



REFERAT

Emne	Sundhedsstyrelsens Udvalg for Hjertesygdom
Mødedato	22. oktober 2019 kl. 10:30-14:30
Sted	Sundhedsstyrelsens Mødecenter, Auditoriet, Islandsbrygge 57, 2300 København S
Deltagere	Camilla Noelle Rathcke, (formand), Sundhedsstyrelsen Mathias Ørberg Dinesen, Sundheds- og Ældreministeriet Thomas I. Jensen, Danske Regioner Charlotte Hosbond, Region Hovedstaden Carl-Otto Gøtzsche, Region Nordjylland Gunnar Jensen, Region Sjælland Rikke Winther Strunge (suppleant), Region Syddanmark Bo Christensen, Dansk Selskab for Almen Medicin Henrik Steen Hansen, Dansk Cardiologisk Selskab Steen Dalby Kristensen, Dansk Cardiologisk Selskab Ulla Davidsen, Dansk Cardiologisk Selskab Lars Riber, Dansk Thoraxkirurgisk Selskab Christian Lildal Carranza, Dansk Thoraxkirurgisk Selskab Henrik Schmidt, Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin Rikke Degn, Dansk Sygepleje Selskab Pernille Preisler, Dansk Sygepleje Selskab Anne Kaltoft, Hjerteforeningen Knud Juel, Statens Institut for Folkesundhed Jens Flensted Lassen, Dansk Hjerteregister Dorte Johansen, Sundhedsdatastyrelsen
SST:	Lotte Klitfod, Sundhedsstyrelsen Maria Tølbøll Glavind, Sundhedsstyrelsen Nanna Cassandra Læssøe, Sundhedsstyrelsen (Punkt 5) Anne Friis Kreilgaard, Sundhedsstyrelsen
Oplægsholdere:	Dorte Vesterholm Lind, Sundhedsdatastyrelsen (Punkt 2) Henning Bundgaard, Region Hovedstaden (Punkt 7) Erik Berg Schmidt, Region Nordjylland (Punkt 7)
Afbud	Lone Vinhard, KL Christina Breddam, KL Hanne Christensen, KL Hans Henrik Kimose, Dansk Thoraxkirurgisk Selskab Rasmus Ripa, Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin Rikke Skou Jensen, Region Midtjylland Bjarne Dahler Eriksen, Region Syddanmark Christian Zohnesen, Patientrepræsentant
Bilag	Mødemateriale Præsentationer

9. december 2019

Sagsnr. 4-1611-217/1

Reference ANFK

T +4524755702

E anfk@sst.dk

Dagsorden

Punkt 1. Velkomst og godkendelse af dagsorden.....	2
Punkt 2. Temadrøftelse vedr. data på hjerteområdet	2
Punkt 3. Status på hjerteområdet fra regionerne	4
Punkt 4. Præsentation vedr. udvikling inden for hjerte CT v/ Jens Flensted Lassen	5
Punkt 5. Temadrøftelse vedr. det tværsektorielle samarbejde og udflytning af arbejdsopgaver til almen praksis	6
Punkt 6. Hjerteudspil – 20 slag for hjerterne v/ Hjerteforeningen og Danske Regioner	8
Punkt 7. Status på satspuljeprojektet Familiær Hyperkolesterolæmi	8
Punkt 8. Kommende møder i Udvalget	9
Punkt 9. Eventuelt	9

Referat

Punkt 1. Velkomst og godkendelse af dagsorden

Sundhedsstyrelsen bød velkommen til det 11. møde i Sundhedsstyrelsens Udvalg for Hjertesygdom. Der blev budt velkommen til nye repræsentanter hhv. fra Region Sjælland, hvor Mathias Greve Lindhold erstatter Gunnar Jensen, og fra Dansk Cardiologisk Selskab, hvor Ulla Davidsen og Sten Dalby Kristensen erstatter Lene Holmvang og Hanne Maare.

I Sundhedsstyrelsen er ligeledes kommet nye ansvarlige for hjerteområdet, hhv. Camilla Noelle Rathcke, Centerchef i Center for Planlægning, ny formand for Hjerteudvalget, samt Lotte Klitfod, sektionsleder i Center for Planlægning, ansvarlig for hjerteområdet.

Sundhedsstyrelsen meddelte om afbud og suppleanter til dagens møde, og herefter blev mødet indledt med en kort præsentationsrunde i udvalget.

Dagsordenen blev efterfølgende godkendt uden bemærkninger.

Punkt 2. Temadrøftelse vedr. data på hjerteområdet

Sundhedsstyrelsen præsenterede baggrunden for temadrøftelsen, herunder at punktet var sat på dagsordenen grundet tidligere drøftelser i udvalget vedrørende behovet for tidstro og retvisende data samt den nuværende status på implementering af LPR3 og den heraf afledte interimsmode for overvågning af hjerteområdet. Endvidere fremlagde Sundhedsstyrelsen, at der grundet disse faktorer ikke ville blive præsenteret data fra Dansk Hjerteregister på mødet.

a) Præsentation af status på LPR3, anvendelse og fremtidige muligheder

1. Oplæg om status vedrørende inddata, anvendelse og fremtidige muligheder v/ Dorte Vesterholm Lind og Dorte Johansen fra Sundhedsdatastyrelsen

Sundhedsdatastyrelsen præsenterede kort historikken bag Landspatientregisteret og implementeringen af LPR3, herunder den midlertidige styregruppe, den tekniske implementering og datakvalitetsarbejdet (se præsentation).

Sundhedsdatastyrelsen redegjorde for, at implementeringen af LPR3 skal understøtte bedre dataflow, mere tilgængelighed og anvendelighed af data og det nuværende og fremtidige behov for kvalitetsudvikling. Den bagvedliggende arkitektur i LPR3 vil være mere målrettet fremtidige behov bl.a. ift. registrering af forløbselementer og multimorbiditet.

Herefter blev der redegjort for driften af LPR3, dens implementering i starten af 2019, samt at der fra maj måned har været store performance problemer. Der ses bl.a. fejl i indberetninger, hvor der tillige ses store regionale forskelle. Der er forventning om aftagende mængde fejl, samt at data vil være endeligt validerede 2 måneder efter indberetning.

Derefter fulgte en kort drøftelse af forskellighederne i regionernes indberetningssystemer, og i den forbindelse også fordele og ulemper ved de forskellige regionale systemer.

Udvalget spurgte Sundhedsdatastyrelsen, hvordan fejlindberetningerne bliver registreret, samt hvorvidt man kan gå tilbage i journalerne og validere, at data stemmer overens. Sundhedsdatastyrelsen svarede, at denne del af valideringen endnu ikke er sat i gang, men at man opfordrede til et samarbejde med klinikerne ift. at igangsætte processen fremadrettet.

2. Oplæg vedrørende data og fremtidige muligheder i DHR samt status for NDHR v/ Jens Flensted Lassen fra Dansk Hjerteregister

Jens Flensted Lassen gav en indflyvning til Dansk Hjerteregister, samt status for og fremtidige muligheder i Nyt Dansk Hjerteregister (NDHR). Herunder blev der redegjort for udfordringer i forbindelse med dataleveringen fra Østdanmark efter implementeringen af Sundhedsplatformen og udfordringerne i hele landet i forbindelse med overgangen til LPR3 (se præsentation).

Visionen for NDHR er, at alle nødvendige data på hjerteområdet samles ét sted, og at de fælles variable fra de eksisterende kvalitetsdatabaser standardiseres, således at der opnås direkte sammenlignelighed. Endvidere vil NDHR give mulighed for at få data på konkurrerende sygdomme og inddrage PRO data.

Status på færdiggørelsen af Nyt Dansk Hjerteregister er stadig uvis, og afhænger af arbejdet med en fælles dataplatform i RKKP og implementeringen af LPR3. Dertil kommer udfordringer med dataleverancer fra Sundhedsplatformen. Overordnet er

status, at arbejdet går langsomt fremad, samt at der er et godt samarbejde med regionerne og de faglige selskaber.

b) Orientering omkring overvågning på hjerteområdet v/ Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen præsenterede den nuværende interimsmodel for overvågning af hjerteområdet og redegjorde for det fælles mål om at følge hjerteområdet frem til, at der kan leveres data fra LPR3. Efter det 51. møde i Task Force for kræft- og hjerteområdet d. 3. juli 2019 blev regionerne anmodet om at levere data for behandling af elektiv CABG og klapoperation samt kombinationen af de to. Regionerne har dog ikke eksisterende BI-systemer, der understøtter denne leverance, men føler sig betrykkede af information fra deres ledelsesinformationssystem. På det 52. møde d. 2. oktober 2019 blev interimsmodel for hjerteområdet drøftet, og det blev aftalt, at regionerne leverer data fra deres ledelsesinformationssystem, og at Sundhedsstyrelsen baserer sin interimsmonitoreringsmodel på denne information, indtil LPR3 kan levere valide data.

c) Drøftelser af hvordan data benyttes fremadrettet v/ Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen lagde op til en drøftelse af, hvad der fremadrettet er vigtigt at monitorere på, samt hvordan data bedst præsenteres på udvalgmøderne.

Der var et ønske fra regionerne om, at data blev opgjort i forhold til bopælsregion, at data var tidstro, samt at det fremadrettet var interessant at følge data fra kommunerne. Dansk Hjerteregister ønskede, at data bl.a. var baseret på tilsynspligten, herunder retten til lige behandling, og at man i overvågningen burde se på regionale kvalitetsforskelle. Endvidere var der et ønske om, at man kunne monitorere på hele patientens forløb, herunder matrikelovergange.

Der var enighed i udvalget om, at man på forårsmødet skulle drøfte hvilke data, der var relevante at monitorere på hjerteområdet, herunder at data fremadrettet bør have fokus på udviklingstendenser og kvalitetsforskelle på tværs af regionerne.

Bilag

2.1 Forslag til midlertidig monitorering ifm. overgangen til LPR3

2.2 LPR3 uddatabrev

2.3 Sundhedsdatastyrelsens præsentation

2.4 Dansk Hjerteregisters præsentation

Punkt 3. Status på hjerteområdet fra regionerne

Region Hovedstaden redegjorde for, at de generelt følger ventetiderne på kirurgi tæt, og at man ser kortere ventetider for klap- og bypassoperationer, hvor der nu er ca. 3 ugers ventetid, mod tidligere ca. 8 ugers ventetid. Derudover er der fokus på KAG og PCI, og hvorvidt man kan sikre bedre udnyttelse af nye diagnostiske metoder ift. Hjerter-CT.

Region Sjælland redegjorde for, at de både henviser patienter til Region Hovedstaden og Region Syddanmark, og at patienter henvises ud fra ventetiden i de to regionen.

Region Syddanmark orienterede om status for indgåelse af aftale om FFR-CT, som forhåbentlig sker med virkning fra primo 2020.

Region Nordjylland redegjorde for, at de forbigående havde haft en længere ventetid på hjerte-MR skanninger, men at de ingen ventetid havde på operationer, og at de gerne modtog patienter fra andre regioner.

Region Midtjylland var fraværende ved mødet, men har efterfølgende skriftlige bidrag til punktet, hvori de beskriver en igangværende udredning af kardiologien i regionen, og igangsættelse af en række initiativer, herunder bl.a. et kardiologisk rejsehold og en arbejdsgruppe, som undersøger, hvordan man kan skabe et bedre samarbejde med almen praksis. Tirsdag den 5. november 2019 afholdes workshop om kardiologien i Region Midtjylland med deltagelse af direktionen og hospitalsledelserne samt klinikere fra regionens kardiologiske afdelinger. Ift. status for ventetider til CABG- og klapoperationer henviser regionen til interims-monitoreringen.

Punkt 4. Præsentation vedr. udvikling inden for hjerte-CT v/ Jens Flensted Lassen

Jens Flensted Lassen præsenterede historik bag indførelsen af hjerte-CT skanning, og udviklingen i brugen heraf (se præsentation). Opmærksomheden på området skyldes, at man i takt med en stigning i anvendelsen af hjerte-CT ikke så et tilsvarende fald i brugen af KAG. Som opfølgning på det 10. møde i Hjerteudvalget d. 12. marts 2019 præsenterede DHR en opdateret status på følgende indikatorer:

- Andel (%) af patienter, der efter CT-KAG henvises til KAG
- Andel (%) af patienter, der efter CT-KAG og KAG revaskulariseres (CABG/PCI)
- 1 års mortaliteten (%) for patienter, der afsluttes efter førstegangs CT-KAG på indikationen uafklarede brystsmærter

Nye tal viser, at brugen af KAG begynder at falde. Herudover ses en stigning i andelen af patienter, der efter hjerte-CT revaskulariseres. Dette tages som udtryk for, at der ikke længere i så høj grad, sker unødigt brug af hjerte-CT. Endvidere blev det fremlagt, at processen ift. at følge udviklingen i brugen af hjerte-CT i udvalget havde været rigtig god, og at man kunne lære af denne proces fremadrettet ift. andre områder, der kunne følges i udvalget.

Hjerteforeningen pointerede, at det var vigtigt ikke at misbruge ressourcer til at bekræfte raske i, at de er raske, men at undersøgelser bruges på de faktisk syge patienter.

Som afrunding anførte Sundhedsstyrelsen, at vi nu gennem en længere periode har fulgt brugen af hjerte-CT og fået kvalificeret indikatorerne, og at man fremadrettet vil genbesøge området, hvis det bliver relevant.

Bilag

4.1. Jens Flensted Lassens præsentation vedr. udvikling inden for hjerte CT

Punkt 5. Temadrøftelse vedr. det tværsektorielle samarbejde og udflytning af arbejdsopgaver til almen praksis

a) Præsentation af retningslinjer for afslutning af patienter fra et højt specialiseret niveau til egen læge v/ Henrik Steen Hansen fra Dansk Cardiologisk Selskab

Dansk Cardiologisk Selskab præsenterede baggrunden for arbejdet med udkast til retningslinjerne (se præsentation). Alle udkast er skrevet med udgangspunkt i de nationale behandlingsvejledninger ift. diagnostik, behandling og efterbehandling. Der er lavet udkast til retningslinjer for ak-behandling, atrieflimren, hjerteinsufficiens, hyperlipidæmi, hypertension og rehabilitering efter AKS. Fokus har bl.a. været på, hvornår patienter kan henvises til almen praksis, tidspunktet for kontroller i almen praksis, og efter hvilke faktorer almen praksis skal genhenvise til specialafdeling.

Sundhedsstyrelsen spurgte ind til, hvordan processen videreføres efter udarbejdelsen af retningslinjerne, herunder hvordan retningslinjerne formidles til almen praksis. Hertil svarede DCS, at behandlingsvejledningen lå tilgængelig på deres hjemmesiden.

Endvidere spurgte udvalget, hvorvidt almen praksis havde været inddraget i arbejdet med retningslinjerne, hvilket ikke var tilfældet, men at materiale umiddelbart var et udkast, og dermed var en mulighed fremadrettet.

Dansk Thoraxkirurgisk Selskab havde et par tekstnære kommentarer til udkastene, som DCS vil tage med videre og skrive ind i retningslinjerne. Derudover var der generel ros fra udvalget til DCS for opstart af arbejdet.

b) Præsentation af retningslinjerne set fra almen praksis' perspektiv v/ Bo Christensen fra Dansk Selskab for Almen Medicin

Bo Christensen fremlagde efterfølgende retningslinjerne vedr. afslutning af patienter fra et højt specialiseret niveau til egen læge, set fra almen praksis' perspektiv (se præsentation).

Herunder blev det nævnt, at der er behov for at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen, hvilket kræver god koordination og bedre kulturforståelse mellem sygehusafdelinger og almen praksis. Endvidere blev vigtigheden af, at almen praksis fik med-ejerskab til retningslinjerne nævnt som en afgørende faktor for en succesfuld implementering af retningslinjerne samt overdragelse af patienterne fra et højt specialiseret niveau til almen praksis.

Endvidere blev det nævnt, at der er behov for, at almen praksis har 'den frie henvisningsret', samt at patienterne afsluttes fra sygehus med en systematisk epikrise

indeholdende konklusion, plan, individuelle mål mv. Det blev nævnt, at man skulle være opmærksom på de komplicerede patienter, og at opstille realistiske mål. Det blev fremhævet, at nogle patienter ikke altid passer ind i de guidelines, der udarbejdes, da de har særlige behov, samt at multimorbiditet generelt er en komplicerende faktor for almen praksis.

Afslutningsvist blev det nævnt, at det er vigtigt, at sikre en fornuftig udnyttelse af ressourcer, da unødvendig opfølgning bør undgås, og at det er vigtigt, at patienterne får forståelse for, at der er forskel på hyppigheden af kontroller i almen praksis og på sygehus.

c) Faglig drøftelse vedrørende det tværsektorielle samarbejde og udflytning af arbejdsopgaver

Sundhedsstyrelsen lagde op til en faglig drøftelse af det tværsektorielle samarbejde og udflytning af arbejdsopgaver til almen praksis, og bemærkede ift. retningslinjerne, at der er behov for, at modtagerne får information om arbejdet, samt at der om muligt oprettes hotlines til de kardiologiske afdelinger, da det skal være nemt for almen praksis at få vejledning hurtigt, så patientens umiddelbart kan hjælpes i primærsektoren fremfor ved fornyet henvisning eller evt. genindlæggelse.

Dansk Cardiologisk Selskab tydeliggjorde, at retningslinjerne var udkast og den spæde start på et bedre samarbejde mellem almen praksis og kardiologer på sygehusene og tydeliggjorde, at de komplekse patienter netop var en udfordring for samarbejdet.

Hjerteforeningen gjorde opmærksom på, at man på patienternes vegne er interesseret i, at ressourcerne bruges bedst muligt, samt at hjerte-kar-patienter er forskellige, og at der som følge heraf er behov for at fokusere på mere individualiserede forløb. Endvidere blev behovet for monitorering i almen praksis nævnt, så der kan måles på bl.a. kvaliteten fremadrettet.

Der fulgte en drøftelse af de organisatoriske forhold, der skal danne rammen for samarbejdet, da et skriftlig produkt ikke i sig selv fordrer et bedre samarbejde, herunder mulighed for hotline til kardiologiske bagvagter på sygehusene, opretholdelse af praksiskonsulenter mv. Derudover blev muligheden for, at almen praksis kan få adgang til flere undersøgelser eksempelvis blodprøver og CT-skanninger drøftet, hvortil det blev tilføjet, at disse forslag allerede var veletablerede nogle steder i landet. Endelig var der en drøftelse af, at der er gode erfaringer med det kommunale samarbejde.

Bilag

5.1 AK-behandling primær sektor

5.2 Aterieflimren og det nye sundhedsvæsen

5.3 Forløbsbeskrivelse ved hjertesvigtkontroller

5.4 Ændret opgavefordeling Dyslidæmi

5.5 Ændret opgavefordeling Hypertension

5.6 Ændret opgavefordeling Rehabilitering

5.7 Henrik Steen Hansens præsentation af retningslinjer for afslutning af patienter fra et højt specialiseret niveau til egen læge

5.8 Bo Christensens præsentation af retningslinjerne set fra almen praksis' perspektiv

Punkt 6. Hjerterudspil – 20 slag for hjerterne v/ Hjerteforeningen og Danske Regioner

Hjerteforeningen og Danske Regioner præsenterede deres fælles udspil '20 slag for hjerterne' – et visionspapir, der præsenterer initiativer, der skal være med til at sikre mere forebyggelse af hjertesygdom og forbedre behandlingen og opfølgningen af de patienter, der allerede har fået diagnosticeret en hjertesygdom, herunder udnyttelse af telemedicinske løsninger og et fokus på mere individualiserede forløb (se præsentation).

Udvalget var positivt stemt over samarbejdet mellem Hjerteforeningen og Danske Regioner og deres visioner. DSAM pointerede, at man kunne have ønsket sig, at visionerne også havde omhandlet den almen praktiserende læge. Derudover var der en kommentar til, at de svageste patienter ofte har svært ved at bruge telemedicinske tilbud. I forlængelse heraf oplyste Sundhedsstyrelsen, at den på baggrund af af-taletekst i ØA20 netop har igangsat et projekt vedr. udarbejdelse af sundhedsfaglige anbefalinger for telemedicinske løsninger til borgere med hjertesvigt.

Bilag

6.1. 20 slag for hjerterne

6.2 20 slag for hjertet præsentation

Punkt 7. Status på satspuljeprojektet Familiær Hyperkolesterolæmi

Med baggrund i Sundhedsstyrelsens statusrapport nedsatte Danske Regioner to arbejdsgrupper, hvoraf Erik Berg Schmidt præsenterede første del vedr. løsningsforslag til det videre arbejde med lipidklinikker, og Henning Bundgaard præsenterede anden del vedr. dokumentation.

a) Præsentation af implementeringsdelen v/ Erik Berg Schmidt

Erik Berg Schmidt gav en præsentation med afsæt i satspuljeprojektet FH, herunder sygdommens incidens og ætiologi (se præsentation). Arbejdsgruppen havde færdiggjort deres arbejde og rapportens anbefalinger til løsningsforslag og implementering blev præsenteret for udvalget. Arbejdsgruppen afventede nu politisk stillingtagen i Danske Regioner.

b) Præsentation af status på databasedelen v/ Henning Bundgaard

Henning Bundgaard gav en præsentation af arbejdet med kvalitetsdatabasen for FH, herunder baggrunden og formålet med databaserne og status for projektet. Rapporten vedr. indikatorer havde været i høring, og pt. lå der en databaseansøgning i

Sundhedsdatastyrelsen. Herefter blev de valgte indikatorer i databasen præsenteret (se præsentation).

Udvalget havde enkelte kommentarer til de to præsentationer, herunder at regionale beskrivelser af lipidklinikkerne med fordel kunne formidles til almen praksis mhp. flere henvisninger dertil. Endvidere var der en drøftelse af anbefaling af antallet af patienter pr. klinik. Afslutningsvis var der en kommentar omkring de negative konsekvenser ved screening ift. forsikringskonsekvenser. Hertil blev det nævnt, at der inden for dette område havde været en udvikling ift., at velbehandlet sygdom ikke var grund til forsikringsafvisning.

Bilag

7.1 Kommissorium for regional arbejdsgruppe om familiær hyperkolesterolæmi

7.2 Databasen for FH Dokumentalistrapport

7.3 Erik Berg Schmidts præsentation

7.4 Henning Bundgaards præsentation

Punkt 8. Kommende møder i Udvalget

Næste møde i Udvalget er tirsdag den 17. marts 2020 kl. 10.30-14.30.

Udvalget blev opfordret til at sende ønsker til dagsorden.

Punkt 9. Eventuelt

Der var ingen punkter til eventuelt.