



## Når hjertet svigter – palliation til hjertepatienten

Opsamling på kursus som skaber brobygning  
mellem kardiologi og palliation

## **Når hjertet svigter – palliation til hjertepatienter. Opsamling på kursus som skaber brobygning mellem kardiologi og palliation [When the Heart Fails – Palliative Care for People with Heart Disease]**

Forfatter: Stine Gundtoft Roikjær  
Copyright © 2019  
REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til REHPA.

REHPA, notat nr. 17  
Oktober 2019

ISBN: 978-87-93356-39-9 (online)

Forsidefoto: Colourbox.dk

### **REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation**

Vestergade 17  
5800 Nyborg  
Telefon 21 81 10 11  
Mail: [rehpa@rsyd.dk](mailto:rehpa@rsyd.dk)  
[www.rehpa.dk](http://www.rehpa.dk)

REHPA-notater følger op på områder, som efterspørges af myndigheder, samarbejdspartnere, fagfæller, forskere, praktikere og andre målgrupper, som videncentret deler interesser med.

Notaterne er ikke reviewet, men fagligt godkendt af videncentrets medarbejdere. Udarbejdelsen af og baggrunden for notatet fremgår af forordet.

Notaterne udkommer ad hoc som elektroniske dokumenter og kan downloades fra [www.rehpa.dk](http://www.rehpa.dk).

## Indhold

Forord.....	4
Resume.....	5
Summary .....	7
Om kurset: 'Når hjertet svigter – palliation til hjertepatienten' .....	9
State of the art cross-over session vedrørende behandling.....	9
Workshop.....	9
Inspiration og oplæg .....	9
State of the art cross-over session vedrørende behandling .....	11
Workshop .....	12
Region Hovedstaden.....	12
Region Syddanmark .....	14
Region Nordjylland.....	14
Region Midtjylland.....	16
Region Sjælland.....	18
Konklusion .....	19
Referencer .....	20
Bilag.....	21
Bilag 1. Program – "Når hjertet svigter - palliation til hjertepatienter" .....	21

## Forord

Kurset *Når hjertet svigter – palliation til hjertepatienter* blev afholdt den 9.-10. november 2017 på Hotel Nyborg med deltagelse af 55 sundhedsprofessionelle fra hele Danmark – primært kardiologer og palliative medicinere.

Dette notat beskriver først kursets faglige oplæg, og dernæst ridses de vigtigste pointer op fra de to undervisningssessioner i henholdsvis hjertheinsufficiensbehandling til palliative medicinere og symptomlindring til kardiologer. Afslutningsvis præsenteres et sammendrag fra kursets afsluttende workshop omkring overvejelser om status, fremtid og videre planer for palliation til hjertepatienter i hver af de fem regioner.

Kurset blev arrangeret af:

- Dansk Cardiologisk Selskab (DCS)
- Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPam)
- REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA).

Kursusnotatet er udarbejdet af REHPA, som led i afrapportering af REHPAs aktiviteter og involvering i det palliative område på tvær af diagnoser. Notatets indhold er alene et udtryk for REHPAs opsamling. Notatet er tilgængeligt på REHPAs hjemmeside og kan frit læses af målgruppen for notatet, som er ledere og sundhedsprofessionelle i både primær og sekundær sektor med interesse for palliation til hjertepatienter, og udviklingen af dette område.

Mange tak til oplægsholderne for gode faglige input og til kursusedtagerne for gode drøftelser og konkrete forslag til videre arbejde i de enkelte regioner. Også stor tak til ekstern reviewer og samarbejdspartner, overlæge Vibeke Brogaard Hansen, Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle Sygehus. Og endelig tak til ph.d.-studerende Stine Gundtoft Roikjær for den store indsats som kursussekretær i forbindelse med tilrettelæggelse, praktisk afvikling og flot skriftlig opsamling på kurset som del af hendes ph.d.-forløb inden for emnet: Hjertesvigt og palliation ved Næstved/Slagelse Sygehuse og REHPA, Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet.

Vi ser i REHPA frem til at følge den videre udvikling af en god tværfaglig og tværsektoriel indsats til hjertepatienter med behov for en palliativ indsats i landets regioner og kommuner.

*Ann-Dorthe Zwisler*

Professor, overlæge, videncenterchef

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

## Resume

Over dagene 9. og 10. november i 2017 var kardiologer og palliative medicinere fra alle landets regioner inviteret til kurset *Når hjertet svigter – palliation til hjertepatienten* arrangeret af *Dansk Cardiologisk Selskab (DCS)*, *Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPam)* og *REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA)*.

Dagene var tilrettelagt med 1. faglige oplæg, 2. state of the art cross-over sessioner og 3. en workshop.

## Faglige oplæg

Kurset var ambitiøst med oplægsholdere fra både ind og udland, der præsenterede evidens og erfaringer indenfor følgende overskrifter:

- Evidens for palliation til hjertepatienter
- Prognostiske indikatorer og Advance Care Planning
- Inaktivering af ICD-enhed og medicinsanering
- De svære etiske dilemmaer ved indstilling af aktiv behandling
- Pårørende og sorg
- Organisering af palliation til hjertesvigtpatienter.

## State of the art cross-over session vedrørende behandling

Manglende begrebsafklaring omkring palliation i kardiologien og for diagnosen hjertesvigt i den specialiserede palliative indsats er nævnt som en barriere for at udbrede en palliativ indsats til mennesket med fremskreden hjertesygdom. Af samme årsag var der planlagt en session med undervisning i henholdsvis hjerteinsufficiensbehandling til palliative medicinere og palliativ symptomlindring til kardiologer.

En vigtig pointe i sessionen omkring symptomindring var, at der ikke kun er tale om farmakologisk behandling. Det er vigtigt at have fokus på opretholdelse af hverdagsliv.

## Workshop

Kurset blev afsluttet med en workshop, hvor hver region diskuterede: Hvor langt man var nået i regionen, hvor man gerne ville hen, og hvordan man forestillede sig denne proces.

Her blev det klart, at der på landsplan er stor forskel på, hvor langt man er kommet på dette område, men også at der flere steder er sat gode tiltag i gang, der fokuserer på at løse opgaven om at tilbyde hjertesvigtpatienten palliativ behandling, som DCS' holdningspapir anbefaler.

## **Konklusion**

Fagkulturelle forskelle mellem palliative medicinere og kardiologer blev synlige under dette kursus, og flere italesatte vigtigheden af at reflektere over eget syn på sygdom og sundhed, fordi det afspejles i tilgangen til behandling. Kommunikation og respekt for hinandens kompetencer fremhæves som vigtige elementer i et fremadrettet samarbejde. Primærsektoren nævnes som en essentiel brik i dette samarbejde, og der efterlyses dialog på tværs, der sikrer en integreret indsats fremfor parallelle forløb.

Trods forskellige udgangspunkter i både fagkultur og i organiseringen i de forskellige regioner synliggjorde dette kursus et stort engagement fra begge specialer om at få udviklet og organiseret en palliativ indsats til den kardiologiske patient.

## Summary

### **When the Heart Fails – Palliative Care for People with Heart Disease**

On 9–10 November 2017, cardiologists and specialists in palliative medicine from all five administrative regions of Denmark were invited to attend the course *When the Heart Fails – Palliative Care for People with Heart Disease* organized by the *Danish Society of Cardiology (DCS)*, the *Danish Society of Palliative Medicine (DSPam)* and *REHPA, the Danish Knowledge Centre for Rehabilitation and Palliative Care (REHPA)*.

The course was organized with 1) scientific presentations, 2) state-of-the-art cross-over sessions and 3) a workshop.

### **Scientific presentations**

The course was ambitious, with presenters from Denmark and elsewhere presenting evidence and experience on the following topics:

- Evidence on palliative care for people with heart disease
- Prognostic indicators and advance care planning
- Inactivating implantable cardioverter defibrillators and discontinuing unnecessary medication.
- The difficult ethical dilemmas related to deciding to end active treatment
- Family members and grieving
- Organizing palliative care for people with heart failure.

### **State-of-the-art cross-over session on treatment**

The lack of clarification related to palliative care in cardiology and to the diagnosis of heart failure in the specialized palliative care effort is considered a barrier to scaling up palliative care efforts for people with advanced heart disease. For the same reason, an educational session was scheduled on treating heart failure for specialists in palliative medicine and on palliative symptom relief for cardiologists.

An important point of the session on relieving symptoms was that this does not solely include pharmaceutical treatment. Focusing on maintaining everyday life is important.

### **Workshop**

The course ended with a workshop in which representatives of each administrative region discussed the progress achieved in their region, their goals and how they foresaw this process.

This clearly showed great differences within Denmark in the progress in this field but also that several initiatives have been launched in several places that focus on offering palliative care to people with heart failure, as recommended by the *Danish Society of Cardiology* in its position paper.

## **Conclusion**

The course highlighted the cultural differences between the specialists in palliative medicine and cardiologists, and several participants emphasized the importance of reflecting on one's own view of illness and health because this influences the approach to treatment adopted. Communication and respect for each other's skills are emphasized as important aspects of future collaboration. Primary health care was mentioned as an essential aspect of this collaboration, and calls are being made for interdisciplinary dialogue that ensures an integrated effort rather than parallel care pathways. Despite different starting-points in both professional culture and in the organization in Denmark's administrative regions, this course showed great commitment from both specialties to develop and organize palliative care efforts for people with heart disease.



## Om kurset: 'Når hjertet svigter – palliation til hjertepatienten'

Over dagene 9. og 10. november i 2017 var kardiologer og palliative medicinere fra alle landets regioner inviteret til kurset *Når hjertet svigter – Palliation til hjertepatienten* arrangeret af *Dansk Cardiologisk Selskab (DCS)*, *Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPam)* og *REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA)*.

55 sundhedsprofessionelle, primært kardiologer og palliative medicinere, blev præsenteret for både nationale og internationale erfaringer og evidens omkring palliation til mennesket med avanceret hjertesygdom.

Dagene bød på oplæg og diskussion under overskrifterne:

- Evidens for palliation til hjertepatienter
- Prognostiske indikatorer og Advance Care Planning (ACP)
- Inaktivering af ICD-enhed og medicinsanering
- De svære etiske dilemmaer ved indstilling af aktiv behandling
- Pårørende og sorg
- Organisering af palliation til hjertesvigtpatienter.

## State of the art cross-over session vedrørende behandling

Desuden bød første dag også på en opdelt session med oplæg og diskussioner under emnerne:

- Hjertheinsufficiensbehandling (for palliationslæger)
- Symptomlindring (for kardiologer).

## Workshop

Kurset blev afsluttet med en workshop, hvor hver region diskuterede: Hvor langt man var nået i regionen, hvor man gerne ville hen, og hvordan man forestillede sig denne proces.

## Inspiration og oplæg

Kurset var ambitiøst med oplægsholdere fra både ind og udland.

Dagene bød på introduktionssektion med velkomst fra overlæge og formand for uddannelsesudvalget ved DSPaM, Torben Strodl Andersen, hvor baggrunden for kurset om palliativ indsats ved fremskreden hjertesygdom blev ridset op. Efterfølgende blev DCS Holdningspapirer (Dansk Cardiologisk Selskab, 2016) og evidensen for palliativ indsats til hjertepatienter præsenteret af henholdsvis overlæge og formand for DCS holdningspapirer, Vibeke Brogaard Hansen, og kardiolog og centerchef for REHPA, Ann-Dorthe Zwisler.

Senior Professor i kardiologi og intern medicin, Kurt Boman, fra Umeå Universitet præsenterede resultater fra sit pilotstudie, *The PREFER trial* (Brännstrom & Boman, 2013), et patientcentreret og hjemmebaseret palliationstilbud til hjertesvigtpatienter. Resultaterne viste halvering af genindlæggelser og et stort potentiale i forbedring af livskvalitet og morbiditet. En deltager fra projektet beskrev det således: *"Den palliative hjemme-indsats tilbyder et sikkerhedsbælte i sygdommens rutsjebane"*.

Dr. James Beattie fra Cecily Saunders Institute of Palliative Care stillede spørgsmålsteget ved prognostiske redskaber i forbindelse med hjertesvigt og palliation, og argumenterede for at hver hjertesvigtpatient har et unikt sygdomsforløb. Han opfordrede til, at efterlade silotænkningen og kigge på det store menneskelige billede. Afslutningsvis stillede han spørgsmålsteget ved, nok især den kardiologiske, fagkulturelle forestilling om, at døden er et nederlag. *"Death is not a defeat; a poor death is a defeat and possibly preventable"* (Ryder, Beattie, O'Hanlon, & McDonald, 2011).

Ph.d. Marianne Skorstengaard fortsatte herfra og slog fast at *"it matters how you die"*. Skorstengaard fremlagde fund fra sit ph.d.-projekt om ACP, der omhandler en på forhånd planlagt pleje eller behandling, der skal sikre at patientens ønsker dokumenteres til senere brug i forløbet (Skorstengaard et al., 2017). Dette førte til en debat om, hvordan og hvornår man skal snakke om udsigten ved hjertesvigt. Nogle mente, at dette hører til indledende samtaler ved behandlingsstart – andre mente, at man i så fald ville tage håbet fra folk.

Professor i psykologi, Susanne S. Pedersen, og overlæge, Jens Brock Johansen, havde vedkommende oplæg om både funktion og menneskelige aspekter ved at tilbyde en behandling som ICD-anlæggelse, og de etiske overvejelser når man nærmer sig den terminale fase, heriblandt den vigtige snak om inaktivering af ICD-enheden. Mange af de samme overvejelser gør sig gældende i medicinsk behandling. At behandle med forebyggende statiner giver ikke meget mening i den terminale fase, og det er vigtigt at gennemgå den palliative hjertepatienters medicin kritisk, fortæller læge i klinisk farmakologi, Ljubica Andersen. En beslutning, der ved case-arbejdet, viste sig at være temmelig vanskelig.

Filosof og tidligere formand for Etisk råd, Jacob Birkler, opstillede etiske dilemmaer til refleksion i forsamlingen. Han argumenterede for, at vi med de teknologiske fremskridt i lægevidenskaben kan gøre utroligt meget, men bør vi? Desuden opfordrede han til mere samtale: *"Samtale tager tid og opfattes ofte som en omvej, men det kan også være en genvej"*.

Præst Elizabeth Rokkjær Hammer stillede skarpt på, hvordan en hjertesvigtsdiagnose influere menneskets syn på sig selv og livet og trak på både den franske filosof Descartes og den amerikanske psykiater Yalom i sin analyse. En hovedpointe i dette oplæg var at hjælpe mennesket med hjertesvigt

med at leve, på trods af at hans fremtid er afløst. Håb var et gennemgående begreb, og Rokkjær Hammer argumenterede for, at vi skal assistere mennesket med at finde en kilde til mening, og dermed lade dem finde håbet igen.

Mai-Britt Guldin, psykolog ved Aarhus Universitetshospital, inddrog de pårørendes sorgproces i debatten med sit oplæg, og fortalte at en systematisk sorg-screening af pårørende kan have betydning for en hurtig og relevant indsats for de pårørende, der efter en mand, ven, kone eller evt. barns død er i højrisiko for et invaliderende sorgforløb. Lige nu findes der ikke en egentlig sorgdiagnose, hvilket har betydning, for den behandling der tilbydes, men WHO arbejder på at få en sådan indført.

Afslutningsvis blev der stillet skarpt på organisering af palliation til hjertepatienten. Her beskrev Dr. Charles Daniels fra St. Lukes Hospice vigtigheden af at arbejde som team på tværs af fag og discipliner for patientens bedste (Ponnampalampillai & Daniels, 2012). Den integrerede hjertesvigtsservice, som han har arbejdet med, involverede månedlige møder ved det *Multidisciplinære team* (MDT) bestående af: Kardiolog, hjertesvigtssygeplejerske, palliationslæge, palliationssygeplejerske og sundhedspersonale fra primærsektoren. Han argumenterede for vigtigheden af nøglepersoner og kendte ansvarsområder.

Også herhjemme har vi erfaring med MDT, som Vibeke Brogaard kunne berette om fra Vejle. En af de helt store udfordringer er, at den palliative patient fylder meget lidt i den kardiologiske hverdag, så vi har som kardiologer ikke megen erfaring og evidens at hænge vores beslutninger og tiltag op på. Derfor er samarbejdet mellem kardiologi og palliation så vigtig. Et vigtigt redskab i dette samarbejde er *EORCT-skemaet*. Dette sikrer at alle 'taler samme sprog' på tværs af fag, speciale og disciplin.

I Aarhus har man erfaring med et 'følge-op-projekt', der sikrer en kontinuitet mellem eget hjem og hospital. Sygeplejersker fra hjerteklinikken besøger patienterne i eget hjem, hvilket opleves meget positivt og trygt for både patienter og sundhedspersonale.

## **State of the art cross-over session vedrørende behandling**

En af de nævnte barrierer for at tilbyde palliation til hjertesvigtspatienter er den manglende indsigt i palliation i kardiologi og i hjertesvigtssygdommen i den palliative indsats. Det var derfor valgt, at have en session med undervisning i henholdsvis hjerteinsufficiensbehandling til palliative medicinere og symptomlindring til kardiologer.

Nogle kardiologer kommenterede igen på at de oplever mange dilemmaer i forbindelse med medicinsanering og mangler erfaring på området.

En vigtig pointe i sessionen omkring symptomindring var, at der ikke kun er tale om farmakologisk behandling. Det er vigtigt at have fokus på opretholdelse af hverdagsliv, og man kan med fordel indtænke fysio- og ergoterapi i denne planlægning.

## Workshop

Hele kurset blev sluttet af med en workshop med det formål at få regionerne til at reflektere over følgende spørgsmål: Hvor er vi lige nu i regionen? Hvor vil vi gerne hen? Hvordan kommer vi dertil? Hvilket samarbejde?

I dette notat har vi valgt at medtage et sammendrag fra hver region. Sammendragene er forsøgt præsenteret i nogenlunde samme format, men afspejler hvordan hver enkelt region greb opgaven an.

## Region Hovedstaden

### Ad spørgsmål 1. Hvor er vi lige nu i regionen?

Region Hovedstaden har allokeret cirka 12-16 mio. kroner til non-malign palliation om året, 3,5 mio. kroner til Herlev og Gentofte Hospital som det højeste beløb. Givet til specialiseret palliativ indsats med forventning om, at specialiseret palliativ indsats bruger dem i samarbejde, også med det kommunale niveau. Det har direktionerne grebet forskelligt an; man har betonet, at det skal være en udekørende funktion, der laver en understøttende indsats overfor hjemmesygeplejersker og andre, der er udekørende. På Hvidovre Hospital er nogle af midlerne gået til hjerte-/lunge-området, nogle til det palliative team. På Herlev og Gentofte Hospital og på Rigshospitalet er det gået til Det Palliative Team. Ved Nordsjællands Hospital er pengene øremærket til ACP i lungemedicinsk regi.

På Rigshospitalet har man haft en konference på tværs af Palliativt Afsnit og Hjertemedicinsk Klinik hvor kardiologiske patienter er gennemgået med henblik på palliativ indsats. Dette har ikke kørt de sidste tre måneder, men det er et spørgsmål om at få det i kalenderen igen. Desuden er der i Sundhedsfagligt Råd fokus på at udvikle et palliativt tilbud til hjertestopoverlever og hjertesvigtpatienter.

Ved Nordsjælland Hospital undervises de yngre læger fra kardiologisk afdeling i palliation. Palliativ Medicinsk Afdeling på Bispebjerg Hospital skal åbne op for ikke-maligne, medicinske patienter, men ved endnu ikke hvordan.

Arresødal Hospice har personale, der selv har en baggrund i kardiologi og har kendskab til hjertepatienter og deres behov, der er anderledes end cancerpatienters. Desuden har de kontakt til kardiologer ved Hillerød Hospital i tilfælde af tvivlsspørgsmål.

Palliativ Enhed på Hvidovre Hospital står overfor at skulle lave forløbsprogrammer og beskrive interventioner: En af udfordringerne er at finde en fordelingsnøgle for fx, hvor mange patienter kan en sygeplejerske tage osv.

Sankt Lukas Hospice har internt kigget på, hvem der henvises med non-maligne sygdomme hos dem, og det er primært KOL- og ALS-patienter, så dem har de fokuseret på. Der er ikke mange hjertepatienter, der bliver henvist, og de har derfor ikke fokus på dem.

Diakonissestiftelsens Hospice beskriver samme scenarie. Det debatteres om den usikkerhed, der er omkring hjertepatientens prognose, har betydning for dette. Et forløb på 9 måneder kan ikke honoreres på et hospice, og det kan have skabt en præcedens for, at hjertepatienter ikke henvises til hospice, hvor patienten typisk er 14-18 dage.

### **Ad Spørgsmål 2+3. Hvor vil vi gerne hen? Hvordan kommer vi dertil? Hvilket samarbejde?**

Det beskrives, at kurset har bidraget med viden fra både ind- og udland, og at man med fordel kan bygge på den kendte viden, når der skal organiseres palliation til hjertepatienten. Samtidig bliver det fremhævet, at de første skridt skal tages lokalt og bygges på de styrker, der allerede findes. Disse styrker kan 'sættes i kasser', så andre også kan anvende dem, og alle bliver klogere. Én fremhæver, at en barriere for organiseringen er den manglende viden, om hvad hinanden laver, og det er nødvendigt først at kortlægge nuværende indsats, før man kan komme videre. Lige nu beskrives den palliative indsats som drevet frem af ildsjæle, og her fremhæves sygeplejerskerne. Det er vigtigt, at organisere det mere systematisk og få lægerne i spil. *"Den yngre generation higer efter at blive gode til det her, så vi skal hjælpe dem med det."*

Primærsektoren bliver også fremhævet som en vigtig brik, da flere dør hjemme, og hjemmesygeplejen står med komplekse borgere. Dette område skal også styrkes. En palliationslæge argumenterer for at det holistiske syn skal implementeres i kardiologien, da den palliative indsats er tiltænkt det hele menneske og hans pårørende. Det kommenteres dog, at der skal ske en ændring i mentalitet fra begge specialer, så man er åbne overfor hinandens viden og lærer at bruge den.

Kulturen i lægestanden med fokus på akut behandling og hurtig udskrivelse, påtales som et område der er nødt til at ændres. Én pointerer, at området med palliation til kardiologiske patienter fortsat bør være forankret i kardiologien og integreres som basal palliation. Der kan ikke længere laves en skarp opdeling af den palliative patient, og samarbejde er derfor essentielt. Ligeledes er samarbejdet mellem sygeplejerske og læge vigtigt. Ansvarsopgaver er flydende og bør tilpasses hver enkelt patient.

## Region Syddanmark

### Ad spørgsmål 1. Hvor er vi lige nu i regionen?

Der findes et relativt nyt 'palliativt råd' i Region Syddanmark, der skal have fokus på palliation i regionen. For nuværende er der mest fokus på cancer, men nøglepersoner i regionen forsøger at danne bro mellem palliation og deres medicinske speciale. Følgende implementerede tiltag nævnes: *Vejlemodellen* med kvartalsvise møder i multidisciplinære teams (MDT), *Det gode liv* fra Odense, der er en telefonlinje administreret af Hjerteforeningen, hvor de af og til bliver præsenteret for palliative problemstillinger. Der er et øget samarbejde mellem kommunen og Hjerteforeningen samt et fagligt netværk for sygeplejersker.

### Ad Spørgsmål 2+3. Hvor vil vi gerne hen? Hvordan kommer vi dertil? Hvilket samarbejde?

Der gives udtryk for et ønske om et overblik over problemets størrelse? Hvad er incidens- og genindlæggelsesraten? Data fra Det nationale Indikatorprojekt (NIP) synes ikke at give et tilstrækkeligt billede af målgruppen, og der er diskussion om, hvilke elementer der kendetegner palliation til hjertesvigtpatienter. Der er også et ønske om redskaber til at identificerer hjertesvigtpatienterne, og de som har palliative behov. Der gives udtryk for et ønske om at få 'palliation' ind i sygehusplanerne, så det ikke udelukkende berøres i Sundhedsplanerne samt et ønske om at arrangere temadage til kompetenceudvikling.

Det foreslås, at der bliver sat krav om palliations-kompetenceøgning og udvikling af netværk, men argumenteres for at ildsjæle stadig er en mere realistisk løsning i hjerteafdelingen. Kultur bliver fremhævet som en stor barriere for gensidig forståelse kollegerne imellem.

Afslutningsvis diskuteres det, hvordan man får ledelser og læger med og de to modeller; Aarhus Universitetshospital, Skejbs 'følge-op-ordning' og Vejle Sygehus' MDT-konferencer, som blev præsenteret ved kurset, fremhæves.

## Region Nordjylland

### Ad spørgsmål 1. Hvor er vi lige nu i regionen?

En deltager fra Hjertesvigtsambulatoriet ved Aalborg Universitetshospital lægger ud med at fortælle, at de altid har arbejdet med det samlede patientforløb. Herunder også de patienter der har haft mange genindlæggelser. I ambulatorierne gør de meget for at holde patienterne væk fra indlæggelser, men der kommer et tidspunkt, hvor det er ressourcebelastende for patienter og pårørende at være hjemme.

Hjertesvigtambulatoriet har i den forbindelse været en del af et projekt, som havde til formål at forbedre patientforløbet for hjertesvigtpatienter på tværs af sektorer. Her besøgte en sygeplejerske fra ambulatoriet, sammen med en hjemmesygeplejerske og en praktiserende læge, patienter i eget

hjem og lavede overdragelsen af patienten der, så patienten kunne dø i eget hjem. Klinikledelsen bakkede op om hjemmebesøgene, da man kan spare indlæggelser. Hjemmebesøg er dog ikke normal praksis, og der er ikke lavet formaliserede samarbejdsaftaler om det.

En anden deltager spørger, om der ikke mangler en repræsentant fra et palliativt team i det nævnte projekt. Deltageren fra Hjertesvigtsambulatoriet ved Aalborg Universitetshospital stiller spørgsmålstejn ved, hvad det er, at det palliative team kan, som hjertesygplejerskerne ikke kan. Hun kommer med et eksempel på en patient, der fortsat ringede til hjertesvigtsambulatoriet, selvom det palliative team blev tilknyttet.

En deltager fra Thisted/Hjørring sygehus nævner, at forskellige koncepter passer forskellige steder. Hun ser mange muligheder for, at man kan gøre mange af de ting, der er blevet snakket om på kurset, men en udfordring hos dem er, at der kun er én palliationslæge i området. Derudover pointerer hun, at det ikke kun er hjertesvigtpatienter, der skal i fokus, men også andre hjertepatienter. Hun tænker umiddelbart, at de skal bruge primærsektoren mere, og at de i den forbindelse bliver nødt til at tænke ud af boksen, da der fx ikke længere er praktiserende læger i området, men i stedet regionsklinikker.

En deltager nævner projektet *Tidlig Indsats på Tværs*, der kører i forskellige kommuner i regionen. Projektet har fokus på geriatriske patienter, som har brug for en ekstra indsats, hvilket sikres igennem et tværsektorielt samarbejde. Måske det kan bruges som inspiration.

Runden afsluttes med en bemærkning fra en deltager om, at der vil være nogle organisatoriske udfordringer i regionen, hvis ikke man inddrager og sparrer med hinanden.

### **Ad Spørgsmål 2+3. Hvor vil vi gerne hen? Hvordan kommer vi dertil? Hvilket samarbejde?**

Runden sættes i gang med et spørgsmål fra en deltager om, hvilken faggruppe der skal tage sig af den sidste tid. En deltager fra Thisted/Hjørring sygehus svarer, at ét scenarie kunne være et overleveringsmøde mellem en sygeplejerske fra den pågældende afdeling, en hjemmesygeplejerske samt en læge fra regionsklinikken. Deltageren nævner endvidere, at hun i høj grad ser ansvaret for den sidste tid som en kommunal opgave, hvor der så kan være en hotline ind til afdelingen.

En deltager nævnte, at hendes afdeling hvert år har en temadag, hvor de tager større kardiologiske problemer op. Her kunne det være oplagt at snakke om palliation.

Det foreslås, at palliation i højere grad inkorporeres på uddannelsesforløb for sundhedspersonale. En deltager spørger, om det kunne være en idé at lave en fælles regional plan for patienter – et regionalt tilbud. Det er der generel opbakning til blandt deltagerne, men det afhænger af økonomi.

En anden deltager nævner, at der allerede eksisterer en række tilbud i nogle af regionens kommuner, som andre kommuner måske kan trække på. Der skal således skabes et organisatorisk overblik over disse tilbud.

Det nævnes, at der er mange ting, som kræver en lille indsats. Altså, man kan starte i det små og lave tiltag, som ikke kræver større omstruktureringer. En deltager påpeger, at der ikke kommer flere penge i Region Nordjylland lige nu, så hvis pengene skal findes til nye større tiltag, skal der spares et andet sted. Der må derfor være nogle helt nære ting, som man ved hjælp af små tiltag kan gøre noget ved, uden at det kræver så meget økonomisk. Senere hen kan man så måske føre tingene op på et højere plan og skabe et regionalt samarbejde om nogle større tiltag.

Flere deltagere foreslår, at man laver en interesse- eller styregruppe med repræsentanter fra forskellige faggrupper i regionen, som mødes x antal gange om året, og sammen finder ud af en fælles retning og et fælles mål. Endvidere er der enighed om, at de eksisterende tilbud og tiltag i regionen skal afdækkes.

Det foreslås, at man får sat gang i et screeningsmateriale på regionalt plan. En anden deltager siger i den forbindelse, at det er svært at bruge screeningsværktøjet, når der ikke er en intervention. Blandt deltagerne er der enighed om, at der på den ene eller anden måde skal nedsættes en arbejdsgruppe. Det skal afklares, hvem der skal være med, og hvor stor arbejdsgruppen skal være.

En deltager pointerer, at det, som kardiologerne kan adoptere fra palliation, i høj grad er den indsats, der foregår i hjemmet. Det er derfor vigtigt at få kommunerne med.

Der opstilles to forslag:

**Forslag 1:** En sygeplejerske og læge fra hvert af regionens to sygehuse samt en eller flere repræsentanter fra primærsektoren går sammen for at afdække feltet og lave en fremadrettet plan. Endvidere er det vigtigt, at man har fokus på det man kan gøre lokalt. Det handler bl.a. om at få uddannet folk i forhold til at løfte opgaven.

**Forslag 2:** Starten på et regionalt samarbejde kunne være et stormøde med repræsentanter og interessenter fra regionens 11 kommuner, hvor der brainstormes på området og nedsættes en arbejdsgruppe/styregruppe.

## **Region Midtjylland**

### **Ad spørgsmål 1. Hvor er vi lige nu i regionen?**

Aarhus Universitetshospital præsenterede deres *Skejby-model* ved konferencen og fortalte om deres 'følge-op-ordning'. Dette tiltag er basal palliation, der udgår og varetages fra hjerteafdelingen.



På Regionshospitalet Randers har man fra palliativ side forsøgt at få kontakt til kardiologer, men pga. arbejdspressen har kardiologerne måtte afslå et samarbejde. I Randers findes der sygepleje-delestillinger mellem primær og sekundær sektor. Dette opleves som en god tovholderfunktion, der skaber kontinuitet og kan være med til at udvikle kompetencer.

Regionshospitalet Herning har pt en kardiolog og to sygeplejersker, der er særligt interesserede i palliation. De arbejder på at udvikle deres basale palliation til hjertesvigtpatienten. Der hænger en 'køgebog' på afdelingen, og den udbygges løbende: "*Vi asfalterer mens vi kører*". Denne bog kan lægen tage med til samtale, når en sygeplejerske har identificeret en patient, der har brug for palliativ støtte. Lige nu beror dette sygeplejeskøn primært på genindlæggelser. Desuden har man talt med Palliativt Team om behov, ønsker og behandling. Palliativt Team har ønsket, at alle patienter udfylder EORTC QLQ-C15-PAL -skemaet, da det er et redskab, de anvender meget.

Når den kardiologiske læge har haft palliations-samtale med patienten føres dette til journalen, og der sendes notat til både palliativt team og egen læge. Palliativt team tager derefter kontakt, hvis de mener, at de kan assistere med noget, men undlader hvis de tænker, at kardiologen allerede har behandlingen og symptomer under kontrol. Næste skridt kunne være at tage fat på ambulatoriet. Oplevelsen er at patienterne er lettede over, at få lov at snakke om døden.

Der gives udtryk for et ønske om en fælles månedlig konference. Desuden er det blevet synligt, at der er brug for en kontaktlæge på begge sider til samarbejdet.

Regionshospitalet Viborg er kun i startfasen, men pga. fælles frokostforhold i Regionshospitalet Skive har kardiolog og palliationslæge fysisk kontakt, og kan diskutere patienter om nødvendigt. Der er dog brug for en bedre og bredere organisering.

Ved Regionshospitalet Horsens har kardiologien lavet instrukser, men oplever desværre, at man fra palliativ side ikke har prioriteret at tilse hjertesvigtpatienterne på trods af ønsker om dette. Der arbejdes lige nu på at etablere et udekørende team, men måske skal dette ændres til et kommunalt team, der oplæres i palliation til hjertepatienter. "*Der mangler jo simpelthen penge og kompetence på alle niveauer, og det er så vigtigt at primærsektoren involveres!*"

### **Ad Spørgsmål 2+3. Hvor vil vi gerne hen? Hvordan kommer vi dertil? Hvilket samarbejde?**

Vi ønsker et ensartet tiltag på tværs af regionen, så vi alle taler samme sprog og sikrer lige sundhed for alle. Der ønskes et koordineret samarbejde mellem forskellige specialer og fag. Ligeledes ønsker vi et tæt samarbejde på tværs af primær og sekundærsektor, der bygger på respekt for hinandens kompetencer og en god dialog.

Det fremhæves, at både MDT og ACP burde implementeres, så det man anvender samme sprog og fremmer kommunikationen på tværs. Særligt kommunikationen er et tema ved denne diskussion. Der fremstilles et ønske om en respektfuld dialog og også mere kontakt med primærsektoren for ikke at køre parallelle forløb men derimod integrere indsatsen. Der ønskes et forum til dialog mellem kardiolog, praktiserende læge og palliationslæge, så ansvar for enkelte tiltag placeres, og vi sikrer at patienten ikke falder mellem to stole.

Følgende beslutninger blev taget. Der nedsættes en arbejdsgruppe med følgende medlemmer: En kardiolog eller evt. kardiologisk sygeplejerske fra hvert af regionens hospitaler. Indtil videre har Karen Kaae Dodt (Regionshospitalet Horsens) og Malene Hollingdal (Regionshospitalet Viborg) meldt sig. Desuden skal der være minimum én palliationslæge. De respektive afdelingsrepræsentanter går tilbage til deres bagland og søger for at stille med kandidater til arbejdsgruppen. Arbejdsgruppen har som umiddelbare formål at koordinere den videre organisation af palliative tiltag i regionen.

Følgende ideer/pointer fremhæves:

*"Det er vigtigt at regionsrepræsentanter er med. Der er klyngestyrkegruppemøder. Måske kan dette være en mulighed. Det skal under alle omstændigheder forankres i regionalt regi med regionsrådene"*

*"Vi ønsker at nedsætte en arbejdsgruppe, men skal dette op på højere faglige selskabsniveau?"*

*"Måske kan man starte med et lille intensivt kursus med praksiskonsulenter på tværs af fag, der initierer det videre samarbejde"*

*"Der skal være en bred aftale, der inkluderer primærsektoren"*

*"Rigtigt vigtigt at tænke på den basale palliation som skal varetages af primærsektoren og stamafdelingen. Palliativ enhed er en specialiseret indsats, der kan yde konsulent bistand eller evt. overtage, hvis der bliver behov for specialiseret palliation".*

## **Region Sjælland**

På grund af Sundhedsplatformen var det ikke muligt for ansatte ved Region Sjælland at deltage ved dette kursus. Der var dog enkelte deltagere fra kommunerne. På Møn har man ikke har et formaliseret samarbejde med palliativt team, men godt samarbejde med de praktiserende læger. I Vordingborg Kommune er der et tæt samarbejde med sygehuset i projektet: *Tæt på dig*.

Det fremhæves dog, at der er brug for mere fokus på området.

## Konklusion

De mange inputs fra workshoppen i de enkelte regioner viser, at der på landsplan er stor forskel på, hvor langt man er kommet på dette område, men også at der flere steder, er sat gode tiltag i værk, der fokuserer på at løse opgaven om at tilbyde hjertesvigtpatienten palliativ behandling, som DCS' holdningspapir anbefaler.

Barrierer som fagkulturelle forskelle mellem palliative medicinere og kardiologer blev synlige under dette kursus, og flere italesatte vigtigheden af at reflektere over eget syn på sygdom og sundhed, fordi det afspejles i tilgangen til behandling. Kommunikation og respekt for hinandens kompetencer fremhæves som vigtige elementer i et fremadrettet samarbejde.

Primærsektoren nævnes som en essentiel brik i dette samarbejde, og der efterlyses dialog på tværs der sikrer en integreret indsats fremfor parallelle forløb.

Trods forskellige udgangspunkter i både fagkultur og i organiseringen i de forskellige regioner synliggjorde dette kursus et stort engagement fra begge specialer om at få udviklet og organiseret en palliativ indsats til den kardiologiske patient.

## Referencer

- Brännstrom, M., & Boman, K. (2013). A new model for integrated heart failure and palliative advanced homecare--rationale and design of a prospective randomized study. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 12(3), 269-275. doi:10.1177/1474515112445430
- Dansk Cardiologisk Selskab (2016). *Palliation ved fremskreden hjertesygdom - et holdningspapir fra Dansk Cardiologisk Selskab*. Retrieved from
- Ponnampalampillai, A., & Daniels, C. (2012). Palliative care in the community. *Clin. Focus Prim. Care*(6), 144–151.
- Ryder, M., Beattie, J. M., O'Hanlon, R., & McDonald, K. (2011). Multidisciplinary heart failure management and end of life care. *Curr Opin Support Palliat Care*, 5(4), 317-321. doi:10.1097/SPC.0b013e32834d749e
- Skorstengaard, M. H., Grønvold, M., Jensen, A., Johnsen, A., Brogaard, T., Christensen, C. A., . . . Neergaard, M. (2017). Advance care planning kan bruges til at planlægge pleje og behandling i forvejen. *Ugeskrift for Læger*(179), 1059-1062.

## Bilag 1. Program - "Når hjertet svigter - palliation til hjertepatienter"

### PROGRAM FOR KURSET 'NÅR HJERTET SVIGTER'- PALLIATION TIL HJERTEPATIENTER FRA TORSDAG D. 9.11 – FREDAG 10.11.2017

NYBORG STRAND, Hotel og Konferencecenter, Østerøvej 2, DK - 5800 Nyborg

<http://www.nyborgstrand.dk/>

<p><b>Dag 1 – torsdag d. 9. november 2017 (Kursusledere Vibeke Brogaards Hansen og Torben Strodl Andersen)</b></p>
<p><b>Kl. 10.00 – 11.30 INTRODUKTION (Ordstyrer Ann Dorthe Zwisler, REHPA og Dorte Lander Rasmussen, Palliativ team, Randers Centralsygehus)</b></p>
<p><b>Kl. 10.00 – 10.15 VELKOMST</b> Formand for uddannelsesudvalget Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM) overlæge Torben Strodl Andersen, Palliativ Enhed, Onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital, byder velkommen og fortæller kort om baggrunden for kursus om palliativ indsats ved fremskreden hjertesygdom tilrettelagt i samarbejde mellem DSPaM og Dansk Cardiologisk Selskab (DCS).</p>
<p><b>Kl. 10.15 – 10.45 DCS Holdningspapir</b> Formand for DCS holdningspapir overlæge Vibeke Brogaard Hansen, Hjertemedicinsk, Vejle Sygehus giver et overblik over holdningspapiret, som udfoldes i løbet af kurset. Link til holdningspapir: <a href="http://www.palliativmedicin.dk/files/arkiv_2017/forside/dcs_holdningspapir%205-16.pdf">http://www.palliativmedicin.dk/files/arkiv_2017/forside/dcs_holdningspapir%205-16.pdf</a></p>
<p><b>Kl. 10.45 – 11.45 Evidence for palliative care to heart patients</b></p> <p>Kl. 10.45 – 11.00 <i>Hvad ved vi på baggrund af systematisk litteraturgennemgang?</i> Kardiolog Ann Dorthe Zwisler, REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, SDU og OUH præsenterer resultater fra en systematisk litteraturgennemgang om evidensen for palliativ indsats til hjertepatienter.</p> <p>Kl. 11.00 – 11.45 <i>Resultater fra en lovende svensk model for hjemmebaseret palliation til hjertesvigtspatienter</i> (The PREFER trial). Senior Professor i kardiologi og intern medicin, Kurt Boman, Forskningsenheden Skellefteå Hospital, Umeå Universitet. Studiet og modellen, som i pilot opsætning, har vist en halvering af genindlæggelsen ved palliativ indsats til hjertepatienter. Link til artikel: <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejhf.151/abstract;jsessionid=C0C53B088FF2B3BF769CBD069007AEE9.f03t03?systemMessage=Wiley+Online+Library+%27Journal+Subscribe+%2F+Renew%27+page+will+be+down+on+Wednesday+05th+July+starting+at+08.00+EDT+%2F+13.00+BST+%2F+17.30+IST+for+up+to+75+minutes+due+to+essential+maintenance">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejhf.151/abstract;jsessionid=C0C53B088FF2B3BF769CBD069007AEE9.f03t03?systemMessage=Wiley+Online+Library+%27Journal+Subscribe+%2F+Renew%27+page+will+be+down+on+Wednesday+05th+July+starting+at+08.00+EDT+%2F+13.00+BST+%2F+17.30+IST+for+up+to+75+minutes+due+to+essential+maintenance</a></p>
<p><b>Kl. 11.45 – 12.00 KORT KAFFEPAUSE (og forflytning til to mindre lokaler)</b></p>
<p><b>Kl. 12.00 – 13.15 STATE OF THE ART CROSS-OVER SESSION OM BEHANDLING</b></p> <p>Kl. 12.00 – 13.15 <i>"Hjerteinsufficiensbehandling" (palliations-læger)</i> Kardiologisk overlæge Hans Eiskjær, overlæge, Aarhus Universitetshospital giver en introduktion til behandling af hjertesvigtspatienter fra diagnose til død.</p>

<p>Kl. 12.00 – 13.15 <i>"Symptomlindring" (kardiologer)</i>  Overlæge Bodil Jespersen, Palliativ Team, Onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital giver en introduktion til symptomlindring med fokus på hjertesvigtspatienter.</p>
<p><b>Kl. 13.15 – 14.15 FROKOST</b> (<i>siddende med servering fra buffet</i>)</p>
<p><b>Kl. 14.15 – 16.00 PROGNOSTISKE INDIKATORER OG ADVANCE CARE PLANNING (Ordstyrer Rigshospitalet Bettina Nørager, Medfødte Hjertesygdomme)</b></p> <p>Kl. 14.15 – 15.15 <i>"Prognostic ambiguity: Challenge or opportunity for heart failure palliative care?"</i>  Dr. James Beattie, Visiting Senior Lecturer, Cecily Saunders Institute, King's College London, UK</p> <p>Kl. 15.15-16.00 <i>Advance Care Planning</i>  Marianne Skorstensaard, Aarhus Universitetshospital.</p>
<p><b>Kl. 16.00 – 16.30 KAFFEPAUSE</b></p>
<p><b>KL. 16.30 – 18.30 INAKTIVERING OG MEDICINSANERING</b> (Ordstyrer Vibeke Brogaard Hansen, Hjertemedicinsk afd, Vejle Sygehus og Torben Strodl Andersen, Palliativ Enhed, Onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital)</p> <p>Kl. 16.30 - 17.15 <i>Inaktivering af ICD-pacemaker</i>  Professor i psykologi Susanne S. Pedersen, Syddansk Universitet fortæller om betydningen af information om funktion og inaktivering af ICD-pacemaker, og overlæge Jens Brock Johansen, Kardiologisk afdeling, Odense Universitet hospital, fortæller om hvordan man i praksis inaktiverer ICD-enheden, og hvad man særligt skal være opmærksom på i den terminale fase.</p> <p>Kl. 17.15 – 18.00 <i>Medicinsanering</i>  Læge i klinisk farmakologi, Ljubica Andersen, Aarhus Universitetshospital</p> <p>Kl. 18.00 – 18.45 <i>Kliniske cases til ekspert panel</i>  Hans Eiskjær, Bodil Jespersen, Ljubica Andersen og Susanne Pedersen bidrager med ekspert viden i forhold til 3 udvalgte kliniske cases. Deltagere inviteres til at indsende cases ved tilmelding.</p>
<p><b>Kl. 18.45 – 20.15 MIDDAG</b></p>
<p><b>Kl. 20.15 – 21.15 AFTEN ARRANGEMENT</b> (Ordstyrer Anne Mette Eriksen, Palliativ Team, Herning Centralsygehus og Vibeke Brogaard Hansen, Hjertemedicinsk afd, Vejle Sygehus)</p> <p>Kl. 20.15 – 21.15 <i>De svære etiske dilemmaer ved indstilling af aktiv behandling</i>  Tidligere formand for Etisk råd filosof med speciale i etik Jacob Birkler bidrager med oplæg og dialog omkring de svære etiske dilemmaer omkring palliation og behandlingsophør.</p>

**Dag 2 – fredag d. 10. november 2017 (Kursusledere Ann-Dorthe Zwisler og Dorthe Lander Rasmussen)**

**Kl. 08.30 – 10.15 PÅRØRENDE OG SORG** (Ordstyrer Nan Sonne, Palliativ Enhed, Frederikssund Hospital og Siri Stistrup Rasmussen, Palliativ Enhed, Odense Universitets hospital)

Kl. 08.30 – 09.15 *Hvad ved vi om pårørende og sorg?*

Psykolog Mai-Britt Guldin, Palliativ Team og Folkesundhed, Århus Universitetshospital

Kl. 09.15 – 10.00 *Hjertesygdom som eksistentiel vendepunkt*

Præst Elizabeth Rokkjær Hammer, Palliativ Enhed, Odense Universitetshospital, gennemgår betydningen af alvorlig livstruende sygdom for patienter og pårørende eksistentielle overvejelser og vendepunkter.

Kl. 10.00 – 10.15 *Spørgsmål/diskussion*

**Kl. 10.15 – 10.30 KORT KAFFEPAUSE**

**Kl. 10.30 – 13.00 ORGANISERING AF PALLIATION TIL HJERTESVIGTPATIENTER** (Ordstyrer Ann Dorthe Zwisler, REHPA og Dorte Lander Rasmussen, Palliativ Team, Randers Centralsygehus)

Kl. 10.30 – 11.30 *Integrated Heart Failure Service*

Charles Daniels, Medical Director and Macmillan Consultant in Palliative Medicine. St Luke's Hospice (Harrow & Brent) Ltd

Kl. 11.30 – 11.00 *Vejlemodellen*

Overlæge Vibeke Brogaard Hansen, kardiologisk afdeling, Vejle sygehus fortæller om erfaringer med MDT-konferencer mellem de enkelte enheder.

Kl. 12.00 – 12.30 *Skejbymodellen*

Overlæge Susanne Aagaard og Sygeplejerske Gitte Ryom, Kardiologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital, fortæller om erfaringer med "følge op projekt".

Kl. 12.30-13.00 *Model for tidlig palliativ indsats*

Professor i palliation Mogens Grønvold, Palliativ afdeling, Bispebjerg Hospital, gennemgår viden om tidlig palliativ indsats med fokus på cancerpatienter og diskuterer, hvor erfaringerne med fordel kan overføres til hjerteområdet.

**Kl. 13.00 – 13.30 FROKOST MED SANDWICH og forflytning til grupperum**

**Kl. 13.00 – 15.00 HVORDAN KOMMER VI SAMMEN VIDERE I DANMARK (HOW DO WE PROGRESS IN DENMARK)** (Ordstyrer Mogens Grønvold, KU/HS Bispebjerg palliativ afd. og Vibeke Brogaard Hansen, Hjertemedicinsk afd., Vejle Sygehus)

Kl. 13.00 - 14.15 *Hvordan organiserer vi os i regionen?*

Deltagerne deles op i forhold til regional tilknytning. Der udpeges en tovholder fra hver region, som faciliterer sessionen og står for at opsummere, hvad der er foregået i de enkelte grupper.

Oplægsholderne deltager i gruppediskussionerne.

Der tages udgangspunkt i ideen om brobygning, og konkrete spørgsmål om, hvornår hjertesvigtspatienterne har brug for palliativt team? Hvilken rolle har palliativt team? Hvilken rolle har kardiologen. Hvem har behandlingsansvaret. Er der basis for fælles udviklings- og forskningsprojekt regionalt? Nationalt?

Kl. 14.15 - 14.45 *Opsamling fra gruppediskussioner i fælles auditorium*

**Kl. 14.45 – 15.00 AFSLUTNING OG TAK FOR DENNE GANG – ENDING AND THANKS**



Vestergade 17  
5800 Nyborg  
21 81 10 11  
rehpa@rsyd.dk  
www.rehpa.dk

 <https://www.facebook.com/REHPA.DK/>

 [www.twitter.com/rehpa\\_dk](http://www.twitter.com/rehpa_dk)

 [www.linkedin.com/company/3306677](http://www.linkedin.com/company/3306677)