

Juni 2016

Forløbsprogram for Kroniske Hjertesygdomme

Sundhedsaftale

2015-18

KKR
SJÆLLAND

REGION
SJÆLLAND



- vi er til for dig

Godkendt juni 2016
Udarbejdet af KU-SUND
Redaktionelle ændringer juli 2018

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	4
1.1 Formål og grundlag.....	4
1.2 Fælles om bedre sundhed – Sundhedsaftalen 2015-18.....	4
2. Programmets opbygning, målgruppe og organisering.....	5
2.1 Fastlæggelse af patientmålgruppe.....	6
3. Flowchart.....	6
4. Tidlig opsporing og forebyggelse.....	9
5. Diagnose og stratificering	5.1 Nyopdaget hjertesygdom..... 9
5.2 Stratificering.....	9
5.3 Stratificering i et behandlings- og behovsperspektiv.....	10
5.4 Kategori 1 – enkel sygdom / god egenomsorgsevne.....	10
5.4.1 Almen praksis’ rolle.....	11
5.4.2 Sygehusets rolle.....	11
5.4.3 Kommunens rolle.....	11
5.5 Kategori 2 – kompleks sygdom / god egenomsorgsevne.....	11
5.5.1 Almen praksis’ rolle.....	11
5.5.2 Sygehusets rolle.....	11
5.5.3 Kommunens rolle.....	12
5.6 Kategori 3 – enkel sygdom / ringe egenomsorgsevne.....	12
5.6.1 Almen praksis’ rolle.....	12
5.6.2 Sygehusets rolle.....	12
5.6.3 Kommunens rolle.....	12
5.7 Kategori 4 – kompleks sygdom / ringe egenomsorgsevne.....	12
5.7.1 Almen praksis’ rolle.....	13
5.7.2 Sygehusets rolle.....	13
5.7.3 Kommunens rolle.....	13
5.8 Den multisyge patient.....	14
6. Behandling og rehabilitering.....	15
6.1 Almen praksis.....	15
6.1.1 Udredning og behandling.....	15
6.1.2 Efterfølgende kontrol og støtte.....	15
6.2 Sygehus.....	16
6.2.1 Udredning og behandling.....	16

6.2.2. Opfølgning	17
7. Rehabilitering	18
7.1 Kontaktperson og kompetencer	19
7.2 Sundhedspædagogisk indsats.....	19
7.3 Individuel tilpasset rehabiliteringsindsats.....	20
8. Rehabilitering i sygehusregi.....	20
8.1 Særlige forhold for patienter med hjertesvigt:	21
8.2 Særlige forhold for hjerteopererede patienter:.....	21
9. Rehabilitering i kommunen	21
9.1 Indledende og afsluttende samtale.....	22
9.2 Den rehabiliterende indsats kan indeholde følgende elementer	22
10. Efterforløb og vidensdeling	23
11. Implementering, monitorering og revision af forløbsprogrammet	23
11. 1 Implementering og opfølgning	24
11. 2 Monitorering af forløbsprogrammet.....	24
11.3 Evaluering og revision af forløbsprogrammet.....	25
Bilag 1	26
Bilag 2 – Implementeringsplan 2016-2018.....	27
Bilag 3 - indikatorer	30

1. Indledning

1.1 Formål og grundlag

Dette forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for patienter/borgere med udvalgte kroniske hjertesygdomme i praksissektor, kommuner og på sygehuse i Region Sjælland. Programmet blev udarbejdet i 2010. Denne udgave er resultatet af den første revision af programmet, der fandt sted i 2015/2016.

Forløbsprogrammet herunder stratificeringsmodellen er handlingsanvisende. Stratificeringen vejleder til, hvordan der skal handles i samarbejdet. Anvendelsen af stratificeringsmodellen hviler på de grundlæggende forudsætninger i sundhedsaftalen: **Fleksibilitet, differentiering.**

Den enkelte borger og dennes samlede livssituation vil altid være udgangspunkt og styrende for, hvilke valg den ansvarlige sundhedsfaglige aktør træffer i den konkrete situation.

Programmet skal sikre koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter og anvendelse af evidensbaserede eller best practice anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, inddragelse af patientens/borgerens og pårørendes egne ressourcer samt en fælles forståelse for opgavefordelingen.

Formålet med programmet er endvidere at sikre en fælles standard for behandling, rehabilitering, patientrettet forebyggelse samt opfølgning for de kroniske hjertepatienter i Region Sjælland. Programmet er dynamisk, da indholdet løbende tilpasses ændringer i forhold til udviklingen på området.

Programmet tager til dels udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom fra 2012, herunder kronikermodellen og dennes centrale principper. Indholdet i programmet afspejler Sundhedsaftalen 2015-18 i Region Sjælland, gældende lovgivning, nationale retningslinjer og relevante kliniske retningslinjer mv.

1.2 Fælles om bedre sundhed – Sundhedsaftalen 2015-18

Sundhedsaftalen fastlægger spillereglerne for samarbejdet mellem almen praksis, kommunerne og sygehusene i Region Sjælland. Aftalen hviler på en række grundlæggende forudsætninger om fleksibilitet, differentiering og ressourcebevidsthed.

Fleksibilitet i samarbejdet er nødvendigt for at kunne arbejde helhedsorienteret om den enkelte patient/borger. Man skal være proaktive og ikke vente på signal fra hinanden til at handle. Vi er inden for de aftalte rammer tilgængelige for hinanden og har fokus på indhold og kvalitet for sammen at skabe bedre patient-/borgerforløb.

Differentiering indebærer, at vi målretter vores tilbud til den enkelte patient/ borger. Det forudsætter, at vi inddrager borgerne, så vi kender deres ressourcer og forløb. Vi tilpasser vores indsatser og graden af vores samarbejde efter behov. Vi skal opspore og så tidligt som muligt sætte ind med forebyggelse, behandling og rehabilitering og styrke den enkelte patients/borgers egenomsorgsevne.

Ressourcebevidsthed spiller ind i alle dele af borgerens forløb. Vores samarbejde afpasses efter den konkrete situation. Vores ydelser skal derfor ikke kun være målrettede, men også leveres på det rette niveau; der hvor effekt og ressourcer samlet set optimeres.

På disse forudsætninger formulerer sundhedsaftalen vision og mål for samarbejdet samt prioriterer en lang række indsats, der skal udvikle samarbejdet. Figuren illustrerer aftalens elementer.



For at bringe aftalen fra ord til handling er der udarbejdet en række værktøjer til at understøtte samarbejdet mellem sektorerne. Et af disse værktøjer er Forløbsprogram for kroniske hjertesygdomme, der samler elementerne fra sundhedsaftalen og konkretiserer dem i forhold til indsatsen for personer over 18 år med kroniske hjertesygdomme.

2. Programmets opbygning, målgruppe og organisering

Forløbsprogrammet er bygget op ud fra et fokus på patientens/borgerens forløb i sundhedsvæsenet. Der er foretaget en revision af forløbsprogrammet. Programmet er udarbejdet i digital form, hvilket gør det tilgængeligt via elektronisk flowchart med specifikke områder af programmet for kroniske hjertesygdomme.

Det reviderede program tager afsæt i anbefalinger for det sygdomsstadium, som patienten/borgeren befinder sig på og indsatser planlægges individuelt og med udgangspunkt i den enkelte patient/borgers situation, autonomi og ressourcer – egenomsorgskapacitet¹. For sikring af større sammenhænge og koordinering i patientforløbene er tovholderrollen skærpet.

Forløbsprogrammet er skrevet ud fra den forudsætning at samarbejde og sektorovergange, inkl. elektronisk kommunikation, kan foregå smidigt og uden unødige forsinkelser, i et styrket tværsektorielt samarbejde med fælles overordnet visitation.

Programmets målgruppe er fagpersoner i praksissektor, på sygehuse og i kommuner, der omgås de kroniske hjertepatienter. Programmet er således skrevet til denne målgruppe med henblik på

¹ Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model, side 13 kap. 3.3.3

praktisk anvendelse. Andre personer, der ønsker indsigt i indsatsen på området, fx planlæggere, politikere, patienter og pårørende, skal derfor have det in mente, når programmet læses.

Det reviderede forløbsprogram er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Det tværgående samarbejdsforum for somatik (TSS), der er styregruppe for forløbsprogrammet². Arbejdsgruppen fremgår af bilag 1

2.1 Fastlæggelse af patientmålgruppe

Målgruppe:

Voksne (>18 år) med kronisk hjertesygdom.

Diagnose:

- Stabil angina pectoris
- Akut koronart syndrom (AKS/ustabil angina pectoris)
- Hjerteklapsygdom
- Hjertesvigt

Population

Forekomsten af kroniske hjertesygdomme i Region Sjælland kan ses i følgende rapport³.

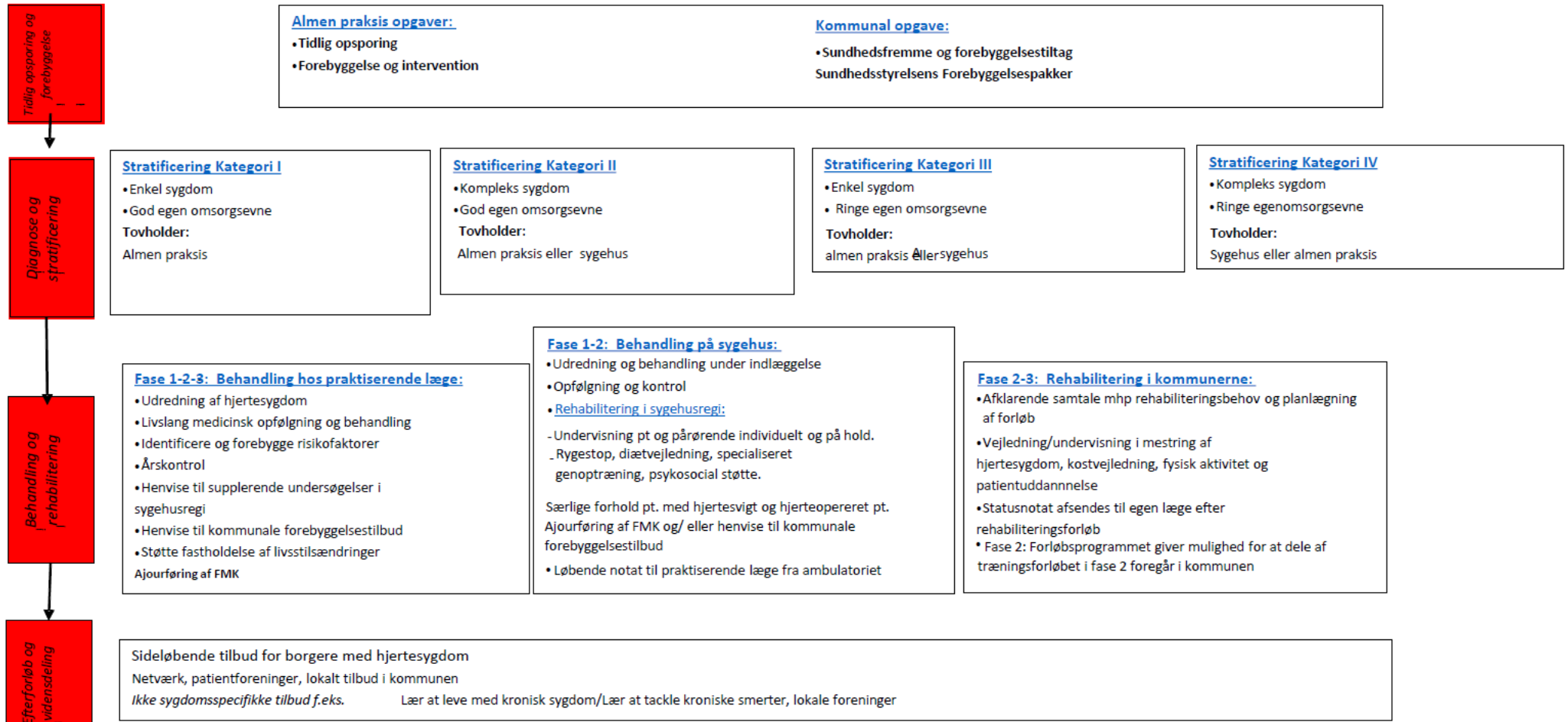
3. Flowchart

På de to efterfølgende sider ses flowchart for hjerterehabilitering

² Se mere om sundhedsaftalens udviklings- og samarbejdsorganisation samt om forløbsprogrammer på sundhedsaftalens hjemmeside

³ <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/hjertekarsygdommei2011-2rapport.pdf>

Forløbsprogram for kronisk hjertesygdom 17.10.2017



* Sidste opdaterede version er altid tilgængelig på hjemmesiden

Sådan henviser du:

Henvisningskriterier:

Her findes information om sundhedstilbud:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-sjaelland>

Kommunikation

Almen praksis til sygehus

Der henvises ifølge de regionale retningslinjer.

Se www.praksisinformation.dk

Henvisningskriterier

Almen praksis og sygehus til kommune

Henvisningskriterier til kommunernes hjerterehabilitering gælder for borgere/patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom og/eller hjertesvigt

Henvisning bør ud over diagnose og relevante kliniske oplysninger inkl. comorbiditet indeholde evt. skånehensyn eller særlige hensyn ved træning og kostvejledning.

•Øvrige oplysninger

Kommunikation fra almen praksis og sygehus til kommune

Henvisning til kommunerne sendes elektronisk

Fra **praksis** via sygehushenvisning(kommunehenvisning)

Fra **sygehus** via sygehushenvisning

Henvisningsprocedure fremgår af

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-sjaelland/>

Kommunikation fra sygehus til almen praksis

Information til den praktiserende læge i form af epikrise og ambulatorienotater.

•Blodprøver bestilt via webreq/BCC "hotelfunktion" kan tages enten i almen praksis eller på sygehuslaboratorier, Nogle blodprøver kan kun foretages på sygehuse.

Kommunikation fra kommune til almen praksis og sygehus

Efter deltagelse i kommunalt tilbud udarbejdes statusnotat til den praktiserende læge, uanset, hvem der har været henvisende part.

Notatet skal kort beskrive, hvilken støtte borgeren fremadrettet har brug for, og hvilke indsatsområder og mål der arbejdes med.

* Sidste opdaterede version er altid tilgængelig på hjemmesiden

4. Tidlig opsporing og forebyggelse

Tidligere opsporing dækker over forebyggelse, der har til formål at opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt. Almen praksis har en central rolle gennem opsporing af patienter/borgere med øget risiko for hjertesygdom, håndtering af livsstilsfaktorer, hypertension og dyslipidæmi.

I Sundhedsaftalen 2015-2018 understreges vigtigheden af hurtig opsporing. Kommunalt sker dette dels ved udrulning af de nationale forebyggelsespakker samt ved aktiviteter ved Sundhedsstyrelsens kampagner.

Derfor er der oprettet kommunale sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, der kan henvises til fra almen praksis og sygehuse.

5. Diagnose og stratificering

5.1 Nyopdaget hjertesygdom

Patienter, der henvender sig med kliniske symptomer på hjertesygdom eller i anden anledning frembyder fund, der giver mistanke om hjertesygdom, bør naturligvis udredes og stratificeres, ligesom relevante henvisninger til diverse relevante samarbejdspartnere bør foretages.

Når diagnosen hjertesygdom, ud fra de diagnoser som omfatter forløbsprogrammet, er stillet, anbefales det, at almen praksis gennem en eller flere afdækkende samtaler danner sig et overblik over patientens samlede situation. Denne viden danner grundlag for stratificering og afdækning af såvel behandlings- som støttebehov.

Ved behov henvises til kardiologiske undersøgelser og evt. kardiologisk speciale. Patientens opfølgning og kontrol fastlægges individuelt

Når patienten er udredt med en samlet risikovurdering inklusiv stadiendplacering, og der i samarbejde med patienten er lagt en plan for behandlingen, anbefales kontroller afhængigt af stadiendplaceringen. Kontroller afhænger af patienten diagnose, samt hvilken kategori patienten tilhører. Det kan være fra 1 til utallige kontroller. Regelmæssig undersøgelse og kontrol er vigtigt for at fastholde motivation for livsstilsændringer og behandlingsindsats. Det er ved de indledende afdækkende samtaler ligeledes vigtigt at motivere for regelmæssig kontrol, samt orientere patienten om og henviser til relevant tilbud i kommunalt eller foreningsregi.

5.2 Stratificering

Forløbsprogrammet for patienter/borgere med hjertesygdomme er den sygdomsspecifikke regionale udmøntning af Sundhedsstyrelsens generiske model for kronisk sygdom. Den generiske model er bygget op omkring stratificering af den kronisk syge med udgangspunkt i den enkelte patients/borgers risiko for progression af sygdom, tilstedeværelse af komplikationer og komorbiditet.

Sundhedsstyrelsens udkast til en stratificeringsmodel beskriver 4 dimensioner (demografi, helbredstilstand, funktionsevne og kontekstuelle faktorer) for stratificering af patienter med hjertesygdom og en deraf gradueret indsats. For at gøre modellen operationel og genkendelig i forhold til det praksisfelt, hvor implementeringen skal foregå, omskrives de 4 dimensioner til 2: sygdomskompleksitet og egenomsorg.

Patienterne stratificeres efter to dimensioner:

1. Sygdomskompleksitet – en sammenvejning af komorbiditet og den enkelte lidelses stadium.
2. Egenomsorgsevne bl.a. forstået som patientens/borgerens evne til at tage vare på sig selv og tage medansvar for egen sundhed, sammenholdt med patientens behov for sundhedsprofessionel støtte.

5.3 Stratificering i et behandlings- og behovsperspektiv

Nedenstående model tjener som en illustration af, hvornår sygehus og praktiserende læge aktivt indgår i rollen som tovholder i behandlingsforløbet. Stratificeringen kan således anvendes som en støtte i tilrettelæggelsen af det individuelle behandlingsforløb for den enkelte patient.

Det er vigtigt at have sig for øje, at nogle patienter/borgere, hvor sygdomssituationen ændres, vil veksle mellem kategorierne. Det skal derfor understreges, at nedenstående model med de 4 kategorier er en dynamisk model, der giver mulighed for, at den enkelte patient/borger stedse vil kunne skifte mellem flere kategorier. Da modellen beskriver en stratificering i et behandlings- og behovsperspektiv, vil det derfor tillige være naturligt, at behandlingsansvaret kan variere hen over den tidsmæssige udstrækning af et behandlingsforløb.

<p>Kategori 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enkel sygdom - God egenomsorgsevne <p>Tovholder: Almen praksis</p>	<p>Kategori 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kompleks sygdom - God egenomsorgsevne <p>Tovholder: Almen praksis eller sygehus</p>
<p>Kategori 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enkel sygdom - Ringe egenomsorgsevne <p>Tovholder: Almen praksis eller sygehus</p>	<p>Kategori 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kompleks sygdom - Ringe egenomsorgsevne <p>Tovholder: Sygehus eller almen praksis</p>

I det efterfølgende gives en kort definition af de fire kategorier i stratificeringsmodellen:

5.4 Kategori 1 – enkel sygdom / god egenomsorgsevne

Patienten har en enkelt sygdom, med en god egenomsorgsevne. Behandlingsindsatsen omfatter medicinsk behandling samt forebyggelse. Sygehusekspertise inddrages ikke eller kun i beskedent omfang. Patienten tager vare på sig selv, og praktiserende læge konsulteres typisk kun til faste kontroller.

Målet med indsatsen på dette stadium er at:

- Sikre optimale behandlingsmål for at styrke og støtte patientens egenomsorg
- Optimere behandlingen af risikofaktorer for udvikling af mikro- og makrovaskulære komplikationer

5.4.1 Almen praksis' rolle

Almen praksis er, som udgangspunkt, den primære tovholder og kan henvise til kommunale rehabiliteringstilbud, herunder sygdomsspecifik patientuddannelse og livsstilsundervisning.

5.4.2 Sygehusets rolle

Hjerteambulatoriet tilbyder rådgivning ved behov. Hvis behandlingsmål ikke opnås i almen praksis indenfor 6 måneder, kan patienten modtages til et tidsbegrænset intensiveret behandlingsforløb i hjerteambulatoriet. I denne periode overgår tovholderfunktionen til den behandlingsansvarlige kardiolog i ambulatoriet. Efter gennemført behandlingsforløb afsluttes patienten fra ambulatoriet med oplysninger om fortsat plan og behandlingsmål, herunder vurdering af behov for og henvisning til kommunale rehabilitering.

5.4.3 Kommunens rolle

Rehabilitering, herunder bl.a. patient/borger uddannelse, genoptræning, hjemmepleje- og/eller sygepleje afhængigt af den enkelte borgers behov.

5.5 Kategori 2 – kompleks sygdom / god egenomsorgsevne

Patienten har en kompleks sygdom og evt. flere samtidige sygdomme, men en god egenomsorgsevne. Patienten gennemgår et udredningsforløb i sygehusregi efterfulgt af tilbud om specifik patientuddannelse og kontroller på sygehuset. Sygehusets udredning danner fundament for en efterfølgende behandlingsplan hos praktiserende læge. Patienten tilbydes efterfølgende kommunalt hjerterehabilitering, herunder patientuddannelse og genoptræning suppleret med forebyggelsesaktiviteter.

Målet med indsatsen på dette stadium er at:

- Styrke og støtte patientens egenomsorg
- Optimere behandlingen af risikofaktorer
- Forebygge progressionen af komplikationer
- Symptomatisk behandling af komplikationer

5.5.1 Almen praksis' rolle

Almen praksis henviser patienten med behandlingskrævende, symptomgivende komplikationer til hjerteambulatoriet. Almen praksis kan fortsat varetage tovholderfunktionen i de situationer, hvor patienten ikke ønsker henvisning eller hvor patienten afsluttes fra hjerteambulatoriet som følge af, at behandlingspotentialer er fuldt udnyttet.

5.5.2 Sygehusets rolle

Hjerteambulatoriet varetager, som udgangspunkt, tovholderfunktionen på dette stadium, Patienter kan have en kompleks sygdomshistorik, hvor der kan være behov for koordinering af

forløb og behandlinger, der foregår i andre specialer. En del af patienterne med svære komplikationer vil, med fordel, kunne ses i et fælles ambulante kontrolforløb, hvor speciallæger fra flere specialer deltager. Det bør tilstræbes, at sådanne fælles ambulante forløb udbygges, således at man fremstår med fælles behandlingsanbefalinger. Der kan være behov for rehabilitering og genoptræning. Multidisciplinære teams kan indgå i forløbet på dette stadium.

5.5.3 Kommunens rolle

Rehabilitering, herunder bl.a. patientuddannelse, genoptræning, hjemmepleje- og/eller sygepleje afhængigt af den enkelte borgers behov.

5.6 Kategori 3 – enkel sygdom / ringe egenomsorgsevne

Udredning af patientens sygdom sker typisk via almen praksis, evt. med henvisning fra en kommunal indsats. Sygehusekspertise inddrages ikke eller i begrænset omfang. Det videre forløb vil ske i kommunalt regi og indeholder specifik patientuddannelse, støtte og omsorg i forbindelse med egen-/ hjemmebehandling, forebyggelses- og sundhedsfremmeinitiativer. Årlig kontrol tilbydes hos praktiserende læge, der fungerer som tovholder

Målet med indsatsen på dette stadium er at:

- Styrke, støtte og fastholde patientens egenomsorg
- Optimere behandlingen af risikofaktorer
- Forebygge progressionen af komplikationer
- Symptomatisk behandling af komplikationer

5.6.1 Almen praksis' rolle

Almen praksis varetager tovholderfunktionen og de nødvendige kontroller med mulighed for henvisning til kommunale rehabiliteringstilbud.

5.6.2 Sygehusets rolle

Som udgangspunkt er hjerteambulatoriet ikke inddraget i forløbet med mindre, der er behov for second opinion eller særlige individuelle tiltag i forbindelse med fx ændret medicinering.

5.6.3 Kommunens rolle

Rehabilitering, herunder bl.a. patientuddannelse, genoptræning, hjemmepleje- og/eller sygepleje afhængigt af den enkelte borgers behov.

5.7 Kategori 4 – kompleks sygdom / ringe egenomsorgsevne

I sygehusregi sker et udredningsforløb efterfulgt af specifik patientuddannelse og kontroller med jævne mellemrum. Indsatsen i sygehusregi kombineres med et kommunalt forløb bestående af patient uddannelse, støtte og pleje, forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud. Det kommunale

forløb koordineres af en kommunal forløbskoordinator. Tovholder er sygehus eller praktiserende læge.

Målet med indsatsen på dette stadium er at:

- Lindre symptomer og behandlingsbivirkninger
- Styrke og støtte patientens/borgerens egenomsorg
- Afhjælpe funktionstab evt. med genoptræning og rehabiliterende indsats
- Symptomatisk behandling af komplikationer, evt. i form af pallierende behandling
- Forebygge yderligere progression af komplikationer

Patienterne/borgerne kan have behov for en større grad af omsorg og hjælp i dagligdagen.

5.7.1 Almen praksis' rolle

Almen praksis varetager tovholderfunktionen på dette stadium, såfremt de behandlingsmæssige tilbud i sygehusregi er udtømte eller hvor der er et behov for en vedvarende understøttende behandling, som ikke kræver permanent sygehustilknytning, men ofte kommunal tilknytning.

5.7.2 Sygehusets rolle

Læge eller sygeplejerske på sygehuset er tovholder, så længe der er tale om aktiv regulerende behandling. Patienten kan have behov for akutte indlæggelser. Specialiseret behandling med involvering af flere specialer kan komme på tale.

Undervisning på sygehus foregår individuelt og i grupper, og afpasses den enkelte patients egenomsorgsevne og livssituation. Undervisningen bygger dels på støtte af den medicinske behandling, dels på vejledning til livsstilsintervention med KRAMS-faktorerne (kost, rygning, alkohol, motion og stress) som det grundlæggende element.

På sygehus varetages undervisning af sygeplejersker, autoriserede kliniske diætister, fysioterapeuter, og evt. læger, psykologer og præster.

5.7.3 Kommunens rolle

Rehabilitering, herunder bl.a. patientuddannelse, genoptræning, hjemmepleje- og/eller sygepleje afhængigt af den enkelte borgers behov.

Hvis borgeren får hjælp fra hjemmesygeplejen eller er på plejehjem, er det afgørende at sikre et tæt samarbejde mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejen/personalet på plejehjemmet. En systematisk tilgang til ovenstående samarbejde kan ofte være hensigtsmæssig. Kommunikation omkring ansvarsfordelingen mellem de kommunale medarbejdere, der er tilknyttet borgeren, og mellem almen praksis og hjemmesygepleje/sygeplejerske på plejehjem er med til at sikre en god behandling. Kommunen er ansvarlig for at have opdaterede og tilgængelige vejledninger/instrukser i medicinadministration og vejning. Eksempelvis kan der aftales ramme for ordination/delegation mellem kommune, lægelaug og praksiskonsulent angående dette.

I tovholderfunktionen indgår som led i stratificering, vurdering af egenomsorg. Ved forringet egenomsorgsevne kan henvises til en sundhedsfremmende og støttende indsats i kommunalt regi.

Patienter kan over tid bevæge sig mellem de fire kategorier i kroniker-modellen.

5.8 Den multisyge patient

Multisygdom betyder, at patienten har to eller flere betydende samtidige sygdomme. Som oftest vil det dreje sig om kroniske sygdomme. Multisygdom resulterer ofte i en stor tværsektoriel og tværfaglig behandlingsindsats, hvor patienten bruger mange timer ugentligt på deres sygdomme, som led i flere forløbsprogrammer med besøg hos praktiserende læge, sygehusambulatorier, apoteker og sideløbende trænings- eller rehabiliteringsindsatser.

Udfordringen er her at forankre koordinationen af behandlingsforløbene gennem en overordnet tovholder og sikre god kommunikation i alle snitflader mellem behandlere, samtidig med, at patientens egenomsorgskapacitet støttes gennem fokus på livskvalitet og faktorer, der kan lette behandlingscompliance i en given situation.

6. Behandling og rehabilitering

6.1 Almen praksis

Langt de fleste hjertepatienter vil have brug for livsvarig opfølgning og kontrol, og det vil som oftest være almen praksis, der vil være ansvarlig for det. Også for patienter, der fortsat følges i mere specialiserede tilbud, primært af kardiologer, har almen praksis funktionen som tovholder for patienten i forhold til hjertelidelsen. Specielt er det vigtigt i forhold til de mange patienter, som samtidig har andre lidelser, at almen praksis-påtager sig ansvaret for behandlingstøtte og -vejledning af patienten i forhold til den samlede situation.

Almen praksis kan tage sig af følgende ikke klart adskilte opgaver:

- Forebyggende indsats
- Behandling
- Efterfølgende kontrol og støtte

6.1.1 Udredning og behandling

Forløb af hjertelidelser kan være meget forskellige med glidende overgang fra risiko tilstande til egentlig sygdom til pludselig opståen af hjertelidelse og eventuel død.

De alvorlige hjertesygdomme som myokardieinfarkt, svær insufficiens og lignende foranlediger ofte akut indlæggelse, mange gange også selv ved svag mistanke, som ved brystmerter.

Brystmerter, der giver anledning til mistanke om myokardieinfarkt, bør medføre akut indlæggelse med ambulance tilkaldt via 112.

Ved ikke akut hjertesygdom henvises til ambulans udredning efter almindelig udredningsgaranti.

Ud over de lidelser der medfører akut indlæggelse, eller henvisning via hjertepakker, vil en række lidelser medføre behov for-kardiologisk udredning og behandling.

Ved stabile tilstande eller ved mistanke om sygdom generelt kan almen praksis foretage den primære udredning. Anamnese, klinisk vurdering, blodprøver, EKG, stetoskopi (specielt hjerte), blodtryksmåling, hjemme eller døgnblodtryksmåling, spirometri og evt. henviser til holtermonitorering eller arbejdstest. Dels for at tilstanden skal være så udredt, som rimeligt i forhold til tilstanden, og dels for at afklare/udelukke andre lidelser som årsag til patientens symptomer. Fx kan et symptom som dyspnø været et meget vanskeligt symptom udredningsmæssigt, fordi det kan være forårsaget af en række forskellige sygdomme og kombinationer.

De udredningsmæssige muligheder i praksis varierer noget, men hvis ikke praksis selv tilbyder ovenstående, vil der kunne henvises til kardiologiske afdelinger eller klinisk fysiologiske afdelinger.

6.1.2 Efterfølgende kontrol og støtte

Almen praksis overtager tovholder funktionen, når patienten afsluttes i kardiologisk regi. Der kan også være tale om gradvis overlevering fra kardiologien til almen praksis, eller samtidig langvarig

behandling begge steder. Endelig kan patienten af forskellige grunde frasige sig specialiseret behandling.

Kroniske lidelser, specielt, når de er nyopståede, påvirker et menneskes liv kraftigt. Derfor er det vigtigt, at almen praksis er opmærksom på patientens samlede situation, psykisk, socialt, arbejdsmæssigt, familiært etc. Der kan være andre sygdomme eller lidelser, som efter at ny sygdom er konstateret, kræver særlig opmærksomhed.

Almen praksis skal derfor varetage meget mere end den medicinske kontrol, og der må fortsat sammen med patienten tages stilling til, hvilken indsats der er brug for.

Ved aftale med patienten skal der, når tilstanden er stabil typisk som minimum foretages årskontroller med kontrol af relevante kliniske indikatorer, samt med patienten diskuteres om lidelsen giver behov for anden indsats i forhold til patientens samlede situation og velbefindende.

[Som klinisk vejledning](#) tages udgangspunkt i DSAMs vejledninger. I 2016 forventes en ny vejledning om hjertesygdom.

Desuden vil det være muligt at få klinisk råd og vejledning fra den initialt behandlende kardiologiske afdeling eller lokal kardiologisk afdeling telefonisk eller bedst via korrespondance meddelelse.

6.2 Sygehus

Den sygehusbaserede sundhedsfaglige indsats over for de kroniske hjertesygdomme bygger på evidensbaseret viden og tager udgangspunkt i gældende [national behandlingsvejledning fra Dansk Cardiologisk selskab](#) for udredning, behandling og rehabilitering af den specifikke hjertesygdom.

Behandlingen af de kroniske hjertesygdomme har for en del af sygdommene til formål at sikre bedst mulig symptomkontrol samt størst mulig prognostisk gevinst, da egentlig helbredelse af den grundlæggende sygdomsmekanisme ikke er mulig. Afhængigt af sygdommens karakter og sværhedsgrad foregår udredning og behandling under indlæggelse eller i ambulante forløb – for visse sygdommes vedkommende i ambulante pakkeforløb.

6.2.1 Udredning og behandling

Hvorvidt sygdommen bør udredes/behandles under indlæggelse eller ambulante, afgøres af den henvisende læge fra almen praksis eller sygehusambulatorium og er betinget af, hvor påvirket patienten er af sygdommen (smerte/åndenød/kredsløbspåvirkning) og den med sygdommen behæftede risiko for livstruende hjerterytmeforstyrrelse eller risiko for sværere følgevirkninger.

En række tilstande medfører altid indlæggelse:

- Mistanke om Akut Koronart Syndrom i form af brystmerter, åndenød eller almen påvirkning, med eller uden tilstedeværelse af EKG-forandringer
- Mistanke om betydende hjertesvigt, eks. i form af sværere åndenød og almen påvirkning
- Mistanke om betydende hjerteklapsygdom, f.eks. ved åndenød, almen påvirkning og mislyd ved hjertet – evt. ledsaget af feber
- Mistanke om betydende hjerterytmeforstyrrelse i form af langsom eller meget hurtig puls

Mistanke om akut myokardieinfarkt vil udløse telemedicinsk EKG-optagelse i ambulancen (tele-EKG) med transmission til højtspecialiseret hjertecenter med henblik på hurtig visitation. Ved klare tegn til stor blodprop i hjertet (STEMI) videresendes patienten akut til højt specialiseret afdeling med henblik på revaskulariserende behandling (PCI eller operation).

En række andre og mindre alarmerende symptomer kan efter indlæggende læges vurdering ligeledes udløse indlæggelse. Forudgående hjertesygdom er altid en skærpende omstændighed.

Patienter, der ikke skal til hjertecenter, indlægges på akutsygehus.

Det efterfølgende indlæggelsesforløb vil afhænge af diagnose og behandlingsbehov. En række forskellige scenarier kan forekomme:

- A) Kronisk hjertesygdom med akut behov for kateterbaseret eller operativ behandling påvises - Patienten overflyttes akut til højt specialiseret enhed (center) ved STEMI eller ustabil angina pectoris (UAP), der ikke kan stabiliseres. Tilbageflyttes til det lokale kardiologiske afsnit efter endt behandling til opfølgning og rehabilitering.
- B) Hjertesygdom med subakut behov for kateterbaseret behandling (NSTEMI, stabiliseret UAP) - Behandling iværksættes i henhold til gældende retningslinjer og patienten overflyttes subakut til regionsfunktionen på Roskilde sygehus med henblik på KAG/PCI indenfor 48 timer. Forløbstider er beskrevet i hjertepakke for NSTEMI, UAP.

For både A og B nedenfor gælder det, at når tilstanden tillader det, visiteres patienten til kardiologisk afsnit med henblik på færdigbehandling, ambulante opfølgning og rehabilitering.

- C) Kronisk hjertesygdom med behov for akut behandling påvises - Behandling iværksættes i henhold til gældende retningslinjer. Når tilstanden tillader det udskrives patienten til ambulante opfølgning og rehabilitering eller til almen praksis.
- D) Mistanke om akut behandlingskrævende hjertesygdom afkræftes, men yderligere kardiologisk udredning findes påkrævet. Patienten udskrives til ambulante udredning i kardiologisk regi ved, at der fremsendes en elektronisk korrespondance til det pågældende sygehus.
- E) Mistanke om kronisk hjertesygdom afkræftes - Patienten udskrives til opfølgning i almen praksis eller overgår ved mistanke om anden sygdom til udredning og behandling i andet regi.

For at kunne overholde forløbstider, som angivet af Sundhedsstyrelsen i beskrivelsen af hjertepakkeforløb (henvis til hjertesvigt/klap og stabil angina pectoris) skal al 'unødige' ventetid undgås.

6.2.2. Opfølgning

Opfølgning efter diagnostik og behandling af kronisk hjertesygdom beror på sygdommens karakter. En række sygdomme kontrolleres i regi af almen praksis, ligesom opfølgning på rehabiliteringsforløb og risikofaktorer i mange tilfælde varetages af almen praksis. Visse sygdomme kræver dog fortsat behandling og kontrol i sygehusregi:

- Iskæmisk hjertesygdom med behov for yderligere medicinsk optimering eller revaskularisering.

- Hjertesvigt med behov for tæt og specialiseret kontrolforløb i Hjertesvigtklinik.
- Hjerteklapsygdom med behov for ekkokardiografisk monitorering med henblik på eventuel senere operationsbehov.
- Opereret hjerteklapsygdom med henblik på ekkokardiografisk kontrol jf. gældende rekommandationer.

Kontrolhyppighed og –karakter er betinget af sygdommens karakter og fastlægges individuelt. Alle patienter med kronisk hjertesygdom bør dog kontrolleres mindst 1 gang årligt på sygehuset eller i almen praksis. Dette gælder ikke alle klappatienter.

Der skal være let adgang fra almen praksis til sygehusregi med henblik på en drøftelse af den enkelte patients behandling.

7. Rehabilitering

Anbefalinger om rehabilitering bygger på Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer (ref: NKR), og de faglige anbefalinger fra Dansk Cardiologisk Selskab (ref: holdningspapir for fysisk træning ved iskæmisk hjertesygdom og kronisk hjertereinsufficiens 2008 samt national behandlingsvejledning for hjerterehabilitering 2015).

Sygehuse, almen praksis og kommuner har fælles ansvar for hjerterehabiliteringen, der kan inddeles i 3 faser:

- Under indlæggelse (fase 1).
- Ambulant hjerterehabilitering i sygehus-regi eller i kommunalt regi (fase 2).
- Den sene opfølgings- og vedligeholdelsesfase i kommunalt regi (fase 3).

I praksis vil faserne overlappe hinanden.

Alle patienter bør tilbydes specialiseret rehabilitering i sygehusregi inden for 2 uger, og skal kontrolleres.

For patienter, som ikke kan eller ønsker forløb i sygehusregi, kan der såfremt det skønnes fagligt forsvarligt planlægges overordnet forløb i kommunalt regi. Denne vurdering indebærer en risikostratificering, og tovholderen er almen praksis.

Lavrisikopatienter forudsætter fuld revaskularisering, normal EF og fravær af betydende komorbiditet. Desuden forudsættes, at det kommunale tilbud gennemføres ud fra den samme kvalitetsstandard som anbefalet ved guidelines. Inden træning skal en maksimal-/symptomlimiteret arbejdstest være hændelsesfri, ved vurdering af en kardiolog.⁴

Det forudsættes, at der er sikker og let kommunikationsvej mellem kommune og sygehus.

Højrisikopatienter, som skal påbegynde træning i sygehusregi er fx:

- Ufuldstændigt revaskulariserede patienter med eller uden angina pectoris
- CABG-patienter

⁴ Afklaring af krav til arbejdstest udestår.

- Hjertesvigtpatienter
- Klapopererede patienter med eller uden hjertesvigt i den tidligere postoperative fase op til 8 uger
- Patienter med arytmiproblematik inkl. ICD (implanteret cardioverter-defibrillator)
- Patienter med betydende komorbiditet (eks. KOL, T2DM, depression, adipositas, arterial hypertension)

Såfremt træningen af højrisikopatienterne er foregået ukompliceret, kan træningen efter 6 uger fortsættes i kommunalt regi.

Der gennemføres afsluttende lægekontrol til vurdering af, om patienten har nået behandlingsmål.

Hvis en kommune ikke kan tilbyde hele eller dele af rehabiliteringsindsatsen, kan kommunen indgå en aftale med en nabokommune om optag af borgere på deres rehabiliteringstilbud.

Den kommunale rehabiliteringsindsats kan være relevant på alle stadierne og for alle stratificeringsgrupper. Indsatsen bør derfor gives, når borgeren er motiveret til at modtage den og ikke udelukkende tilbydes på diagnosetidspunktet.

Erfaring viser at patienter fravælger rehabilitering på sygehusene pga logistiske problemer fx geografi og transport. Derfor kan der være behov for at indgå et kompromis med de gældende guidelines. Dette kan medføre at patienter følger et rehabiliteringsforløb i kommunen.

7.1 Kontaktperson og kompetencer

Alle, som henvises til rehabilitering, skal tildeles en kontaktperson, som udarbejder en individuel tilrettelagt handlingsplan for rehabiliteringsforløbet. Det tværfaglige team, der står for rehabiliteringen, bør udover relevant sundhedsfaglig og anden specialviden, have sundhedspædagogiske kompetencer til at anvende en sundhedsfremmende tilgang. Teamet bør ydermere have fokus på at tilbyde patienten/borgeren psykosocial støtte til at mestre sin livssituation og opnå bedst mulig livskvalitet.

De sundhedspædagogiske kompetencer bør som minimum tilstræbes at svare til Region Sjællands sundhedspædagogiske uddannelse.

7.2 Sundhedspædagogisk indsats

Den sundhedspædagogiske tilgang har til formål at fremme patientens/borgerens handlekompetence, forstået som vilje og evne til at træffe sunde valg og til at tage ansvaret for eget liv. Handlekompetence fremmes gennem dialogbaseret individuel vejledning og holdundervisning med udgangspunkt i patientens/borgerens egne mål. Dette indebærer, at den sundhedsprofessionelle på den ene side formidler og fastholder, hvad der er evidens for, og på den anden side fastholder fokus på respekten for den enkelte patients/borgers autonomi.

Den sundhedspædagogiske tilgang bygger på en række kernebegreber, såsom patientens/borgerens aktive deltagelse og involvering. Herudover er fokus på et bredt og positivt sundhedsbegreb, der indbefatter både livsstil og levevilkår, handlekompetence og handling, viden samt det at se patienten/borgeren som en del af en kontekst i form af familie- og arbejdsliv.

Dialog, inddragelse, samt aktiv læring med træning og praktiske øvelser er således væsentlige elementer for, at patienten/borgeren opnår handlekompetence og styrket egenomsorg

7.3 Individuel tilpasset rehabiliteringsindsats

I den nationale kliniske retningslinje for hjerterehabilitering fra 2013 anbefales, at patienten/borgeren med iskæmisk hjertesygdom (AMI, angina pectoris, CABG og PCI) systematisk tilbydes en sammenhængende rehabiliteringsindsats bestående af sygdomsspecifik patientuddannelse, fysisk træning, psykosocial indsats og diætvejledning. Det anbefales eller anses for god praksis, at borgere med hjertesvigt og patienter som har fået foretaget hjerteklap-operation får samme tilbud. Indsatsen skal tilpasses den enkelte borger og kan således både være individuel og/eller gruppebaseret.

Indsatsen skal støtte patienten/borgeren i at flytte fokus fra sygdom til sundhed og fra patientrollen til borgerrollen. Patienten/borgeren skal have indflydelse på indholdet i forløbet og have mulighed for at opøve evnen til problemløsning samt styrke sine handlekompetencer, egenomsorg og troen på at kunne opnå et bestemt mål.

Uanset om patienten/borgeren følges i almen praksis eller på sygehuset, er udgangspunktet, at der løbende foregår en revurdering af stratificering, justering af behandling og behov for evt. tværfaglig intervention eller rehabiliteringstilbud.

8. Rehabilitering i sygehusregi

Patienterne og pårørende undervises individuelt/på hold.

Der undervises i emnerne: anatomi, fysiologi, sygdomsforståelse, virkning og bivirkninger af de forskellige præparater, forståelse af egen indsats, hjerterigtig kost, helbredsfordele ved rygestop og motion, motivation og barrierer, psykiske reaktioner, kronisk hjertesygdom og sex, alkohol og sociale forhold. Det er ligeledes vigtigt, at patienterne får mulighed for at tale forløbet igennem.

Undervisningen varetages af sundhedsfagligt personale med høj kompetence inden for kardiologi. Det vil være kardiologer, specialeuddannede sygeplejersker, autoriserede kliniske diætister, fysioterapeuter og socialrådgivere, sygehuspræst/psykolog m.fl.

Rygestop:

- Patienten informeres om tobakkens sundhedsskadelige virkninger, samt helbredsfordele ved rygeophør. Der vejledes kort; (VBA; Very brief advice) til rygestop, såfremt patienten er motiveret for dette.
- Der henvises til de kommunale tilbud med henblik på egentlige rygestopkurser.

Diætvejledning:

- Der gives diætvejledning i hjerterigtig kost, og patienten kan henvises til individuel diætvejledning hos autoriseret klinisk diætist efter behov.
- Den autoriserede kliniske diætist deltager ofte i gruppe tilbud.
- Patientens alkoholvaner afdækkes, og der vejledes efter sundhedsstyrelsens retningslinjer for alkoholindtag. Ved yderligere behov for intervention henvises til kommunale tilbud.

Specialiseret genoptræning:

- Genoptræningen tager afsæt i en individuel samtale, hvor forløbet planlægges med udgangspunkt i patientens behov.
- Patientens testes før og efter træning med henblik på stratificering og effektmål. Der anvendes standardiseret testprotokol for at sikre størst mulig validitet i effektmålingen på tværs af sektorer (sygehus/kommune)
- Genoptræningen foregår på hold og iværksættes på basis af en individuel genoptræningsplan, som er udarbejdet under ansvar af en kardiologisk speciallæge.
- Efter endt genoptræning tilbydes patienten en afsluttende samtale, hvor effekten af forløbet vurderes og hvor behovet for opfølgende tiltag afdækkes.
- Hjerteopererede opstarter træning 4-6 uger efter operation af hensyn til opheling af cikatrice.

Psykosocial støtte:

- Via samtaler med erfarne kardiologiske sygeplejersker, om muligt psykolog og eller sygehuspræst, håndteres problemområder som angst, søvn, træthed og rollen som hjertepatient.
- Der screenes for depression i forbindelse med den ambulante kontakt med sygehuset. Der anbefales anvendelse af et scoreskema HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)
- Almen praksis eller psykolog følger op på evt. behov for intervention.

8.1 Særlige forhold for patienter med hjertesvigt:

Alle sygehuse i Region Sjælland har etableret hjertesvigtssygeplejersker, som under ledelse af kardiologer og med specialuddannede hjertesvigtssygeplejersker varetager udredning og behandling af patienter med hjertesvigt. I hjertesvigtssygeplejersker ligger endvidere en væsentlig del af rehabiliteringen med patientinformation og –uddannelse, intervention over for risikofaktorer, psykosocial støtte samt støtte til livsstilsændringer.

Derudover undervises hjertesvigtspatienter særligt i opmærksomhed på væskebalance, vægtændringer og åndenød.

Specielt til hjerteinsufficienspatienter med komorbiditet samt NYHA II-IV er der ofte behov for individuel diætvejledning ved klinisk diætist.

8.2 Særlige forhold for hjerteopererede patienter:

I Danmark tilbydes rehabilitering til alle hjerteopererede patienter. Patienter, som er opereret for iskæmisk hjertesygdom, hjerteklapsygdomme eller anden ikke-iskæmisk hjertesygdom følger rehabiliteringstilbuddet for disse, dog med det forbehold, at fysisk træning først påbegyndes 4-6 uger efter operationen.

De øvrige behov for rehabilitering vurderes individuelt, men indbefatter altid en lægelig kontrol inkl. ekkokardiografi i forhold til retningslinje fra [Dansk Kardiologisk selskab](#).

9. Rehabilitering i kommunen

Ifølge Sundhedslovens § 119 er det kommunernes ansvar at skabe rammer for en sund levevis. Kommunerne skal etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud (borgerrettet

forebyggelse), samt i samarbejde med regionerne, forestå den patientrettede forebyggelse, der finder sted uden for sygehuse og almen praksis. Dette understøttes i Sundhedsaftalen 2015-2018, hvor det understreges, at alle borgere med behov herfor, skal tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet.

9.1 Indledende og afsluttende samtale

For at sikre en individualiseret indsats, bør det kommunale rehabiliteringstilbud tage afsæt i en individuel samtale, hvor forløbet planlægges med udgangspunkt i borgerens behov og ønsker. Pårørende kan inddrages i dele af forløbet i det omfang borgerne ønsker det. Efter endt rehabiliteringsforløb tilbydes borgeren en afsluttende samtale, hvor effekten af forløbet vurderes og hvor behovet for opfølgende tiltag afdækkes.

9.2 Den rehabiliterende indsats kan indeholde følgende elementer

Patientuddannelse:

- At udvikle handlekompetencer, autonomi og livskvalitet i forhold til egen sundhed og hverdagsliv
- At mestre sygdommen på det fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle plan
- At øge kendskab til sygdommens karakter og effekten af forebyggelse og rehabilitering
- At kunne håndtere forværringer af sygdom

Diæt- og kostvejledning:

- At få forståelse for kostens og drikkevarers (herunder alkohol) betydning for hjertesygdom
- At få konkrete redskaber til at håndtere indkøb og madlavning i hverdagen
- At få støtte i at vedligeholde opnåede kostændringer

Fysisk træning:

- At øge kondition, styrke og udholdenhed.
- At forbedre funktionsevnen
- At få positiv erfaring med og opnå tryghed ved at udfører forskellige typer af fysisk træning
- At få støtte i at integrere og fastholde fysisk aktivitet som en naturlig del af hverdagen
- At få viden om fysisk aktivitet som middel til behandling og forebyggelse af komplikationer ved hjertesygdom
- At få kendskab og støtte til at afprøve lokale motionstilbud i kommunen

Rygestop:

- At spørge systematisk ind til rygestatus og henvise til rygestop eksempelvis via VBA
- At rygestoprådgiver via samtale styrker borgerens motivation for rygestop
- At tilbyde borgeren individuel eller gruppebaseret rådgivning som en del af hjerterehabileringen

Seksualitet:

- At emnet seksualitet indgår som en fast del af hjerterehabiliteringen gerne med inddragelse af partner

Palliation:

- At palliativ indsats er et tilbud til alle patienter/borgere med en livstruende sygdom uanset hvor i sygdomsforløbet, de befinder sig. Indsatsen retter sig mod fysiske, psykiske, eksistentielle og sociale problemer.
- For yderligere uddybning henvises til Sundhedsaftalen 2015-18, den palliative indsats.

Arbejdsfastholdelse:

- At afdække tilknytning til arbejdsmarkedet og blive støttet i at vende tilbage til arbejde/uddannelse
- At fastholde job/uddannelse

Psykosocial indsats:

- Der screenes for depression
- Der kan eksempelvis anvendes et scoreskema HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

10. Efterforløb og vidensdeling

Det tværsektorielle samarbejde skal være smidigt, således at patienten/borgeren oplever sammenhæng og kontinuitet.

Det er vigtigt, at der udvikles relevante og kvalificerede tilbud, der supplerer hinanden på tværs af sektorerne. Tilbud der med afsæt i patientens/borgerens ressourcer, behov samt motivation medfører, at patienten/borgeren bliver mere handlekompetent og tager ansvar. Det er vigtigt, at involverede sundhedsprofessionelle møder patienten/borgeren anerkendende og involverende og er bevidste om de enkelte tilbud.

Vidensdeling på tværs af sektorer i forhold til fortsat udvikling af tilbud til patient/borger med hjertesygdom bør være forankret i KSS (Kommunale samarbejdsfora for somatik).

I samarbejde med borgeren udarbejdes, efter endt rehabiliteringsforløb, en kort epikrise/statusnotat til praktiserende læge, der beskriver hvilken støtte borgeren fremadrettet har brug for, og hvilke indsatsområder og mål, der arbejdes med. Desuden kan man med fordel orientere borgeren om tilbud fra frivillige organisationer, fx Hjerteforeningen, selvhjælpsgrupper, frivilligcenter og idrætsforeninger.

11. Implementering, monitorering og revision af forløbsprogrammet

Forløbsprogrammerne revideres som udgangspunkt hvert fjerde år som følge af vedtagelsen af en ny sundhedsaftale og godkendes efterfølgende i Sundhedskoordinationsudvalget.

11. 1 Implementering og opfølgning

Forløbsprogrammet er tænkt som et anvendelsesorienteret værktøj, der skal understøtte fagpersoners hverdag. En effektiv implementering af forløbsprogrammet kræver, at samarbejdspartnerne forholder sig til forløbsprogrammet og afsætter de nødvendige ressourcer til implementeringsarbejdet. Anvendelsen af programmet kræver, at parterne har den nødvendige kapacitet og besidder de rette kompetencer, så forløbsprogrammets hensigter og organisatoriske principper omsættes i praksis. Endeligt er det vigtigt, at parterne løbende arbejder sammen om at udvikle og afprøve nye tilbud, som tilgodeser patienter/borgere og pårørendes behov, og som er baseret på evidens eller best practice.

Implementeringen af forløbsprogrammet er forankret i Sundhedsaftalens samarbejdsorganisation, hvor Det tværgående samarbejdsforum for somatik (TSS) er ansvarlig for den fælles implementering, herunder udarbejdelse af en fælles plan for implementering af forløbsprogrammet i hele regionen og opfølgning på planen.

Planen omfatter som minimum en tidsplan for kommunikationsaktiviteter, fælles kompetenceudvikling og andre understøttende aktiviteter samt inddragelse af andre nødvendige aktører, her særligt de kommunale samarbejdsfora for somatik (KSSer). Den ansvarlige aktør for den enkelte aktivitet fremgår endvidere af planen. TSS skal sikre, at der afsættes ressourcer til at gennemføre den fælles implementeringsplan. Planen lægges frem sammen med forløbsprogrammet, når dette sendes til godkendelse. Planen er dynamisk og fremgår af [bilag 2](#). TSS behandler én gang årligt status på implementering af forløbsprogrammet.

I det enkelte KSS aftales eventuelle fælles lokale implementeringsaktiviteter og opfølgning herpå. Det enkelte sygehus, den enkelte kommune og praksis er ansvarlig for implementering inden for egen organisation, herunder at der er de nødvendige ressourcer til indsatsen. Der kan med fordel udarbejdes selvstændige implementeringsplaner for den enkelte organisation, der viser, hvordan man lokalt lever op til de fælles aftaler – tværgående som lokale.

Målet er, at forløbsprogrammet er implementeret inden for det første år efter vedtagelsen i Sundhedskoordinationsudvalget. Det betyder, at alle indledende kommunikationsaktiviteter er gennemført, og at eventuelle kompetenceudviklingstiltag er igangsat.

Der er afsat midler i Region Sjællands tværsektorielle pulje til at understøtte implementeringen af det reviderede program. Dertil kan der ansøges om yderligere midler, fx til tværsektoriel kompetenceudvikling.

11. 2 Monitorering af forløbsprogrammet

Der er frem til næste hovedrevision af forløbsprogrammet særligt fokus på at udvikle en fælles tilgang til monitorering af kvalitet med indikatorer for effekten af forløbsprogrammet. Der skal udpeges op til seks indikatorer inden for følgende tre kvalitetsdimensioner:

- Den organisatoriske kvalitet, der fx siger noget om kapacitet, sammenhæng, flow, økonomi og rammer for arbejdet.
- Den kliniske/faglige kvalitet, som omhandler de sundhedsfaglige kerneydelser; diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse.

- Den borgeroplevede kvalitet, der bl.a. omfatter borgerens tilfredshed med kontakten med sundhedsvæsenet og patientens vurdering af eget helbred som følge af kontakten.

Dimensionerne skal ses i en helhed – ikke isoleret. Metoderne til at monitorere kan være såvel kvantitative som kvalitative. Der er fokus på at anvende flest mulige eksisterende data samt på at eventuelle data vedrørende den kliniske/faglige kvalitet skal basere sig på registreringer, der er en del af arbejdsgangene. Klinikere og frontpersonale skal ikke registrere data, der alene skal anvendes til monitorering af programmet. Patientuddannelse er undtaget fra den specifikke monitoreringsopgave for forløbsprogrammet. Der er under sundhedsaftalen nedsat en gruppe med særligt fokus på dette felt, nemlig Den koordinerende enhed for patientuddannelser.

Målgruppen for resultaterne af monitoreringen af forløbsprogrammet er TSS og de enkelte KSSer, der skal bruge monitoreringsresultaterne til at drøfte samarbejdet om at sikre sammenhængende patientforløb samt opgavefordeling og kapacitet ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv, jf. LEON-princippet (laveste effektive omkostningsniveau).

Der nedsættes som følge af revisionsarbejdet en følgegruppe, der varetager monitoreringen af forløbsprogrammet. Rammer og indhold for gruppens arbejde beskrives i et selvstændigt kommissorium, der godkendes af TSS.

Arbejdsgruppen vedrørende revision af forløbsprogrammet har foreslået en række indikatorer for monitorering af forløbsprogrammet. Følgegruppen tager forslaget til indikatorer med i sit arbejde. Indikatorer til forløbsprogrammet fremgår af [bilag 3](#).

11.3 Evaluering og revision af forløbsprogrammet

Hovedrevisionen af forløbsprogrammet finder sted som følge af en ny sundhedsaftale. Programmet kan dog løbende justeres administrativt, så længe der ikke er tale om opgaveflytning mellem sektorerne.

Vurdering af behovet for justering sker årligt for at sikre at ny faglig viden og organisatoriske forandringer er med i programmet. Det skal bl.a. sikres, at forløbsprogrammet fortsat lever op til nationale retningslinjer.

Både hovedrevisionen af forløbsprogrammet og den løbende justering finder sted på grundlag af en løbende monitorering af forløbsprogrammet.

Justeringerne godkendes af TSS efter inddragelse af relevante parter. TSS skal i den forbindelse vurdere behovet for eventuelle aktiviteter som følge af en justering. Justeringerne i forløbsprogrammet kommunikeres gennem [Sundhedsaftalens samarbejdsorganisation](#).

De enkelte medlemmer af TSS har ansvar for at gøre opmærksom på, hvis der undervejs opstår behov for justeringer af forløbsprogrammet.

Vurdering af behov for justering samt forslag til konkrete ændringer i forløbsprogrammet foretages af TSS ud fra indstilling fra den faglige følgegruppe for forløbsprogrammet. Rammer og indhold for gruppens arbejde beskrives i et selvstændigt kommissorium, der godkendes af TSS.

Bilag 1

Medlemmer for Forløbsprogram for kroniske hjertesygdomme

Projektleder

Susanne Dorthe Nielsen

Afdelingssygeplejerske, med. amb.

Næstved Sygehus, Medicin 2 NSR

Gruppemedlemmer

Birgitte Blume

Fysioterapeut, fys. afd.

Sjællands Universitetshospital - Roskilde

Christina Olofsson Sørensen

Sundhedskonsulent

Roskilde Kommune

Dorthe Berthelsen

Fysioterapeut

Guldborgsund Kommune

Helle Buck Nielsen

Hjertesvigtssygeplejerske, med amb

Næstved Sygehus, Medicin 2 NSR

Henrik Ryde

Specialeansvarlig overlæge i kardiologi

Slagelse Sygehus, Medicin 2 NSR

Johan Reventlow

Praktiserende læge, PLO

Slagelse

Kristina Jensen

Gruppeleder

Lejre Kommune

Lars Juel Andersen

Overlæge i kardiologi

Sjællands Universitetshospital - Roskilde

Mette L Sennenvald Darholt

Klinisk diætist, med. Amb.

Næstved Sygehus, Medicin 2 NSR

Vibeke Bastrup

Sundhedskonsulent

Faxe Kommune

Projektsekretær

Majbritt Holm Hansen

Afdelingsledelsessekretær

Slagelse Sygehus, Medicin 2 NSR

Bilag 2 – Implementeringsplan 2016-2018⁵

Ansvarlig: Det tværgående samarbejdsforum for somatik (TSS) som udvalg stiller de selvstændige virksomheder ansvarlige.

Planen er koordineret med implementeringsplanerne for de tre øvrige reviderede forløbsprogrammer under TSS.

Økonomi: Der er afsat 100.000 kr. i Den tværsektorielle pulje i Region Sjællands Budget 2016 til revision af forløbsprogrammet. Midlerne er bl.a. afsat til afholdelse af aktiviteter, til informationsmateriale samt til eventuel deltagelse i aktiviteter fra praksissektor. Derudover er det den ansvarlige for den enkelte aktivitet, der ved behov sikrer yderligere midler til aktiviteten, fx i form af puljeansøgninger, egenfinansiering af personaleddeltagelse mv.

Aktivitet	Indhold	Ansvarlig	Start
Formidling af selve programmet	Layout, format mv. for digital udgave af forløbsprogrammet, herunder interaktivt flowchart som indgang til programmet samt opdatering af hjemmeside. Vurdering af behov særlige produkter, fx pixi-udgaver.	TSS (KU Sund)	2. kvartal 2016
Særligt kommunikationsspor for praksissektor	Fokus på særlige behov for implementeringsaktiviteter og/eller kommunikationsprodukter. I samarbejde med bl.a. Primær Sundhed og KAP-S.	TSS (KU Sund)	2. kvartal 2016
Kick Off i TSS	<ul style="list-style-type: none">• Præsentation af digital udgave.• Vurdering af behov justering af implementeringsplan.• Beslutning om rammer og indhold for faglige følgegrupper til hvert forløbsprogram, herunder eventuel igangsættelse af udpegninger.	TSS	3. kvartal 2016

⁵ Tilpasses beslutningsprocessen

Aktivitet	Indhold	Ansvarlig	Start
Dialogmøder med KSSer	<p>Møder med de 4 Kommunale Samarbejdsfora for Somatik (KSSer): Holbæk, Nykøbing F, Næstved-Slagelse-Ringsted og Roskilde-Køge.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drøftelse af det lokale ansvar for implementering af det reviderede forløbsprogram. • Drøftelse af behovet for eventuel central understøttelse til lokale, fælles eller interne implementeringsaktiviteter. • Drøftelse af afholdelse af temadag for de fire forløbsprogrammer (se selvstændigt punkt herom). • Udpegning af lokal tovholder. 	TSS	3./4. kvartal 2016
Lokale implementeringsplaner	<ul style="list-style-type: none"> • Aftale eventuelle fælles aktiviteter på tværs af sektorer, herunder behov for tværsektoriel kompetenceudvikling. • Vurdering af behov for eventuelle lokale følgegrupper. • Aftale om, hvornår den enkelte kommune og det enkelte sygehus har implementeret programmet. • Tidspunkter for status til TSS. <p>Planen sendes til TSS til orientering.</p>	KSSer	3./4. kvartal 2016
Temadage i KSSer	<p>Temadag i hvert KSS. Dagene er som udgangspunkt halve dage. Dagene afholdes fælles for de fire programmer og i samarbejde mellem TSS og det enkelte KSS. Programmet kan bl.a. indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fælles intro til de fire programmer: Hvad er nyt? • Et fælles fagligt indlæg. • Workshops om tværsektoriel kommunikation, fx quick learn om henvisninger. • Workshops rettet mod det enkelt program: Hvilke konkrete ændringer er der og hvordan håndteres de? 	TSS / KSS	4. kvartal 2016 / 1. kvartal 2017
Særligt fokus for dette forløbsprogram	<p>Arbejdsdelingen omkring Fase 2: Der bør tilrettelægges en særlig indsats med fokus på, at forudsætningerne for arbejdsdelingen er på plads.</p>	TSS	4. kvartal 2016
Status på implementering	<p>Årlig status på implementeringen af forløbsprogrammet</p>	TSS	Ultimo året

Aktivitet	Indhold	Ansvarlig	Start
Revision af forløbsprogram	Årlig vurdering af behov for revision af forløbsprogram	TSS	Ultimo året

Bilag 3 - indikatorer⁶

Sektor	Type	Indikator
Sygehus	Organisatorisk og faglig kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, identificeret med hjertesygdom svarende til forløbsprogrammets målgruppe registreres i RKKP/hjertesvigt og DHRD • Ventetider fra henvisning til kontrol/konsultation på sygehuset.
	Patientoplevet kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Patientoplevet kvalitet. <p>Data indhentes via LUP (Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed).</p>
Sektor	Type	Indikator
Praksis	Organisatorisk kvalitet	<p>Det er ikke p.t. muligt lovligt at indhente patientdata via praksissystemerne. Der er derfor ikke opstillet indikatorer.</p>
	Faglig kvalitet	
	Patientoplevet kvalitet	
Sektor	Type	Indikator
Kommune	Organisatorisk kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Andelen af borgere, identificeret med hjertesygdomme, der er henvist fra praktiserende læge til kommunal rehabilitering. • Andelen af borgere, identificeret med hjertesygdomme, der er henvist fra sygehus til kommunal rehabilitering • Andelen af borgere, identificeret med hjertesygdomme, modtaget til kommunal rehabilitering som selvhenvendere. <p>Data indhentes via kommunernes eget dokumentationssystem.</p>
	Faglig kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Andelen af borgere, der får vurderet træningseffekten ved gennemførelse af valideret fysisk test ved start og afslutning af det fysiske træningsforløb i kommunen.

⁶ Forslag – Videreudvikles i de faglige følgegrupper.

		<p>Data indhentes via kommunernes egen dokumentationssystem.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andelen af borgere, også fra sygehus til kommune identificeret med hjertesygdomme, der efter afsluttet rehabilitering i kommunen får fremsendt statusnotat til praktiserende læge. <p>Data indhentes via kommunernes eget dokumentationssystem.</p>
	Borgeroplevet kvalitet	Der anvendes blandt kommunerne ikke et fælles redskab til måling af borgeroplevet kvalitet, hvorfor der ikke kan opstilles en fælles indikator.
Sektor	Type	Indikator
Region Sjælland	Organisatorisk kvalitet	Registrering af brug af den digitale udgave af forløbsprogrammet