

Afdeling: Sundhedsplanlægning
Journal nr.:
Dato: 26. februar 2025

Udarbejdet af: Rikke W. Strunge
E-mail: rws@rsyd.dk
Telefon: 2159 8219

Mødereferat

Møde: Det Kardiologiske Specialeråd, dialogmøde med kontaktdirektør

Tidspunkt: 25. februar 2025 kl. 14.00-16.00

Sted: Kolding Sygehus, konferencerum plan 4

Deltagere: Mikkel Hougaard (formand), Mette Worsøe, Allan Erik Rohold, Jess Lambrechtsen, Flemming Hald, Inge Dørup, Lise Zeuthen, Lars Videbæk, Niels Peter Rønnow Sand, Lene Svendstrup, Simon Kallestrup Kristiansen, Peter Betton Johansen, Vibeke Guldbrand Rasmussen, Jens Flensted Lassen, Anders Bo Junker, Bjarne Dahler-Eriksen, Rikke Winther Strunge

Afbud: Kristian Korsgaard Thomsen

1. Referent: Rikke W. Strunge, Sundhedsplanlægning

2. Strategi for Sundhedsforskning 2025-2030 (bilag)

Høring af udkast til Strategi for sundhedsforskning – Forslag som skal være gældende for de næste 5 år.

Drøftelse af mulige høringssvar emner fra specialerådet:

Hvad skal der til for at blive center for excellence. De enkelte sygehuses fokus skrives ind i egne forskningsstrategier.

Sygehusene kan på tværs blive inspireret til nye projekter. OUH skal dog som højtspecialiseret samtidig konkurrere med Skejby og Riget, det adresserer strategien ikke.

De enkelte sygehuse kommer også med egne høringssvar, derfor skal specialerådets høringssvar måske nærmere fokusere på samarbejde på tværs om forskning.

Hold for øje hvilke 5 år strategien skal være gældende med kommende sundhedsreform. Der kan være et fællesskab om forskning, men der skal også gives plads til at bryde gennem glasloftet på det forskningsmæssige område.

I forlængelse af drøftelsen blev det besluttet at lave en lille ad hoc gruppe bestående af forskningslederne, Jess Lambrechtsen, Niels Peter Rønnow Sand og Jens Flensted Lassen sammen med Mikkel Hougaard, som udarbejder specialerådets høringssvar. Der foreslås en systematisk kommentering som retter sig til de konkrete punkter i udkastet, så det bliver operationelt.

3. Orientering om arbejdet med specialebeskrivelsen i Sundhedsstyrelsen

Bjarne Dahler-Eriksen, Jens Flensted Lassen og Mette Worsøe deltager i arbejdet for Region Syddanmark sammen med de øvrige regioner, DCS, almen praksis og direktionsniveau.

Opgaven er at beskrive specialet bredt, hvad laver man nu (almen praksis, kommuner, speciallægepraksis og sygehuse), og hvordan kan man forestille sig det i fremtiden. Det har bl.a. været en udfordrende opgave, da man ikke er startet fra bunden, men med et udkast som stammer fra 2012, som er temmelig langt fra, hvordan kardiologien ser ud i dag. Det er prioriteret at starte med 4 pilotspecialer, hvor kardiologien er det ene. Når det har været i høring, finder man ud af, om denne model skal bruges – og derefter udrulles til øvrige specialer i løbet af 2025.

Jens Flensted bemærkede, at det er en udfordring, at praksis bliver gatekeeper på kroniske hjertepatienter, særligt hvis samme tendens gør sig gældende for de øvrige specialer. Det har almen praksis ikke kompetencerne til. Samtidig et problem hvis speciallægeuddannelsen i kardiologi reduceres med et år, da dette vil medføre en generel nedgradering af kompetencer.

Afsættet med specialebeskrivelsen skal bruges til lægelig videreuddannelse og senere til specialeplanlægningen.

I den kommende specialeplanlægning lægges der op til, at der fremadrettet alene vil være to niveauer: Hovedfunktion og landsdelsfunktion.

4. Orientering fra sygehusenhederne

Svendborg: Claus Tveskov blev cheflæge den 1. december 2024, Thomas Christoffersen er netop lige ansat som konst. ledende overlæge – Lars Videbæk deltager dog i dette møde en sidste gang som (nu tidligere) konst. ledende overlæge.

Fra 6. januar 2025 modtages hjertepatienter i FAM i stedet for Karma. Ressourcer er således gået fra kardiologien til FAM. Der har været lidt opsigelser blandt plejepersonalet. Da kardiologerne jo ikke har søgt deres stillinger for at være i FAM, har det givet støj. Men det er dog gået overraskende godt. Fælles hjerte/lungeafsnit med god synergi – går problemfrit. De kardiologiske lægers arbejdsområde er ændret, og man må give det tid.

Esbjerg:

Det går godt på sygeplejesiden. Der er implementeret et kompetenceprogram for sygeplejerskerne, og vagterne planlægges også efter dette, så der er en spredning af kompetencer i vagten. Lægesiden rimelig godt normeret. Omstrukturering i FAM giver anledning til overvejelser om, hvornår patientforløbet er optimalt, når det ikke er en kardiolog, der ser patienterne. Akutmedicinerne skal lære det. Det er en udfordring, at FAM skal tømmes, og patienterne kommer op i afdelingen uden 4 timers planer. Det giver desværre anledning til diskussioner, næsten en arbejdsmiljøproblematik.

OUH:

FAM hjerte fungerer som udgangspunkt rigtigt godt. Der er åbnet senge i begge sengeafsnittene. Nogle gange desværre overbelægning på akutområdet. Sygeplejestillinger er besat, og der er god stemning og tone i afdelingen. Udfordret på udredningsretten, fokus er at få set alle patienter, ekkorentetiderne går op og ned. Ingen interesse i at komme til frikliniken. Pacekontrollerne er flyttet til Svendborg og ses rettidigt.

Vejle/Kolding:

Venter ikke på noget nyt på lokalesiden, der er to helt nye afdelinger. Alt besat på medarbejdersiden. Det, der generer, er ventetiden. En ikke hastende ventetid er for den længst ventende patient op mod 6 måneder (generelt ses 90% inden for ca 2 måneder). Selvom der er mulighed for henvisning til garantiklinikken – så bliver patienter på ventelisten. Afdelingerne ser dog rigtigt mange patienter meget hurtigere, hvis der er mistanke om

sygdom. I SLB kommer akutpatienterne stadig op i hjerteafdelingerne, og kardiologerne er også med i visiteringen på et trekald sammen med paramediciner.

Aabenraa:

Overordnet går det godt i afdelingen, og FAM samarbejdet fungerer overordnet set godt. Fordelen ved at modtage patienter i FAM – så ser man forskellige patienter. Der er i afdelingen brugt energi på non invasiv iskæmiudredning mod hjerte-ct og perfusions udredning.

5. Udredningsalgoritme for stabil angina (bilag)

Resultatet af den nedsatte arbejdsgruppe vedr. udredningsalgoritme for stabil angina forelægges i specialerådet til drøftelse, jf. vedlagte bilag. I relation til drøftelsen af forslaget til udredningsalgoritme, bedes specialerådet/de respektive afdelinger overveje/foretage en vurdering af det fremtidige årlige aktivitetsniveau for FFR-CT såfremt denne algoritme følges.

På baggrund af MTV rapporten for stabil angina bad KLF i september 2024 om at få afklaret, hvad behovet er og hvordan udredningen skulle organiseres, så der er en ens forståelse i regionen. Der har været afholdt møder i den nedsatte arbejdsgruppe, som nu er nået frem til vedlagte algoritme. Med denne algoritme trækker man med afsæt i de regionale forhold det bedste ud fra europæiske guidelines – og flugter med nyeste udmelding fra DCS.

Ideen med vedlagte algoritme for stabil angina er, at lægerne skal gøre sig konkrete tanker på den konkrete patient, før man i gang sætter et udredningsforløb. Hjerte-ct vil være 1st - line gatekeeperen for langt de fleste patienter.

Hver gang der er en pil til et nyt udredningstrin skal man forholde sig til, om det næste udredningsskridt skal ske eller ej. Et intermedært beslutningsstøtteværktøj. Det drøftes, om disse forhold skal tilføjes slides, samt om der skal tilføjes andre justeringer – fx mulighed for KAG som 1st line i særlige tilfælde (jfr. DCS guidelines). Ligeledes foreslås det, at den allerede foreliggende regionale CT-udredningsalgoritme indarbejdes i slides.

Rubidium pet er taget ud af algoritmen ifht. den indledende drøftelse, og planen er, at al vand-pet i regionen fremadrettet vil skulle ske på OUH, som kan varetage hele regionens behov. Vand-pet og mr-perfusion ligestilles, så man kan beslutte, hvad der er det rigtige for patienten. I forløbet er det meldt ud, at kapaciteten på OUH forventes at ligge omkring 500 undersøgelser per år, hvilket umiddelbart vurderes at være tilstrækkeligt.

Der lægges op til, at man efter konkret vurdering og efter patientinddragelse træffer beslutningen i MDT om hvordan, den konkrete patient skal tilbydes udredning. Der lægges op til, at CTO læge er med ved beslutningen. MDT-konferencen kan have en vigtig læringseffekt, hvis henvisende sygehus' læger kunne få lov at deltage. Det overvejes om fx med time slots, hvor forskellige sygehuse kan logge på. I fremtiden må det forventes, at CT bliver en fremherskende modalitet på hjertekonferencen med de perifere sygehuse i takt med, at KAG udfases her.

Aktiviteten på FFR-CT vil stige som følge af algoritmen, når den er implementeret.

Vedr. FFR-CT har Esbjerg lavet en lokal-aftale med Heartflow (tidligere forskningsaftale) overvejselen er, om alle kunne få glæde af en god pris for disse undersøgelser. Mette Worsøe oplyste, at et planlagt møde om dette var blevet aflyst.

Det aftales, at arbejdsgruppen justerer lidt på materialet i forlængelse af specialerådets drøftelser. Specialerådet er dog i det overvejende enige i det fremsendte materiale.

Sagen skal derefter forelægges KLF på ny.

Når algoritmen er besluttet i KLF, skal der ske et arbejde med implementeringen lokalt.

Af hensyn til implementering af udredningsalgoritmen er det en forudsætning, at der løbende gennemføres undervisning af lægerne med henblik på, at den bliver kendt – og bliver brugt.

Samtidig bør samarbejdsparter i nuklearmedicinsk afdeling orienteres i god tid, da f.eks. nuklearmedicin skal vide, hvad de skal kalibrere efter (umiddelbar 4-500 årligt). Det kan også overvejes at sende en artikel til Praksis Nyt bladet, så almen praksis også informeres.

Opfølgningen vil fremadrettet skulle ske i specialerådet. Der skal registreres data på aktiviteten, så denne kan monitoreres, og det drøftes, om dette kan ske ved fremadrettet registrering i regi af Vstdansk Hjertedatabase. Jens Flensted Lassen tager denne med videre.

Efter mødet er der givet nedenstående tilbagemelding på forventet antal undersøgelser:

Sygehusenhed	Forventet FFR-CT per år	Forventet PET per år	Forventet MR perfusion per år
OUH	<30	<30	<200
Svendborg	50-60	40	0
SVS	120	75	0
SLB	150	0	200-250
SHS	100	0	200

6. Nyt fra ledelsen/regionen v/Bjarne Dahler-Eriksen

Der er meget stor politisk bevågenhed på ventetider – ifht. udredning og behandling. Hvis patienten tager sine "penge" ud til privat tilbud, har regionen betalt det private sygehus i 2023 og 2024 og fortsat lidt hjælp også i 2025, men fra 2026 vil regionen ikke længere støtte. Giv god mening at tænke ind i planlægningen at få "ryddet op", selvom langt det meste er vedr. ortopædkirurgien.

Ellers er der travlt med integration af psykiatri og somatik, et arbejde som skal være færdigt medio marts af hensyn til personalemæssige varslinger af de administrativt ansatte. Derefter skal man i gang med proces på kommuneområdet og akutpladser samt almen medicin, og man afventer lovforslag. Nyt lovforslag om regionernes fremtid er lige sendt i høring, det er på 900 sider. Dertil er der processer på alle sygehuse. Hvordan skal stabsfunktionerne skæres sammen – med en decentralt struktur som fremadrettet kan betjene det politiske lag. Der er et rigtigt godt samarbejde på tværs i denne planlægningsproces.

7. Drøftelse af den invasive iskæmi i Region Syddanmark

Oplæg til faglig drøftelse af det nuværende "setup" og tanker omkring den fremtidige organisering set i sammenhæng med den overordnede udredning af iskæmisk hjertesygdom i Region Syddanmark.

Under hensyn til faldende relevans af KAG-undersøgelse lægges der op til at KAG fremadrettet bør centraliseres på OUH og ikke længere kunne foretages 4 steder i regionen i et formaliseret samarbejde med OUH. Region Syddanmark er også den eneste region som ikke har centraliseret dette område. Konsekvensen for patienterne er, at de skal køre til OUH. En del af disse (skønsmæssigt 50%) skulle dog allerede nu til videre behandling på OUH efter det decentrale KAG-resultat.

OUH har endvidere også behov for at sikre flere KAG undersøgelser centralt af hensyn til uddannelse af kommende pci operatører. Endelig stilles der i dag krav til en KAG undersøgelse om indbefatning af invasive mål og billeddannelse, som kræver, at undersøgelsen gennemføres på PCI-center.

Der er enighed bordet rundt om, at det er den fremtid der ses ind i, og at det er rettidig omhu at flytte aktiviteten. Man aftaler, at der nedsættes en arbejdsgruppe bestående af cheflægerne på de involverede

afdelinger, som skal arbejde med implementering af flytningen og gradvis opskalering af KAG-kapaciteten på OUH.

Samtidig foreslås at Jens Flensted Lassen og Flemming Hald går sammen om at trække data til at underbygge arbejdet.

8. Eventuelt

Ingen bemærkninger