

# Sekretariatet for Sundhedsstyrelsens Udvalg for Hjertesygdomme

## REFERAT

**Emne** Møde i Sundhedsstyrelsens Udvalg for Hjertesygdomme

**Mødedato** Tirsdag den 30. oktober 2018 kl. 10.00 – 14.00

**Sted** Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S mødelokale 501

**Deltagere** Niels Moth Christiansen, formand, Sundhedsstyrelsen  
Mathias Ørberg Dinesen, Sundheds- og Ældreministeriet  
Bjarne Dahler-Eriksen, Region Syddanmark  
Charlotte Hosbond, Region Hovedstaden  
Gunnar Jensen, Region Sjælland  
Lone Düring, Region Midtjylland  
Rikke S. Nielsen-Man, Region Nordjylland  
Christina Breddam, Randers Kommune  
Hanne Christensen, Hvidovre Kommune  
Bo Christensen, Dansk Selskab for Almen Medicin  
Hanne Maare Søndergaard, Dansk Cardiologisk Selskab  
Henrik Steen Hansen, Dansk Cardiologisk Selskab  
Lene Holmvang, Dansk Cardiologisk Selskab  
Hans Henrik Kimose, Dansk Thoraxkirurgisk Selskab  
Henrik Schmidt, Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin  
Rasmus Ripa, Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin  
Pernille Preisler, Dansk Sygepleje Selskab  
Rikke Degn, Dansk Sygepleje Selskab  
Anne Kaltoft, Hjerteforeningen  
Jens Flensted Lassen, Dansk Hjerteregister  
Dorte Johansen, Sundhedsdatastyrelsen

11. december 2018

Sagsnr. 4-1611-65/8

Reference ANWE

T 7222 7400

E plan@sst.dk

Desuden deltog Jens Refsgaard, hjertemedicinsk afdeling, Regionshospitalet Viborg under punkt 2 og Hanne Waltenburg, Sundhedsstyrelsen, Strålebeskyttelse under punkt 3.

Sundhedsstyrelsen:  
Anna Wulff Westergaard (ref.)  
Astrid Nørgaard  
Maria Tølbøll Glavind

**Afbud** Carl-Otto Gøtzsche, Region Nordjylland  
Christian Zohnesen, Patientrepræsentant  
Janet Marie Samuel, Sundhedsstyrelsen  
Knud Juel, Statens Institut for Folkesundhed  
Kaare Sander, Dansk Thoraxkirurgisk Selskab  
Lars Riber, Dansk Thoraxkirurgisk Selskab  
Lene Brøndum, Sundheds- og Ældreministeriet  
Lone Vinhard, KL  
Marius Andersen, Dansk Selskab for Almen Medicin

## **Punkt 1. Velkomst og godkendelse af dagsorden**

Sundhedsstyrelsen bød velkommen og orienterede om, at der siden 8. møde i Hjer-teudvalget i marts 2018 har været en del udskiftning og omrokering i Hjer-teudvalget. Anne Kaltoft er ny adm. direktør i Hjer-teforeningen, men beholder sin plads i udvalget. Henrik Steen Hansen er ny formand i DCS og beholder også sin plads i udvalget. Rikke Degn er ny repræsentant for Dansk Sygepleje Selskab, og Christina Breddam er ny repræsentant for KL og sundhedschef i Randers Kommune. Der mangler fortsat at blive udpeget en ny repræsentant for Danske Regioner.

Den nye repræsentation fra Sundhedsstyrelsen, der kommer til at betjene Hjer-teudvalget, blev endvidere præsenteret.

Dagsordenen blev efterfølgende godkendt.

## **Punkt 2. Drøftelse af kommunal rehabilitering for mennesker med hjerte-sygdom**

På seneste møde i Hjer-teudvalget orienterede Sundhedsstyrelsen om udarbej-delsen af nye anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjerte-sygdom som erstatning for hjertepakkerne. Anbefalingerne lægger op til, at re-habiliteringen for en større gruppe mennesker, uden særlige risici, kan foregå i kommunalt regi, som en del af det nære sundhedsvæsen. Dette skift i opgave- og ansvarsfordeling for rehabilitering af mennesker med hjertesygdom er nu ved at blive implementeret i regioner og kommuner.

I Region Midtjylland har man som led i et nyt Forløbsprogram for hjertesyg-dom, overdraget en stor del af fase 2 hjerterehabilitering fra hospitaler til kom-muner. På mødet præsenterede Jens Refsgaard, ledende overlæge, hjertemedi-cinsk afdeling, Regionshospitalet Viborg, de erfaringer, de har gjort sig i for-hold til overdragelsen af rehabiliteringen, med fokus på processen, samarbejde, henvisningspraksis og dataopsamling.

Nøgleordet for den gode proces har ifølge Jens Refsgaard været fokus på det gode patientforløb på borgerens præmis, tværsektoriel erfaringsdeling samt gensidig tillid og respekt for hinandens faglighed og ekspertise på tværs af sek-torer. Slides fra Jens Refsgaards oplæg vedlægges referatet.

Efterfølgende drøftede Hjer-teudvalget rehabilitering, herunder muligheder og udfordringer ved den nye organisering. Udvalget spurgte ind til datakvaliteten og kommunernes mulighed for at indrapportere data til Dansk Hjerterehabilite-ringsdatabase. Det blev bemærket, at der er en udfordring i, at kommunerne ikke har mulighed for at indrapportere data til Dansk Hjerterehabiliteringsdata-base, samt at der er forskellig kulturer i forhold til datarapportering. Hjer-te-KomMidt, der er en lokal fælles database for kommuner og region i Midtjyl-land er et forsøg på at løse denne udfordring. Endvidere blev udfordringen med datadeling på tværs af sektorer nævnt, og Sundhedsstyrelsen blev opfordret til at arbejde for at løse problemet.

Flere i Hjerterudvalget roste projektet og kom med ideer til fremtidige initiativer. Her blev nævnt aftentræning, drop-in træning i en anden kommune end bopælskommune, kontakt til borgerens praktiserende læge tidligere i rehabiliteringsforløbet med henblik på håndtering af det mentale helbred og medicin-compliance, en tilkobling af PRO-data (patient rapporteret outcome-data) i datarapporteringen, samt en øget patientinddragelse med fokus på individualiserede forløb.

Region Midtjylland mindede Hjerterudvalget om, at de andre regioner er velkomne til at henvende sig, idet de gerne deler ud af deres erfaringer.

Rehabilitering blev afrundet for nu, og det blev af Hjerterudvalget foreslået at belyse emnet fra andre regioner eller fra et borgerperspektiv, hvis emnet eventuelt skal drøftes igen i Hjerterudvalget.

### ***Bilag (var vedhæftet mailen med dagsordenen)***

2.1 Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer i perioden 1. januar-31. december 2017 Region Midtjylland

2.2 Evaluering af fase II hjerterehabilitering fra RH Viborg til Skive og Viborg Kommuner

2.3 Tripple-aim rapport fra Region Midtjylland

### **3. Videre drøftelse af brugen af hjerte-CT og KAG**

Brugen af hjerte-CT som diagnostisk undersøgelse til stabil iskæmisk hjertesygdom og den stigning i udbredelse og volumen, som er set over de seneste år, har løbende været drøftet i Hjerterudvalget. Gennem disse drøftelser er der stillet spørgsmålstejn ved, om nogle patienter har fået foretaget hjerte-CT og KAG uden tilstrækkelig klinisk indikation, medførende en unødigt stråleeksponering og uhensigtsmæssig ressourceanvendelse. Det har vist sig at være svært at kvalificere udbredelsen af unødige hjerte-CT skanninger, ligesom tilbagemeldingerne fra regionerne ikke har givet entydige svar på, hvorfor der i praksis er sket en stigning. For at udbygge drøftelsen i Hjerterudvalget har Sundhedsstyrelsen fundet det relevant at inddrage aspektet vedrørende bestråling af patienten, fornyede og mere oprensede datatræk fra Dansk Hjerteregister, samt nationale guidelines for udredning af stabil iskæmisk hjertesygdom.

Dansk Hjerteregister præsenterede datatræk vedrørende hjerte-CT og KAG aktivitet på indikationen stabil angina pectoris. Data viste regionale forskelle i antal udførte hjerte-CT og KAG'er, herunder forskel i andelen af patienter, der efter hjerte-CT får KAG, samt andelen der efter hjerte-CT og KAG revaskulariseres ("revaskulariseringsraten"). Landsgennemsnittet på revaskulariseringsraten er 40 %, hvor AUH Skejby skiller sig ud med en revaskulariseringsrate på over 60 %, bl.a. grundet brug af FFR-CT (Fractional Flow Reserve-CT). De regionale forskelle kan ifølge Dansk Hjerteregister til dels forklares ud fra en forskel i patientpopulation, varierende kvalitet af undersøgelserne og variation i tolkningen af hjerte-CT.

Dansk Hjerteregister anbefalede en række indikatorer til brug for monitorering af hjerte-CT, herunder andel af patienter der efter hjerte-CT henvises til KAG, andel af patienter der efter hjerte-CT og KAG revaskulariseres, samt 1 års mortaliteten for patienter der afsluttes efter 1. gangs hjerte-CT. Data vil kunne bruges til at følge udviklingen inden for området, herunder se på om der opnås større præcision i anvendelsen af hjerte-CT samt overvåge eventuelle forskelle mellem sygehusene.

Slides fra Dansk Hjerteregister vedlægges referatet.

Dansk Cardiologisk Selskab, DCS, præsenterede efterfølgende selskabets vurdering af, hvornår hjerte-CT er en egnet undersøgelse. Ifølge den nationale behandlingsvejledning for stabil iskæmisk hjertesygdom, skal hjerte-CT anvendes hos patienter med intermediær risiko for iskæmisk hjertesygdom, dvs. en risiko mellem 15-85 %. Derudover anvendes hjerte-CT på en række andre indikationer, eks. TAVI (transcatheter aortic valve implantation), ablation for atrieflimren m.fl. Selskabet anbefalede ikke at benytte hjerte-CT ved allerede kendt iskæmisk hjertesygdom eller som screeningsundersøgelse hos asymptomatiske patienter. Ved fremtidig monitorering af hjerte-CT, anbefalede selskabet at rette fokus mod den tilsvarende reduktion i andre undersøgelser, ex. arbejds-EKG og myokardieskintigrafi, samt at fokusere på den andel af patienter der efter hjerte-CT og KAG revaskulariseres.

Slides fra Dansk Cardiologisk Selskab vedlægges referatet.

Revaskulariseringsraten blev efterfølgende drøftet i Udvalget. Der blev spurgt ind til, om der findes en accepteret standard for revaskulariseringsraten. Ifølge DCS er der ikke en standard herfor, hverken nationalt eller internationalt. Grundet den teknologiske udvikling på området er der ifølge DCS potentiale for, at revaskulariseringsraten kan komme højere op end det nuværende landsgennemsnit på ca. 40%, men denne udvikling ligger et stykke ude i fremtiden. DCS tilbød at påtage sig opgaven vedrørende en nærmere tilnærmelse til en egentlig national standard for revaskulariseringsraten. I forlængelse af dette pointerede Udvalget, at det er vigtigt med retvisende data, der tager højde for regionale forskelle i patientpopulationer og analysemetoder, når man sammenligner revaskulariseringsraten på tværs af regionerne. Der bør fx skelnes mellem sygehuse med og uden mulighed for at tilbyde FFR-CT.

For at kvalificere drøftelserne på mødet yderligere var Hanne Waltenburg fra Sundhedsstyrelsen, Strålebeskyttelse (SIS) inviteret til at præsentere viden om stråledosis og bivirkninger relateret til hjerte-CT og KAG. Ifølge SIS er den gennemsnitlige stråledosis ved hjerte-CT-skanning på ca. 7,5 mSv, hvilket kan omregnes til, at 1 ud af 3000 vil få cancer grundet stråling relateret til skanningen. På tværs af sygehusematrikler ses en forskel i middelstråledosis relateret til hjerte-CT-skanninger. Dette kan ifølge Hanne Waltenburg muligvis forklares ved variation i patientpopulationer, forskellige protokoller for brug af hjerte-CT, samt forskellige krav til billedkvalitet.

Hanne Waltenburgs slides vedlægges referatet.

Forskellige modaliteter til udredning af iskæmisk hjertesygdom og strålingseksponering relateret til disse, blev efterfølgende diskuteret. Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin bemærkede, at der er stor variation i stråledosis relateret til diverse udredningsmodaliteter, herunder bl.a. hjerte-CT

(7,5mSv), myokardieskintigrafi (10-12mSv) og Rb-PET(2-3mSv). Den kumulative stråledosis blev efterfølgende drøftet. Hjerteforeningen spurgte ind til, om der laves opgørelser og monitorering over kumulativ stråledosis hos den enkelte patient. Ifølge SIS foretages der ikke monitorering på patientniveau, da risikoen forbundet med udiagnosticeret hjertesygdom er større end risikoen forbundet med selve stråleeksponeringen.

I forlængelse af dette påpegede Udvalget, at der er sket et skred i forhold til antallet af ekstra undersøgelser, der laves for at øge den diagnostiske præcision. Flere patienter får indskudte undersøgelser i forbindelse med udredningen af stabil iskæmisk hjertesygdom. Det blev påpeget, at man bør forholde sig til, hvordan man bedst sammensætter udredningen af stabil iskæmisk hjertesygdom, i forhold til anvendelse af diverse udredningsmodaliteter og samlet stråledosis.

Udvalget drøftede herefter de regionale forskelle. Det blev af Sundhedsstyrelsen påpeget, at regionerne bør orientere sig mod hinanden og overveje, hvorfor der er interregionale forskelle i brugen af diverse udredningsmodaliteter til stabil iskæmisk hjertesygdom, samt i den anvendte stråledosis. Hjerteforeningen støttede dette og tilføjede, at der ud fra et patientperspektiv er et stort ønske om, at regionerne ensarter brugen og lærer af hinanden. Regionerne oplyste, at de gerne vil lære af hinanden og allerede gør det. Hjerteudvalget var enige i, at vidensdelingen kræver valide data, der kan sammenlignes på tværs af regioner.

#### Afrunding og konklusioner

Sundhedsstyrelsen bemærkede, at brugen af hjerte-CT og KAG nu er blevet belyst fra flere relevante perspektiver, og at det er lykkedes at indkredse emnet nærmere. Det er gennem drøftelserne kommet frem, at det er områder under opbygning og udvikling. Data fra Dansk Hjerteregister, på indikation stabil iskæmisk hjertesygdom, har vist, at anvendelsen af hjerte-CT og KAG for mange regioner har stabiliseret sig. Der ses dog fortsat regionale forskelle i anvendelsen af hjerte-CT og KAG, herunder i andelen af patienter der efterfølgende revaskulariseres. Drøftelserne i Udvalget har belyst, at de regionale forskelle til dels kan forklares ud fra forskelle i patientpopulationer, variation i udførelse og tolkning af CT-scanninger, samt variation i de modaliteter der anvendes under udredning. Derudover er FFR-CT en lovende modalitet, som i dag anvendes i enkelte regioner, og som på sigt kan føre til en større præcision i revaskulariseringsraten. Drøftelser vedrørende bestråling af patienten viste, at der var regionale forskelle i middelstråledosis, samt at stråledosis varierede på tværs af en række udredningsmodaliteter.

Sundhedsstyrelsen finder fortsat at anvendelsen af hjerte-CT er under udvikling, og bør følges, og drøftes på kommende møder i Udvalget. Sundhedsstyrelsen ønsker fremadrettet at følge området via enkelte indikatorer, eksempelvis revaskulariseringsraten. Sundhedsstyrelsen vil overveje hvordan udviklingen bedst kan følges, og tager i forlængelse heraf kontakt til Dansk Hjerteregister med henblik på at afklare relevante indikatorer.

### ***Bilag (var vedhæftet mailen med dagsordenen)***

3.1 Sundhedsstyrelsens opsamling på regionernes statusnotater

3.2 a,b,c,d,e Regionernes statusnotater

### **Punkt 4. Orientering om Hjerteforeningens publikation 'En helhjertet indsats' v/Hjerteforeningen**

Hjerteforeningen præsenterede deres publikationen 'En helhjertet indsats', der i februar 2018 blev udgivet i samarbejde med VIVE og DCS. Publikationen er en artikelsamling med en række anbefalinger til den fremtidige varetagelse af hjerteområdet. Oplægget gennemgik den del af rapporten, der er udarbejdet ud fra en kortlægning af hjertepatienternes ønsker til egne forløb. Kortlægningen viste, at patienterne særligt havde fire bekymringspunkter i forhold til eget sygdomsforløb; manglende retning i forløbet, manglende inddragelse af patientens viden, ulige muligheder både socialt og geografisk, samt problematiske overgange mellem sektorer.

Hjerteforeningen pointerede, at det er væsentligt, at patienter inddrages bedre, samt at inddragelsen tilpasses den individuelle patients behov i forhold til viden og formidling. Brugerinddragelsen skal både være på individuelt niveau, men også organisatorisk, hvor patientrepræsentanter, som det er tilfældet i Hjer-teudvalget, i højere grad bør sidde med og have mulighed for at bidrage med deres viden.

Hjerteforeningens slides vedlægges referatet.

### ***Bilag (var vedhæftet mailen med dagsordenen)***

4.1 En helhjertet indsats, Hovedrapport, Hjerteforeningen og VIVE

4.2 Anbefalinger fra En helhjertet indsats, Hjerteforeningen

### **Punkt 5. Orientering om arbejdet med Nyt Dansk Hjerteregister v/Dansk Hjerteregister**

Der pågår fortsat et arbejde med at lave et nyt dansk hjerteregister i regi af bl.a. Danske Regioner, som Hjer-teudvalget løbende er blevet orienteret om. Dansk Hjerteregister orienterede om status for arbejdet med Nyt Dansk Hjerteregister (NDHR). Dansk Hjerteregister er blevet reorganiseret via et større standardiseringsarbejde bl.a. omfattende indikatorer, kliniske variable og populationer på tværs af kvalitetsdatabaser. Desuden arbejdes der videre med AKS-databasen, DanAKS. De næste store opgaver bliver at inkorporere PRO-data i kvalitetsregistre samt at få lavet en tværsektoriel datainfrastruktur. Der udestår fortsat et arbejde med at sammenflette klinisk- og kvalitetsdata direkte i den elektroniske patientjournal.

Dansk Hjerteregisters slides vedlægges referatet.

Der gøres opmærksom på, at det planlagte stormøde november 2018 er blevet rykket til onsdag den 6. marts 2019 kl. 14.00-16.00.

## **Punkt 6. Orientering om Sundhedsstyrelsens overvågning af udredning og udvalgte behandlingsforløb på hjerteområdet**

Sundhedsstyrelsen præsenterede kort data fra første kvartal 2018 i Sundhedsstyrelsens overvågning af udredning og udvalgte behandlingsforløb på hjerteområdet. Sundhedsstyrelsen beklagede, at rapporten for andet kvartal 2018 har været forsinket, og derfor ikke kunne drøftes på nuværende møde i Hjerteudvalget.

Udvalgte data fra første kvartal 2018 blev derefter præsenteret. Sundhedsstyrelsen bemærkede betydelige regionale forskelle i forhold til overholdelse af udredningsretten, hvor særligt Region Sjælland og Region Hovedstaden skilte sig ud. De regionale forskelle kan til dels tilskrives udfordringer med registrering samt kapacitetsudfordringer.

Region Hovedstaden påpegede, at de er klar over de aktuelle udfordringer. Regionen har arbejdet på at løse kapacitetsudfordringerne og bemærkede, at udviklingen er ved at vende, hvilket afspejles i de kommende tal for andet kvartal 2018.

Region Sjælland efterspurgte data fra patienternes bopælsregion, frem for data fra den udførende region. Denne forespørgsel blev understøttet af Region Syddanmark, der tager mange af Region Sjællands patienter. Sundhedsstyrelsen orienterede om, at der i data under punktet om aktivitet og ventetid ved Dansk Hjerteregister er data opgjort på bopælsregion.

Hjerteforeningen fremsatte et ønske om, at der i Hjerteudvalget fremover bliver drøftet mere rettidige data. Sundhedsstyrelsen anerkendte, at det ville være mere hensigtsmæssigt at drøfte data fra foregående kvartal, og vil overveje hvordan punktet fremover skal indgå i Hjerteudvalget. Sundhedsstyrelsens slides vedlægges referatet.

### ***Bilag (var vedhæftet mailen med dagsordenen)***

6.1 Sundhedsstyrelsens overvågning af udredning og udvalgte behandlingsforløb på hjerteområdet for første kvartal.

## **Punkt 7. Status på hjerteområdet fra regionerne og Dansk Hjerteregister, herunder status for eventuelle udviklinger i aktiviteter og ventetider**

Statens Institut for Folkesundhed har udarbejdet data vedrørende aktiviteter og ventetider på hjerteområdet for første halvår 2018. Gennemgangen af data kom i forlængelse af forrige punkt om monitoreringen, og for ikke at overlapse for meget mellem drøftelserne blev præsentationen af data på mødet reduceret til en kort kommentar fra Dansk Hjerteregister vedrørende ventetid og aktivitet i Region Hovedstaden, hvor Dansk Hjerteregister fandt det væsentligt at bemærke, at ventetiden i regionen skal forholdes til produktionstallene. Af produktionstallene ses et øget pres på Region Hovedstaden, hvor regionen opererer flere patienter end før, og flere end andre regioner, hvilket kan forklare noget af ventetiden.

Datakvaliteten i Dansk Hjerteregister blev efterfølgende drøftet. Formanden for Dansk Hjerteregister udtrykte en bekymring i forhold til udfordringer med indrapportering af data vedr. KAG og PCI fra Region Hovedstaden og Region Sjælland, da manglende dataregistrering slår tvivl om datakvaliteten i hjertedatabaserne.

Sundhedsstyrelsen spurgte derefter regionerne ind til en status for deres arbejde på hjerteområdet.

Region Syddanmark berettede om øget kapacitet og nedbringelse af ventetider, hvilket også har betydet, at de har kunnet tage flere af Region Sjællands patienter. På OUH tilbydes flere patienter TAVI og medicinsk behandling for deres hjertesygdom.

Region Hovedstaden berettede om en øget aktivitet. Regionen har indført værdibaseret styring og sat hjertecenteret på Rigshospitalet fri for DRG-afregning. Det er endnu uvist, hvilken effekt det har haft på behandlingsaktiviteten. Regionen berettede ydermere om et øget pres på Rigshospitalet, og de er derfor i gang med at undersøge den interne henvisningsprocedure i regionen.

Region Sjælland berettede om, at regionens KAG-aktivitet i opgørelsen er fejlbehæftet, da der grundet Sundhedsplatformen er en underrapportering. Ventetiden har vist samme udsving som i Region Hovedstaden med forlænget ventetid ved indførelse af Sundhedsplatformen. Region Sjælland håber ventetiden nedbringes, når Sundhedsplatformen bliver fuldt implementeret. Regionen orienterede desuden om, at der er lavet en ny aftale med Aleris-Hamlet, da regionens egne sygehuse fortsat har udfordringer i forhold til udredningsretten.

Region Midtjylland fortalte, at KAG-aktiviteten bliver samlet på AUH, og dermed samles fra tre til en matrikel. Derudover har regionen haft udfordringer med at overholde udredningsretten, hvilket kan tyde på, at nogle hospitaler har prioriteret at holde sig til den planlagte aktivitet.

Henvisning af patienter på tværs af regionsgrænser blev efterfølgende drøftet, og Sundhedsstyrelsen spurgte regionerne om en status for dette. Regionerne bemærkede, at patienter gerne vil rejse til et behandlingstilbud et andet sted, hvis de fejler noget alvorligt. Region Sjælland berettede om, at regionens patienter gerne vil rejse til Region Syddanmark og Region Hovedstaden, men sjældent længere væk. Regionerne arbejder på at blive bedre til at henvise til hinandens tilbud, og flere regioner foreslog, at der arbejdes for at oprette et praktisk pakketilbud med fx ophold og transport for patienter og deres pårørende, der gør det lettere at rejse på tværs af regionsgrænser.

### ***Bilag (var vedhæftet mailen med dagsordenen)***

#### **7.1 Aktiviteter og ventetider for første halvår 2018**

### **Punkt 8. Temaer på fremtidige udvalgmøder**

Sundhedsstyrelsen opfordrede Hjerterudvalget til at komme med forslag til temaer på fremtidige udvalgmøder.



Det blev af Dansk Selskab for Almen Medicin foreslået, at genbesøge drøftelsen om samarbejdet mellem primær og sekundær sektor med fokus på den tværsektorielle kommunikation og samarbejde. Sundhedsstyrelsen fandt dette tema relevant. Har medlemmer i Hjerterudvalget konkrete forslag til dette tema opfordres de til at melde ind til Sundhedsstyrelsen.

Dansk Cardiologisk Selskab foreslog en opfølgning på satspuljeprojektet vedrørende familiær hyperkolesterolæmi, der tidligere har været drøftet i Hjerterudvalget. Danske Regioner har overtaget projektet, og en status på næste møde vil muligvis være for tidlig.

Hjerteforeningen foreslog et fokus på den kommende sundhedsreforms betydning for patientforløbet.

Ydermere blev det af Dansk Hjerteregister foreslået, at Hjerterudvalget kunne se på den demografiske udvikling og de fremtidige udfordringer i relation til den ældre medicinske patient med multiple hjertesygdomme.

#### **Punkt 9. Meddelelser fra Udvalget**

Ingen meddelelser

#### **Punkt 10. Kommende møder i Udvalget**

Næste møde i Sundhedsstyrelsens Udvalg for Hjertesygdomme er fastsat til

- tirsdag den 12. marts 2019 kl. 10.30-14.30.

Efterårsmødet i 2019 bliver

- tirsdag den 22. oktober 2019 kl. 10.30-14.30.

#### **Punkt 11. Eventuelt**

Formanden takkede Hjerterudvalget for gode drøftelser og rundede dagens møde af.