

Til Sundhedsstyrelsen

## **Høringsvar fra DSAM vedr. udkast til specialebeskrivelse af Intern medicin: Kardiologi**

---

### **Overordnet vurdering**

---

DSAM henviser indledningsvist til *DSAM's generelle bemærkninger til specialebeskrivelser*, som danner grundlag for vurderingerne i det følgende høringssvar og bør læses først.

DSAM finder, at specialebeskrivelsen giver en grundig gennemgang af de kardiologiske kerneopgaver og den organisatoriske placering af specialet i sundhedsvæsenet. Dokumentet beskriver relevant det tætte samarbejde mellem kardiologi, andre hospitalsspecialer, speciallægepraksis og de almenmedicinske tilbud.

Vi bemærker, at dokumentet er blevet bedre og mere overskueligt siden sidste udkast.

DSAM kan konstatere, at mange kardiologiske opgaver allerede varetages i almen praksis, og at antallet af patienter i almen praksis vil vokse betydeligt som følge af den demografiske udvikling.

---

### **Konkrete bemærkninger**

---

#### **Almen praksis varetager opgaver på baggrund af almenmedicinske kompetencer og vejledninger**

Der ses en gennemgående problemstilling i flere sygdomsafsnit. Det fremgår, at almen praksis kan overtage behandlingen af patienter med "stabil" sygdom, hvis dette forudsætter "løbende" konference med en kardiolog og "klare behandlingsplaner".

DSAM finder det væsentligt at understrege, at behandling i almen praksis forudsætter, at opgaven kan varetages selvstændigt inden for almenmedicinske kompetencer. Der henvises til DSAM's generelle bemærkninger samt kommentarer under de enkelte sygdomsafsnit.

#### **Pakkeforløb for hjertesygdom**

Pakkeforløb for hjertesygdom er ikke nævnt hverken i indledningen eller under fremtidig varetagelse. Vi foreslår, at emnet adresseres.

**Bemærkning der gælder beskrivelsen af 4 sygdomsområder: Koronart syndrom, hjerterytmeforstyrrelser, hjerteinsufficiens og pulmonal hypertension**

En sætning går igen for disse fire tilstande i afsnittet om fremtidig varetagelse: *"Patienter med stabil sygdom vil kunne følges i almenmedicinske tilbud efter konference med speciallæger i Intern medicin: Kardiologi."*

Desuden angives under koronart syndrom, hjerteinsufficiens og pulmonal hypertension, at der skal være mulighed for "løbende" konference.

Umiddelbart kan dette forstås sådan, at man vil flytte en gruppe patienter, som almen praksis kun kan tage sig af, hvis der konfereres forud – og at der faktisk skal konfereres løbende, dvs. ved gentagne kontakter.

Det virker som uhensigtsmæssigt dobbeltarbejde, hvis man beskriver en situation, hvor almen praksis ikke har tilstrækkelige kompetencer til selvstændigt at varetage behandlingen, og speciallægen vil blive involveret gentagne gange.

DSAM anbefaler, at almen praksis kun har ansvaret for patienter, som speciallæger i almen medicin overordnet har kompetence til at behandle. Det er en fordel, at der ved behov er mulighed for at konferere patienten med en specialist. Men er det nødvendigt at konferere patienten løbende, hører patienten hjemme på sygehuset.

Høj kvalitet i patientbehandlingen kan ikke sikres alene via en plan eller opskrift i epikrisen. Almenmedicinere skal have den nødvendige basisviden til i hovedparten af tilfældene selv at kunne tage ansvar for forløbet. Ellers er behandlingen ikke patientsikker.

DSAM foreslår derfor, at formuleringen om man kan følges "efter konference" fjernes. Ordet "løbende" bør også fjernes, og man kan evt. generelt bruge formuleringen fra trombocardiologi: *"I fremtiden forventes en større andel af de elektive stabile patienter med xxx at kunne følges i almenmedicinske tilbud ... med mulighed for konference med speciallæger i intern medicin: kardiologi ved tvivlsspørgsmål."*

**Arteriel hypertension**

I afsnittet om den nuværende behandling i almen praksis står der: *"for patienter med kompliceret og svært regulerbar hypertension samt yngre patienter vil varetagelse evt. ske i samarbejde med eller ved henvisning til speciallægepraksis eller sygehus"*.

De nuværende aftaler mellem almen praksis og sygehus indebærer ikke en forpligtelse til at anvende hotlines eller lignende samarbejdsformer. (Det er kun diabetes- og KOL-forløb, der indebærer en sådan forpligtelse).

Hovedreglen er derfor i dag, at patienter med kompliceret og svært regulerbar hypertension samt yngre patienter henvises til speciallægepraksis eller sygehus.

Sætningen bør erstattes med følgende:

*For patienter med kompliceret og svært regulerbar hypertension samt yngre patienter henvises generelt til speciallægepraksis eller sygehus.*

En hensigtserklæring om samarbejde bør placeres i afsnittet om fremtidig varetagelse.

### **Torakale aortasygdomme**

Under fremtidig varetagelse fremgår det, at *"ved stabile forhold kan en del voksne patienter med aortasygdom efter specialiseret vurdering og fastlagt kontrolregime overgå til opfølgning i almenmedicinske tilbud"*. Der henvises til DSAM's generelle bemærkninger.

*"Stabil og velbehandlet"* er ikke i sig selv indikation for flytning af en opgave. De nødvendige kompetencer skal etableres i almen praksis. Da der er tale om sjældne sygdomme, vurderer DSAM ikke, at opgaveflytning er relevant. Færdigbehandlede patienter kan selvfølgelig afsluttes til almen praksis.

### **Trombokardiologi**

I fremtiden vil man formentlig kunne anvende point-of-care D-dimer og point-of-care ultralyd ved mistanke om DVT i almen praksis, hvorved DVT ikke nødvendigvis vil medføre henvisning til sygehus. DVT er en tilstrækkelig hyppig tilstand til, at de praktiserende læger kan opretholde den nødvendige rutine.

I øvrigt er kapitlet om fremtidig varetagelse af trombokardiologi godt og vil kunne genbruges i flere af de ovenstående afsnit: *"I fremtiden forventes en større andel af de elektive stabile patienter med xxx at kunne følges i almenmedicinske tilbud ... med mulighed for konference med speciallæger i intern medicin: kardiologi ved tvivlsspørgsmål."*

I forbindelse med fremtidige opgavebeskrivelser for de almenmedicinske tilbud vil man kunne vurdere præcis, hvor skæringsfladerne for hvad der kan varetages i almenmedicinske, hhv. kardiologiske tilbud, befinder sig, og om der er kapacitet til opgaven.

---

## **Konklusion**

---

Almen praksis varetager allerede en stor behandlingsopgave i relation til patienter med hjertesygdomme. Opgaven vil vokse alene som følge af den demografiske udvikling og udviklingen af pakkeforløb for hjertesygdom.

Det er muligt, at de praktiserende læger kan påtage sig et større ansvar for opfølgning inden for de mest almindelige kardiologiske sygdomsområder, forudsat at DSAM's vejledninger på området opdateres og at der sikres relevant efteruddannelse og kvalitetssikring.

DVT-behandling vil kunne varetages selvstændigt i almen praksis, hvis der indføres point-of-care ultralydsundersøgelse i alle klinikker.

Opgaveudvikling bør være målrettede opgaver, som er hyppige, klinisk afgrænsede og kan integreres i en almen medicinsk kontekst uden behov for løbende specialistinvolvering.

Opgaver bør placeres dér, hvor de er fagligt velplacerede og kan varetages med høj patientsikkerhed.

Med venlig hilsen



Maria Krüger  
Formand for DSAM