

# National workshop for hjerterehabilitering i Nyborg 2/11-2023: Workshoprapport, resume, diskussionspunkter og anbefalinger.

---

***Workshoppen var arrangeret på initiativ og arrangement af kardiolog Ann Bovin, som et privat initieret tiltag for at fremme det tværsektorielle samarbejde om implementeringen af endorsede guidelines.***

***Ann Bovin er National CVD Prevention Coordinator for European Association of Preventive Cardiology, deltager i endorsement af ESC Guidelines, bestyrelsesmedlem i Dansk Cardiologisk Selskab, mv.***

***Der er således ikke nogen organisation bag, men der er ansøgt og ydet økonomisk støtte fra Dansk Cardiologisk Selskab, som dermed er hovedsponsor for workshoppen. Endvidere er der ydet organisatoriske bidrag fra Repha, Hjerteforeningen og RKKP. Der er ingen industriinteresser eller -bidrag. Alle oplægsholdere har været ulønnede.***

***Workshoppen havde skiftevis faglige oplæg i plenum og regionsvis opgavebaseret gruppearbejde samt diskussion i plenum. Patientrepræsentanterne var ordstyrere for gruppearbejdet. Diskussionerne i plenum var styret af moderator.***

***På workshoppen deltog:*****40 deltagere fordelt på:****24 delegerede deltagere fordelt på de 5 regioner og udpeget af henholdsvis:**

**Danske Regioner:** Jens Refsgaard, Ann-Dorthe Zwisler Olsen, Malene Hollingdal, Ida Ransby Schneider, Pernille Villumsen, Hanne Rasmusen, Lars Juel Andersen.

**Kommunernes Landsforening:** Charlotte Glümer, Lene Baier, Jakob Sejersdahl Kirkegaard, Anne Birkedal Nielsen,

**Danske Sygeplejersker FS K&T:** Tove Bønkel Hanghøj, Lone Brauner Bjerregaard, Annette Inge Pedersen, Gry Terp Petersen.

**Dansk Cardiologisk Selskab:** Helle Kanstrup, Kristian Korsgaard Thomsen, Hanne Rasmusen, Lars Juel Andersen.

**Dansk Selskab for Almen Medicin:** Henrik Prinds Rasmussen, Bo Gerdes.

**Hjerteforeningen (patientrepræsentanter):** Lene Hammer Christensen, Bjarne Rose Hjortbak, Michael Schmidt Nielsen, Jan Lund, Henrik Brockdorff Jensen.

**8 oplægsholdere:** Ann Bovin, Gunnar Gislason, Henrik Prinds Rasmussen, Helena Dominguez, Michael Hecht Olsen, Merete Heitmann, Charlotte Glümer, Ane Mette Zander Olsen. (Afbud fra 2 oplægsholdere: Anne Kaltoft, Anne Kathrine Skibelund).

**3 observatører almen praksis (ikke delegeret af DSAM):** Simon Nyvang Mariussen, Anne Ulsø, Jenny Fabricius A Gadeberg.

**3 observatører fra Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram:** Anne Nakano Jensen, Anders Møller Schlüsen, Charlotte Cerqueira

**Moderator & facilitator:** Lone Curtis, Anne Vedel Lauridsen.

## Formålet med dette dokument fra workshoppen er:

---

- Deling af faglig viden til personale på sygehuse, i kommuner og almen praksis, der i det daglige arbejder med hjerterehabilitering sammen med patienterne
- At skabe opmærksomhed om de elementer i hjerterehabiliteringen, som kræver et særligt tværsektorielt samarbejde at løfte
- At inspirere til tværsektorielle samarbejdsmodeller
- Læring på tværs i regioner, og på tværs af regioner
- Opmærksomhed på udfordringer, der skal løftes hhv nationalt, regionalt, i klynger og lokalt
- At bringe den viden, som blev skabt og kortlagt på workshoppen, ind i de fora, selskaber, foreninger og fællesskaber, som hver deltager repræsenterer
- At bidrage til at skabe fokus på de områder, der har behov for særlig prioritering

# Session 1. Hvordan arbejder vi med kvalitet i hjerterehabilitering?

---

## Oplæg:

**Gunnar Gislason, Ann Bovin, Charlotte Glümer, Henrik Prinds Rasmussen**

## Headlines.

Kvalitetsdata bruges i vid udstrækning på sygehusene, i kommunerne og i almen praksis. Men:

- Vi deler ikke data.
- Vi gør det forskelligt.
- Hvis vi ikke bruger vores data og arbejder med data, giver alt kvalitetsarbejdet ikke mening.

## Patientperspektiv.

Der er brug for mere sammenhæng i forløbet på tværs af sektorer, der er brug for at kunne se data på tværs, og der er behov for mere sammenhæng i forløbene for patienter med flere kroniske sygdomme, for at alle skal kunne få en samlet indsats. Hjerteforeningen lagde vægt på behovet for et individualiseret tilbud og bekæmpe den sociale ulighed. Ikke alle har behov for den samme hjælp. Ofte er det patienter med størst behov for rehabilitering, der ikke får det. Det kan der dels tages højde for

ved strukturer, der imødegår social ulighed, dels ved at tage udgangspunkt i den enkeltes behov og ressourcer og individualisere støtte.

### Sygehuse.

Data indsamles til Dansk Hjerterehabileringsdatabase nationalt på 10. år, der samles data fra alle landets sygehuse.

En undersøgelse fra et sygehus af årsagerne til ikke-deltagelse har afsløret væsentlige udfordringer med definitionen af patientpopulationen og dataindberetning, som har været arbejdstung og tidskrævende (manuel) siden 2012.

Det har ført til en komplet omlægning af databasens datakilder fra 2023 til automatisk datafangst fra registre, som dog fordrer mere konsekvent brug af diagnoser og procedurer i daglig klinisk praksis for korrekt registrering i LPR3.

En anden undersøgelse med journalgennemgang gennem 1 år på et sygehus har vist, at det store frafald, som databasen har haft igennem 10 år, ikke nødvendigvis dækker over det, som vi tror, vi måler på. Det viste sig, at en del ikke blev registreret ved opfølgning med påkrævet dataindberetning, da denne har været arbejdstung og tidskrævende (manuel) siden 2012. En del ventede ud over de 6 måneder, som er et defineret tidsvindue i databasen, og disse fremgik derfor som frafald, men dækkede i virkeligheden over meget lang (for lang) ventetid på behandlingen. Man fandt også overraskende tværsektorielle udfordringer i kommunikationen om forløbene på tværs mellem sygehuse og kommuner, som gav anledning til at ca. 1/5 patienter blev tabt og faldt ud af forløbet og aldrig blev indkaldt til færdigbehandling eller overdraget formelt til egen læge.

Dette stresser den pointe, at vi alle sammen skal gå hjem og dykke ned i vores egne data lokalt, når vi ikke opfylder indikatorerne, for at se hvorfor. Hvis vi ikke ved, hvorfor patienterne ikke er i datasættet, må vi bruge de gode kvalitetsdata og muligheder vi har til at dykke ned og finde ud af, om der er systemfejl eller organisatoriske udfordringer, der skal løses, om det

er indberetningssvigt, eller for lange ventetider, eller om det faktisk er behandlingskvaliteten, der er udfordret. Da organiseringen er ret forskellig, og udfald på indikatorerne ikke fortæller noget om årsagerne til udfald, er man nødt til at kigge nærmere på egne data i egen sektor og på eget sygehus, og der opfordres til at bruge egne løbende returdata i dette arbejde.

### Kommuner.

Kommunerne arbejder også med individualiseret tilgang og tilrettelæggelse af de individualiserede forløb. Der arbejdes med data i KIK, Kvalitet i Kommunerne, hvor 34% af kommunerne anvender data til kvalitetsudvikling i høj eller meget høj grad, mens 52% anvender data i nogen grad, 12% anvender kun kvalitetsdata i mindre grad, og kun 1% anvender dem slet ikke.

Man har implementeret Kommunal PRO i den nationale infrastruktur, og det hilses velkommen.

Der arbejdes fortsat på at få resten af landets kommuner sat op med et system, der kan indberette data til DHRD, og derefter at kunne levere disse data automatisk via de kommunale sundhedssystemer, for på sigt at minimere det manuelle indtastningsarbejde til en parallel database. Men det tager tid.

Imidlertid er databasens kvalitetsindikatorer ikke særligt værdifulde i kontekst af at sige noget fornuftigt om den samlede kvalitet af behandlingen set fra patientens perspektiv, hvis data ikke går på tværs og inkluderer alle delelementer, idet brudstykker af delforløb fra enkelte sektorer ikke har relevans for en samlet kvalitetsvurdering af indsatserne i rehabiliteringen. Det sammenhængende sundhedsvæsen går her på tværs og leverer tilsammen en indsats, der skal vurderes samlet, og hvis kvaliteten ikke er tilstrækkelig høj, må man herefter kigge på delelementer for at finde årsagerne.

### Almen praksis.

Almen praksis har udrullet Hjerteforløbsplanerne med et stort set-up med klyngepakker til kvalitetsarbejde efter en færdig model. Der er gode erfaringer fra de fleste klynger, og arbejdet med kvalitetsdata bliver langsomt bedre implementeret over tid. I dag bruger 60% af de alment praktiserende læger Hjerteforløbsplanerne, og yderligere 20% bruger dem delvist. Data fra Hjerteforløbsplanerne i almen praksis kan deles med RKKP og kan indgå i RKKP databasen, så vi kan få et komplet tværsektorielt overblik over kvaliteten af indsatserne i det samlede tværsektorielle forløb, og denne dataoverførsel og datasamkøring er essentiel for at opnå et komplet billede af den samlede behandlingskvalitet. Der er endnu ikke opsat en fast dataleverance fra PLSP til RKKP, og vi rykker for at få et nummer i køen til start af denne leverance.

### Diskussioner i grupperne:

#### Region Sjælland:

Vi har implementeret et fælles forløbsprogram regionalt, men vi gør det alligevel forskelligt. Der er store forskelligheder i tilbuddene indenfor både kommunerne, sygehusene og almen praksis. Vi gør det ikke ens.

Det er også svært at dele data på tværs. Og 7-8 kommuner kan endnu slet ikke indrapportere data til DHRD.

### Region Nord:

Datadeling mellem sektorerne mangler fortsat, og data har ikke været retvisende. Der er håb om at data bliver mere retvisende med den nye database fra 2023.

Der er ingen datadeling på tværs, og kvaliteten i overleveringen mellem sygehusene og tværsektorielt er ikke optimal.

Der mangler repræsentation fra både Danske Regioner, fra kardiologerne og fra de alment praktiserende læger i Region Nord gruppen på workshoppen; dette er den eneste region på workshoppen, hvor det ikke lykkedes at stille op med lægerepræsentation til gruppen. Mon det afspejler arbejdspress eller engagement? Her er i hvert fald et betydeligt forbedringspotentiale (deltagelse eller engagement).

### Region Syd:

Der er betydelige geografiske forskelle på organisationen i regionen, også tværsektorielt.

Data bliver generelt brugt, og bruges også i fællesskab mellem sygehusene og kommunerne.

Fx mødes OUH med kommunerne hver 2. uge, mens SLB mødes med kommunerne online hver måned.

Der er en generel holdning i regionen til at specialisterne skal tage sig af risikofaktorerne og behandle dem i mål.

Der udtrykkes et ønske om at skrive det vigtigste først i kommunikationen/epikrisen til almen praksis, da vigtige opfølgingspunkter let kan blive overset længere nede i teksten.



### Region Midt:

Fokus på sektor samarbejdet – det fungerer, man vil gerne fastholde det, og udbygge samarbejdet.

Klyngesamarbejdet er også mere formaliseret mellem kommuner og sygehuse i denne region – man bruger kvalitetsdata til læring på tværs – man sidder ved samme bord og drøfter data. Men man er i tvivl om validiteten af data.

Man mødes både tværsektorielt på ledelsesplan og på medarbejder niveau – og det giver mening.

Samarbejdsformen gav inspiration til workshoppen og er et godt eksempel på et frugtbart tværsektorielt samarbejde.

### Region Hovedstaden:

Her har man også implementeret en fælles model, men igen med lidt forskelligt indhold. Alle aktører arbejder med kvalitetsdata i Region Hovedstaden. Sygehusene og kommunerne holder faste månedlige møder.

Der bruges også tavlemøder i kommunerne, og der arbejdes med kommunal PRO.

Det bemærkes, at individuelle forløb er svære at monitorere i statistikker og kvalitetsdata. Og der lægges vægt på den enkelte patients egne mål og forståelse af individuel livskvalitet, som statistikkerne ikke tager højde for.

Der udtrykkes et behov for ensartede modeller på tværs af geografi og sektorer indenfor IT, data og organisering.

**Fælles hovedpunkter:**

Kvalitetsdata bruges i vid udstrækning på sygehusene, i kommunerne og i almen praksis, men bruges ikke af alle.

Hvis vi ikke bruger vores data og arbejder med dem, giver kvalitetsarbejdet ikke mening. Data skal bruges, og det vil helt sikkert hjælpe, når vi får løbende data og bedre grafiske visninger af data på tværs af sektorer at arbejde med.

Almen praksis har lavet et forbilledligt datakvalitetsarbejde indenfor datastøttet kvalitetsudvikling i almen praksis; Hjerteforløbsplanerne, som 60% af de praktiserende læger allerede nu anvender, og 20% delvist anvender. Det går fremad med implementeringen af Hjerteforløbsplanerne og arbejdet med kvalitetsdata i klyngesamarbejdet.

Men vi deler ikke data. Samkøring af data på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner er kun så småt på vej. Det er helt nødvendigt for at kunne vurdere kvaliteten af hele behandlingsforløbet, som er stykket sammen af mange delelementer på tværs i tråd med det nære sundhedsvæsen! Samkøring kræves for at vurdere den samlede kvalitet, også set fra et patientperspektiv.

Vi gør det forskelligt. Selv om vi implementerer præcis de samme guidelines, så laver vi fem forskellige regionale forløbsprogrammer og en vifte af forskellige lokale modeller og samarbejdsaftaler. Og vi har forskellige IT systemer på tværs af regioner og sektorer.

Det giver store udfordringer, og derfor må kvalitetsarbejde og kvalitetssamarbejde også etableres på tværs lokalt.

*Gode eksempler:*

Samarbejde om gode henvisninger, etablering af faste møder på tværs på tværs af sektorer, mv. (fx Region Midt og Syd).

Ændring af databasen til automatiske data fra sygehusene letter arbejdsbyrden, og giver forhåbentlig bedre dækkende og mere præcise data. Men det fordrer en konsekvent kodning af diagnoser og procedurer på sygehusene.

Der er fortsat arbejdstung indberetning fra kommunerne – og der mangler stadig mange kommunale data i DHRD.

Det er et fokusområde, og man må drøfte, hvad man skal gøre i de kommuner, der ikke leverer data til DHRD.

Det bemærkes også, at der også er forskellige kompetencer og forskellige tilbud i forskellige kommuner.

Der er behov for en ny strukturrapport med en kortlægning af rehabiliteringsindsatserne i hele Danmark.

En forløber for en kommende strukturrapport følger her som bilag.

## Session 2. Hvordan optimeres behandling af arteriel hypertension, og hvad kan digital health bidrage med.

---

### Oplæg:

Michael Hecht Olsen, Henrik Prinds Rasmussen, Helena Dominguez

### Headlines.

Forskellig organisering af indsatserne regionalt og lokalt udfordrer elementer, som fx optimering af blodtryksmedicin, hvor det er forskelligt, hvem der varetager indsatsen, og god kommunikation om opfølgning og samarbejde på tværs mellem sygehuse og almen praksis er essentiel. Digital health rummer potentiale i opfølgningen til ressourcestærke.

### Sygehuse.

Reduktion af systolisk blodtryk med blot 5 mmHg reducerer risikoen for et nyt CVD event med 10% i relativ risiko, og denne risikoreduktion er lineær ned til 120 mmHg. Dette understreger, at man med fordel kan stille mod et hjemme BT tættere på 120/70 end 130/80, hvilket stadigvæk er i overensstemmelse med nuværende guidelines, som anbefaler et hjemme BT mellem 120-130/70-80 mmHg hos patienter med kendt hjertekarsygdom - særligt hos patienter uden bivirkninger og med samtidigt væsentligt forebyggelsespotentiale som fx høj risiko for recidiv eller forventeligt mange år i risiko (yngre patienter).

### Almen praksis.

Der er udarbejdet klyngepakker for arteriel hypertension i praksis, og der arbejdes med disse kvalitetsdata i nogle klynger.

I almen praksis er hypertension ofte kun en del af patienternes udfordringer, mange har flere kroniske sygdomme, og der er behov for en bredere tilgang, og for at tage udgangspunkt i patientens livskvalitet. Hjerteforløbsplanerne giver et godt overblik og er et arbejdsredskab for almen praksis til at skabe overblik over både patientens risikofaktorer og populationen i praksis.

### Digital health.

Samblik er et nyt tværsektorielt patientoverblik for diabetespatienter, som allerede er implementeret.

På Bispebjerg-Frederiksberg Hospital anvender man chatbeskeder direkte i SP fra fx egen læge eller patient, det er en nem og hurtig måde at skrive et svar direkte på, fremfor at skulle diktere en korrespondance og oprette et forløb.

Der anvendes virtuelle konsultationer (video, telefon eller meddelelse), og ofte skrives blot direkte til patienten via SP. Der er gode erfaringer med chat meddelelser til at erstatte en konsultation, hvor patienten og lægen skriver sammen, og det har også potentiale for at følge flere patienter til dørs med behandling, uden at de skal tage fri og rejse ind på sygehuset, og det respekterer i højere grad patienternes tid, og minimerer ventetid. Det er dog vigtigt med en forventningsafstemning, og det kan være vanskeligere at støtte de sårbare patienter virtuelt/digitalt.

### Diskussioner fra grupperne:

#### Region Hovedstaden:

Der ses muligheder i shared care mellem sygehuse og almen praksis – direkte adgang til rådgivning – bedre samarbejde på tværs – klar kommunikation og klare aftaler om, hvem der følger op på hvad.

Digital health anvendes allerede, og herved kan hjemmeblodtryk indberettes elektronisk, besvares, blodprøvesvar gives, mv.

Generel opfølgning på bl.a. blodtryk foregår i almen praksis hos 95%. Det er en udfordring.

Datadrevet kvalitetsudvikling til gavn for patienterne i klynger har potentiale; er patienterne med her? også i forløbsplanerne?

### Region Sjælland:

Sygeplejestyret kontrol og optimering, der planlægges elektronisk tilgang til vejledning fremadrettet.

Det er en udfordring, at der er flere parter og sektorer i organiseringen, samspillet om medicineringen og samarbejdet mellem sygehus og almen praksis rummer udfordringer.

Digital health vurderes at have potentiale til motivation af patienter i forløb.

### Region Nord:

Der er store forskelle på organisering og prioritering af opfølgning på rehabiliteringsindsatser på de forskellige sygehuse, og det ses som en udfordring i forhold til opfølgning og optimering af behandlingen.

Opfølgning på blodtryk foregår oftest i almen praksis, men afhænger af, hvor patienten følges på det givne tidspunkt.

Patientstøtter på sygehusene hjælper med at bygge bro til praksis.

Digital health vurderes at kunne bidrage ved at understøtte inddragelse og bedre forståelse af egen sygdom, medinddragelse og medansvar, og digitale data som fx PRO data forventes at kunne forberede sundhedspersonalet bedre til kontakten med patienten.

### Region Midt:

Behandling af blodtryk er en sygehusopgave, indtil det er velbehandlet. Opfølgningen løses forskelligt på forskellige sygehuse i regionen, men bliver generelt løst. Afsluttende opfølgning via egen læge. Udfordringen er dedikeret personale.

Det er et ønske vha. digital health at få data direkte ind i patientjournalen automatisk, herunder hjemmeblodtryksmålinger. Og der er et ønske om en ny app, som inkluderer et samlet overblik over data på tværs, og inkluderer PRO data.

### Region Syd:

Nogle sygehuse tilbyder opfølgning på blodtryk, mens andre sygehuse har en telefonisk hotline til egen læge for rådgivning ifm. opfølgning ved egen læge. De allerede implementerede telefonsamtaler og korrespondancer har også værdi. De digitale løsninger tilgodeser ofte de ressourcestærke, og nogle "overmonitorer" ved at måle og sende værdier i tide og utide, hvilket heller ikke er hensigtsmæssigt. Der er behov for at indtænke tiltag som støtter ressourcetsvage patienter.

### Fælles hovedpunkter:

Generelt er det meget forskelligt, om sygehuse eller almen praksis står for opfølgning på blodtryk og optimering af arteriel hypertension. Vi har kun sygehusdata i databasen indtil nu, og de er langt fra i mål. Det er betryggende at se, hvordan almen praksis er begyndt at arbejde med kvalitetsdata som fx blodtryksmå, nu mangler vi bare at se tal for opfyldelsen af blodtryksmå for patientgruppen, og samkøre data med sygehuse i databaseregi for at vurdere den samlede behandlingskvalitet og målopfyldelse.

Det er generelt en stor udfordring, at der er flere parter og sektorer i organiseringen, og samarbejdet mellem sygehus og almen praksis har udfordringer, som med fordel kan adresseres lokalt.

Digital health vurderes at have potentiale til opfølgning, medicinjustering og motivation af patienter i forløb, men favoriserer de ressourcestærke patienter, som ikke altid er dem, der faktisk har det største behov.

## Session 3. Rygning

---

### Oplæg:

**Ann Bovin, Gunnar Gislason, Charlotte Glümer, Henrik Prinds Rasmussen**

### Headlines.

Rygestop succesraterne er faldet fra ca 50% til ca 25% på landsplan de seneste 5 år, og det er yderst bekymrende.

Rygestop halverer risikoen for nyt AMI og død indenfor 2 år, og er den mest effektive indsats, vi kan give patienterne.

I den kontekst er det meget bekymrende, at vi ikke prioriterer påbegyndelse af indsatsen højere på sygehusene også.

### Sygehuse.

Rygestop halverer risikoen for nyt AMI og død efter første AMI på bare 2 års opfølgning. Det er den mest effektive indsats, vi har i sekundær forebyggelse, og rygestopindsatser har vist i høj grad at være omkostningseffektive selv på den korte bane.

Imidlertid tyder tal fra DHRD ikke på, at indsatsen lykkes i tilstrækkelig grad. Succesraten med rygestop i rehabiliteringsforløbene er faldet fra ca. 50% fra 2015-2017 til nu ca. 25% jf. de seneste 4 årsrapporter fra DHRD. Dette fald i succesrate er sket parallelt med at rygestopinstruktørerne og indsatserne er flyttet fra sygehusene og nu er samlet i kommunerne. Spørgsmålet er, om kommunerne har de optimale forudsætninger, hvis rygning ikke italesættes i særlig grad mere på sygehuset i kontekst af patientens sygdom.



Det diskuteres om VBA metoden er medvirkende årsag. Der er ikke evidens, der støtter anvendelse af VBA metoden til patienter, der er syge som følge af rygning, og her er der faglige konsensus om, at de sundhedsprofessionelle har en forpligtigelse til at italesætte rygningen i kontekst af hjertesygdommen, og betydningen for udvikling af hjertesygdom og prognostiske implikationer af fortsat rygning. Vi skal ifm. procedurer også være opmærksomme på ikke at give patienterne det fejlagtige indtryk, at de nu er kurerede, men huske at forklare patienterne, at de har en kronisk koronarsygdom. og der er behov for livslang medicinsk behandling og livsstilsomlægning – herunder rygestop - for at reducere risikoen for at blive syg af den kroniske åreforkalkningssygdom igen.

#### Kommuner.

Alle kommuner tilbyder rygestopforløb og anvender Rygestopbasen. Der er succesrater på op omkring 50% i kommunerne for den selekterede andel af patienterne, der både henvises til rygestopforløb og vælger at deltage i et rygestopkursus i kommunen. Det er imidlertid slet ikke alle rygere, der gør det. Der blev lagt vægt på, at vi skal løfte opgaven ved bedre samarbejde på tværs.

#### Almen praksis.

Der blev lagt vægt på tilgangen til det hele menneske med flere kroniske sygdomme, med et liv og en livskvalitet – ikke kun en diagnose.

Med afsæt i den enkelte patients perception af egen livskvalitet kan man ofte søge motivation for livsstilsændringer – herunder rygestop.

### Digital health.

Hjerteforeningen deler rådgivning op i forebyggende opportunistisk intervention, hvor VBA kan anvendes, og forebyggende intervention til patienter med rygerelaterede lidelser, hvor en grundig faglig rådgivning er indiceret, og et rygestopforløb bør iværksættes, evt. som et delt forløb på tværs med opstart af indsatsen på sygehuset.

Der er erfaringer fra Hjertelinjen, som også bemandes af rygestopinstruktører, og som også betjener pårørende til hjertepatienter.

Rygning er også et prioriteret indsatsområde for Hjerteforeningen, og indsatserne generelt i Danmark på området rummer fortsat plads til forbedring. Tobakspriserne betyder også noget.

### Diskussioner fra grupperne:

#### Region Syd:

Tilbuddet er kommunalt.

VBA metoden mangler ledelsesmæssig opbakning og implementering på sygehusene, hvor metoden mangler faglig opbakning. Sygehusene stoppede tilbuddet om rygestopsamtaler på afdelingerne og nedlagde deres rygestopinstruktører; en stor udfordring.

Sygehusene informerer om rygestop og henviser til kommunerne, og det går ud over succesraten af tilbuddet er afkoblet.

Det er også en udfordring, når tilbuddet ligger et andet sted, så rygning ikke adresseres i samme grad længere på sygehusene.

Det anbefales, at rygestop italesættes systematisk af alle hjertelæger for at sikre motivation og deltagelse i forløb i kommunerne.

Praksis skal være mere med i forhold til opfølgning og fastholdelse af rygestop. Bør følge aktivt op og kan tilbagehenvise til kommune.

Det foreslås at anbefale højere tobakspriser, måske salgsforbud, og gratis nikotinsubstitution til udsatte, evt. efter indkomstgrundlag.

#### Region Sjælland:

Tilbuddet er kommunalt.

Det er essentielt at italesætte rygning i mødet med alle hjertepatienter, som ryger, og huske at henvise til rygestopstøtte.

Tilbuddet i kommunerne er forskelligt, nogle kommuner nedlægger rygestoptilbuddet og henviser kun til Stoplinjen.

Ansvar for rygestopforløbene og støttetilbuddene er ikke altid afklaret, og besparelser medfører store udfordringer.

Besparelserne har haft store konsekvenser for tilbuddet og kvaliteten af indsatsen, der er forringet. Anbefales udbygget.

Prisstigning på cigaretter kan være et middel til at begrænse tobaksrygning, men kan også udfordre socialt udsatte endnu mere.

Det er vigtigt at komme på banen med de gode historier – ikke kun en løftet pegefinger – at vende den om og anerkende succes.

### Region Nord:

Tilbuddet er kommunalt, og der ønskes flere og mere systematiske henvisninger fra sygehusene. Der tilbydes både rygestopforløb som en integreret del af et rehabiliteringstilbud og som et parallelt forløb i kommunerne.

Manglende henvisninger fra sygehusene er en udfordring. Hvis succesraten skal øges, skal flere henvises. Succesraten for dem, som deltager i et rygestopkursus, er 59,1% i Region Nord (og 51% i Danmark – så der er en stor andel af rygere, som ikke deltager).

Hvis flere skal henvises, vil rekruttering ved rygestopinstruktøruddannede sygeplejersker på afdelingerne kunne bidrage til dette.

En model hvor rygestopinstruktører fra kommunerne kommer ind på sygehusene og taler med indlagte patienter har også vist rigtig gode resultater og giver en rigtig god brobygning mellem sygehuset og kommunen. Til inspiration til mere tværfaglig brobygning.

Man pointerer at rygestopinstruktørerne skal være en integreret del af hjerterehabiliteringsindsatsen, og der er behov for synlighed.

Opfølgning på rygestop sker ved Rygestopbasen efter 6 mdr. og ved tilbagefald tilbydes patienten et nyt kursusforløb.

Man udleverer ikke nikotinsubstitution, men prioriterer ressourcerne på flere arbejdstimer til rygestopinstruktørerne.

### Region Midt:

Tilbuddet er kommunalt. Man er ikke i mål med at få alle henvist, og arbejder direkte med sygehusene om flere henvisninger.

Hvis succesraten skal øges, skal flere henvises fra sygehusene. Information om rygestop fra KAG- og CT-lægen i det primære forløb på sygehuset er essentiel. At rygning sættes i kontekst med udvikling af hjertekarsygdom og at gevinst af rygestop diskuteres.

Der tilbydes både rygestopforløb, som en integreret del af et rehabiliteringstilbud og som et parallelt forløb.

Der er en ikke ubetydelig ventetid på opstart af rygestopkursus flere steder nu. Det er u hensigtsmæssigt og forringer succesraten. Nem og hurtig adgang for alle og tidlig opfølgning uden ventetid har betydning for succesraten, og indsatsen anbefales prioriteret.

Der udleveres gratis hjælpemidler til de første 3 mdr. som støtte til fastholdelse af rygestop.

#### Region Hovedstaden:

Tilbuddet er kommunalt. Der henvises både fra sygehus og almen praksis. Forløbet i kommunerne er integreret i rehabiliteringen.

Rehabiliteringsindsatsen starter ved indlæggelsen på sygehuset, og det er essentielt at sætte fokus på at starte op allerede der.

Der mistes data, når rygestop forløbet går gennem Stoplinjen.

Det er vigtigt at gøre det besværligt og dyrt at ryge. Prisen anbefales sat op.

Det er essentielt, at alle kender rygestoptilbuddene i kommunerne og kan henvise og forberede patienterne på forløbet.

Man bør supplerende give nogle alternativer – fx praktiske tips og ideer til at dæmpe rygetrangen.

Influencere på SoMe er et forslag for at tage kampen op med de unge, der måske bedre kan nås på deres egne digitale kanaler.

**Fælles hovedpunkter:**

Rygestopstøtte er i dag kun et kommunalt tilbud. Oftest tilbydes rygestopstøtte, som er en del af rehabiliteringsindsatserne, og er en kerneydelse. Tiden til opstart af rygestopforløb er vigtig, og ventetid kan være årsag til at et "window of opportunity" forpasses.

Det anses for et problem at rygestopinstruktører ikke længere er tilgængelige på sygehusene, og indsatsen ikke prioriteres her.

I kommunerne anses det for vigtigt, at der henvises til professionelle, ikke blot stoplinjen, hvor der ikke altid er klinisk personale.

Man må ikke undervurdere betydningen af, hvordan kardiologerne italesætter rygning – om rygning faktisk bliver italesat på sygehuset i kontekst af sygdommen, udviklingen af sygdommen og prognosen med og uden fortsat rygning.

Det foreslås at lave et observationsstudie på kommunikation blandt kardiologer på kardiologisk laboratorium og sammenholde det med motivation og deltagelse i rehabiliteringsindsatser og rygestopforløb efterfølgende. Der er enighed om, det er en god ide.

De nye kvalitetsstandarder kommer til at understøtte rygestopkurser.

## Session 4. Diabetes

---

### **Oplæg:**

**Ane Mette Zander Olsen, Henrik Prinds Rasmussen**

### **Headlines.**

Iskæmikere med DM2 er i særlig øget risiko, og der er signifikant effekt på hårde endepunkter ved behandling med de nye antidiabetika SGLT2 og GLP1. Det er ikke en behandling, som man rutinemæssigt udskriver i rehabiliteringsklinikkerne.

Spørgsmålet er, om man skal gøre det fra sygehusene, om egen læge skal varetage behandlingen, eller om man skal samarbejde mere med endokrinologerne.

### **Sygehuse.**

Diabetes medfører risiko for alvorlige senkomplikationer, CVD, stroke, nefropati, retinopati, neuropati, mv. Optimal blodsukkerkontrol og medicinsk behandling reducerer risikoen for komplikationer. Ved CHF anbefales SGLT2 behandling. Ved IHD uden CHF er der både GLP1 og SGLT2, som ifølge nye guidelines nu anbefales iværksat inden Metforminbehandling og uanset blodsukkerkontrollen. Patienter med nyligt AMI, PCI eller CABG og samtidig DM tilhører risiko stratificeringsgruppe 3, og denne gruppe vil endokrinologerne gerne involveres i, enten ved en henvisning, en telefonisk konsultation, eller ved at etablere et formaliseret teamsamarbejde.

### Almen praksis.

Der arbejdes systematisk med kvalitet og hjerteforløbsplaner i hovedparten af praksis nu, og der er udarbejdet klyngepakker. Almen praksis har nu redskaber til systematisk opfølgning, og der er både overbliksvinduer til patienten og til praksislægen. Fra 2023 vil vi i DHRD kunne se, hvor stor en andel i rehabiliteringen med IHD og DM2, som får den anbefalede behandling.

### Diskussioner fra grupperne:

#### Region Midt:

Man har i Region Midt øget fokus på behandling af diabetikere med iskæmisk hjertesygdom, hvor optimering af behandlingen oftest håndteres i hjerteambulatoriet i et samarbejde med endokrinologerne, det afholdes fast cardio-endokrin konference, hvor cases og behandling drøftes. Enten henviser man til endokrinologerne, eller også drøftes diabetesbehandlingen på den fælles konference.

En udfordring er prisen på de nye antidiabetika, og det kan også medvirke til en voksende social ulighed. Prisen er en udfordring.

Generelt er det ikke afklaret, hvem der egentlig har ansvaret for optimeret diabetesbehandling for denne patientgruppe.



### Region Hovedstaden:

Indlagte patienter screenes. Optimalt bør screenes og opstartes SGLT2 eller GLP1 på sygehuset, men det er ikke helt implementeret.

Kommunikation til egen læge er via epikrisen, men informationen nede i epikriseteksten drukner ofte og bliver ikke båret videre. Det anbefales at anføre evt. opfølgning på første linje i epikrisen. Hvis der ikke sendes epikrise i SP, får egen læge ikke information.

Og patienterne kommer typisk til årlig kontrol i almen praksis – så der vil kunne gå et helt år, før den nye behandling iværksættes, når opgaven lægges ud til egen læge ved næste almindelige opfølgning. Det kræver opmærksomhed.

Prisen er et problem for en gruppe patienter, der fravælger behandlingen. Vi skal også huske den non farmakologiske behandling.

### Region Sjælland:

Hurtig opsporing ved systematisk screening for diabetes er udgangspunkt for korrekt behandling. Screening er veletableret overalt.

I Region Sjælland er det typisk kardiologerne, der ordinerer diabetes medicin. Det er en specialiseret opgave, og det er ikke helt afklaret, hvem der egentlig skal ordinere behandlingen, det skal aftales lokalt. Og ikke glemme den non farmakologiske behandling.

### Region Nord:

På sygehusene har man et rigtigt godt tværfagligt samarbejde mellem kardiologer og endokrinologer om behandlingen. I kommunerne er det vigtigt at sikre, at man har en fælles indsats rettet mod både diabetes og iskæmisk hjertesygdom. En udfordring er lang ventetid til diabetes ambulatoriet og en stigning i antal henviste patienter til de samme ressourcer.

### Region Syd:

Det er uafklaret, hvem der har ansvaret for diabetesbehandlingen for denne patientgruppe. Hvor skal diabetes behandlingen startes op? Det er endnu ikke noget, kardiologerne på sygehusene har taget til sig systematisk, og opfølgningen har heller ikke været systematisk i almen praksis. Prisen har også betydning for valg af behandling, der vil være patienter, der fravælger den pga. prisen.

### **Fælles hovedpunkter:**

Screening for diabetes er veletableret i Danmark.

Men optimering af behandlingen varetages ikke systematiseret. Der er ingen aftaler om, hvem der skal optimere behandlingen.

Der er flere gode eksempler på veletableret tværfagligt samarbejde på sygehusene mellem kardiologer og endokrinologer om opstart af SGLT2 og GLP1 behandling på sygehusene, men det er langt fra alle steder, man tager sig af diabetes optimering på sygehusene.

Det anbefales at gribe ideen om at kontakte endokrinologerne og få den optimale behandling startet op allerede på sygehuset.

Patienter med nyligt AMI, PCI eller CABG og samtidig DM tilhører risiko stratificeringsgruppe 3, og denne gruppe vil endokrinologerne gerne involveres i, enten ved en henvisning, en telefonisk konsultation, eller ved at etablere et formaliseret teamsamarbejde.

Der er også behov for at almen praksis systematisk følger op på den iværksatte behandling, det er endnu mere evident, hvor rehabiliteringspatienterne oftere afsluttes tidligt fra sygehusene til almen praksis.

Prisen har også betydning for mange patienter, og de nye antidiabetika er relativt dyre.

## Session 5. Hyperkolesterolæmi.

---

### Oplæg:

**Merete Heitmann, Henrik Prinds Rasmussen**

### Headlines.

Optimering af behandling for hyperkolesterolæmi er organiseret forskelligt og går på tværs af alle sektorer. Behandlingen opstartes på sygehusene, den diætetiske rådgivning varetages i kommunerne, og opfølgningen varetages i varierende grad på sygehuse og i almen praksis. Hovedparten følges op i almen praksis, hvor der er begyndende tiltag til en mere systematisk opfølgning.

Patienter med mistanke om familiær hyperkolesterolæmi screenes i lipidklinikker over hele landet, og patienter med mulig indikation for PCSK9i behandling henvises også til lipidklinikkerne, om end den sidste gruppe slet ikke henvises lige så systematisk endnu.

Data for opfølgning på og opnåelse af LDL mål i almen praksis vil fremgå, som en kvalitetsindikator i den kommende årsrapport.

### Sygehuse.

Behandlingen iværksættes under den initiale indlæggelse, men opfølgningen er for ukomplicerede patienter i vid udstrækning overdraget til egen læge i tråd med det nære sundhedsvæsen, længe inden kvalitetsmonitoreringen blev udbredt til praksis.

Der er iværksat en national indsats for opsporing af familiær hyperkolesterolæmi (FH), og lipidklinikkerne varetager dette.

FH er en hyppig genetisk sygdom (1/220 i Danmark) og ubehandlet medfører FH en markant overhyppighed af præmatur iskæmisk hjertesygdom og død. Vi har kun opsporet omkring 30% af disse i Danmark, og kun få % af børnene er nu identificeret.

Screening for FH anbefales ved LDL > 5 eller LDL > 4 og alder < 40 når sekundær dyslipidæmi er udelukket.

Samarbejdsaftaler mellem sygehus og almen praksis fremgår af DCS NBV.

### Almen praksis.

Der arbejdes systematisk med kvalitet og hjerteforløbsplaner i hovedparten af praksis nu, og der er udarbejdet klyngepakker.

Almen praksis har nu redskaber til systematisk opfølgning, og der er både overbliksvinduer til patienten og til praksislægen.

Fra og med 2023 begynder almen praksis også automatisk at levere data på opnåelse af LDL mål til rehabiliteringsdatabasen.

### Diskussioner fra grupperne:

#### Region Nord:

Der screenes for FH på sygehuset, og ved positiv screening henvises videre til Lipidklinikken (hvis LDL > 5).

Udfordringen er meget lang ventetid.

### Region Hovedstaden:

Udfordringen er ventetid. Der arbejdes med shared care med almen praksis, som en måde at prioritere de knappe ressourcer på.

### Region Sjælland:

Screening for FH gøres systematisk i rehabiliteringsklinikkerne og er ved at vinde frem, det giver flere henvisninger til lipidklinikken. FH opsporing er en vigtig sag, men ressourcerne følger ikke med, og det er problematisk, og ventetiden bliver længere.

Opfølgning varetages både på sygehuset og i almen praksis.

### Region Midt:

Screening for FH er etableret på sygehusene, og der begynder også nu at komme lidt mere fokus på det i almen praksis.

Øvrig dyslipidæmi optimeres på sygehuset og overgår først til almen praksis, når målet er nået. Eller evt. til lipidklinik mhp. PCSK9i.

Der bemærkes organisatoriske udfordringer. Kommunikation af behandlingsmål til andre specialer og egen læge kan svigte. Sygehuset forsøger at løfte opgaven, men det kan gøres bedre.

Det er også en udfordring, at patienter med LDL mellem 1,4-2,6 på maksimal peroral behandling ikke kan få tilskud til PCSK9i.

### Region Syd:

Laboratoriet sætter en markering og kommentar om mulig FH på LDL svaret fra biokemisk afdeling, hvis det opfylder kriterierne for FH screening, så lægen bliver gjort opmærksom på, at FH bør overvejes. Det har sat skub i FH opsporingen i regionen, men har også fået ventelisterne til at vokse i lipidklinikkerne, selv om der er afsat midler til meraktiviteter i lipidklinikkerne ifm. FH opsporingsarbejdet.

### **Fælles hovedpunkter:**

Der er enighed om at FH og dyslipidæmi er vigtigt – vi er generelt gode til at screene for dyslipidæmi og FH, særligt på sygehusene, men optimering af behandling er ofte mere sporadisk, og tidspunkt for overdragelse til almen praksis er forskelligt.

Overdragelse til almen praksis inden målet er opnået fordrer et samarbejde på tværs, både ift. optimering af behandlingen, når målet er vanskeligt at opnå, eller når behandlingen giver bivirkninger. Endvidere er det vigtigt, at der er fokus på at tilbagehenvise patienter, som ikke kommer i mål, har bivirkningsproblematikker, eller kan være kandidater til supplerende PCSK9i behandling.

Muligheden for at følge patienterne systematisk op ift. behandlingsmål via Hjerteforløbsplanen i almen praksis er et godt redskab.

Praksisdata for LDL samkøres med rehabiliteringsdatabasen fra 2023 og vil give os et længe manglet overblik over den samlede behandlingskvalitet på tværs. Men hvis målet ikke er opfyldt her, vil kvalitetsarbejdet kun kunne løftes sammen tværsektorielt.