

01-06-2015

Revideret specialevejledning for intern medicin: kardiologi (version til ansøgning)

Specialevejledningen er udarbejdet som led i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, jf. sundhedslovens § 208, som omhandler organiseringen og varetagelsen af specialfunktioner på regionale og private sygehuse.

Ud fra denne reviderede specialevejledning kan der ansøges om varetagelse af specialfunktioner. Efter vurdering af ansøgninger vil Sundhedsstyrelsen udsende en ny specialevejledning, hvoraf de godkendte matrikler fremgår.

Specialebeskrivelse

Intern medicin: kardiologi omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og rehabilitering af patienter med medfødte og erhvervede hjerte-kar-sygdomme, herunder koronarkar- og hjerteklapsygdomme, hjertesvigt og hjerterytmeforstyrrelser.

Specialet varetager desuden forskning, udvikling og uddannelse inden for speciallets områder.

Kerneopgaver

Opgaverne omfatter akut og elektiv diagnostik, behandling og pleje af patienter. Behandlingen kan være både medicinsk og invasiv.

I intern medicin: kardiologi er der følgende kerneopgaver:

- Iskæmisk hjertesygdom: Akut koronart syndrom og stabil iskæmisk hjertesygdom
- Hjerterytmeforstyrrelser
- Hjerteinsufficiens
- Hjerteklapsygdom, både medfødt og erhvervet, herunder infektiøs endocarditis
- Medfødt hjertesygdom
- Arteriel hypertension
- Pulmonal hypertension, thorakale aortasygdomme og sjældnere karsygdomme
- Hyperlipidæmi
- Thrombokardiologi
- Arvelige hjertesygdomme

Sagsnr. 4-1012-44/13
Reference ksa
T 7222 7400
E syb@sst.dk

Forhold af betydning for specialeplanlægning

Hjerte-kar-sygdomme er karakteriserede ved høj forekomst, ofte med akut sygdomsbillede og høj dødelighed. Hjerte-kar-sygdomme er en af de største grupper af kroniske sygdomme, og er årsag til 13 % af alle sygehusindlæggelser og 40 % af de akutte medicinske indlæggelser. Flere af patienterne har desuden andre sygdomme som fx diabetes mellitus og fedme.

På trods af en kraftig reduktion i dødeligheden af hjertesygdomme inden for de sidste 15-20 år forårsager hjerte-kar-sygdomme fortsat ca. 36 % af alle dødsfald, herunder 24 % af dødsfald før 75 års alderen. Den demografiske udvikling og forbedret overlevelse forventes at medføre en stigning i antallet af patienter, der lever med hjertesygdom. Det stigende antal patienter og den tiltagende specialisering forventes at medføre behov for flere speciallæger.

Der er indført pakkeforløb for stabil angina pectoris, ustabil angina pectoris/non-ST-elevations myokardieinfarkt (STEMI), hjertheinsufficiens og klapsygdomme.

I behandlingen af patienter med hjertesygdom er der sket en øget anvendelse af telemedicin de seneste år, og denne udvikling forventes at fortsætte.

I løbet af de senere år er der set en forbedret overlevelse hos personer med hjertestop udenfor hospital. Behandlingen af post-resuscitations hjertestop patienter er en multidisciplinær opgave, som involverer kardiologiske invasive behandlinger, hypotermibehandling, kunstig ventilation og neurologisk vurdering i samarbejde med specialerne anæstesiologi og neurologi. Der er behov for at systematisere og styrke samarbejde omkring rehabiliteringen af patienter, der har overlevet hjertestop – både mellem specialer og på tværs af sektorer. Den specialiserede indsats ved genoptræning efter hjertestop varetages i specialet neurologi.

Der er også øget fokus på intensivning og systematisering af den rehabiliterende og palliative indsats til patienter med livstruende hjertesygdom, herunder forløbskoordination, genoptræning og hjerterehabilitering.

Iskæmisk hjertesygdom

Iskæmisk hjertesygdom er den hyppigst forekommende hjertesygdom. Inden for de seneste ti år er der sket en stigning i undersøgelse og behandling af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som har medført en udbygning af invasiv undersøgelse i form af koronarangiografi (KAG) og revaskularisering med ballonudvidelse (PCI) eller kirurgisk bypass (CABG). En højere andel patienter behandles nu med PCI pga. udvikling og indførelse af akut PCI og stents. Der forventes et fortsat højt niveau i antallet af PCI i fremtiden. En tiltagende brug af non-invasive billedmodaliteter kan forventes ved udredning af stabil iskæmisk hjertesygdom. Prætest risiko stratificering af patienterne til anatomisk udredning (hjerne-CT), funktionsudredning (SPECT/PET/CMR/stress-ekkokardiografi) eller invasiv udredning (KAG) må forventes at reducere behovet for invasiv KAG.

Hjerterytmeforstyrrelser og hjertheinsufficiens

Antallet af især ældre patienter med hjertheinsufficiens og hjerterytmeforstyrrelser har de seneste år været stigende, og denne vækst forventes at fortsætte. Det medfører et øget behov for diagnostik og behandling, herunder bl.a. ekkokardiografi, pacemakere og ICD samt etablering af rehabiliteringstilbud. Antallet af ICD-implantationer har været stigende og anvendes oftest på sekundær profylaktisk in-

dikation til patienter, der har oplevet livstruende hjerterytmier. Der ses også stigende antal patienter, der trods ICD får behov for yderligere behandling inkl. radiofrekvensablation, herunder patienter med ventrikulære takyarytmier. Blandt førstegangsimplantationer er der ca. lige mange patienter, der får ICD som primær og som sekundær profylakse.

Udredning og behandling af atrieflimren er med et øget antal behandlingsmuligheder blevet mere kompliceret, blandt andet er radiofrekvensablation ved atrieflimren fortsat under udvikling og et nationalt ablationsregister er aktuelt under opbygning. Da det samlede behandlingstilbud kan være komplekst, er der visse steder etableret ”atrieflimren klinikker”, som forventes at blive mere udbredte de kommende år.

Hjerteklapsygdom

Klapsygdom er den 3. hyppigste hjertesygdom, hvoraf betydende aortastenose er den hyppigst forekommende. Der forventes et stigende antal af kateterbaseret behandlinger af aortaklapsygdomme. Dette grundet den stigende levealder med en årlig stigning i antallet af patienter med hjerteklapsygdomme på 5-10 %, hvilket må forventes at medføre et øget behov for diagnostik og behandling indenfor området i relation til den løbende udvikling i behandlingsmuligheder.

Antikoagulationsbehandling

Der forventes et øget antal patienter i antikoagulationsbehandling (AK-behandling) i fremtiden med indførelsen af de nye orale antikoagulantia (NOAKs). Patienter i antikoagulationsbehandling har behov for en struktureret tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Arvelige hjertesygdomme

Arvelige hjertesygdomme omfatter en lang række tilstande spændende fra relativt hyppige tilstande som familiær hyperkolesterolæmi til flere, relativt sjældne arytmi-sygdomme. Udredning, herunder familieudredning og molekylærgenetiske analyser, samt behandling og kontrol af disse tilstande kræver et multidisciplinært teamsamarbejde med specialerne pædiatri (børnekardiologi), klinisk genetik, klinisk biokemi og retsmedicin.

For at sikre ensartet behandling af høj kvalitet er der behov for, at der udarbejdes kliniske retningslinjer inden for området. Udover de nationale kliniske retningslinjer, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen, udarbejder de faglige og videnskabelige selskaber landsdækkende kliniske retningslinjer.

Praksisområdet

Almen praksis varetager initial elektiv diagnostik af patienter med angina pectoris, hjertesvigt og hjerterytmeforstyrrelser. Patienter med hypertension og dyslipidæmi bliver primært varetaget i almen praksis. Derudover varetager almen praksis forebyggelse samt medicinsk behandling, herunder antikoagulation, og rehabilitering, som er iværksat i sygehusregi. Det forventes, at flere patienter i behandling med vitamin K antagonister vil kunne behandles med hjemmemonitorering og selvstyring i samarbejde med almen praksis og sygehus. Der bør for de hyppigste sygdomme indenfor intern medicin: kardiologi foreligge retningslinjer for samarbejde og opgavevaretagelse mellem almen praksis og sygehusvæsenet.

Aktuelt er der 19 speciallægepraksis i intern medicin: kardiologi, hovedsageligt lokaliseret i hovedstadsområdet. Hertil kommer et mindre antal speciallæger med

virke udenfor den offentlige sygesikring. Speciallægepraksis foretager ikke-invasiv diagnostik og behandling af iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerterytmeforstyrrelser bl.a. i form af ekkokardiografi, belastningsundersøgelse og iværksættelse af medicinsk behandling. Desuden foretager speciallægepraksis diagnostik og behandling af patienter med vanskeligt regulerbar eller sekundær hypertension og vanskeligt traktabel dyslipidæmi, herunder familiær dyslipidæmi.

Det kommunale sundhedsvæsen

Kommuner og regioner skal i medfør af Sundhedsloven indgå sundhedsaftaler med henblik på at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner.

I henhold til Sundhedsloven har kommunerne hovedansvaret for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende tilbud for borgerne, blandt andet med henblik på livsstilsændringer vedrørende kost, alkohol, tobak, fysisk aktivitet og mental sundhed.

Sygehusvæsenet

Nedenfor beskrives anbefalinger til hovedfunktionsniveauet og krav til varetagelse af regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner. De sygdomsgrupper/diagnoser samt diagnostiske og behandlingsmæssige metoder, der er regionsfunktioner eller højt specialiserede funktioner i specialet, oplistes.

Anbefalinger til hovedfunktionsniveau

Hovedfunktioner i intern medicin: kardiologi omfatter udredning og behandling af sygdomme og tilstande, som ikke kræver varetagelse på specialfunktionsniveau (regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau). Hvis en påbegyndt udredning på hovedfunktionsniveauet giver begrundet mistanke om, at patientens sygdom skal varetages på regionsfunktions- eller højt specialiseret niveau, henvises patienten til et sygehus, der er godkendt hertil.

Hovedfunktioner i intern medicin: kardiologi omfatter monitorering, diagnostik, akut og elektiv behandling af patienter med ukompliceret hjertesygdom samt visitation til specialiserede funktioner som koronararteriografi, invasiv kardiologi eller kirurgi.

På hovedfunktion varetages den palliative behandling af patienter med livstruende hjertesygdom, herunder understøttende og symptomlindrende behandling samt terminal basal palliativ indsats.

Hovedfunktioner omfatter endvidere efterkontrol af ikke-kompliceret medfødt hjertesygdom. Dette forudsætter tilstedeværelse af nødvendig kardiologisk ekspertise samt specielt uddannet personale i øvrigt, nødvendige faciliteter og tilstrækkeligt aktivitetsniveau for den enkelte opgave.

CT-koronarangiografi (hjerter-CT) varetages på hovedfunktionsniveau i tæt samarbejde med radiologi samt klinisk fysiologi og nuklearmedicin. For at opretholde acceptabelt erfaringsgrundlag bør hver matrikel, som udfører hjerter-CT, opretholde et volumen på mindst 250 undersøgelser pr. år, og den enkelte speciallæge bør som minimum forestå 100 undersøgelser pr. år. Visitation skal følge fælles retningslinjer, og der skal være samarbejdsaftaler med mulighed for relevante funktionsundersøgelse i løbet af få dage.

Det akutte kardiologiske døgnberedskab kræver speciallæger som er oplært i selvstændig transtorakal og transesofagal ekkokardiografi (TEE). Mindste volumen for transtorakal ekkokardiografi pr. kardiologisk afdeling/afsnit: 2.000 pr. år. Mindste volumen for TEE pr. kardiologisk afdeling/afsnit: 100 pr. år. Hvis mindstevolumen ikke kan opfyldes, bør der etableres samarbejdsaftale med et højvolumen TEE center.

Hovedfunktioner i intern medicin: kardiologi kan evt. være en integreret del af de intern medicinske afdelinger med fælles vagt. Det bør på hovedfunktionsniveau være muligt at få assistance umiddelbart fra en speciallæge i ét af de ni specialer inden for intern medicin. Det forudsættes, at der er mulighed for assistance fra en speciallæge i intern medicin: kardiologi med henblik på telefonisk rådgivning om diagnostik, behandling og evt. visitation til en afdeling på regions- eller højt specialiseret niveau. Ved mistanke om akut, alvorlig hjertesygdom bør patienten visiteres til modtagelse på sygehus, hvor det er muligt at få assistance fra speciallæge i intern medicin: kardiologi inden for kort tid.

Det er væsentligt, at øvrigt personale, herunder sygeplejersker, har relevante kompetencer og erfaring i varetagelse af specialets patienter.

Ved varetagelse af hovedfunktioner i intern medicin: kardiologi bør der være samarbejde med følgende specialer:

- Intern medicin (bredt)

Krav til varetagelse af specialfunktioner

krav' beskrives en række generelle forudsætninger og krav til bl.a. kapacitet og forskning, som skal opfyldes for at varetage specialfunktioner. Disse krav udgør grundlaget for varetagelse af specialfunktioner, men derudover oplystes der nedenfor specifikke krav, som gælder for intern medicin: kardiologi.

Krav til varetagelse af regionsfunktioner

De anbefalinger, som er anført for hovedfunktionsniveauet, gælder som krav på regionsfunktionsniveauet. Derudover stilles der følgende krav til varetagelse af regionsfunktioner:

Regionsfunktioner i intern medicin: kardiologi omfatter monitorering, diagnostik, akut og elektiv behandling af patienter med hjertesygdom, især med henblik på kateterbaseret invasiv kardiologi, herunder koronararteriografi (KAG) i formaliseret samarbejde med højt specialiseret niveau.

På regionsfunktionsniveau skal det være muligt at få assistance fra en speciallæge i intern medicin: kardiologi umiddelbart.

Ved varetagelse af regionsfunktioner i intern medicin: kardiologi skal der være samarbejde med andre relevante specialer på relevant specialiseringsniveau.

Regionsfunktioner

Iskæmisk hjertesygdom

1. Elektiv koronararteriografi (KAG) (21.000 pt.).
Varetagelse i tæt samarbejde med højt specialiseret niveau efter gældende retningslinjer.

Hjerterytmeforstyrrelser

2. 1- og 2-kammer pacemakere (3.500 nye implantationer/1.100 skiftede).
3. Synkopediagnostik. Varetages i tæt samarbejde med neurologi, oto-rhino-laryngologi samt intern medicin: geriatri (ca. 500 tilt-table tests).

Hjerteklapsygdom

4. Vurdering af hjerteklapfejl med henblik på henvisning til operation samt efterkontrol og eventuel behandling af svære tilfælde. Varetages i tæt samarbejde med thoraxkirurgi (50.000 pt., heraf 1.500 operationer). Den primære diagnostik samt opfølgning kan varetages på hovedfunktionsniveau.
5. Endokarditis uden komplikationer (400-500 pt). Ved sandsynlig eller verificeret endokarditis konfereres med højt specialiseret funktion mhp. vurdering og beslutning om behandlingsstrategi. Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: infektionsmedicin.

Perikardiesygdomme

6. Elektiv perikardiepunktur (200 pt.). Akut livsreddende perikardiepunktur kan udføres på hovedfunktionsniveau.

Øvrige

7. Arvelige hjertesygdomme. Varetages i tæt samarbejde med klinisk genetik, klinisk biokemi og retsmedicin (4.500 pt.).

Krav til varetagelse af højt specialiserede funktioner

De krav, som er anført for regionsfunktionsniveauet, gælder også for det højt specialiserede niveau. Derudover stilles der følgende krav til varetagelse af højt specialiserede funktioner:

Højt specialiserede funktioner i intern medicin: kardiologi varetages i multidisciplinært samarbejde og omfatter avanceret invasiv diagnostik (fx intrakoronar ultralydsskanning og trykmåling), særlige elektrofysiologiske og kateterbaserede indgreb samt definitiv diagnostik af en række sjældnere tilstande med henblik på bl.a. operation. Endvidere umiddelbar kardiologisk behandling af opererede patienter i tæt samarbejde med thoraxkirurgi. Ved varetagelse af højt specialiserede funktioner rådes over et fuldt udbygget kardiologisk laboratorium, herunder mulighed for avanceret ekkokardiografi og invasiv arytmiologiske undersøgelser- og behandlingsfaciliteter.

Højt specialiserede invasive kardiologiske afsnit skal have kardiologisk døgnberedskab på matriklen for at kunne udføre akut transthorakal (TTE) og transesophageal ekkokardiografi (TEE) straks.

På højt specialiseret niveau skal det være muligt at få assistance fra en speciallæge i intern medicin: kardiologi umiddelbart.

Ved varetagelse af højt specialiseret niveau i intern medicin: kardiologi skal der være samarbejde med andre relevante specialer på relevant specialiseringsniveau.

Højt specialiserede funktioner

Iskæmisk hjertesygdom

8. Akut koronararteriografi (KAG) (4.000 pt.), herunder telemedicinsk visitation ved mistanke om STEMI.
9. Akut PCI (2.900 pt.). Varetages i tæt samarbejde på matriklen med thoraxkirurgi og anæstesiologi med særlige kompetencer i thoraxanæstesi (monitores).
10. Elektiv PCI (6.700 pt.). Kan eventuelt varetages på regionsfunktionsniveau i et formaliseret samarbejde med højt specialiseret niveau efter gældende retningslinjer (monitores).

Hjerterytmeforstyrrelser

11. Invasiv elektrofysiologi (ca. 300 ptt.) og radiofrekvensablation (undtaget atrieflimren og ventrikulær tachycardi) (ca. 1.950 ptt.). Kan eventuelt varetages på regionsfunktionsniveau i et formaliseret samarbejde med højt specialiseret niveau.
12. Radiofrekvensablation af atrieflimren (udviklingsfunktion) og ventrikulær tachycardi (ca. 1630 ptt.). Kan for udvalgte patientgrupper eventuelt varetages på regionsfunktionsniveau i et formaliseret samarbejde med højt specialiseret niveau.
13. Avancerede pacemakersystemer, herunder ICD implantation og kontrol (900 pt.). Enkelt- og dobbeltkammer ICD-implantation og kontrol kan evt. varetages på regionsfunktionsniveau på sygehus med kompetence i invasiv elektrofysiologi og i et formaliseret samarbejde med højt specialiseret niveau.
14. Elektrodeekstraktion af alle typer pacemakere og ICD (100-120 pt.) Varetages i tæt samarbejde på matriklen med thoraxkirurgi.
15. Pacemakerbehandling af børn (20-30 pt.). Varetages i tæt samarbejde på matriklen med pædiatri.

Hjerteinsufficiens

16. Svær hjertesvigt, herunder ustabil aorta- og mitralinsufficiens, med behov for mekanisk støttende hjertesvigtsbehandling samt svært vedvarende hjertesvigt med behov for permanent cirkulatorisk støtte eller transplantation. Varetages i tæt samarbejde på matriklen med thoraxkirurgi og anæstesiologi med særlige kompetencer i thoraxanæstesiologi.

Hjertetransplantation

17. Vurdering mhp. hjertetransplantation (20-25 pt.) samt livslang opfølgning efter transplantation (250-300pt.). Varetages i samarbejde på matriklen med thoraxkirurgi.
18. Kunstigt hjerte (10-20 pt.). Varetages i tæt samarbejde på matriklen med thoraxkirurgi.

Hypertrofisk, obstruktiv cardiomyopati

19. Alkoholablation (50 pt.).

Hjerteklapsygdom m.v.

20. Kateterbaserede intrakardielle implantater, herunder aortastentklapper (300), mitraldevices (25) og aurikellukninger (70). Der bør sikres landsdækkende retningslinjer og tæt monitorering af resultater. Varetages i tæt samarbejde på matriklen med thoraxkirurgi.
21. Endokarditis med behandlingskrævende komplikationer (400-500 pt.). Indledende diagnostik, visitation og opfølgning ved ukompliceret endokarditis kan varetages på regionsfunktionsniveau. Varetages i tæt samarbejde på matriklen med intern medicin: infektionsmedicin og thoraxkirurgi.

Medfødte misdannelser i hjertet og hjertenære kar

22. Medfødte misdannelser i hjertet og hjertenære kar hos børn og voksne, herunder invasiv diagnostik og behandling (400 pt.) Varetages i tæt samarbejde på matriklen med pædiatri.
23. Udvidet klinisk og ekkokardiografisk undersøgelse af børn ved mistanke om medfødte misdannelser i hjertet og hjertenære kar (3.000 pt.). Varetages i tæt samarbejde på matriklen med pædiatri. Udredning af det ikke-akutte barn med mistanke om medfødte misdannelser i hjertet og de store kar, samt efterkontrol i ukomplicerede tilfælde kan varetages på regionsfunktion i formaliseret samarbejde.
24. Kateterbehandling af hjerte og hjertenære kar, herunder pulmonale AV-misdannelser og AV-fistler i thorax. Varetages i tæt samarbejde på matriklen med thoraxkirurgi og pædiatri. Behandling af pulmonale AV-misdannelser ved Mb. Osler varetages i tæt samarbejde oto-rhinolaryngologi.
25. Marfan Syndrom og Ehlers-Danlos Syndrom. Varetages i tæt samarbejde med center for sjældne sygdomme og thoraxkirurgi.

Pulmonal hypertension og aortasygdomme

26. Pulmonal hypertension (80 pt.). Primær arteriel hypertension (WHO gruppe I) varetages altid på højt specialiseret niveau. Indledende diagnostik, behandling og opfølgning af ukomplicerede tilfælde kan varetages på regionsfunktionsniveau.
27. Thorakale aortaaneurismer og -dissektioner, herunder endovaskulær behandling (120 pt.). Varetages i tæt samarbejde på matriklen med karkirurgi, radiologi og thoraxkirurgi.
28. Thorako-abdominale aortaaneurismer og -dissektioner, herunder endovaskulær behandling (20 pt.) Varetages i tæt samarbejde på matriklen med karkirurgi, radiologi og thoraxkirurgi.

Thromboemboli

29. Vurdering ved lungeemboli mhp. intervention. Indledende diagnostik kan varetages på regionsfunktionsniveau. Hæmodynamisk ustabile patienter skal konfereres med højt specialiserede funktion. Varetages i tæt samarbejde på matriklen med thoraxkirurgi.

Perikardiesygdomme

30. Perikardiesygdomme, herunder constrictio cordis, vurdering med henblik på operation (25-30 pt.) Varetages i tæt samarbejde på matriklen med thoraxkirurgi.

Øvrige

31. Myokardiebiopsi (350 pt., herunder 50 til diagnostik, 300 i hjerte-transplantations-follow-up). Varetages i tæt samarbejde på matriklen med thoraxkirurgi.

Monitorering af specialfunktioner i intern medicin: kardiologi

Sundhedsstyrelsen følger løbende op på, om den gældende specialeplan er tidssvarende, relevant og dækkende. Det sker gennem årlige statusrapporter om opfyldelse af krav til specialfunktionerne. Dertil kommer, at Sundhedsstyrelsen årligt vil monitorere nogle enkelte specialfunktioner i specialet intern medicin: kardiologi, som beskrevet nedenfor. Monitoreringen baseres på data fra Landspatientregisteret, og omfatter kontakter til offentlige og private sygehuse (offentligt finansierede kontakter), som både afsluttede og uafsluttede indlæggelser henholdsvis ambulante kontakter. Monitoreringsindikatorerne opgøres per år.

Regionsfunktioner

Ingen regionsfunktioner monitoreres.

Højt specialiserede funktioner

- Akut PCI (2.900 pt.). Varetages i tæt samarbejde på matriklen med thoraxkirurgi og anæstesiologi med særlige kompetencer i thoraxanæstesi. Der arbejdes fortsat på afgrænsning og kodepraksis for denne specialfunktion.
- Elektiv PCI (6.700 pt.). Kan eventuelt varetages på regionsfunktionsniveau i et formaliseret samarbejde med højt specialiseret niveau efter gældende retningslinjer.
Der arbejdes fortsat på afgrænsning og kodepraksis for denne specialfunktion.

Baggrund for udarbejdelse af specialevejledningen

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet denne specialevejledning på baggrund af en revision af specialevejledningen fra Specialeplan 2010 og har i arbejdet indhentet rådgivning fra faglige repræsentanter fra regionerne samt fra de relevante videnskabe-

lige selskaber m.v. Sundhedsstyrelsens udgivelse 'Specialeplanlægning - begreber, principper og krav' (tilgængelig fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside) beskriver rammerne for specialeplanlægningen..

Nedenstående udgør supplement til anbefalinger og krav til den faglige tilrettelæggelse og organisering af intern medicin: kardiologi:

- Sundhedsstyrelsens rapport 'Diagnostik og behandling af iskæmisk hjertesygdom i Danmark', 2005,
- Sundhedsstyrelsens rapport 'Styrket Akutberedskab', 2007
- Sundhedsstyrelsens pakkeforløb på hjerteområdet
- Sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb for nogle hjertesygdomme, 2013
- Sundhedsstyrelsens 'National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering', 2013
- Sundhedsstyrelsens rapport 'Pacemaker, ICD og avancerede pacemaker-systemer', 2014
- Sundhedsstyrelsens notat af 26. februar 2009 vedr. forudsætninger og krav til varetagelse af elektiv KAG uden for de højt specialiserede hjertecentre
- Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje 'Elektiv PCI', udgives 2015