

# Sekretariatet for Sundhedsstyrelsens Udvalg for Hjertesygdomme

## REFERAT

**Emne** Møde i Sundhedsstyrelsens Udvalg for Hjertesygdomme

**Mødedato** Tirsdag den 24. oktober 2017 kl. 10.00 – 13.00

**Sted** Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S

**Deltagere** Niels Moth Christiansen, Sundhedsstyrelsen (formand)

Anette Pedersen, Dansk Sygepleje Selskab

Anne Kaltoft, Hjerteforeningen

Bjarne Dahler-Eriksen, Region Syddanmark

Bo Christensen, Dansk Selskab for Almen Medicin

Christian Zohnesen, Patientrepræsentant

Dorte Johansen, Sundhedsdatastyrelsen

Else Hjortsø, Region Hovedstaden

Gunnar Jensen, Region Sjælland

Jens Flensted Lassen, Dansk Hjerteregister

Hans Peder Graversen, Region Midtjylland

Henrik Schmidt, Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin

Henrik Steen Hansen, Dansk Cardiologisk Selskab

Kaare Sander, Dansk Thoraxkirurgisk Selskab

Lene Jensen, Randers Kommune

Lene Holmvang, Dansk Cardiologisk Selskab

Line M. Rasmussen, Danske Regioner

Lone Vinhard, KL

Mathias Ø. Dinesen, Sundheds- og Ældreministeriet

Pernille Preisler, Dansk Sygepleje Selskab

Pernille Skaftø, Danske Regioner

Rasmus Ripa, Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin

Lone Düring, Region Midtjylland

Hans Henrik Kimose, Dansk Thoraxkirurgisk Selskab

Sundhedsstyrelsen:

Astrid Nørgaard

Lene Sønderup Olesen (ref.)

Louise Lauridsen

Niels Vendelbo Gadegaard

## Afbud

Carl-Otto Gøtzsche, Region Nordjylland

Hanne Christensen, Hvidovre Kommune

Hanne Maare Søndergaard, Dansk Cardiologisk Selskab

Janet Marie Samuel, Sundhedsstyrelsen

Knud Juel, Statens Institut for Folkesundhed

Lars Riber, Dansk Thoraxkirurgisk Selskab

Lene Brøndum, Sundheds- og Ældreministeriet

Marius Andersen, Dansk Selskab for Almen Medicin

Rikke Skou Jensen, Region Midtjylland

Sten Lyager Nielsen, Dansk Thoraxkirurgisk Selskab

24. november 2017

Sagsnr. 4-1611-65/6

Reference LSOL

T 7222 7400

E plan@sst.dk

**Punkt 1.** Godkendelse af dagsorden  
Sundhedsstyrelsen bød velkommen.

Dagsordenen blev godkendt.

**Punkt 2.** Orienteringer fra Sundhedsstyrelsen

*a) Status for arbejdsgruppen vedr. invasiv elektrofysiologi og radiofrekvensablation*

Sundhedsstyrelsen orienterede om processen med fagligt at afklare de to højt-specialiserede funktioner for invasiv elektrofysiologi og radiofrekvensablation. Alle afdelinger, som er godkendt til varetagelse af funktionen i formaliseret samarbejde, er blevet bedt om at indsende en skriftlig samarbejdsaftale til styrelsens godkendelse. Vi venter aktuelt på en aftale fra Region Hovedstaden og Nordjylland. Styrelsen er særlig opmærksom på, at der skal være en god plan for opstart af funktionen på Roskilde Sygehus, som ikke tidligere har varetaget funktionen, og der er en god dialog med regionen herom.

*b) Status for udvikling af anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom*

Som det har været drøftet på de seneste møder i Udvalg for Hjertesygdomme har Sundhedsstyrelsen igangsat et arbejde med et alternativ til hjertepakkerne, der består af anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. Anbefalingerne fokuserer på indsatser igennem hele forløbet fra mistanke til udredning, behandling, rehabilitering og evt. palliation. Dertil indgår der anbefalinger til organiseringen og ansvarsfordelingen gennem hele forløbet. Overgange mellem sektorer og ansvar er beskrevet mere dybdegående, bl.a. fordi det har været et ønske fra arbejdsgruppen.

I høringsudkastet lægges der op til en ændring i de anbefalede forløbstider for udredning og behandling, så det som udgangspunkt er 30 dage svarende til de maksimale ventetider. Der gælder fortsat kortere forløbstider for ustabil angina pectoris og NSTEMI. Hver enkelt patient skal have foretaget en individuel vurdering af behovet for, hvornår udredning og behandling bør være afsluttet. Dette er især vigtigt ift. om der er behov for et udrednings-/behandlingsforløb, der skal accelereres.

I anbefalingerne lægges der endvidere op til, at en større del af rehabiliteringen foregår i kommunerne. For patienter, der kan være i særlig risiko, skal der forud for igangsættelse af den fysiske træning foretages en risikovurdering inden de afsluttes på sygehus.

Anbefalingerne blev sendt i høring den 5. oktober 2017 med frist for indsendelse af høringssvar den 1. november. Sundhedsstyrelsen opfordrer alle interesserede til at sende høringssvar ind.

Planen er herefter at udarbejde et endeligt udkast til anbefalingerne, som drøftes i arbejdsgruppen. Offentliggørelse forventes at ske ultimo december 2017.

*c) Statusrapport vedr. familiær hyperkolesterolæmi*

Som der tidligere er blevet orienteret om, har Sundhedsstyrelsen, med baggrund i satspuljeaftalen for 2017-2020 og med hjælp fra en arbejdsgruppe, udarbejdet en rapport vedrørende status for familiær hyperkolesterolæmi (FH) i Danmark.

Sundhedsstyrelsen er nu i dialog med RKKP samt Danske Regioner om etablering af et nationalt FH register.

Det blev besluttet at sende statusrapporten til Hjerteudvalget til orientering, når den foreligger.

Det blev påpeget, at DSAM har ny vejledning i høring vedrørende iskæmisk hjerte-kar-sygdom, som kan have overlappende afsnit. Både Sundhedsstyrelsen og DSAM er opmærksomme herpå.

**Punkt 3.** Orientering om arbejdet med Nyt Dansk Hjerteregister v/Dansk Hjerteregister

Der pågår aktuelt et arbejde med at lave et Nyt Dansk Hjerteregister (NDHR) i regi af bl.a. Danske Regioner, som Hjerteudvalget blev orienteret om på mødet den 30. maj 2017. Dansk Hjerteregister orienterede om status for arbejdet med NDHR (*slides medsendes referatet*). Sundhedsstyrelsen mindede om, at der er tale om et meget komplekst og vigtigt arbejde, som vil resultere i et register, der forventes at kunne give et rigtig godt nationalt billede af hjerteområdet, og at der er behov for, at alle interessenter støtter op så godt som muligt. Udvalget var enig heri. Der er et orienterende stormøde om NDHR den 15. november 2017 kl. 14.00-16.00 i Danske Regioner, Regionernes Hus, Dampfærgevej 22, København.

**Punkt 4.** Orientering om Sundhedsstyrelsens overvågning af udredning og udvalgte behandlingsforløb på hjerteområdet

Sundhedsstyrelsen præsenterede de første resultater for første og andet kvartal 2017 i den nye overvågning, som afløser den tidligere monitoreringsmodel, og som fortsætter til en fremtidig hjertemonitoreringsmodel baseret på NDHR kan træde i kraft (*slides medsendes referatet*). Rapporten er sendt til Task Force for Kræft og Hjerte med henblik på kommentering. Herefter sender Sundhedsstyrelsen rapporten til orientering til hjerteudvalget.

Det blev bemærket, at der for øjeblikket nogle steder er lang ventetid for en stor andel af patienter til hjerteoperationer særligt patienter med hjerteklap. Her blev der udtrykt ønske om at regionerne i endnu højere grad taler sammen med henblik på at sende patienterne til andre sygehuse med ledig kapacitet for at lette presset. I den sammenhæng blev det påpeget, at regionerne allerede taler sammen, men at mange patienter ikke ønsker at lade sig operere et andet sted, hvil-

ket kan skyldes transportomkostninger, tryghed ved nuværende behandlingssted mv. Derfor er det vigtigt at lægen er opmærksom på ventetider og går i dialog med patienten om behandlingsmuligheder, herunder fordele og ulemper.

Det blev diskuteret om dette punkt om overvågning af udredning og udvalgte behandlingsforløb fortsat skal drøftes i Hjerтеudvalget, idet det også sker i Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerтеområdet. Hjerтеudvalget ønskede fortsat at følge dette arbejde og vende eventuelle problemstillinger, mens de mere detaljerede løsninger på eventuelle udfordringer kan ske i andre fora. Sundhedsstyrelsen takkede for input og vil fastlægge en form, der tilgodeser Hjerтеudvalgets ønske om fortsat at kunne tage relevante emner op til drøftelse, uden at der sker for meget overlap til Task Force.

**Punkt 5.** Status på hjerтеområdet fra regionerne og Dansk Hjerteregester, herunder status for eventuelle udviklinger i aktiviteter og ventetider

Statens Institut for Folkesundhed har udarbejdet data vedr. aktiviteter og ventetider på hjerтеområdet for første halvår 2017 og sidste del af 2016. En del af disse data indgår i Sundhedsstyrelsens overvågning af udredning og udvalgte behandlingsforløb, jf. punkt 4. Uddrag og hovedtendenser af de øvrige data blev fremlagt af Dansk Hjerteregester, og drøftet med udvalget (*slides vedlægges referatet*).

Regionerne gav derefter en kort generel status for deres aktiviteter på hjerтеområdet og for omfanget og karakteren af aflyste hjerтеoperationer.

*Aktivitet*

Region Hovedstaden anførte, at der er set et fald i aktivitet for kardiologi. Dette er udtryk for registreringsproblemer i forbindelse med brugen af Sundhedsplatformen. Der er således tale om en underregistrering. Det er regionens indtryk, at aktiviteten er uændret. Regionen arbejder intensivt med at få registreringen på plads.

Region Syddanmark anførte, at deres aktivitetstal er sammenlignelige med Region Midtjylland, som de også populationsmæssigt passer med.

Region Sjælland havde ikke bemærkninger til aktivitetstallene, men bemærkede, at regionen indfører Sundhedsplatformen den 1. november 2017. I forhold til ikke-invasive procedurer for de elektive patienter (f.eks. ekkokardiografi) har regionen en underkapacitet, hvilket afhjælpes gennem en aftale med et privathospital. Billeddokumentation fra den private leverandør sendes til regionen.

Region Midtjylland anførte, at de har stabil aktivitet for PCI. Regionen har registreringsproblemer for hjerтеkirurgi, hvilket har givet en underrapportering. Problemerne forventes at være løst til november 2017.

Region Nordjylland var ikke til stede.

*Aflyste hjerтеoperationer*

Sundhedsstyrelsen motiverede punktet, som handlede om at få en fælles forståelse for omfanget og naturen af aflysningerne. Det fremgik af drøftelsen, at der er tale om et komplekst problem, som dels skyldes et overordnet spændt sy-

stem, hvor kapaciteten er udnyttet fuldt ud, men også at der sker en løbende faglig relevant prioritering af patienterne ift. grad af akuthed.

De aflyste elektive hjerteoperationer sker som oftest på grund af uplanlagte akutte patienter. Udvalget bemærkede, at de fleste patienter, som aflyses, får deres operation flyttet til dagen/dagene efter. Denne udskydelse af behandlingstidspunktet registreres imidlertid som en aflysning, selvom der i virkeligheden er tale om en ombooking udløst af ovennævnte prioritering. En enkelt aflysning kan udløse en række aflysninger, da man løbende prioriterer patienterne efter behandlingsbehov i et stramt pakket operationsprogram.

Løsninger på aflyste hjerteoperationer drøftes i alle regioner.

Udvalget udtrykte samtidig bekymring for kapaciteten, da sygehusene har optimeret gennem en årrække og snart rammer en smertegrænse for hvor mange flere patienter, der kan komme igennem systemet. Bl.a. derfor bør Udvalget fortsat monitorere og drøfte aktiviteter og ventetider og aflysningsproblematikken.

#### **Punkt 6.** Drøftelse af brugen af hjerte-CT og KAG

I maj 2017 drøftede Udvalget brugen af hjerte-CT som undersøgelse og udviklingen på området. Baggrunden herfor var, at der efter en årrække med stigning i brug af hjerte-CT i regionerne ikke er sket et tilsvarende fald i anvendelsen af KAG, som ellers var forventningen da undersøgelsen blev indført omkring 2008. En afdækning skal derfor hjælpe til at belyse, om det fortsat høje antal hjerte-CT og KAG er fagligt relevant, eller om det er udtryk for en uhensigtsmæssig brug af undersøgelserne.

På mødet i Hjerteudvalget var der enighed om, at emnet er komplekst, og at der er behov for at drøfte det yderligere, med henblik på at få en nærmere afklaring af om den nuværende praksis er faglig optimal. Det blev påpeget, at der savnes data om den nuværende anvendelse i de enkelte regioner, og det blev aftalt, at regionerne indsendte en status til Sundhedsstyrelsen om brugen af hjerte-CT. På baggrund heraf har Sundhedsstyrelsen lavet en opsamling af hovedpointerne på tværs, som skulle danne grundlag for en videre drøftelse af brugen af hjerte-CT og KAG. Opsamlingen var blevet sendt ud med dagsorden til mødet.

På mødet fremlagde Dansk Hjerteregister tal om udviklingen i brugen af hjerte-CT og KAG og mulige forklaringer herpå (*slides vedlægges referatet*). Af tallene fremgår det, at der er forskelle mellem regionerne og mellem sygehuse på brugen af diagnostiske undersøgelser, hvor Rigshospitalet, OUH og Skejby står for det største antal CT. Dette kan skyldes, at de bruger CT til andet end koronarsygdom fx til TAVI, før ablationsbehandling eller pga. forskningsaktiviteter.

Ser man specifikt på patienter, der får foretaget CT undersøgelse på indikationen dyspnø eller uafklarede bryst smerter, er der regionale forskelle i antallet af patienter, der får foretaget KAG efter en CT-scanning. Årsagerne er uklare, men kan skyldes, at en mistanke skal be-/afkræftes eller pga. stor sandsynlighed for, at patienten skal revaskulariseres.

Ser man yderligere på fraktionen af patienter, der reelt revaskulariseres efter CT scanning, med efterfølgende KAG, ses igen regionale forskelle. I Region

Midtjylland er der for det største center et klart fald i antallet af KAG undersøgelser, samtidigt med at antallet af patienter, der revaskulariseres efter KAG efter CT, er det højeste i landet. Dette kan indikere, at det er muligt at udnytte den nye teknologi til optimal drift, når lærekurven er overstået. En mulig forklaring på den positive udvikling i Region Midtjylland kan også være den udbredte brug af FFR-CT.

På landsplan er der ikke en entydig konklusion på, hvorfor indførelse af hjerte-CT ikke har medført et fald i KAG aktivitet, men det konstateres, at der er store regionale forskelle, der kan skyldes forskellige strategier og rationaler for brugen af CT scanning ved uafklarede brystmerter/åndenød. Det antages, at noget af udviklingen kan skyldes en læringskurve i brugen af hjerte-CT, idet det konstateres, at færre patienter i de seneste år sendes til KAG efterfølgende som en sikkerhedsmæssig foranstaltning i forhold til tolkning af billederne.

Det er stadig uklart, hvad der sker med de 4000 patienter, der får hjerte-CT, og som muligvis ikke har behov herfor, men man er kommet problemets forklaring væsentligt nærmere, idet det er et yderst beskedent antal af patienterne, der indlægges akut med hjerteproblemer det første år efter undersøgelsen. Det kan tyde på, at det er korrekt ikke at henvise patienterne til yderligere undersøgelser efter en afkræftende CT. Disse tal skal dog kvalificeres yderligere før der kan drages sikre konklusioner.

Dansk Cardiologisk Selskab fremlagde derefter DCS bemærkninger til brugen af hjerte-CT (*slides vedlægges referatet*). Selskabet har udgivet et nyt holdningspapir fra 2017. Samtidig understregede selskabet, at det ikke er samme population, der får foretaget hjerte-CT og KAG. For FFR-CT vil der være overlap mellem denne patientgruppe og hjerte-CT. Indførelse af FFR-CT i fremtiden vil muligvis give mere information end de nuværende hjerte-CT, herunder kunne finde de raske, og dermed medføre et fald i KAG.

Idet der ikke var tid til en større drøftelse af punktet, blev det aftalt at se på tallene igen på næste møde i udvalget. Dansk Hjerteregister undersøger, om der kan trækkes nye data fx at stratificere for populationens karakteristika.

Hvis det skønnes relevant for drøftelsen, kan regionerne blive bedt om at indsende yderligere information om brugen af hjerte-CT og KAG.

Det blev bemærket, at rapporten fra Dansk Hjerteregister 'Tema om Hjerte-CT, tillæg til årsberetning' er udkommet. Rapporten vedlægges referatet.

#### **Punkt 7.** Meddelelser fra Udvalget

Ingen meddelelser

#### **Punkt 8.** Kommende møder i Udvalget

Sundhedsstyrelsen orienterede om, at det kommende møde i Udvalg for Hjerteregister er fastsat til den 13. marts 2018 fra 10.00 – 14.00. Der var forskellige ønsker til varighed og starttidspunkt for de fremtidige møder, særligt var der

et stort ønske om forlængelse af mødet til fire timer så der er plads til længere drøftelser af punkterne. Mødetidspunkter vil derfor fremover være i tidsrummet kl. 10.00 – 14.00. Hvis der ikke bliver behov for den ekstra time, kan man afkorte mødet.

Sundhedsstyrelsen vil orientere om den fremadrettede mødeafholdelse snarest muligt.

## **Punkt 9.** Eventuelt

### *Sundhedsdataplatformen og LPR3*

Sundhedsdatastyrelsen orienterede om Sundhedsdataplatformen og LPR3.

Sundhedsdatastyrelsen har igangsat etablering af Sundhedsdataplatformen, der på sigt vil give bedre og bredere mulighed for anvendelse af data fra nationale registre.

Dette arbejde betyder desuden etablering af en ny datamodel, hvilket medfører behov for en gennemgang af opgørelsesmetoder for nuværende monitoreringsmodeller. Dette kan medføre behov for justering af gældende modeller med deraf følgende mulige indvirkninger på tal. Der er ikke umiddelbart en forventning om efterfølgende justeringer af tallene vil være væsentlige.

Desuden bliver der i 2018 implementeret anvendelse af LPR3 i stedet for det nuværende Landspatientregister. Information om dette kan ses på vedhæftede slides.

### *Nyt direktiv om kørekort*

Dansk Cardiologisk Selskab orienterede om, at der er kommet et nyt EU direktiv i forhold til kørekort. Direktivet har væsentlige implikationer for hjertepatienter. Selskabet vil lave et dokument der kommer med anbefalinger til, hvordan patienter med hjertesygdom kan rådgives herom. Når dokumentet offentliggøres vil Sundhedsstyrelsen blive orienteret.

### *Hjerteplan 2*

Hjerteforeningen har igangsat et arbejde med Hjerteplan 2, som forventes offentliggjort i februar 2018. Det blev aftalt, at Hjerteforeningen præsenterer uddrag på næste møde.

### *Kommunal hjerterehabilitering*

Det blev også aftalt at have et punkt på næste møde om den kommunale hjerterehabilitering.