

Ventelister for hjertepatienter

Der er stigende ventetider ikke blot på behandling, men også på almindelige forundersøgelser, der endeligt skal diagnosticere patienter med hjerte- og kredsløbssygdomme.

Ventetider på nogle af de almindeligste forundersøgelser og ambulant behandling er i øjeblikket 2-52 uger, hvor langt de fleste ambulatorier angiver en ventetid på omkring 20 uger. Det er en meget bekymrende udvikling fordi hjertekarsygdom ligesom kræft, er en livstruende sygdom og denne ventetid unødigt kan koste både liv og livskvalitet. Livstruende sygdomme skal ifølge den danske lovgivning diagnosticeres indenfor 2 uger og behandles indenfor 4 uger. Og før patienten er diagnosticeret er det som bekendt ikke muligt at igangsætte den rette behandling, hvilket kan være skæbnesvangert for den enkelte patient.

Det frie sygehusvalg er kun i begrænset omfang en løsning, da alle afdelinger i større eller mindre grad kæmper med de samme problemer med ventetid. Det er især de yngre og mest resursestærke patienter, som benytter sig af frit sygehusvalg eller søger på privathospitalet i Varde. Der er derfor behov for en bred indsats til at nedbringe ventelisterne. Nedenfor er de vigtigste indsatsområder beskrevet. En uddybning af Hjerteforeningens forslag findes i Hjerteforeningens notat om ventetid og en tre-siders opsummering af notatet.

Hjerteforeningens forslag til indsatsområder

Øget uddannelse af specialsygeplejersker

Der er stor mangel på specialudannede sygeplejersker. Fx er 20 % af stillingerne for sygeplejersker på Hjertekirurgisk afdeling på Rigshospitalet i øjeblikket ubesatte. Dels er der ikke uddannet nok sygeplejersker, dels er det svært at fastholde de eksisterende sygeplejersker på afdelingerne. Oplæring i de nødvendige kompetencer kræver 6-12 måneder. Derfor skal der hurtigst tiltrækkes sygeplejersker til hjerteafdelingerne og igangsættes et intensivt uddannelsesforløb for specialsygeplejersker.

Betydeligt løntillæg for undersøgelser om aftenen og i weekenderne

For at udvide kapaciteten skal der gennemføres forundersøgelser om aftenen og i weekenderne. Etablering af aftenambulatorier er forsøgt flere steder, men det har ofte ikke været muligt at tiltrække det nødvendige personale til disse vagter. Da det ofte drejer sig om en større gruppe – fx 25 sygeplejersker på samme afdeling – rummer "Ny Løn" ikke mulighed for at give et løntillæg af en størrelse, der kan tiltrække sygeplejersker, som ønsker at arbejde ud over almindelig arbejdstid. Hvis f.eks. blot 30 af landets største afdelinger øgede kapaciteten med 2 aftener om ugen ville det kunne medføre 12.000 flere forundersøgelser, hvilket svarer til 10 % af det totale behov.

Øget kapacitet på intensivafdelinger

Danmarks fem hjertekirurgiske afdelinger må jævnligt udsætte/aflyse operationer. Ofte er årsagerne mangel på pladser på intensivafdelingen. Pladserne mangler, fordi udnyttelsesgraden på intensivafdelingerne er meget høj og afdelingerne derfor mangler en buffer i forhold til indkomne akutte patienter, der nødvendiggør en udsættelse/aflysning af planlagte operationer.



Dato: 23. oktober 2007

Afdeling: HR
Direkte tlf. 33 66 99 02
e-mail: hwivel@hjertereforeningen.dk

Opsamling

Notat om ventetid på forundersøgelse og behandling af patienter med hjertesygdom eller karkirurgiske lidelser

Problem

Tal fra Hjerteregistret viser stigende ventetider ikke blot på behandling, men også på almindelige forundersøgelser, der skal endeligt diagnosticere patienter med hjerte- og kredsløbssygdomme.

Hjertekarsygdom er ligesom kræft livstruende og denne ventetid kan koste både liv og livskvalitet.

Årsager

Behandlingsvejledninger fra bl.a. Dansk Cardiologisk Selskab har sikret at principper og mål for behandlingen af hjertesygdom er relativt ens på tværs af de fem regioner. Der er dog betydelig forskel regionerne imellem på hvorledes patientbehandlingen organiseres.

Mangel på personale

I større eller mindre grad rapporterer hospitalerne om mangel på personale. Der ses – med nogle regionale forskelle - mangel på intensivsygeplejersker, narkoselæger, anæstesisygeplejersker, operationssygeplejersker, kardiologer, interventionsradiologer, lægesekretærer og almindelige sygeplejersker. Mange afdelinger savner fleksibilitet vedr. aflønning og arbejdspladsforhold. En rundspørge ved Hjertereforeningen har vist, at der generelt må forventes en merudgift ud over almindelig overarbejdsbetaling såfremt en afdeling ønsker at rekruttere læger og sygeplejerske til yderligere planlagt arbejde.

Mer-aktivitet i begrænset omfang

Flere af de adspurgte afdelinger foreslår afkorting af ventelister ved aftenaktivitet. Der kan fx gennemføres funderøgelser, ekkokardiografi eller koronararteriografi om aftenen eller om lørdagen. Mange afdelinger har efterlyst mulighed for løntillæg til sygeplejersker med specielle funktioner (fastholdelsestillæg). Da det ofte drejer sig om en større gruppe – fx 25 sygeplejersker på samme operationsgang eller på samme intensivafdeling – rummer "Ny Løn" ikke mulighed for at give et tillæg af en størrelse, der er af betydning for den enkelte. Dette forringer muligheden for at rekruttere især sygeplejersker, som ønsker at arbejde ud over almindelig arbejdstid. Mange sygeplejerskers ønske om faste dag-arbejdstider bidrager til at vanskeliggøre rekruttering til merarbejde.

Mangel på pladser på intensivafdelinger

De fem hjertekirurgiske afdelinger må jævnligt udsætte/aflyse operationer. Det skyldes nogle gange ændringer i patientens tilstand, men ofte er årsagerne mangel på pladser på intensivafdelingen. Pladserne mangler, fordi udnyttelsesgraden på afdelingen er meget høj og intensivafdelingen derfor mangler en buffer ift. indkomne akutte patienter, der kan nødvendiggøre udsættelse/aflysning af planlagte operationer.

Mangel på operationslejer og senge på de almindelige sengeafdelinger

Flere afdelinger rapporterer om mangel på operationslejer og mangel på senge på almindelige sengeafdelinger.

Mangel på apparatur og lokaliteter

De mere specialiserede kardiologiske og karkirurgiske behandlinger kræver særlige lokaliteter, der er kostbare i anskaffelse, fx operationsstuer, intensivafdelinger, katerisationsrum med avanceret røntgenudstyr mv. Flere forundersøgelser kræver kostbart apparatur, fx ergometercykel, ekkokardiograf. Der er især behov for udbygning på ablationsområdet.

Organisation og "Frit sygehusvalg"

Det frie sygehusvalg er kun i begrænset omfang en løsning, da alle afdelinger i større eller mindre grad kæmper med de samme problemer med ventetid. Hvor en afdeling får nedsat ventetiden pga. nye tiltag, fx aftenambulatorier, sker der umiddelbart en øget søgning og ventetiden øges derfor hurtigt igen. Det er især de yngre og mest resursestærke patienter som benytter sig af frit sygehusvalg eller søger på privathospitalet i Varde.

HFs anbefalinger ved ventetid på udredning og behandling af patienter med hjerte- og kredsløbssygdomme

Hjerteforeningen anbefaler, at de faglige nationale og internationale anbefalinger vedr. udredning og behandling af hjerte- og kredsløbssygdomme følges:

Åreforkalkning i hjertets kranspulsårer (iskæmisk hjertesygdom):

Hjerteforeningen anbefaler, at patienter mistænkt for alvorlig hjertesygdom højest bør vente 2 uger på forundersøgelse således at patienter i forøget risiko kan identificeres og hurtig tilbydes behandling.

Hjerteklapsygdomme:

Hjerteforeningen anbefaler at patienter mistænkt for hjerteklapsygdom højest bør vente 2 uger på forundersøgelse inkl. ekkokardiografi og efter diagnosen er stillet højest bør vente 1 måned på tilbud om operation..

Hjertesvigt:

Hjerteforeningen mener, at patienter mistænkt for hjertesvigt højest bør vente 2 uger på forundersøgelse inkl. ekkokardiografi. Når diagnosen er stillet bør patienten umiddelbart tilknyttes en hjertesvigt-klinik til videre medicinsk behandling.

Hjerterytmeforstyrrelser:

Hjerteforeningen mener, at patienter med mistænkt for hjerterytmeforstyrrelser bør tilbydes forundersøgelse på kardiologisk afdeling inkl. ekkokardiografi og Holtermonitorering (overvågning af hjerterytme gennem flere døgn) indenfor 2 uger. Hjerteforeningen mener, at patienter højest bør vente 3 måneder på ablationsbehandling (overbrænding af ledningsbundter i hjertet til stabilisering af hjerterytmen). Patienter, som ikke kan behandles medicinsk, og hvor ablation har høj grad af succes, bør tilbydes behandling hurtigere.

Åreforkalkning i benene:

Hjerteforeningen anbefaler, at alle patienter med hvilesmerter, sår eller gangræn vurderes og behandles på karkirurgisk afdeling indenfor 1 uge. Patienter med claudicatio, der fortsat har symptomer trods livsstilsændringer bør også tilbydes revaskulariserende behandling indenfor 3 måneder.

Åreforkalkning i pulsårene til hjernen:

Hjerteforeningen mener, at alle patienter, der har haft apoplexi eller forbigående blodprop i hjernen (TIA), og som har rimelige livsudsigter, bør tilbydes ultralydsundersøgelse af halskar inden for 1 uge for at identificere patienter med behandlingskrævende forsnævring i pulsårene til hjernen således at de patienter det vil være relevant for kan tilbydes operation. Operation bør tilbydes indenfor 2 uger.

Udposning på hovedpulsåren:

Patienter med kroniske aortaaneurismer bør følges med CT scanninger og kliniske kontroller. Ved symptomer eller vækst i aneurismets størrelse bør patienterne tilbydes operation indenfor 2 uger.

HF's forslag til løsningsmuligheder til afkortning af ventetid - kort sigt

- Rekrutterings- og fastholdelsestillæg bør tilbydes nøglepersonale med specialkompetencer (alle sygeplejersker, der kan varetage elektrokardiografi eller anden kredsløbs ultralydsdiagnostik, intensivsygeplejersker, sygeplejersker i kardiologisk og karkirurgisk laboratorium og operationssygeplejersker).
- Merarbejde udenfor alm. arbejdstid bør muliggøres mhp. at udnytte i forvejen eksisterende lokal og apparatur bedst muligt. Fx kan visse KAG-undersøgelser gennemføres som aftenarbejde. En ugentlig aften på de afdelinger, som udfører KAG vil betyde en øgning af aktiviteten med ca. 2000 undersøgelser årligt, hvilket mere end ville dække behovet for undersøgelser før en hjerteklapoperation.
- Ekkokardiografi i større lægehuse eller sundhedscentre et par gange om måneden på transportable apparater ved lægekonsulenter (speciallæger eller erfarne 1. reservelæger).
- Præstationsløn til hele afdelinger, der lykkes at undersøge og behandle flere patienter (evt. regulering af DRG-systemet).

HF's forslag til løsningsmuligheder til afkortning af ventetid - længere sigt

- Initial udredning og efterfølgende behandling af patienter med hjerte- og kredsløbssygdomme bør ske ved speciallæger. Regionerne bør samle al undersøgelse og behandling på hospitaler, der har speciallæger ansat eller, hvis mindre enheder bevares, sørge for at patienterne vurderes af speciallæger via telemedicin, besøg af speciallægekonsulenter etc.
- Speciallæger, som sidder som eneste specialist på et mindre sygehus, bør sikres tæt samarbejde og supervision, både fagligt og socialt.
- Det bør undgås, at speciallæger trækker sig fra arbejdsmarkedet før tid – fx gennem attraktive seniorordninger.
- Det bør overvejes, hvor vidt Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan for specialerne ikke er underdimensioneret for kardiologiske vedkommende.
- Opgaveglidning af rutineopgaver fra speciallæger til sygeplejersker – dog med forbehold for, at sygeplejersker også er en mangelvare og at sygeplejersker i specialfunktioner ofte rekrutteres blandt det mest erfarne personale i afdelingerne og således skal erstattes der.
- Henlæggelse af en del opfølgende behandling og medicinregulering ved forhøjet blodtryk, hjertesvigt, forhøjet kolesterol og claudicatio hos dedikerede praktiserende læger under forudsætning af kort og lige adgang til hjælp fra speciallæger i tvivlsspørgsmål eller ændringer i patientens tilstand.
- Udbygning af den samlede danske kapacitet på intensivområdet mhp. at undgå at planlagte operationer må aflyses pga. stort akut optag.

Notat

**Ventetid på forundersøgelse og behandling af
patienter med hjertesygdom eller
karkirurgiske lidelser**

Oktober 2007

Baggrund

Resultaterne af hjertepakken for 1993 har været markante. Således har dansk kardiologi og thoraxkirurgi i en årrække med succes udbygget kapacitet og behandlingsprincipper for en stor gruppe af patienter med især iskæmisk hjertesygdom. I perioden 2000 til 2006 er antallet af ballonudvidelser (PCI) fordoblet fra 5.000 til over 10.000 årligt, samtidig er antallet af by-pass operationer (uden samtidig klapoperation) reduceret fra 2.800 til 2.000, mens tallet for hjerteklapopererede med og uden by-pass operation også er stigende. Samlet set er der sket mere end en fordobling i antallet af patienter, der behandles for iskæmisk hjertesygdom med ballonudvidelse eller kirurgi over blot 6 år.

På trods af denne markante aktivitetsstigning befinder Danmark sig fortsat i det (vest-)europæiske midterfelt hvad angår tilbud om invasiv behandling til hjertepatienter. De øvrige europæiske lande har i samme periode øget aktiviteten tilsvarende.

Hjerteforeningen finder de seneste meldinger, både i pressen og på sundhedskvalitet.dk, om stigende ventetider alarmerende. Ikke blot ses der stigende ventetider på ballonudvidelser og kirurgi, men der er også lang ventetid på almindelige forundersøgelser der skal endeligt diagnosticere patienter med hjerte- og kredsløbssygdomme. En del lidelser kan udmærket behandles medicinsk, men skal patienterne have gavn af de landvindinger, der er sket på det medicinske område i form af bedre overlevelse, f.eks. ved hjertesvigt, kræver det en korrekt diagnose og optimal medicinsk behandling.

Hjerteforeningen har med nærværende notat forsøgt at identificere de mest presserende problemer relateret til udredning og behandling af patienter med hjerte- og kredsløbssygdomme.

Iskæmisk hjertesygdom (åreforkalkning i hjertets kranspulsårer)

Iskæmisk hjertesygdom er en almindeligt forekommende sygdom, der årligt er ansvarlig for 15-17% af samtlige dødsfald i Danmark. Det samlede antal patienter med iskæmisk hjertesygdom er beregnet til 132.000 personer (Statens Institut for Folkesundhed, 2000).

Iskæmisk hjertesygdom opdeles i en akut og en mere stabil form. Akut PCI (ballonudvidelse) er førstevalgsbehandling ved større blodpropper i hjertet. Behandlingen tilbydes akut på alle 5 hjertecentre, og der er ingen ventetid på denne behandling. Ved mindre blodpropper i hjertet, også kaldet akut koronart syndrom, er den anbefalede behandling initial medicinsk stabilisering og efterfølgende hurtig (2-5 dage) KAG (kranspulsåreundersøgelse) samt PCI eller CABG (by-pass) ved høj/moderat risiko. Denne behandling har i store studier vist at bedre mortalitet og morbiditet. Den anbefalede strategi med hurtig KAG undersøgelse få dage efter indlæggelsen er i dag vanskelig at overholde i Danmark, og der har de seneste år været ventetider på denne undersøgelse på op til 3 uger. I ventetiden er patienterne indlagt til bl.a. blodfortyndende behandling med et massivt sengeforbrug til følge. Indlæggelser, der kunne afkortes betydeligt såfremt patienterne kunne komme hurtigere videre til invasiv undersøgelse. Derfor har visse kardiologiske afdelinger nu valgt at prioritere denne patientgruppe over patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom (se nedenfor), der så må vente længere på forundersøgelse. Hjerteforeningen mener, at patienter med akut koronart syndrom bør behandles i overensstemmelse med nationale og internationale retningslinier, dvs. tilbydes akut PCI ved stor blodprop i hjertet og hurtig undersøgelse med KAG indenfor 2-5 dage ved små blodpropper i hjertet.

En del patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom (stabil angina pectoris) kan stabiliseres og viderebehandles medicinsk uden at prognosen påvirkes i negativ retning. Disse lavrisiko patienter kræver dog en grundig kardiologisk evaluering, før de kan identificeres sikkert. Således er der prognoseforbedrende effekt af invasiv behandling med PCI eller CABG hos patienter med venstre hovedstamme stenose, 2 karssygdom inkl. proximal LAD, 3 karsygdom samt nedsat LVEF (hjerter pumpefunktion). Om patienten tilhører en sådan højrisiko klasse kan ikke bedømmes på symptomer alene, men kræver en kardiologisk vurdering med ekkokardiografi, arbejdstest og i de fleste tilfælde også KAG. Patienter med funktionsbegrænsende angina pectoris trods medicinsk behandling bør også tilbydes revaskulariserende behandling med PCI eller CABG.

Trods den øgede invasive aktivitet i Danmark gennem de seneste 15 år ligger Danmark langfra toppen, når det gælder antal revaskulariserende procedurer (Tyskland 3.421/mio/år (2000), Danmark 2.592/mio/år, (2006)).

Multislice CT scanning er en ikke-invasiv røntgenundersøgelse, der kan anvendes til udelukkelse af betydende koronarsygdom, men den er endnu ikke egnet til at identificere intermediær og højrisikopatienter med iskæmisk hjertesygdom. Selvom en CT-scanner kan installeres på ethvert sygehus er tolkning af hjerte-CT scanning en specialistopgave, der bør udføres i samarbejde mellem trænede radiologer og kardiologer.

Selvom en del patienter med iskæmisk hjertesygdom kan behandles medicinsk, i hvert fald i en periode, kræver denne beslutning en grundig undersøgelse og udredning i kardiologisk regi. En vigtig undersøgelse er arbejdstest (cykeltest), der både kan sandsynliggøre diagnosen og yderligere risikostratificere patienten. Der er aktuelt (10.10.2007) 3-32 ugers ventetid på arbejdstest på landets sygehuse (fraset ganske kort ventetid på Regionshospitalet Samsø Sygehus og på Bornholms Hospital).

Ekkokardiografi (ultralyd af hjertet) er ligeledes afgørende - både til differentialdiagnostik (hjertesvigt, hjerteklapfejl) og til risikostratificering, hvor patienter med nedsat hjertepumpekraft tilhører en højrisikogruppe, der bør invasivt vurderes hurtigt. Ventetiderne på ambulante undersøgelser er i øjeblikket 2-52 uger, hvor langt de fleste afdelinger angiver en ventetid på omkring 20 uger. Ventetiden på planlagt KAG er aktuelt 3-38 uger, med længst ventetid på de 5 hospitaler, der også udfører ballonudvidelser.

Hjertereforeningen mener, at patienter mistænkt for alvorlig hjertesygdom højst bør vente 2 uger på forundersøgelse, således at patienter i forøget risiko kan identificeres og tilbydes hurtig behandling.

Hjerteklapsygdomme

Aortastenose (aortaklafsfor snævring) og mitralinsufficiens (mitralklapsutæthed) er de hyppigst forekommende hjerteklapsygdomme. Forekomsten af især aortastenose er stigende med stigende alder. Behandlingen af alvorlig hjerteklapsygdom er primært

kirurgisk. Kun ganske få patienter, der ikke tåler hjertekirurgi, tilbydes aortaklapudskiftning som ballon-procedure. Antallet af disse ikke-kirurgiske procedurer er fortsat meget lille. Sundhedsstyrelsens Hjertefølgegruppe har estimeret, at der i 2008 vil være behov for 1.500 hjerteklapoperationer.

Det er afgørende for patienternes prognose, at de tilbydes operation ved symptomer eller når hjertet viser tegn på belastning ved ekkokardiografi. Det hyppigste symptom ved hjerteklapsygdom er åndenød ved anstrengelse, men patienten kan også have hjerterytmeforstyrrelse, brystmerter eller nærbesvimelse under anstrengelse. Ikke alle patienter med hjerteklapsygdom har mislyd ved hjertet ved stetoskopi.

Ekkokardiografi er fuldstændig afgørende for diagnosen. En del patienter vil herefter kunne følges med jævnlige kontroller og ekkokardiografi på kardiologisk afdeling indtil det rette tidspunkt for operation indtræder. Der findes fastlagte kriterier for operation, og særligt for aortastenose er det vigtigt, at patienten kan tilbydes operation, når han bliver symptomatisk, da prognosen ellers vil forringes. Som ovenfor anført, er der i øjeblikket mange ugers ventetid på ekkokardiografi og forundersøgelse på landets kardiologiske afdelinger.

Hjerteforeningen mener, at patienter mistænkt for hjerteklapsygdom højst bør vente 2 uger på forundersøgelse inklusiv ekkokardiografi, således at den korrekte diagnose kan stilles. Når der findes indikation for operation bør patienten tilbydes operation indenfor 1 måned.

Hjertesvigt

Hjertesvigt (hjerteinsufficiens) er et klinisk syndrom, der skyldes svækkelse af hjertets muskulatur. Dansk Cardiologisk Selskab anslår, at der i Danmark er ca. 60.000 patienter med kronisk hjertesvigt og et lignende antal patienter med asymptomatisk hjertesvigt. Sygdommen er alvorlig, med en 1 års dødelighed på omkring 20 %. Symptomerne er hyppigst åndenød ved fysisk anstrengelse, træthed, hævede ben eller hjerterytmeforstyrrelse. De almindeligste årsager til hjertesvigt er iskæmisk hjertesygdom, hjerteklapsygdom, forhøjet blodtryk og hjerterytmeforstyrrelse.



Ekkokardiografi er den vigtigste enkeltundersøgelse ved mistanke om hjertesvigt. Når diagnosen er stillet, skal patienten i avanceret medicinsk behandling, der ofte kræver ganske langsom op- og nedjustering af doserne afhængig af patientens symptomer. Den medicinske behandling skal optimeres hos den enkelte patient, før man kan forvente en prognoseforbedrende effekt. Regulering af hjertesvigtmedicin er en specialistopgave, der ikke bør varetages af praktiserende læger. Patienten bør følges i en hjertesvigtklinik superviseret af speciallæger i kardiologi således at det sikres, at patienten får den maksimalt tolererede dosis medicin. Danske undersøgelser har vist, at tæt kontrol i hjertesvigtklinikker forebygger genindlæggelse på sygehus.

De fleste patienter med hjerteinsufficiens bør undersøges med KAG med henblik på diagnostik af udløsende årsag til hjertesvigt. Svært symptomatiske patienter bør tilbydes bi-ventrikulær pacemaker; det drejer sig ifølge internationale opgørelser om 1-10 % af patienterne med hjertesvigt. Aktuelt implanteres omkring 300 bi-ventrikulære pacemakere årligt i Danmark, men der er ingen tvivl om, at det reelle behov er væsentligt højere. Den ovenfor nævnte ventetid på ekkokardiografi og forundersøgelse er meget problematisk, idet resultatet af ekkokardiografien er afgørende for valg af behandling. I det nationale indikatorprojekt (NIP) for hjertesvigt var standardmålet, at 90 % af alle patienter *indlagt* med hjertesvigt skal have udført ekko indenfor 4 uger efter kontakt med behandlingsstedet – dette mål kunne ikke opfyldes i 3 af 5 regioner. Endnu vanskeligere er det for patienter henvist fra almen praksis at få udført ekkokardiografi indenfor en rimelig ventetid.

Hjerteforeningen mener, at patienter mistænkt for hjertesvigt højst bør vente 2 uger på forundersøgelse og ekkokardiografi. Når diagnosen er stillet, bør patienten umiddelbart efter tilknyttes en hjertesvigtklinik til videre medicinsk behandling.

Hjerterytmeforstyrrelser

Forkammerflimren (atrieflimren) er den almindeligste hjerterytmeforstyrrelse. Forekomsten er hyppigere med stigende alder. Atrieflimren kan være en selvstændig sygdom eller sekundært til anden hjertesygdom som hjertesvigt, hjerteklapsygdom eller iskæmisk hjertesygdom. En del patienter med atrieflimren er uden egentlige gener, men de bør

alligevel undersøges med blodprøver og ekkokardiografi for at diagnosticere eventuel anden bagvedliggende sygdom. Alle patienter med atrieflimren bør vurderes m.h.p. risiko for emboli (små blodpropper i hjernen) og patienter i høj risiko skal tilbydes blodfortyndende behandling. Patienter med symptomatisk atrieflimren føler hjertebanken, træthed og åndenød ved fysisk anstrengelse.

Hos nogle patienter kan generne mindskes ved medicinsk behandling, mens patienter med betydelige symptomer trods medicinsk behandling bør tilbydes ablation. Ablation er en forholdsvis ny behandling og indikationen for hvilke patienter der kan tilbydes behandling udvides løbende. Ablation tilbydes i øjeblikket på 4 hjertecentre (Ålborg er på vej) samt på privathospitalet Hjertecenter Varde. Der er aktuelt 12-96 ugers ventetid på ablation på de 4 hjertecentre.

Hjerteforeningen mener, at patienter mistænkt for hjertearytmi bør tilbydes forundersøgelse på kardiologisk afdeling inklusive ekkokardiografi og Holtermonitorering (overvågning af hjerterytmien gennem flere døgn) indenfor 2 uger. Undersøgelserne skal afklare, om der er anden bagvedliggende alvorlig hjertesygdom og om patienten har behov for blodfortyndende behandling. Ablationsbehandling er ikke livsforlængende, men for patienter med mange symptomer eller bivirkninger til medicinsk behandling kan ablation være eneste mulighed for at opnå en acceptabel livskvalitet. Hjerteforeningen mener, at patienter højst bør vente 3 måneder på ablationsbehandling.

Patienter med andre invaliderende arytmier, der ikke kan begrænses medicinsk, og hvor ablation har høj grad af succes (WPW takykardi og AV nodal re-entry takykardi) bør tilbydes behandling hurtigere.

Andre kredsløbssygdomme

Åreforkalkningssygdom udenfor hjertet behandles primært på karkirurgiske afdelinger bortset fra blodpropper i hjernen, hvor patienterne indlægges på neurologisk afdeling. Patienter med kredsløbssygdomme har også Hjerteforeningens bevågenhed. Der har gennem de seneste 10 år været stigende opmærksomhed på, at åreforkalkningssygdom, uanset primære manifestation har fælles årsager, hvorfor både primær og sekundær



profylakse samt rehabilitering retter sig mod risikofaktorer fælles for alle åreforkalknings sygdomme (rygning, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol i blodet, diabetes osv.)

Åreforkalkning i benene

En stor del af den karkirurgiske aktivitet retter sig mod behandling af patienter med åreforkalkning i de store blodårer til benene. De fleste patienter har kroniske symptomer i form af nedsat gangdistance og smerter i benene (claudicatio). I værste tilfælde udvikler patienten sår eller gangræn (koldbrand) pga. det dårlige kredsløb i benene. Behandlingen kan være operation med bypass eller ballonudvidelse. Ballonudvidelser foretages i samarbejde med specialuddannede radiologer. Andre patienter udvikler tegn på akut blodprop i benet. Her er kirurgisk behandling hastende og foretages altid indenfor få timer.

Prognosen for denne patientgruppe er præget af at åreforkalkningen ikke er begrænset til benene, men i høj grad allerede er til stede i hjertets kranspulsårer, når symptomer fra benene melder sig, også selvom de ingen symptomer har fra hjertet. Dødeligheden i denne patientgruppe er således på linie med eller højere end den er indenfor iskæmisk hjertesygdom.

Vurdering af behovet for kirurgi foretages på karkirurgisk afdeling, og det vil som regel være nødvendigt med supplerende undersøgelser som trykmåling på benene eller arteriografi.

Der udføres ca. 3800 operationer (kirugi + ballon) årligt i Danmark (Karbaser, 2005). Der er store regionale forskelle på antallet af udførte operationer i de forskellige amter (tal fra 2005). Der findes ingen analyser, der præcist afdækker årsagerne til de regionale forskelle, men det er vist, at der er en sammenhæng mellem høj karkirurgisk aktivitet og faldende amputationsrate.

Ventetiden på forundersøgelser på de karkirurgiske afdelingen varierer mellem 2 og 23 uger. Ved en rundspørge foretaget af Hjertereforeningen understreger de fleste afdelinger, at de forsøger at prioritere patienterne således, at patienter med kritisk iskæmi og truende



gangræn kun venter få uger på forundersøgelse og behandling – mens patienter med stabil sygdom (claudicatio) har væsentlig længere ventetid.

Hjertereforeningen mener at ventetiden bør være 2 uger på forundersøgelse og 2 uger på behandling, ligesom indenfor anden livstruende sygdom.

Åreforkalkning i pulsårene til hjernen

Forsnævring af pulsårene til hjernen (carotisstenose) er en alvorlig sygdom der kan medføre apoplexi eller mindre, forbigående blodprop i hjernen (TIA). Er halspulsåren mere end 70 % forsnævret bedømt ved ultralydsundersøgelse, bør der foretages thrombendatherectomi (TEA, kirurgisk oprensning af pulsåren) eller i sjældne tilfælde ballonudvidelse. I Danmark udføres ca. 5,5 operationer pr. 100.000 indbyggere, hvilket fortsat er et stykke fra det internationalt anbefalede niveau på 8-10 operationer /100.000 indbyggere. Der er således behov for udbygning af aktiviteten på området. Ventetiden på ultralydsundersøgelse varierer en del imellem regionerne og er p.t. mellem 2-16 uger. Ofte foretages denne undersøgelse på afdelinger for klinisk fysiologi og nuklear medicin eller på røntgenafdelinger.

Ventetiden på forundersøgelse på karkirurgisk afdeling er som ovenfor nævnt 2-23 uger ifølge [www. sundhedkvalitet.dk](http://www.sundhedkvalitet.dk), men ved Hjertereforeningens rundspørge siger flere afdelinger, at ventetiden for behandling af carotisstenose blot er få uger efter diagnosen er stillet.

Hjertereforeningen mener, at alle patienter, der har haft apoplexi eller TIA, og som har rimelige livsudsigter, bør tilbydes ultralydsundersøgelse af halskar inden for 1 uge for at identificere patienter med behandlingskrævende carotisstenose, således at relevante patienter kan tilbydes operation indenfor 2 uger efter symptomernes opståen. Det nationale referenceprogram (10) anbefaling er i øvrigt identisk hermed. En udbygning af kapaciteten m.h.t. både diagnostik og behandling er nødvendigt for at Danmark kan nå internationalt niveau. Således skal der formentlig behandles yderligere 250 patienter årligt, hvilket vil kræve screening med ultralyd af betydeligt flere patienter og nærmest en fordobling af kapaciteten på dette område. Den katheterbaserede behandling af

carotisstenose og anden karsygdom i hjernen er lille i Danmark, men der er fortsat tale om en behandling uden evidens imodsætning til operativ behandling der er veldokumenteret.

Udposning på hovedpulsåren (Aortaaneurisme)

Udposning på hovedpulsåren er en alvorlig følgesygdom til åreforkalkning og forhøjet blodtryk. Der er tale om en af de hyppigste dødsårsager hos mænd. Operation for aortaaneurime foregår på hjertekirurgisk afdeling, når udposningen involverer den del af hovedpulsåren, der sidder i brysthulen, mens udposninger i maveregionen opereres på karkirurgisk afdeling. Der foretages ca. 750 operationer på karkirurgisk afdeling (2005) og mindst 100 operationer årligt på hjertekirurgisk afdeling (2003), hvoraf 2/3 er akutte operationer. Ventetidproblematikken er således mest aktuell på de karkirurgiske afdelinger. Behandlingen tilbydes på 10 karkirurgiske afdelinger, hvor afdelingen, der foretog færrest operationer (Sydvestjysk Sygehus) opererede 29 patienter i 2006, mens Kolding Sygehus foretog flest (201) operationer. Ventetiden på operationer fremgår ikke på www.sundhedkvalitet.dk – men i Hjerteforeningens rundspørge angives 3-4 ugers ventetid på forundersøgelse og ligeledes 3-4 ugers ventetid på operation. Patienter med akutte symptomer opereres med det samme. Samstemmende angiver alle adspurgte afdelinger, at man ønsker yderligere kapacitet på operationsstuer og tilsvarende sengepladser på intensivafdelinger for at kunne øge aktiviteten.

Der er i dag evidens for at screening for aortaaneurisme hos mænd > 65 år medfører faldende dødelighed som følge af sygdommen.

Hjerteforeningen mener, at der ved denne livstruende tilstand skal forundersøgelse ske indenfor 2 uger og behandling indenfor yderligere 2 uger. Screening bør iværksættes snarest muligt.

Aktuelle problemstillinger

Principper og mål for behandlingen af hjertesygdom i Danmark er relativt ens i de forskellige regioner. Det skyldes de mange behandlingsvejledninger fra bl.a. Dansk Cardiologisk Selskab, der har til formål at sikre ensartet behandling af danske



hjerterpatienter. Der er dog betydelige forskelle i organisationen af patientbehandlingen regionerne imellem. Hjertereforeningen har foretaget en rundringning til regionernes specialerådsformænd og ledende overlæger for at synliggøre de regionale forskelle.

Sygeplejersker

Flere hospitaler, især i de større byer, melder om mangel på sygeplejersker. Der vil altid være en vis rotation af sundhedspersonale i byer med flere hospitaler, men når der er tale om sygeplejersker med specialkompetencer, fx operationssygeplejersker, intensivsygeplejersker og sygeplejersker oplært i ekkokardiografi er det et større problem, idet oplæring i disse kompetencer kræver yderligere 6-12 måneders træning ud over en betydelig klinisk erfaring som sygeplejerske. Denne oplæring er krævende for afdelingen og det er et ressource, når en sygeplejerske med specielle kompetencer forlader en afdeling. Mange afdelinger efterlyser mulighed for løntillæg til sygeplejersker med specielle funktioner (fastholdelsestillæg). Da det ofte drejer sig om en større personalegruppe, fx 25 sygeplejerske på samme operationsgang, på en intensivafdeling eller i kardiologisk laboratorium rummer "Ny Løn" ikke muligheder for at give et tillæg af en størrelse der er af betydning for den enkelte.

Intensivkapacitet

Hjertereforeningen har via en rundspørge på de fem hjertekirurgiske afdelinger forsøgt at få et overblik over antallet af aflyste operationer og årsagerne hertil. Operationer kan aflyses pga. ændringer i patientens tilstand, men rundspørgen afslører, at den hyppigste årsag til aflysning af operationer er manglende pladser på intensivafdelingen, hvor patienten skal behandles efter operationen. Afdelingerne anfører også, at de ikke har bufferkapacitet til at absorbere mange akutte operationer. I døgn med høj akut aktivitet må der således også aflyses operationer (tabel 2). En aflyst operation er naturligvis en stor belastning for den enkelte patient, men også en logistisk udfordring for afdelingen. Således skulle man alene på Rigshospitalet skabe plads til over 30 patienter i løbet af september, hvis operation i første omgang var blevet aflyst.

Den samlede intensivkapacitet på danske sygehuse er for lav, og samtidig mangler de fleste intensivafdelinger sygeplejersker, hvilket medfører problemer med at holde alle