

- et eller 2 af ovenstående er til stede samtidigt med et af nedenstående:
 - tegn på myokardieiskæmi eller patologisk koronaranatomi konstateret ved en af de foretagne diagnostiske undersøgelser
 - patienten har kendt iskæmisk hjerte-kar-sygdom (fx tidligere er revaskulariseret), og invasivt behandlingstilbud er en mulighed
 - patienten har beskeden/intermediær risiko¹ for iskæmisk hjertesygdom, men der skønnes at være behov for en supplerende diagnostisk undersøgelse (se pkt.5.1.2.)

eller

- patienten har ukarakteristiske symptomer, men en høj risiko² for iskæmisk hjertesygdom.

¹ Risikoprofilen for iskæmisk hjertesygdom er angivet under pkt. 4.1.1 ”risikoprofil”. På baggrund af niveauet af disse risikofaktorer har almen praksis forskellige scoresystemer – f.x SCORE-kort eller HeartScore programmet – til at vurdere risikoen for et tilfælde med iskæmisk hjerte-kar-sygdom i de næste 10 år. Beskeden/intermediær risiko er af størrelsesordenen enten 5-20 % for tilfælde med iskæmisk hjerte-kar-sygdom eller under 5 % for dødeligt tilfælde.

² se ovenfor, men for høj risiko: over 20% i løbet af de næste 10 år

4.1.4 Henvisning til pakkeforløb

Når den *begrundede mistanke* om stabil angina pectoris opstår i almen praksis, hos praktiserende speciallæge eller på anden hospitalsafdeling, skal patienten henvises til pakkeforløb på kardiologisk afdeling (alternativt medicinsk afdeling, hvor der er læger med kardiologisk erfaring).

Pakkeforløbet omfatter en sammensætning af undersøgelser, som afhænger af symptomkarakteristika og risikoprofil.

En forudsætning for et hurtigt forløb er, at henvisningen fra den praktiserende læge eller anden henvisende instans indeholder sufficente oplysninger om symptomatologi bl.a. tilstedeværelse af de tre karakteristika, hvorfor der er begrundet mistanke om angina pectoris. Henvisningen bør endvidere indeholde oplysninger om evt. resultater fra en diagnostisk undersøgelse, oplysninger om evt. ko-morbiditet og patientønsker. Henvisningen fremsendes elektronisk til den kardiologiske afdeling (alternativt medicinsk afdeling, hvor der er læger med kardiologisk erfaring). Såvel henvisende læges som patientens mobiltelefonnummer (evt. stationære telefonnummer) skal fremgå af henvisningen.

4.2 Information vedrørende henvisning til pakkeforløb

Patienten skal af egen læge være orienteret om indtræden i pakkeforløb. I forbindelse hermed kan lægen udlevere relevant informationsmateriale stillet til rådighed fra hjerteafdelingen.

Udredende læge er ansvarlig for kontakt til patienten mhp. information om den planlagte undersøgelses karakter samt undersøgelsestidspunkt og -sted.

4.3 Beslutning

Ved modtagelse af henvisningen beslutter visitationen, hvordan det aktuelle pakkeforløb skal påbegyndes, herunder i hvilken rækkefølge de relevante undersøgelser skal gennemføres.

4.4 Ansvarlig

Egen læge eller anden henvisende instans er ansvarlig for sufficente oplysninger i henvisningen, således at korrekt visitation til udredende undersøgelser kan finde sted ved indtræden i pakkeforløbet.

4.5 Forløbstid

Når der opstår begrundet mistanke om angina pectoris, jf. kriterierne under punkt 4.1.3, henvises patienten umiddelbart til visitation på den udredende afdeling. Patienten skal herefter ses på modtagende afdeling senest 7. hverdag, efter henvisningen er modtaget. Dagene indtil 1. kontakt anvendes til skriftlig indkaldelse af patienten, blodprøvetagning samt planlægning af relevante undersøgelser.

Medicinsk behandling rettet mod symptomlindring, prognoseforbedring samt modifikation af risikofaktorer bør påbegyndes straks, der er begrundet mistanke om stabil angina pectoris – ofte allerede hos praktiserende læge.

5 Udredning af patienter med Stabil Angina Pectoris

5.1 Sundhedsfagligt indhold

Udredningen for stabil angina pectoris i pakkeforløb baserer sig på den enkelte patients symptomer og risikoprofil.

Udredningen kan omfatte

- Basale undersøgelser
- Supplerende diagnostiske undersøgelser
- Invasiv undersøgelse.

5.1.1 Undersøgelsesforløbet

Som nævnt kan de basale og i visse tilfælde også de supplerende diagnostiske undersøgelser være foretaget af praktiserende læge eller praktiserende speciallæge. For uddybning af de basale undersøgelser, jf. punkt 4.1.2.

5.1.1.1 Supplerende diagnostiske undersøgelser

Ved atypiske symptomer kan supplerende non-invasive undersøgelser for iskæmisk hjertesygdom være indiceret. Undersøgelserne kan føre til diagnostisk afklaring eller afgive indikation for invasiv undersøgelse.

De supplerende diagnostiske undersøgelser, der kan benyttes er:

- Arbejdstest, der anvendes hos patienter med atypiske symptomer eller angina pectoris af mild grad med beskeden risiko for iskæmisk hjertesygdom. Patienten skal kunne tåle fysisk belastning
- Myokardieskintigrafi, der anvendes til patienter fra samme patientgruppe, hvor der ønskes en højere specificitet, eller arbejdstest er inkonklusiv. Myokardieskintigrafi vil ofte blive foretrukket hos patienter, som tidligere er behandlet med revaskularisering
- Hjerte-CT, der anvendes hos patienter med atypiske brystmerter og intermediær risiko for iskæmisk hjertesygdom.

5.1.1.2 Invasiv diagnostik

Invasiv diagnostik i form af koronararteriografi (KAG) anvendes i de fleste tilfælde som den endelige diagnostiske test for iskæmisk hjertesygdom.

KAG er indiceret som førstevalg, såfremt der er typiske symptomer på iskæmisk hjertesygdom eller ved atypiske symptomer og en høj risikoprofil.

KAG er endvidere indiceret som førstevalg, hvis patienten har kendt iskæmisk hjerte-kar-sygdom (fx tidligere er behandlet med revaskularisering), og invasivt behandlingstilbud er en mulighed, eller hvis der dokumenteres iskæmi ved en eller flere af de supplerende diagnostiske undersøgelser.

Såfremt revaskulariserende behandling pga. fx konkurrerende lidelser ikke er et muligt tilbud til patienten, vil invasiv undersøgelse ofte blive fravalgt.

5.1.2 Fastlæggelse af diagnose

I visse tilfælde er supplerende funktionstest (myokardieskintigrafi, arbejdstest) nødvendig efter KAG (hvis ikke foretaget forud), før beslutning om behandlingstilbud kan træffes.

Opsummering:

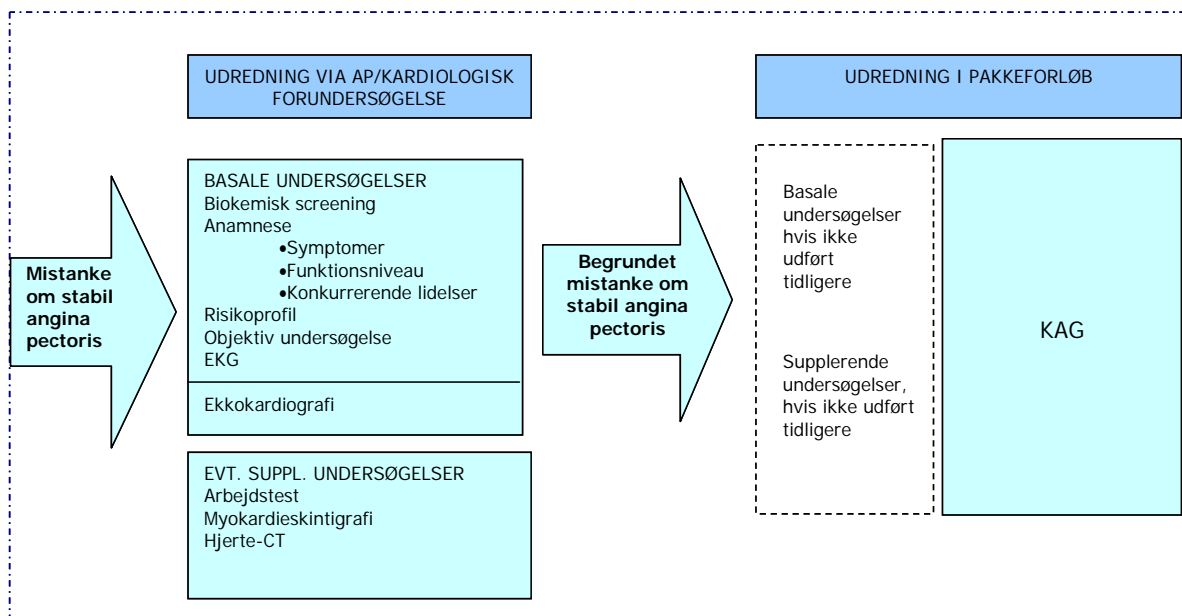
Ved *begrundet mistanke* visiteres patienten til pakkeforløb for stabil iskæmisk hjertesygdom. Pakkeforløbet omfatter en sammensætning af undersøgelser, som afhænger af symptomkarakteristika og risikoprofil.

Udredningen kan omfatte

- Direkte henvisning til KAG forudgået af klinisk og biokemisk undersøgelse, herunder KAG-forprøver, og ledsaget af basale undersøgelser i det omfang, disse ikke foreligger på henvisningstidspunktet (fx ekkokardiografi)

eller

- Kardiologisk forundersøgelse omfattende basale undersøgelser (i det omfang disse ikke foreligger på henvisningstidspunktet) inkl. ekkokardiografi og efterfølgende supplerende diagnostiske undersøgelser (arbejds-EKG, myokardieskintigrafi, hjerte-CT). Ved inkonklusiv diagnostik herefter foretages afsluttende KAG



5.2 Information til patienten

5.2.1 Information om udredning i pakkeforløb

Patienter, der indtræder i pakkeforløb for stabil angina pectoris, informeres om udredningsforløbet i indkaldelsesbrevet. Herudover informeres patienten mundtligt af tilstedeværende sundhedspersonale umiddelbart forud for undersøgelsen, hvor der opnås samtykke til de planlagte undersøgelser.

Ved *begrundet mistanke* opstået ved kardiologisk forundersøgelse informeres patienten om udredningsforløbet af tilstedeværende sundhedspersonale med opnåelse af informeret samtykke.

5.2.2 Information om undersøgelsesresultat

Patienten informeres om resultatet af de foretagne diagnostiske undersøgelser af den undersøgende læge.

Ved behov for drøftelse af undersøgelsesresultatet på Hjertekonference suppleres efterfølgende med skriftlig information om resultatet af Hjertekonferencen.

5.2.3 Information om behandlingstilbud

Såfremt behandlingstilbuddet umiddelbart er afklaret efter de foretagne diagnostiske undersøgelser, informeres patienten om dette umiddelbart af undersøgende læge.

Ved behov for drøftelse af behandlingstilbud på Hjertekonference, informeres patienten efterfølgende om behandlingstilbuddet af konferenceansvarlige speciallæge.

5.3 Beslutning om behandlingstilbud

Behandling af iskæmisk hjertesygdom herunder stabil angina pectoris kan omfatte medicinsk behandling og/eller invasiv revaskularisering.

5.3.1 Beslutning om medicinsk behandling

Der vil umiddelbart være indikation for medicinsk behandling (acetylsalicylsyre, statin, antianginøs, og anfaldsbehandling med nitroglycerin) ved begrundet mistanke om angina pectoris på baggrund af symptomatologi og risikoprofil.

Behandlingen vil ofte være påbegyndt af praktiserende læge/speciallæge forud for henvisning til undersøgelse.

Ellers vil medicinsk behandling blive påbegyndt ved første lægekontakt i udredningsforløbet i hospitalsregi (forundersøgelse, KAG), såfremt dette er indiceret.

5.3.2 Beslutning om invasiv behandling

Indikationen for invasiv behandling afklares i en række tilfælde af den undersøgende læge i tilslutning til den endelige diagnostiske undersøgelse.

Ved indikation for operativ behandling, ved tvivlstilfælde eller ved invasiv undersøgelse udført på decentrale KAG enheder, jf. notat vedr. KAG uden for højt specialiseret hjertecenter, fastlægges behandlingstilbuddet ved skemalagt eller ad hoc Hjerterkonference med deltagelse af invasiv kardiolog, thoraxkirurg og evt. thoraxanæstesiolog.

5.4 Ansvarlig

Lægerne på patientens stamafdeling, dvs. den afdeling, der varetager den initiale udredning, er ansvarlige for udredningsforløb, iværksættelse/optimering af medicinsk behandling og for iværksættelse af opfølgende rehabiliteringsforløb.

Den plejeansvarlige sygeplejerske på stamafdelingen har ansvar for den indledende sygeplejevurdering herunder dokumentation af patientens plejebehov og planlægning af sygeplejen i forbindelse med de supplerende undersøgelser. Patientens egen vægtning af problemstillingerne prioriteres og indgår i den samlede vurdering. Det sikres i samarbejde med den ansvarlige læge, at patienten og evt. pårørende er informeret om udredningsforløbets indhold og tidsplan.

Ved henvisning til invasiv undersøgelse på andet sygehus overgår patientansvaret herunder ansvar for evt. henvisning til Hjerterkonference til den ansvarlige speciallæge på dette afsnit. Ansvaret for den videre sygepleje overgår til den plejeansvarlige sygeplejerske på dette afsnit.

5.5 Forløbstid

Det samlede udredningsforløb fra henvisning til udredende afdeling til udredningen er slut må maksimalt vare 15 hverdage. Oven i dette kommer 3 hverdage, hvis der både skal gennemføres hjerte-CT og KAG. En evt. supplerende funktionsundersøgelse efter KAG (5 hverdage) skal i så fald tillægges de 18 hverdage.

Forløbstider for de enkelte delelementer beskrives nedenfor. Der kan, afhængig af patientens situation, være behov for fleksibilitet i mellem de enkelte deltid. Det er den samlede forløbstid, der er væsentlig at overholde.

En stor del af patienter i pakkeforløb vil få diagnosticeret sygdom, hvor medicinsk behandling og i visse tilfælde operation vil forbedre prognose og livskvalitet. Derfor bør det samlede forløb være så kort som muligt. En del af udredningen vil, jf. afsnit 4.1.1, være gennemført forud for patientens start i pakkeforløb.

Såfremt der i udredningen er behov for supplerende diagnostiske undersøgelser, bør disse udføres indenfor de efterfølgende 5 hverdage.

Såfremt der er indikation for invasiv undersøgelse med KAG, efter foretaget supplerende diagnostisk undersøgelse, bør denne foretages indenfor de efterfølgende 5 hverdage.

Såfremt der er indikation for supplerende funktionsundersøgelse efter KAG, bør denne udføres indenfor 5 hverdage.

Ved behov for flere kontrastforbrugende undersøgelser i udredningsforløbet fx både hjerte-CT og KAG indskydes en pause på minimum 3 dage mellem de 2 undersøgelser af hensyn til nyrenes elimination af røntgenkontrastmidlet.

6 Behandling

6.1 Sundhedsfagligt indhold

6.1.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb

Patienter med erkendt iskæmisk hjertesygdom herunder stabil angina pectoris skal tilbydes en kombination af livsstilsændringer og medicinsk behandling. Udvalgte patienter bør endvidere tilbydes revaskulariserende behandling.

Den medicinske behandling kan opdeles i prognoseforbedrende behandling og symptombehandling.

6.1.1.1 Medicinsk behandling

Prognoseforbedrende behandling:

Alle patienter skal tilbydes vejledning i livsstilsmodifikation rettet mod risikofaktorer som type 2 diabetes, dyslipidæmi, rygning, overvægt og fysisk inaktivitet.

Acetylsalicylsyre (ASA) 75 mg x 1 bør gives livslangt til alle patienter med iskæmisk hjertesygdom, med mindre det er kontraindiceret. Som alternativ kan clopidogrel 75 mg x 1 gives til patienter, som ikke tåler acetylsalicylsyre. Statinbehandling bør gives til alle patienter med iskæmisk hjertesygdom. Målet for behandlingen er et total-kolesterol $< 4,5$ ($< 4,0$ mmol/l for patienter med type 2 diabetes) og LDL-kolesterol $< 2,5$ ($2,0$) mmol/l. Behandlingen bør suppleres med ACE-hæmmer til patienter med øget risiko pga. af diabetes, hypertension, tidligere apopleksi eller perifer karsygdom samt ved symptomatisk hjertesvigt eller en reduceret uddrivningsfraktion (EF) $\leq 0,45$. Behandling med betablokker, er indiceret ved tidligere AMI eller hjertesvigt.

Symptomlindrende behandling:

Angina pectoris behandles med hurtigtvirkende nitroglycerin, betablokker (metoprolol, carvedilol, atenolol), calcium-antagonist (verapamil, diltiazem, amlodipin, nifedipin, felodipin) eller langtidsvirkende nitrater (isosorbidmononitrat, isosorbiddinitrat). Alternative muligheder er nicorandil og ivabradine. Præparaterne kan eventuelt kombineres.

6.1.1.2 Revaskulariserende behandling

Den mekaniske revaskularisering ved iskæmisk hjertesygdom omfatter PCI og koronar by-pass operation (CABG). Indikationerne for revaskularisering kan være såvel *prognoseforbedring* som *symptombehandling*

Der sker i disse år en hurtig udvikling i behandlingen af iskæmisk hjertesygdom i form af:

- Avanceret PCI behandling af komplekse koronarläsioner og indsættelse af medicin-afgivende stents (drug eluting stents – DES) med mindsket risiko for restenose

- Forbedrede CABG metoder (off-pump operation mv)

Revaskularisering bør altid nøje overvejes og tilrettelægges med detaljeret vurdering af den enkelte patient under hensyntagen til symptomatologi, angiografisk kortlagt koronaranatomi, risiko og patientens præference. I visse tilfælde suppleres der forud for beslutning om revaskularisering med arbejdstest eller myokardieskintigrafi mhp. vurdering af evt. stenosers funktionelle betydning.

En del patienter med stabil angina pectoris vil ikke have forlænget overlevelse ved PCI som supplement til medicinsk behandling. Det kræver dog, at patienten er vel udredt. Der er dog god evidens for at anbefale revaskulariserende behandling med enten PCI eller CABG som symptombehandling, såfremt koronaranatomien er velegnet, og de kliniske symptomer er til stede.

Den prognostiske gevinst (nedsat mortalitet) ved mekanisk revaskularisering er mindre ved stabil iskæmisk hjertesygdom end ved AKS og er kun påvist hos visse patientgrupper, som får foretaget CABG. Der foregår dog konstant behandlingsmæssige fremskridt indenfor både PCI og CABG såvel som indenfor den understøttende medicinske behandling.

Der er evidens for virkning af PCI og CABG som *symptombehandling* ved stabil iskæmisk hjertesygdom forudsat, at koronaranatomien er egnet til PCI/CABG.

Sammenlignende studier mellem CABG og medicinsk behandling har givet evidens for *prognostisk gevinst* ved CABG ved:

- Signifikant venstresidig hovedstammestenose
- Venstresidig hovedstammestenose ækvivalent
- 3-karssygdom (prognoseforbedring ved EF < 50 %)
- 2-karssygdom med proksimal stenose på forreste gren af venstre koronararterie (LAD) og EF < 50 % eller reversibel iskæmi

Andre tilstande hvor revaskularisering er indiceret

Revaskularisering kan være indiceret hos patienter med iskæmisk hjertesygdom manifesterende sig ved:

- Funktionsdyspnø hos patient uden lungelidelse eller strukturel hjertelidelse med egnet koronaranatomi.
- Ventrikulære arytmier hos patient med koronarstenoser tilgængelige for revaskularisering.

PCI versus CABG (generelle principper – afhænger af koronar anatomi og operativ risiko)

Hovedstammestenose	CABG; i nogle tilfælde PCI
3-karssygdom og diabetes	Fortrinsvis CABG; PCI ved høj perioperativ risiko
3-karssygdom	CABG eller PCI
2-karssygdom	PCI – men hvis læsionerne er uegnede, da CABG
1-karssygdom	PCI
Okklusion uden kollateral dannelse	Oftest indikation for forsøg på PCI

I særlige tilfælde kan der foretages partiel revaskulariserende behandling (hyppigst med PCI) eller en hybridbehandling (kombination af PCI og CABG).

Patientens præference efter information om de forskellige muligheder for revaskularisering og -risici spiller også en stor rolle.

6.1.2 De hyppigst opståede komplikationer

Patienter med iskæmisk hjertesygdom modtager som regel en kombination af flere forskellige medicinske præparater. Potentielle medicinbivirkninger vil ikke blive omtalt her.

Arytmi opstår hyppigst i relation til AKS. Alle patienter indlægges på koronarafsnit til monitorering af hjerterytmen således, at relevant anti-arytmisk behandling kan iværksættes, hvis indiceret.

Blødning (hud, indstiksteder, urinveje) er en relativ hyppig komplikation til den anti-trombotiske behandling. Blødning forebygges ved omhyggelig risikovurdering af den enkelte patient. Efter KAG/PCI bør patienten observeres af personale, der er trænet i at erkende blødningskomplikationer. Patienter, der skal til CABG bør så vidt muligt holde pause med clopidogrel i 5 dage før operationen.

Pseudoaneurysme opstår ved stikkanalen efter KAG eller PCI. Behandling består i kompression og kontrolscanning. Ved manglende effekt heraf karkirurgisk intervention.

Okklusion af arteria radialis påvises ved ultralydsscanning. Den videre behandling varetages i samråd med den afdeling der har udført undersøgelsen/behandlingen (som regel konservativ i form af ASA og clopidogrel-behandling)

Sjældne, alvorlige komplikationer til KAG/PCI (< 1 %)

Central blødning behandles symptomatisk med blodtransfusion, friskfrossen plasma og trombocytuspension efter skøn. Muligheden for overdosering af anvendte antitrombotika og administration af antidot overvejes.

Retroperitoneal blødning afklares med akut CT-scanning af abdomen samt ultralydsscanning af lysken. Ved diagnosticeret retroperitoneal blødning kontaktes karkirurgisk ekspertise akut.

Intrathorakal blødning afklares med akut CT-scanning af thorax. Ved påvist intrathorakal blødning kontaktes karkirurgisk eller thoraxkirurgisk ekspertise akut.

Koronararterie læsion behandles på det regionale PCI-center evt. i samarbejde med thoraxkirurger.

Cerebrovaskulært insult behandles ved reetablering af den cerebrale perfusion hurtigst mulig. Umiddelbar kontakt til neurolog/ neuroradiolog og iværksættelse af CT – scanning af cerebrum.

Komplikationer til CABG

Den alvorligste komplikation til CABG er død. 30-dages mortaliteten er i Danmark 2-3 % ved førstegangs elektive operationer. Lavere for patienter uden ko-morbiditet og højere for patienter med ko-morbiditet. Ved brug af hjertelungemaskine kan der introduceres luft eller anden embolimateriale til kredsløbet, hvilket kan udløse et slagtilfælde. Risikoen for et slagtilfælde er ved CABG mellem 1-2 % og lidt højere hos den patientgruppe, der tidligere har haft et slagtilfælde. Hos især ældre ses en periode i efterforløbet med større eller mindre kognitive dysfunktioner især konfusion, uden at der ligger et slagtilfælde til grund herfor. Ved enhver hjerteoperation er der risiko for perioperativt myokardieinfarkt. Ved en CABG er risikoen for måleligt infarkt i størrelsesordenen 5 %. Det er dog kun 1-2 %, der vil få klinisk betydning.

Der er ved åben hjertekirurgi en 1 % risiko for infektion i brystbenet. Risikoen bliver op til 3 gange forøget ved samtidig tilstedeværelse af diabetes og kronisk obstruktiv lungesygdom. Ofte vil patienter med infektion i brystbenet gennemgå et langt hospitalsophold og evt. flere plastikkirurgiske indgreb.

Der er risiko for blødning på 3-5 % i døgnet efter en CABG. Reoperationshyppigheden er mindre for patienter, der er opereret på indikationen stabil angina pectoris, i forhold til patienter, der er opereret på indikationen UAP/NSTEMI.

I dagene efter en hjerteoperation ses perioder med atrieflimren hos mellem 1/3 og 1/2 af CABG-patienterne. Oftest forsvinder rytmeforstyrrelserne igen inden for et par dage.

6.2 Information til patienten

Afdelingen, der foretager KAG undersøgelse, beslutter i samarbejde med den afdeling, der udfører PCI (hvis ikke det er samme afdeling), om dette er den mest velegnede behandling, eller om patienten bør diskuteres med thoraxkirurg med henblik på CABG.

6.3 Beslutning

Behandelnde afdeling er ansvarlig for information af patienten vedr. behandlingens karakter, tidspunkt og sted.

Ansvarlig læge (behandlende afdeling) informerer patienten om PCI-proceduren, risici og mulig efterbehandling. Plejeansvarlig sygeplejerske informerer patienten om aktuelle fasteprocedure, retningslinjer for sengeleje efter PCI, specifikke observations- og overvågningsprocedure samt efterfølgende mobiliseringsprocedure.

Efter PCI informeres patienten om forholdsregler de efterfølgende døgn, herunder hvordan han/hun skal forholde sig ved evt. udvikling af hæmatom eller blødning fra indstiksstedet. Ligeledes informeres patienten om opdateret medicinstatus og rehabiliteringstilbud. Hvor det er relevant, informeres patienten ligeledes om restriktioner i forbindelse med udlandsrejser.

6.4 Ansvarlig

Den ansvarlige læge på afdelingen, der varetager den initiale udredning, er ansvarlig for den medicinske behandling og for iværksættelse af rehabiliteringsforløb.

Efter overflytning til invasiv behandling overgår behandlingsansvaret til den ansvarlige speciallæge på det afsnit, hvor patienten indlægges. Sygeplejeansvaret overgår til plejeansvarlig sygeplejerske i det afsnit, som patienten overflyttes til. Når patienten udskrives efter PCI eller CABG, overtager patientens hjemsygehus ansvaret for den opfølgende behandling og rehabilitering, med mindre andet er aftalt.

6.5 Forløbstid

Der foreligger ingen evidens for forbedret prognose ved hurtig revaskulariserende behandling af patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom, men det skønnes, at revaskulariserende behandling med PCI eller CABG bør foretages indenfor 10 hverdage efter endelig billeddiagnostisk (som regel KAG) afklaring og fastlæggelse af behandlingstilbuddet.

Dermed bliver den samlede forløbstid - fra patienten henvises til pakkeforløb, og til den revaskulariserende behandling er gennemført – maksimalt 25 hverdage, hvortil der kan lægges 3 hverdage yderligere, hvis patienten både skal gennemføre hjerte-CT og KAG.

Patienter med påvist hovedstammestenoze (2-5 % af patienter med påvist iskæmisk hjertesygdom) har stor risiko, for at sygdommen på meget kort tid bliver akut livstruende, og derfor stilles der – jf. *Bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v.* - krav om invasiv behandling indenfor 2 uger efter diagnostisk afklaring. Sygdommens sværhedsgrad vil som altid afgøre, hvor hurtigt patienten tilbydes operation. Denne patientgruppe adskiller sig dog ikke

væsentligt fra øvrige mht. symptomatologi og er sædvanligvis ikke umiddelbart identificerbare forud for udførelse af KAG.

7 Afslutning på pakkeforløb

7.1 Kardial rehabilitering³

7.1.1 Klinisk indhold

Terminologien for beskrivelse af forløb for den ukomplicerede patient med hjertesygdom og den vægt, hvormed delelementer som efterbehandling, kontrol og rehabilitering indgår, adskiller sig betydeligt fra forløbet for andre lidelser som fx kræftlidelser. I daglig klinisk praksis og i litteraturen samles delelementerne efterbehandling, kontrol og rehabilitering under én betegnelse ”**Hjerterehabilitering**”. Der har hidtil ikke været tradition for struktureret palliativ behandling rettet mod hjertepatienter. Der pågår aktuelt international forskning på området.

Der er betydelig videnskabelig evidens for forbedret overlevelse og livskvalitet såvel for hjerterehabilitering som helhed som for flere af de enkeltelementer, den består af. Evidensen er mest omfattende i forhold til patienter med iskæmisk hjertesygdom. Hjerterehabilitering anbefales i dag bredt til patienter med hjertesygdom herunder iskæmisk hjertesygdom, klapsygdom og hjertesvigt. I dette kapitel beskrives hjerterehabilitering rettet mod patienter med iskæmisk hjertesygdom.

6.1.1 Behandlings modaliteter

Formålet med kardial rehabilitering er at forbedre patientens funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet, og gøre det muligt for patienten at vende tilbage til en personligt tilfredsstillende rolle i samfundet (WHO). Det skal ske ved at tilrettelægge et individuelt hjerterehabiliteringstilbud på baggrund af patientens behov og ressourcer.

Hjerterehabiliteringstilbuddet skal indeholde

- Individuel tilrettelæggelse af efterbehandling, herunder en individuel klinisk vurdering, af hvorvidt den enkelte patient har behov for hele eller dele af hjerterehabiliteringstilbuddets forløb og faser.
- Patientinformation og undervisning
- Fysisk træning
- Støtte til rygestop
- Kostomlægning
- Psykosocial støtte

³ Zwisler ADO, Konstantin-Nissen N, Madsen M. Hjerterehabilitering - en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget. 1. udgave ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering; 2006. Samt Dansk Kardiologisk Selskabs Holdningspapir ”Fysisk træning ved iskæmisk hjertesygdom og kronisk hjerteinsufficiens”, oktober 2008.

- Symptomatisk og forebyggende medicinsk behandling
- Risikofaktor kontrol, klinisk opfølgning og vedligeholdelse

Hjerterehabiliteringsforløbet inddeles i tre faser:

- Fase I den primære kontakt med sygehusvæsenet
- Fase II den tidlige opfølgning med specialiseret hjerterehabilitering af 8-12 ugers varighed
- Fase III der er den sene opfølgnings- og vedligeholdelsesfase. De 3 faser har hver deres specifikke mål for behandlingen

Fase I (dage) Primær kontakt	Fase II (uger-måneder) Tidlig opfølgning	Fase III (måneder-år) Sen opfølgning og vedligeholdelse
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose og behandling • Initiering af profylaktisk medicinsk behandling • Mobilisering • Patientinformation og undervisning • Visitering til efterbehandling/rehabilitering 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimering af symptomatisk og profylaktisk medikamentel behandling • Patientinformation og undervisning • Fysisk træning, støtte til rygestop, kostomlægning • Psykosocial støtte • Klinisk kontrol, opfølgning og vedligeholdelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Vedligeholdelse af symptomatisk og forebyggende behandling • Vedligeholdelse af opnåede livsstilsændring

Behandlerne i hjerterehabiliteringen udgør et tværfagligt team, der almindeligvis omfatter faggrupperne: Læge, sygeplejerske, fysioterapeut og diætist, der alle bør have kardiologisk specialviden og praktisk erfaring i undervisning og livsstilsintervention. Det individuelle forløb kan imidlertid involvere mange professionelle aktører, hvilket stiller store krav til organisation, ledelse, kommunikation og samarbejde som beskrevet i ”Hjertekarrehabilitering efter Strukturreformen” udgivet af Netværk for Forebyggende Sygehuse og Hjerteforeningen i 2007.

Fase I (dage)	Fase II (uger-måneder)	Fase III (måneder-år)
Hjerteafdeling Højt specialiseret afdeling	Hjerterehabiliteringsafsnit <ul style="list-style-type: none"> • Kardiolog/læge med kardiologisk erfaring • Sygeplejerske • Fysioterapeut • Diætist • Psykolog • Socialrådgiver • Praktiserende læge 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktiserende læge • Sygehusambulatorium • Sundhedscentre/kommunale rehabiliteringsenheder • Patientforeninger • Hjemmepleje

Ved Fase I og II kræver hjerterehabilitering af patienter med UAP og NSTEMI et samtidigt og tæt tværfagligt samarbejde. Af hensyn til patientens sikkerhed er der endvidere behov for umiddelbar adgang til akut livreddende indsats. Det må anbefales, at hjerterehabiliteringens delelementer holdes samlet, så de koordineres og afvikles i sygehusregi i Fase I og II. Fase II kan, til dels foregå i primær sektor, hvis de fornødne kompetencer er til stede. Fase III kan med fordel afvikles i samarbejde mellem de praktiserende læger og kommunale sundhedscentre.

I publikationen ”Hjertekarrehabilitering efter Strukturreformen” er der redegjort for kompleksiteten i disse rehabiliteringsforløb og vigtigheden af at skabe sammenhæng i forløbet set fra patientens synsvinkel.

7.1.2 De hyppigst opståede komplikationer

7.1.2.1 Medicinbivirkninger

Størsteparten af behandlingerne med medicinske præparater påbegyndes i Fase I. Da Fase I imidlertid er kortvarig (1-5 dage), varetages en del af den komplekse medicinering til hjertepatienter i Fase II. Bivirkninger af medicin vil ofte først erkendes i Fase II, hvor der kan være behov for omlægning af den symptomatiske og profylaktiske medicinske behandling. For en række af præparaterne er der endvidere behov for dosisregulering med tilhørende tætte kliniske kontroller for at sikre balancen mellem virkning og bivirkning.

7.1.2.2 Hjertestop under fysisk træning

Tilfælde af akut forværring af hjertesygdom i forbindelse med træning er sjældne, men risikoen for dødsfald i forbindelse hermed er omtrent 10 gange større ved ikke-kontrolleret selvtræning sammenlignet med overvåget træning i forbindelse med rehabiliteringsprogrammer. For at sikre optimal træningseffekt og minimere risikoen for komplikationer skal træningen varetages af fysioterapeuter evt. i samarbejde med hjertesyggeplejersker og med kardiologiske læger som ansvarlige. Alt personale, der har med træningen at gøre, skal kunne give effektiv

hjerrestopbehandling, og der skal være en telefon i træningslokalet, så man kan tilkalde et hjerrestophold.

7.2 Information til patienten

Afdelingen, der varetager Fase I og II af hjerterehabiliteringen, informerer patienten om forløbets karakter herunder indhold, forventet udbytte, risiko og bivirkninger. I samråd med patienten tilrettelægges et individuelt rehabiliteringsforløb. Patienten sikres overblik over

- Forløbets faser
- Forløbets indhold
- Hvilke behandlere og andre aktører, der er involveret
- Hvem der er ansvarlige for patientens forløb
- Kontaktpersoner

Ved afslutningen af rehabiliteringsforløbets Fase II gøres sammen med patienten status for forløb, opnået funktionsniveau og livskvalitet, og der sikres kontakt/kontinuitet til kontrolfasen i hjerterehabiliteringens Fase III.

7.2.1 Ansvarlig

På sygehusafdelinger er en speciallæge i kardiologi (alternativt en læge med kardiologisk erfaring) ansvarlig for hjerterehabiliteringsprogrammets Fase I og II, mens relevante faggrupper, som fx sygeplejersker, diætister og fysioterapeuter i primær sektor i samarbejde med patientens praktiserende læge er ansvarlig for Fase III af det ukomplicerede patientforløb.

7.3 Beslutning

De almindeligste kliniske beslutninger i rehabiliteringsforløbet vedrører:

- Individuel vurdering og tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb med opstilling af behandlingsmål
- Intensiveret/reduceret medicinsk behandling
- Fornyet/yderligere kardiologiske udredning
- Henvisning til hjertesvigtklinik
- Henvisning til psykolog/psykiater
- Henvisning til ikke kardiologisk udredning/behandling
- Evaluering af behandlingsindsats i forhold til behandlingsmål
- Overgang til næste fase i rehabiliteringsforløbet.

7.4 Forløbstid

Fase I af rehabiliteringsforløbet foregår i forbindelse med den primære kontakt til sygehusvæsenet og vil i mange tilfælde foregå i forbindelse med indlæggelse. Fase I påbegyndes per definition allerede i første indlæggelsesdøgn.

Fase II i forløbet bør indledes 1-2 uger efter udskrivelse for at

- sikre opfølgning på indlæggelse og reducere utryghed/angst
- konfirmere og tilrettelægge det videre hjerterehabiliterings forløb
- minimere risiko for frafald (der kan være op til 50 %)

Varigheden af Fase II bestemmes primært af varigheden af den fysiske træning, som strækker sig over 8-12 uger. For patienter, der har gennemgået CABG, kan træning af underkroppen påbegyndes så hurtigt som muligt under hensyntagen til brystkassens stabilitet. Overkropstræning kan starte, når brystkassen er stabil 4-6 uger efter operationen.

Fase III udgør individualiseret livslang opfølgning med rutinemæssig kontrol af risikofaktorer (BT, kolesterol, blodsukker), symptomer og medicin compliance. Endvidere er der behov for opfølgning i forhold til vedligeholdelse af livsstilsændringer og fysisk funktionsniveau med etablering af fornyede støtteforanstaltninger ved tilbagefald.

8 Oversigtsskema for stabil angina pectoris

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering/ Monitorering
Indgang til pakkeforløb				
Beslutning: Praktiserende læge finder mistanke om stabil angina pectoris	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Praktiserende læge påbegynder basalt udredningsprogram eller ▪ Henvisning sendes til kardiologisk afdeling/ medicinsk afdeling med kardiologisk funktion/ praktiserende speciallæge mhp. basal udredning 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Videre forløb 	Praktiserende læge	
Praktiserende læge/praktiserende speciallæge (kardiologisk afdeling/ medicinsk afdeling m. kardiologisk funktion) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blodprøver ▪ Anamnese ▪ Objektiv undersøgelse ▪ Hvile-EKG ▪ Risikoprofil ▪ Ekkokardiografi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Videre forløb 	Praktiserende læge/ praktiserende speciallæge	
Beslutning: Praktiserende læge/praktiserende speciallæge/anden sygehusafdeling finder begrundet mistanke om stabil angina pectoris	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning sendes til kardiologisk afdeling/ medicinsk afdeling med kardiologisk funktion/ praktiserende speciallæge 			
Udredning				
Kardiologisk afdeling/medicinsk afdeling med kardiologisk funktion eller praktiserende speciallæge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget ▪ Booking: basalt undersøgelsesprogram 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: basalt undersøgelsesprogram 	Speciallæge i kardiologi/ læge med kardiologisk erfaring/ praktiserende speciallæge	
Basalt undersøgelsesprogram (hvis ikke allerede foretaget): <ul style="list-style-type: none"> • Blodprøver • Anamnese • Objektiv undersøgelse • Hvile-EKG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: supplerende undersøgelser ▪ Evt. henvisning til koronarangiografi (KAG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Indkaldelse: supplerende undersøgelser ▪ Indkaldelse: koronarangiografi (KAG) ▪ Videre forløb 		

<ul style="list-style-type: none"> • Risikoprofil • Ekkokardiografi 				
Supplerende undersøgelser: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evt. arbejdstest ▪ Evt. myokardie-skintigrafi ▪ Evt. hjerte-CT 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evt. henvisning til koronarangiografi (KAG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Indkaldelse: koronarangiografi (KAG) ▪ Videre forløb 	Speciallæge i kardiologi/ læge med kardiologisk erfaring /klinisk fysiolog/ radiolog	
Koronarangiografi (KAG)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Videre forløb 	Speciallæge i kardiologi	
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicinsk behandling ▪ Ballonbehandling (PCI) ▪ Bypass operation (CABG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: konsultation ▪ Henvisning til medicinsk behandling/ballonbehandling (PCI)/by-pass operation (CABG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: konsultation 	Hjerte-konference	
Konsultation		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Indkaldelse: medicinsk behandling/ ballonbehandling (PCI)/bypass operation (CABG) ▪ Informeret samtykke ▪ Videre forløb 	Speciallæge i kardiologi	
Behandling				
Indlæggelse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Videre forløb 	Speciallæge i kardiologi	
Ballonbehandling (PCI)			Speciallæge i kardiologi/ Hjertekirurg	
Bypass operation (CABG)				
Intensivophold				
Medicinsk behandling				
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hjerterehabilitering Fase I og II 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: konsultation ▪ Henvisning til hjerterehabilitering fase I og II 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: konsultation 	Speciallæge i kardiologi / læge med kardiologisk erfaring	
Konsultation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Praktiserende læge/ praktiserende speciallæge: epikrise 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Videre forløb 	Speciallæge i kardiologi/ Hjertekirurg	
Afslutning af pakkeforløb/ Rehabilitering				
Hjerterehabilitering fase I og II i sekundær sektor: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information og 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Videre forløb 	Speciallæge i kardiologi/ læge med	

undervisning <ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimering af medicinsk behandling ▪ Reducere risikofaktorer ▪ Livsstilsændringer ▪ Fysisk træning 			kardiologisk erfaring / fysioterapeut/ sygeplejerske/ diætist	
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten afsluttes til egen læge og hjerterehabilitering fase III (livslang kontrol hos egen læge og kommune for recidiv af symptomer, optimal medicinsk behandling, risikofaktor kontrol og fastholdelse af livsstilsændringer) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Praktiserende læge/praktiserende speciallæge: epikrise 			

Forløbstiden

Interval	
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling	7 hverdage
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning på udredning	15 – 18 hverdage + evt. yderligere 5 hverdage
Fra afslutning på udredning til start på behandling	10 hverdage

9 Mere om pakkeforløb

9.1 Om sundhedsfaglige områder i pakkeforløb

9.1.1 Mistanke og begrundet mistanke

Der er for de fire pakkeforløb for hjerteområdet udarbejdet sundhedsfaglige kriterier for, hvornår der er begrundet mistanke om en bestemt hjertesygdom, hvilket er ensbetydende med, at kriterierne er opfyldte for at patienten kan påbegynde et pakkeforløb.

I pakkeforløb for stabil angina pectoris er det også beskrevet, hvornår der bør være mistanke om en hjertesygdom, og hvilken filterfunktion der skal til for enten at afkræfte eller begrunde mistanken.

Ved en filterfunktion forstås i denne sammenhæng altid en undersøgelse eller samling af undersøgelser, der kan afkræfte eller begrunde mistanken. Filterfunktionen kan være en undersøgelse, der iværksættes af den praktiserende læge selv (f.eks. EKG eller blodprøver), og hvor den praktiserende læge efter svar evt. henviser videre til pakkeforløb. Alternativt kan filterfunktionen foretages af en speciallæge i kardiologi (i speciallægepraksis eller på hospital), hvor det efterfølgende evt. er speciallægen, der rejser den begrundede mistanke og henviser til pakkeforløb.

En del patienter vil ikke følge et standard pakkeforløb, fx fordi de diagnosticeres i anden sammenhæng og derfor ikke kommer ind i pakkeforløbet via den praktiserende læge. Når en patient opfylder kriterierne for begrundet mistanke, skal patienten umiddelbart henvises til pakkeforløb af den læge, der er i kontakt med patienten. Det vil i nogle tilfælde være en hospitalsafdeling.

9.1.2 Det multidisciplinære samarbejde - Hjertekonferencer

Formålet med at etablere det multidisciplinære samarbejde - Hjertekonferencer er, at lægelige specialer og afdelinger, der medvirker i behandling af hjertepatienter, indgår i et forpligtende kontinuert samarbejde, der sikrer hensigtsmæssige forløb. Hjertekonferencerne skal også kunne fungere i ferieperioder og i forbindelse med sygdom, således at den nødvendige faglige kvalitet og beslutningskompetence sikres. 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 bliver taget på det bedst mulige, tværfaglige grundlag. En sådan fælles tværfaglig vurdering kan foregå, ved at de relevante specialer er fysisk samlet til en konference, men der kan også være tale om telefon- eller videokonferencer eller uddelegerede beslutningskompetencer, der følger faste retningslinjer aftalt mellem de relevante specialer/afdelinger.

9.1.3 Kommunikation og patientinformation

Kommunikation med patienten er en vigtig del af det sammenhængende patientforløb, således at patienten oplever hele tiden at have kontakt og ikke føler sig efterladt uden klar information eller aftale. Som en del af kommunikationen skal patienten løbende informeres om undersøgelsesresultater og næste trin i pakkeforløbet.

Det er vigtigt, at alle personalegrupper i praksissektoren og på hospitalsafdelinger kender til pakkeforløbet for den pågældende hjertesygdom, således at der gives ensartet information til patienten. Informationen skal gives såvel skriftligt som mundtligt. Informationen skal være opdateret og tilgængelig på internettet.

De retlige regler findes i Sundhedsloven og er uddybet i bekendtgørelse om information, og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. (nr. 665 af 14. september 1998) samt vejledning om information, samtykke og videregivelse af helbredsoplysninger m.v. (nr. 161 af 16. september 1998). Heraf følger bl.a., at information til patienten:

- skal gives løbende
- skal omfatte sygdommen, undersøgelser og den påtænkte behandling herunder virkninger, bivirkninger samt risici, skal gives på en forståelig måde og tilpasses patientens behov
- skal omfatte andre mulige undersøgelser, behandlinger mv.
- skal oplyse om konsekvenserne af ikke at undersøge, behandle mv.

Kommunikationen med hjertepatienten og dennes pårørende bør i alle sammenhænge baseres på respekt og empati. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger som alder, modenhed, erfaring, uddannelsesmæssige baggrund, sociale situation, sprog og udtrykte ønsker. Det er vigtigt, at kommunikationen foregår under forhold, hvor patientens krav på privatliv og ro respekteres, og hvor sundhedspersonalet kompetent og engageret udviser indlevelse i patientens situation og er lydhør overfor patientens behov.

En nødvendig forudsætning for en vellykket patientkommunikation er ikke blot selve kommunikationen mellem patient og sundhedspersonale, men i ligeså høj grad at der sikres løbende kommunikation internt i det multidisciplinære samarbejde, mellem sektorer, sygehuse og sundhedspersonale, så kontinuiteten sikres. Overgange mellem forskellige afdelinger eller sektorer har hidtil været med til at skabe usikkerhed hos patienterne. Der skal derfor være særligt fokus, på, at patienten får tilstrækkelig information, når der skiftes fra fx en ansvarlig afdeling til en anden eller fra en sektor til en anden.

9.1.4 Ko-morbiditet

En stor del af de patienter, der indgår i et pakkeforløb, har betydende ko-morbiditet. Ko-morbiditet spiller en stor rolle for patientens mulighed dels for at gennemgå det planlagte udredningsforløb dels, for hvilken behandling der kan tilbydes og på længere sigt for prognosen.

Det er derfor en forudsætning for et godt patientforløb, at den henvisende læge ved starten af pakkeforløbet videregiver sin viden om evt. ko-morbiditet til den udredende afdeling, så udredningsforløbet kan individualiseres ved behov derfor. Regionen er ansvarlig for at sikre mulighed for udredning og evt. stabilisering af betydende ko-morbiditet ved adgang til relevante specialer fx endokrinologi eller nefrologi. Dette skal ske uden unødigt ventetid, således at patienten så vidt muligt kan følge pakkeforløbet.

9.1.5 Landsdækkende kliniske retningslinjer

Dansk Cardiologisk Selskab (DCS) har på sin hjemmeside (www.cardio.dk) kliniske retningslinjer, der omfatter diagnostik, behandling og rehabilitering af patienter med kronisk iskæmisk hjertesygdom. Disse evidensbaserede retningslinjer opdateres løbende og bruges som baggrund for de beskrevne pakkeforløb.

9.2 Implementering af pakkeforløb

Ved lokal implementering af et pakkeforløb tages udgangspunkt i det beskrevne standard pakkeforløb. Det er regionernes ansvar at implementere pakkeforløbene.

Implementeringen af pakkeforløbene skal ske i overensstemmelse med den gældende specialeplanlægning på området.

9.2.1 Henvisning

Det er vigtigt, at henvisning til pakkeforløb sker bedst muligt. Der er behov for at sikre hurtig og fyldestgørende informationsudveksling ved henvisning til pakkeforløb, enten denne sker fra almen praksis, speciallægepraksis eller fra en anden sygehusafdeling. Hurtig udredning forudsætter, at alle relevante oplysninger om patienten er tilgængelige. Henvisende læge er ansvarlig, for at henvisningen til pakkeforløb indeholder sufficente oplysninger om patienten herunder beskrivelse, af hvilke kriterier der ligger til grund for den begrundede mistanke om hjertesygdom evt. ko-morbiditet og medicinforbrug. Henvisningen skal desuden indeholde telefonnummer, gerne såvel fastnet som mobilnummer, på patienten.

Der arbejdes aktuelt med udvikling af en elektronisk henvisning, som imidlertid ikke forventes implementeret indenfor en kort tidshorison. Indtil da må det aftales lokalt, hvordan det sikres, at alle relevante oplysninger videregives ved henvisning. Det bør lokalt aftales præcist hvor henvisningen skal sendes hen, og eventuelt om patienten allerede på henvisningstidspunktet i konsultationen kan få tid og sted for den første kontakt i pakkeforløbet.

9.2.2 Almen praksis

Almen praksis er ofte den lægefaglige instans, som finder begrundet mistanke om en hjertesygdom og informerer patienten om næste trin i udredningen. Almen praksis har ofte et godt forhåndskendskab til hele patientens situation. Det gælder de sociale forhold, familie, erhverv samt de helbredsmæssige forhold før det

aktuelle sygdomsforløb. Disse forudsætninger giver almen praksis mulighed for at løfte de opgaver, som indgår i tovholderfunktionen i forbindelse med pakkeforløb for hjertepatienter, og for at almen praksis kan være proaktiv i forhold til hjertepatienten under hele forløbet. Almen praksis' rolle som tovholder er særligt relevant for hjertepatienter, som er i langstrakte behandlingsforløb herunder også i rehabiliteringsfasen. Almen praksis har en særlig informationspligt ved henvisning til pakkeforløb på hjerteområdet, idet patienten både skal informeres, om at der er begrundet mistanke om en hjertesygdom, og om hvad et pakkeforløb omfatter herunder det første trin i udredningsfasen.

9.3 Monitorering

Hovedformålet med monitorering af pakkeforløbene er at stille relevant ledelsesmæssig information til rådighed for den kliniske ledelse og derigennem skabe forudsætning for en tæt opfølgning af implementeringen af pakkeforløbene. Monitoreringen gøres endvidere tilgængelig for hospitalsledelser, regioner og centrale sundhedsmyndigheder. Monitoreringen vil blive udviklet trinvist og som udgangspunkt baseret på eksisterende data fra Landspatientregistret for offentlig og privat virksomhed, hvor grundlaget for dataindsamlingen er, at afdelingerne registrerer efter gældende aftaler udtrykt i Fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter.

Monitoreringen bygger på de fire pakkeforløbsbeskrivelser for patienter med venstresidig hjertesvigt, venstresidig hjerteklapsygdom, stabil angina pectoris og ustabil angina pectoris/blodprop i hjertet NSTEMI udarbejdet af de kliniske arbejdsgrupper.