



Til Formandskabet for forløbsprogramgruppen for hjertesygdom

Høringssvar fra Favrskov Kommune på revideret forløbsprogram for hjertesygdom

Favrskov Kommune har modtaget det reviderede forløbsprogram for hjertesygdom i administrativ høring.

Favrskov Kommune bakker op om samarbejdet om forløbsprogrammerne, som er vigtige redskaber, der bidrager til at styrke og udvikle den tværfaglige og tværsektorielle indsats for borgere med kronisk sygdom.

Opgaveoverdragelse af indsatsen i fase 2

Favrskov Kommune finder det positivt, at man ved revisionen af forløbsprogrammet har fokus på at mindske frafald af borgere i fase 2.

Samtidig er det positivt, at der er tydelighed fra forløbsprogramgruppens side om, at det er en reel opgaveflytning, der vil finde sted. Det er ligeledes positivt, at der med bistand fra temagruppen vedrørende økonomi er forsøgt en belysning af de økonomiske konsekvenser.

Dog er det beklageligt, at det ikke har været muligt at få data fra Region Midtjylland over ydelserne i den hidtidige fase 2-indsats fra hospitalerne, hvilket vanskeliggør stillingtagen til økonomien ved opgaveoverdragelsen.

En afgørende forudsætning for, at kommunernes overtagelse af fase 2 kan være økonomisk håndterbar, er, at hospitalerne ikke søger at opretholde det hidtidige indtægtsniveau på området på trods af opgaveflytningen. Dette ville medføre store kommunale merudgifter.

Det er nødvendigt, at temagruppen vedrørende økonomi nøje fra starten følger udviklingen og herunder økonomien på genoptræningsområdet. Dette er særligt nødvendigt på grund af den usikkerhed, vurderingen af de økonomiske konsekvenser af opgaveflytningen hviler på. Sundhedsstyregruppen skal forholde sig til situationen, hvis økonomien udvikler sig i uventet retning.

Specifikke bemærkninger til det faglige indhold

Vedr. s. 16: Favrskov Kommunes træningsafdeling undrer sig over valget og anbefalingen af "Watt-max test", da denne patientgruppe (hjertesvigt) ifølge Sundhedsstyrelsen ikke må anstrenge sig til mere end til Borg 15-17 - testen kræver ydelse i intensiteten Borg 17-20. Watt-max vil dog kunne bruges til de andre diagnoser.

Vedr. s. 29: Der er usikkerhed om, hvad anbefalingerne om fase 3 bygger på, da de her nævnte divergerer i forhold til Sundhedsstyrelsens, som generelt anbefaler noget højere intensitet (2 x ugentlig høj intensitet af 20 minutter (80-100%) + 30 minutter daglig moderat intensitet (50-80%)). Konditionsgivende intensitet er i øvrigt 60-100% og ikke 40-80%, som er nævnt i anbefalingerne. Patienter med hjertesvigt bør naturligvis

Postadresse:

Favrskov Kommune
Social og Sundhed Sekretariatet

Skovvej 20
8382 Hinnerup

Tlf. 8964 1010

favrskov@favrskov.dk
www.favrskov.dk

15. juni 2015

Sagsbehandler:

Tina Bak-Møller
Tlf. 8964 2107

Personlig henvendelse:

Favrskov Kommune
Social og Sundhed Sekretariatet

Torvegade 7
8450 Hammel

Sagsnr.
710-2009-23653

Dokument nr.
710-2015-158049

Cpr.-/CVR-nr./Ejd.nr.

ikke anbefales den højintensive træning, men den kan gavne andre. I dag træner hjer-tepatienter i fase 3 ved høj intensitet (80-90%). Måske er en opdeling i anbefalingerne en nødvendighed?

Vedr. s. 31: Favrskov Kommunes træningsafdeling anbefaler fortsat specialiseret GOP til ny diagnosticerede med hjertesvigt og generelt hvor gentagne komplikationer i forbindelse med træning opstår.

Med venlig hilsen

Kate Bøgh
Direktør for Social og Sundhed

Birgitte Holm Andersen
Sundhedschef



Herning
Kommune

Sundhed og Ældre
Rådhuset, Torvet
7400 Herning
Tlf.: 9628 2828

aoplj@herning.dk
shaln@herning.dk
www.herning.dk

Kontaktperson:
Lone Juulsgård Henriksen
Louise Theilgaard Nikolajsen

Dato: 12. juni 2015

Høringssvar vedr. forløbsprogram for hjertesygdom

Formandsskabet for forløbsprogramgruppen for hjertesygdom har udsendt et revideret høringsudkast i administrativ høring. Herning Kommunes høringssvar fremgår af dette notat.

Forløbsprogrammet modtages overordnet positivt af Herning Kommune. Programmet indeholder mange gode faglige overvejelser og forbedringsmuligheder i forhold til borgere med hjertesygdom. Det er positivt at der ligger en tydelig beskrivelse af, at det nye forløbsprogram indeholder opgaveglidning, og at det har økonomiske konsekvenser.

Der er dog et fortsat behov for præcisering af opgaverne, koordinationen og ansvaret imellem parterne.

- Der lægges op til, at kommunen fremover som standard skal varetage "fase 2". Det betyder en langt større indsats for kommunen, og det kræver, at overleveringspapirerne/genoptræningsplanerne gennemgår en betydelig forbedring, så patienternes tilstand og behov beskrives.
- Rådgivning om den hjertemedicinske behandling – virkninger og bivirkninger - kan opfattes som en specialiseret opgave, der typisk er placeret på hospitalet.
- Praktisk madlavning skal fremadrettet indgå i rehabilitering, som erfaringsmæssigt er et omkostningstungt element på patientuddannelserne. Ligeledes anbefales det, at der ansættes en klinisk diætist og psykolog, hvilket er fagligheder der ikke normalt er tilknyttet rehabiliteringshold i kommunen.
- Pårørende opfordres til at deltage i rehabiliteringsforløbene, hvilket er en tilgang som kommunen ikke tidligere har prioriteret.
- Det anbefales, at enkelte hjertesygge tilbydes individuel diætbehandling i fase 2, og der anbefales supervision til klinisk diætist af kardiologisk speciallæge. Begge er nye opgaver i kommunal regi.

De økonomiske konsekvenser for kommunen er forsøgt beregnet, dog uden data fra regionen. I dette arbejde er der fokuseret på, at ekstraudgifterne i kommunerne finansieres af besparelser på terapeutydelse i hospitalssektoren; en udgift der finansieres 100% af kommunerne.

Dette forudsætter, at udgifterne til fuld finansiering af genoptræning faktisk falder svarende mindst til den ekstra udgift kommunen vil få. Herning Kommune kan være i tvivl om, hvorvidt det kommer til at ske.

Herning Kommune foreslår derfor, at de økonomiske konsekvenser for kommunerne i forbindelse med revisionen af forløbsprogrammet beregnes (inkl. data fra regionen), så der kan medfølge finansiering til kommunens ekstra opgaver. I modsat fald vil Herning Kommune ikke kunne godkende forløbsprogrammet.

Med venlig hilsen



Søren Liner Christensen
Direktør for Social, Sundhed og Beskæftigelse



Lis Bukholt
Sundheds- og ældrechef

Høring - Forløbsprogram for hjertesygdom

Holstebro Kommune har med stor interesse læst høringsmaterialet vedr. forløbsprogram for hjertesygdom og anerkender det omfattende arbejde, der er lagt i udarbejdelsen af forløbsprogrammet og belysningen af de økonomiske konsekvenser af programmet.

Generelt tilslutter Holstebro Kommune sig forslaget til et nyt forløbsprogram vedr. hjertesygdom, herunder den ændrede opgavefordeling imellem sektorerne, som programmet lægger op til. Holstebro Kommunes tilslutning til forløbsprogrammet bygger dog på en forudsætning om, at omlægningen er økonomisk neutral for kommunerne.

I den forbindelse henledes opmærksomheden på, at programmet med fordel kan beskrives og beslyses yderligere i forhold til kostvejledning af hjertepatienter. Holstebro Kommune vurderer, at det får ganske stor betydning, at fase 2 i forhold til den ernæringsfaglige/diætetiske indsats overdrages til kommunen. I forløbsprogrammet er det ikke tydeligt, hvornår indsatsen er (diæt)behandling, og hvornår den har generel karakter i forhold til ernæringsinterventionen. Hvis ernæringsinterventionen i fase 2 skal løses i kommunen, er det vurderingen, at der er øget tidsforbrug, øget behov for mere samarbejde med andre faggrupper, udbygning og vedligeholdelse af faglige kompetencer, og øget krav om dokumentation, o.s.v. Herudover er der behov for en tydeligere beskrivelse af, hvem der skal og kan tage stilling til diætetisk behandling og opfølgning dvs. arbejdsdelingen mellem kommuner og region i forhold til kostvejledningen. Holstebro Kommune finder, at der er særlig grund til opmærksomhed omkring denne opgavefordeling, da det er en del af Region Midtjyllands spareplan at reducere på diætister og kostvejledning. Det er således væsentligt, at der fremadrettet er klarhed over, hvor denne opgave løses.

Holstebro Kommune anbefaler derfor, at konsekvenserne af forløbsprogrammet vurderes yderligere, før opgaven evt. overgår til kommunerne.

Herudover vurderer Holstebro Kommune, at forløbsprogrammet på nogle områder er lige rigeligt tungt og omfangsrigt, mens vi ser behov for at uddybe andre områder. Eksempelvis vil hospitalslæger og praktiserende læger næppe anvende programmet som opslagsværk, men anvende egne datakilder og materiale til at vurdere den specialiserede behandling. Det drejer sig bl.a. om DSAM med flere, da anbefalinger for den specialiserede behandling ændres løbende. Det foreslås derfor, at de beskrivende afsnit erstattes af henvisninger (links) til de anvendte kilder.

KULTUR OG SUNDHED

Ledelsessekretariatet

Kirkestræde 11 . 7500 Holstebro . Tlf. 9611 7500 . Fax 9611 4102

Hjemmeside: www.Holstebro.dk . E-post: Kultur.Sundhed@Holstebro.dk

CVR: 29189927

Samtidig ser vi, at programmet med fordel kan uddybes på følgende områder:

- S. 11: Vedr. overgangen fra fase 2 i hospitalsregi til egen læge fase 3. Området kunne beskrives yderligere. Eksempelvis hvor tit skal systematisk opfølgning ved egen læge pågå?
- Der er behov for en beskrivelse af kompetenceudviklingen af personalet i kommunalt regi, da et specialistaniveau overgår til et generelt niveau.
- S. 22: Vedr. rygestop. Overgangen fra hospitalets indsats til kommunernes indsats kan med fordel beskrives.
- S. 23: Vedr. screening for angst. Det kan med fordel beskrives, hvilke handlinger, der anbefales ved positiv screening. Eksempelvis hvad får borgeren tilbudt?
- S. 24: Vedr. teksten 'lær at tackle kursus'. Teksten foreslås ændret til, at borgeren har ret til at deltage i et kommunalt hjerterehabiliteringsforløb.
- S. 34: Vedr. vejledning om genoptræning. Her beskrives det, at vejledningen som helhed danner rammen for samarbejde og koordinering mellem hospital og kommuner. Beskrivelsen kunne med fordel uddybes med en beskrivelse af, hvilke handlinger der anbefales i forhold til at sikre samarbejde og koordinering.
- S. 35: Afsnittet kunne med fordel suppleres med en beskrivelse af, hvad der er hospitalspersonalets opgave ift. at motivere borgere til at deltage i fase 2 i kommunerne.

Med venlig hilsen

Anders Kjærulff

Direktør
Kultur og Sundhed, Holstebro Kommune



Notat

Sundhed og Socialservice
Vital Horsens – Centrum for Sundhed og Træning

Til Sundhedsstyregruppen i
Region Midtjylland
Forloepsprogram.hjertesygdom@stab.rm.dk

Langmarksvej 85, 8700 Horsens
vitalhorsens@horsens.dk

Sagsbehandler: Mai-Britt Thyrring

Dato: 11.6.2015

Horsens Kommunes høringssvar vedrørende revideret Forløbsprogram for hjertesygdom

Horsens Kommune har med fornøjelse læst, at det reviderede Forløbsprogram for hjertesygdom har fokus på, at målene følger borgeren.

Horsens Kommune mener, at denne tilgang kan danne grundlaget for et stærkt tværsektorielt samarbejde, der gør det muligt at give differentierede indsatser, der kan medvirke til at øge borgerens udbytte af rehabiliteringen. Rehabiliteringen kan fra starten målrettes det, der er vigtigt for den enkelte borger og for borgerens behandling.

Horsens Kommune finder også, at det reviderede program giver kommunerne gode muligheder for at arbejde fleksibelt mellem fase 2 og 3, idet begge faser fremadrettet varetages af kommunen. Herved bliver overgangen for de borgere, som skal modtage både fase 2 og fase 3 indsatser smidig og i samme rammer.

I forhold til multisyge borgere kan vi også se, at der er en god sammenhæng med Forløbsprogram for type 2 diabetes. Sammenhængen giver borgerne mulighed for at blive mødt med et mere helhedsorienteret syn i forhold til deres sygdomme og de har tillige mulighed for at udveksle erfaringer med andre, som er multisyge.

Horsens Kommune ønsker dog en nærmere beskrivelse af, hvordan sektorerne konkret skal samarbejde omkring multisyge borgere, herunder hvor den tovholder, der nævnes i Forløbsprogrammets side 28, skal være placeret.

I tidligere Forløbsprogrammer for hjertesygdom er beskrevet et behov for, at der kan tilkaldes en læge ved akut hjertesvigt under træningen og derfor har det været vigtigt, at fase 2 rehabiliteringen ligger i hospitalsregi. Kommunerne har selv sagt ikke samme muligheder for adgang til lægefaglige kompetencer og snitfladen i nærværende forløbsprogram giver ikke et svar på handlemuligheder, hvis kommunen modtager borgere, som ikke kan trænes sikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Det bør derfor præciseres i hvilke situationer, kommunen har mulighed for at sende borgere retur til træning i hospitalsregi, så det sikres, at borgeren trænes sikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Vi mangler ligeledes en beskrivelse af muligheder for rehabilitering, hvis patienten afslår tilbud i den akutte fase. Det er ikke beskrevet, om borgeren efterfølgende har mulighed for at blive henvist af sygehuset til fase 2 rehabilitering eller om muligheden er at blive





henvist til fase 3 tilbud gennem egen læge. Da Horsens Kommune gerne vil understøtte borgerens mulighed for at kunne ombestemme sig indenfor et bestemt tidsinterval, har vi et ønske om, at dette tilføjes Forløbsprogrammet.

Afslutningsvist vil Horsens Kommune nævne, at afsnittet om ernæringsintervention giver et uklart billede af indsatsen samt et uklart billede af hvordan der skal differentieres afhængig af borgerens behov. Det vil være hensigtsmæssigt, at der er en tydelig beskrivelse af hvilke borgere, som skal tilbydes mulighed for at modtage en ernæringsindsats i kommunalt regi og hvilke borgere, som skal tilbydes en højt specialiseret ernæringsindsats på hospital eller ernæringsindsats i almen praksis diætistordning.

Med venlig hilsen





Til

Region Midtjylland
Nære Sundhedstilbud
Skottenborg 26
DK-8800 Viborg
E-mail: Forloepsprogram.hjertesygdom@stab.rm.dk

15. juni 2015

Hørings svar vedr. Forløbsprogram for hjertesygdom i Region Midt

Ikast-Brande takker for det tilsendte høringsmateriale og ser positivt på forslag til revideret forløbsprogram.

Borgerperspektiv

Set fra borgerens perspektiv ser Ikast-Brande positivt på, at fase 2 i hjerte-rehabiliteringen flyttes til kommunen, idet:

- borgerne får mulighed for at træne lokalt, hvilket formentlig vil motivere til, at flere borgere tager imod forløbet og i højere grad fastholder deltagelse i hele eller større dele af forløbet.
- flytning af fase 2 rehabilitering vil give mulighed for bedre sammenhæng til andre kommunale indsatser f. eks. i forhold til tilbagevenden til arbejdet. De nuværende kommunale tiltag og erfaringer med lærings og mestringsforløb (patientuddannelse) i fase 3 vil blive integreret i fase 2.
- kendskabet til borgeren via fase 2 forløbet giver god mulighed for at hjælpe borgeren videre til træning i foreningsregi eller lignende og dermed fastholde det anbefalede aktivitetsniveau i hverdagen. F.eks. også at sluse borgere med lav mestringssevne videre i fase 3 forløb m.h.p. ovenstående.
- der vil være mulighed for en individuelt tilpasset indsats, til stor fordel for de svageste borgere, hvor funktionsniveauet eventuelt ikke tillader holdtræning. Her vil det være muligt at kombinere individuel træning i starten af forløbet med holdtræning senere i forløbet.
- der vil være god mulighed for samarbejde med hjemmepleje, sygepleje m.v. og dermed større mulighed for en tværfaglig og koordineret indsats.
- borgere med behov for et individuelt forløb vil stadig have mulighed for, ud fra en individuel vurdering, at deltage i kommunens lærings- og mestringsforløb og derved få kontakt med andre i samme situation. Der vil dog fortsat også være mulighed for individuel rådgivning.

Ikast-Brande Kommune vurderer samlet set, at en kommunal varetagelse af fase 2 vil modvirke ulighed i sundhed.

Ældreafdeling
Centerparken 1
7330 Brande
Tlf.: 9960 4000
E-mail:
begro@ikast-brande.dk

Sagsbehandler:
Bettina Haastrup Grøne
Sags ID:
2015/13001



Kompetenceudvikling

Ikast-Brande Kommune støtter op om, at de terapeuter, der skal varetage den fysiske træning i fase 2, bør have de kompetencer, der er beskrevet i Forløbsprogrammets bilag 4. Der er således behov for kompetenceudvikling i forhold til de kommunale fysioterapeuter, som på nuværende tidspunkt varetager hjertetræning på et andet niveau end det, der er behov for som følge af opgaveoverdragelsen. Ikast-Brande Kommune foreslår derfor, at hospitalernes personale, som aktuelt ligger inde med den nødvendige viden, i løbet af 2016 formidler viden til de kommunale terapeuter via kurser, "føl-muligheder" m.v. og senere via fælles skolebænk, som er en kendt og anerkendt metode anvendt i VestKlyngen. Undervisningsindholdet bør blandt andet være: sygdomslære om hjerte- og multisygdomme, arbejdsfysiologi og fysisk træning til målgruppen samt gennemførelse af watt-max-test.

Der er desuden behov for, at der udbydes lærings- og mestringskurser i tilstrækkeligt omfang med henblik på opbygning af de pædagogiske kompetencer, ligesom det er hensigtsmæssigt, at terapeuter tilegner sig kendskab til opsporing af angst og depression, for i videst muligt omfang at kunne være med til at sikre det gode borgerforløb. De øvrige implementeringsstøttende tiltag og redskaber bakker Ikast-Brande Kommune ligeledes op om.

I forhold til at varetage watt-max-test i kommunalt regi, vil der være behov for oplæring for at kunne varetage undersøgelsen på et fagligt kvalificeret niveau. Forløbsprogrammet forstås således, at borgere der er i risiko (EF < 45%) skal testes i hospitalsregi i forhold til om de kan opstarte kommunal rehabilitering i fase 2 og at borgere der ikke er i risiko (EF > 45 %) skal testes i kommunalt regi ved træningsforløbets start og slut. Det er dog uklart, om det anbefales, at borgere i risiko, som har været testet i hospitalsregi også bør testes igen i kommunalt regi med watt-max-test.

I forlængelse heraf opfordres forløbsprogramgruppen til at tydeliggøre, hvordan 6. min gangtest – nævnt på side 18 - hænger sammen med øvrige tests i starten og slutningen af forløbet.

Ikast-Brande Kommune foreslår, at der i anbefalingerne anføres hyppigheden for genopfriskning af genoplivningskurser således, at der er en fælles minimumsnorm for dette.

På diætistområdet er antallet af borgere og deres fordeling på dybden i opgaven uklar. Det må forventes, at borgerne også under indlæggelse vil have behov for indsatser på dette område, således at hospitalerne må fastholde en faglig ekspertise. Ud over relevant oplæring i implementeringsfasen foreslår vi derfor, at diætister i hospitalsregi kan være til rådighed for sparring og evt. indgå i dele af patientuddannelsen i kommunerne. Den nærmere tilrettelæggelse aftales i implementeringsfasen.



Ikast-Brande Kommune vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt, at sygeplejersker fra regionalt regi og opkvalificerede sygeplejersker i kommunen samarbejder om undervisningen i rehabiliteringsforløbet vedrørende behandling og medicinering.

Genoptræningsplaner

Ikast-Brande Kommune ønsker at tydeliggøre vigtigheden og nødvendigheden af, at der i kommunalt regi modtages fyldestgørende genoptræningsplaner. Det er helt centralt for planlægningen af den kommunale indsats, at den udskrivende afdeling beskriver alle behandlingsindsatser som borgeren har modtaget samt div. testresultater som er relevante for rehabiliteringsforløbet, også selv om dele af indsatsen er blevet varetaget af et andet hospital end det udskrivende.

Akut telefonisk rådgivning

Ikast-Brande Kommune ser positivt på en ordning med mulighed for akut telefonisk rådgivning ved en kardiolog. Ordningen er dog ikke uddybende beskrevet i forløbsprogrammet. Forløbsprogramgruppen bør være opmærksom på, at der kan opstå behov for telefonisk rådgivning på mange forskellige tidspunkter i løbet af dagen, alt efter hvordan træningen tilrettelægges i de forskellige kommuner.

Specialiseret genoptræning på hospital

Det er uklart hvilke borgere der fortsat skal tilbydes specialiseret genoptræning på hospitalet, men med udgangspunkt i beskrivelserne i den ny "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner", formodes det at dreje sig om borgere med komplicerede, omfattende og sjældne og/eller alvorlige funktionsevnedssættelser f.eks. bi-diagnoser som komplicerer genoptræningen væsentligt, hvis der har været alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet, eller hvis der er behov for speciel monitorering under genoptræningen, som ikke er til rådighed i kommunen.

Konsekvenser for fase 3

Formentlig vil der blive mindre brug for fase 3 tilbud, idet der er fokus på mestring af hverdagslivet i fase 2 tilbuddet og det derfor er muligt at skabe overgang direkte fra fase 2 tilbuddet og til motionstilbud i foreningsregi/offentlige træningscentre. Fase 3 forløb forventes derfor primært at blive et tilbud til borgere, som efter et fase 2 tilbud, har svært ved selv at fastholde gode motionsvaner og i øvrigt at mestre et liv med en kronisk sygdom.

Økonomi

Borgertilgangen til hjerterehabilitering i kommunalt regi som følge af opgaveoverdragelsen, udvidelse af målgruppen samt forbedret henvisningspraksis vurderes at ligge inden for den økonomiske ramme, der er til rådighed i Ikast-Brande Kommune.



Det er en forudsætning for den kommunale økonomi på området, at træningen til den regionale specialiserede genoptræning ikke intensiveres. Udgifterne til fysioterapi under indlæggelse til borgere med respiratoriske og mobilitetsproblemer forventes at fortsætte uforandret, idet organiseringen i fase 2 ikke vurderes at have indflydelse på behovet i fase 1.

Monitorering

Det er overraskende at få oplyst, at mellem 22-33 % af egnede personer ikke bliver henvist til hjerterehabilitering, på trods af, at der gennem en årrække har eksisteret forløbsprogram på området. Derfor bør der i implementeringsfasen lægges stor vægt på at forbedre og sikre en systematisk henvisning til hjerterehabilitering, således at alle egnede hjertepatienter får tilbud om rehabilitering.

Endvidere er det ikke tilfredsstillende, at der ikke har kunnet leveres kvalificerede data som beslutningsgrundlag. Derfor bør datagrundlaget planlægges og følges nøje, således at relevant information kan leveres.

Øvrige kommentarer

Det fremgår i Forløbsprogrammet, at praktiserende læge er tovholder og kan henvise til vedligeholdende træning i kommunen. For god ordens skyld skal der gøres opmærksom på, at praktiserende læge ikke har henvisningsret til kommunale tilbud, men selvfølgelig mulighed for at hjælpe borgeren med at søge om disse.

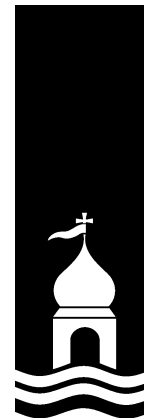
Der er således behov for væsentlig kompetenceudvikling i kommunen og i øvrigt behov for tid til den øvrige planlægning af opgaveoverdragelsen og udformning af det tværsektorielle samarbejde, således at Ikast-Brande Kommune vil kunne tilbyde rehabiliteringsforløb for borgere med hjertesygdom på et fagligt tilfredsstillende niveau. På den baggrund vurderes det, at tidsplanen med opgaveoverdragelse pr. 1. januar 2017 er fornuftig.

Med venlig hilsen

Inger-Lise Katballe
Sundhedsdirektør

Birthe Fløe
Leder af trænings-
området

Margit Andersen
Leder i Sundheds-
center



15. juni 2015

Formandsskabet for forløbsprogramgruppen
Hjertesygdom

SUNDHED

Nygade 16, 7620 Lemvig

T: 96 63

F: 96 63 12 36

E: sundhed@lemvig.dk

J:

Høringssvar til revideret forløbsprogram for hjertesygdom

Lemvig Kommune takker for det fremsendte materiale til høring, i forhold til revidering af det gældende forløbsprogram for patienter med hjertesygdom.

Høringssvaret vil blive struktureret med et afsnit med generelle bemærkninger og derefter kommentarer til de enkelte afsnit i forløbsprogrammet, hvor det er relevant.

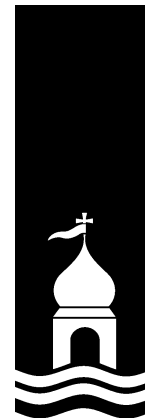
1. Generelle bemærkninger

Lemvig Kommune bemærker at der sker en gennemgribende revision af forløbsprogrammet som medfører en udvidelse af målgruppen og en ændret anbefaling af organisatorisk placering af den nonfarmakologiske del af fase II hjerterehabilitering. Begge dele giver anledning til store justeringer for kommunerne, i forhold til det gældende forløbsprogram.

Lemvig Kommune ser positivt på at hjemtagelse hjerterehabilitering i et samarbejde med hospitalet omkring f.eks. sygdomsspecifikt patientundervisning. Men der ses også nogle problemer / udfordringer, som vi vil komme nærmere ind på herunder i forhold til de enkelte afsnit i forløbsprogrammet.

Lemvig Kommune takker for at forløbsprogrammet har forsøgt at estimere den pågældende population som vil være omfattet af programmet. Det har medvirket til at kommunen har haft lettere ved at forholde sig til konsekvenserne af en omlægning. Vi har allerede bemærket gennem de sidste år, at flere patienter i den nye målgruppe, allerede er tilbudt et forløb i fase II via specialiseret genoptræning.

Ved beregning ud fra estimeret målgruppepopulation, og ud fra en forudsætning om, at Lemvig Kommunes befolkningssammensætning gør, at kommunen har 25 % flere borgere i aldersgruppen +50 årig, end regionsgennemsnittet, kan vi forvente ca. 70 patienter årligt til Fase II hjerterehabilitering. I dag modtager kommunen genoptræningsplaner (almen og specialiseret) på ca. 60 patienter, og for Lemvig Kommune estimeres målgruppen dermed at stige med ca. 17 %, mod de ca. 13 % som estimeres i indledningen.

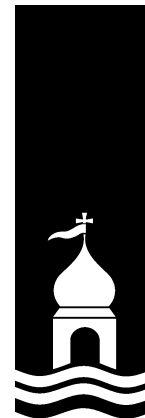


Lemvig Kommune tænker dog også på de kvalitative konsekvenser af en ændret organisering som vi tænker, kan have følgende positive konsekvenser:

- Det antages at der fremover kan skabes mere homogene holdtilbud i kommunen, hvor alle deltagere har et mere lige udgangspunkt i det kommunale rehabiliteringstilbud.
- Det kan måske medføre større fremmøde andel, når tilbuddet ligger lokalt og en større gennemførselsprocent.
- Større gennemførselsandel kan bidrage til øget overlevelse og mestring af livet med hjertekar-sygdom, blandt patienterne.
- Kommunalt tilbud med løbende optag på træning kan give kortere ventetid, med større effekt på funktionsniveauet og gerne større effekt på tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Lemvig Kommune har bemærket at kommunens borgere i gennemsnit ventede 47 dage fra modtagelse af genoptræningsplan til start på hjerterehabilitering i hospitalsregi, og den ventetid kan reduceres i kommunalt regi.
- Tilbud i nærmiljøet kan styrke den lokale netværksdannelse blandt deltagerne, og gøre det nemmere at integrere i hverdagslivet, med i sammenhæng til et arbejde.
- Lokalt tilbud kan i større grad befordre udslusning til vedligeholdende tilbud i lokalområdet f.eks. via foreningstilbud.
- Kommunale tilbud vil i en vis udstrækning også begrænse patienternes omkostninger til transport både tidsmæssigt og økonomisk.

2. Faglige indsatser:

- **Patientuddannelse**, beskrives udlagt til kommunerne. I dag indgår patientuddannelse som en del af det kommunale fase III tilbud, og der er nogle af emnerne som kommunen ikke ser nogle problemer i at varetage i fase II i fremtiden, men der vil være emner, som kommunen vurderer ligger bedst hos personalet fra hospitalet. Den behandlingsmæssige udvikling er umulig for kommunerne at følge med i, og kommunen vurderer at disse hænger naturligt sammen med fase I behandlingen. Selv med løbende kompetenceudvikling i kommunen vurderes nedennævnte temaer relevante at beholde enten i Fase I på hospitalet, eller som udlagt undervisning ved udgående hjerteteam fra hospitalet, som kan komme til kommunerne i starten af fase II forløbet. Emnerne vurderes at være en del af behandlingsforløbet, og som kommunerne i Fase II forløbet naturligt kan følge op på.
 - *Det normale og det syge hjerte og kredsløb*
 - *Relevante undersøgelser og behandlinger*
 - *Den hjertemedicinske behandling – virkninger og bivirkninger*
- **Pædagogisk tilgang**, beskrives ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger og evidensbaseret tilgang. Lemvig Kommune arbejder allerede med flere af de beskrevne evidensbaserede metoder og didaktiske overvejelser indgår naturligt i det kommunale Fase III rehabiliteringstilbud i dag. Lemvig Kommune vil dog gerne modtage en beskrivelse af det gældende tilbud i hospitalets nuværende Fase II, med pædagogiske, didaktiske og metodemæssige valg, så det er muligt at vurdere behovet for tilpasning i kommunalt regi.
- **Fysisk træning**, i fase II, beskrives med forskellig start interval til forskellige diagnosegrupper af hjertepatienter. Lemvig Kommune ser derfor behov for løbende optag på træningsdelen, for at kunne honorere at alle patienter starter når de er klar til dette. Det betyder også at de forskellige patientgrupper vil træne på samme hold, ud fra individuelle programmer, intensitet og mål. Det fremgår ikke tydeligt hvor stor en andel af patienterne der fremover fortsat skal have specialiseret genoptræning (EF < 45 %), og kommunen er interesseret i oplysninger omkring dette, af hensyn til tilrettelæggel-



se og økonomisk beregning af konsekvenserne af omlægning. Ligeledes er det relevant med en tilbagemelding på, hvorvidt denne gruppe patienter trænes færdigt i hospitalsregi, eller forventes overdraget til yderligere hjerterehabilitering (patientuddannelse + træning) i kommunalt regi efterfølgende.

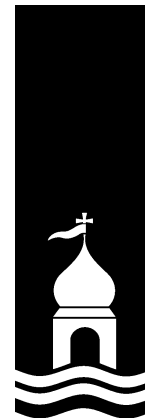
Lemvig Kommune vurderer at det er en lægefaglig vurdering via indledende arbejdstest/ starttest, at igangsætte genoptræning. Det betyder, at kommunen vurderer at patienten er starttestet i hospitalsregi og at informationer fra testen bør fremgå af genoptræningsplanen, så træningen kan tilrettelægges ud fra det individuelle niveau. Sluttesten kan derefter udføres i kommunen og fremsendes til ambulatoriet, så oplysningerne kan indgå i den afsluttende samtale på ambulatoriet. På den måde kan sektorerne skabe et sammenhængende forløb for patienterne. Alternativt gennemføres sluttest også i ambulatoriet i forbindelse med det afsluttende ambulatoriebesøg. Det vurderes at det kan give god mening at pårørende deltager i starttesten.

Omkring sikkerhedsforanstaltningerne omkring træning af hjertepatienter bør det uddybes hvorvidt de patienter der skal træne i kommunalt regi, har behov for akut rådgivning og opkald til kardiolog, eller dette alene vedrører risikopatienterne som fortsat skal træne i hospitalsregi. Såfremt behovet er relevant ved de patienter som er godkendt til genoptræning i kommunal fase II, skal procedurer og aftaler beskrives tydeligere.

I forhold til anbefalingerne bedes det uddybet hvilke hjertesvigt patienter der anbefales mere end 12 ugers træning. Er det f.eks. patienter der ikke har opnået 10 % stigning i arbejdskapacitet efter 12 uger, eller hvad er kriteriet, og hvor mange patienter modtager i dag et længere hospitalsforløb?

Lemvig Kommune vurderer at genoptræning af hjertepatienter skal ske på avanceret niveau jfr. stratificeringskravet i den nye bekendtgørelse, og dermed kræve kompetence og erfaring udover basalt niveau.

- **Ernæringsintervention**, beskrives som behandling ved specialiseret klinisk diætist, og ikke noget der skal eller bør ligge i kommunalt regi. Kommunernes opgaver har hidtil været ernæringsvejledning, og ikke behandling, vi har ikke kliniske diætister ansat i kommunen, men kan følge op med vejledning efter at der er lagt en plan i Hospitalsregi. Generel vejledning i hjertevenlig kost osv. indgår naturligt som et emne i patientuddannelse, men enhver individuel og lægeordineret ernæringsindsats hører til i hospitalsregi.
- **Rygestop intervention**, pågår allerede i kommunalt regi. Lemvig Kommune er ikke bekendt med at patienter tilbydes rygestop i hospitalsregi i forbindelse med ambulante fase II forløb. Såfremt det er en misforståelse, vil kommunen gerne modtage uddybende oplysninger herom. Kommunen vil gerne appellere til en større grad af individuel information om rygestatus på GOP fremover, så kommunen hurtigt kan støtte op om iværksat rygestop under indlæggelsen / fase I. Lemvig kommune vil også godt opfordre til et systematisk samarbejde på tværs af sektorerne, inkl. almen praksis, i forhold til at identificere og fastholde patienter i rygestop.
- **Psykosocial indsats**, screening og opsporing af depression, bakker Lemvig Kommune op om, skal ske i hospitalsregi, som har det lægefaglige ansvar under fase II. Kommunen indgår gerne i psykosocial støtte til borgere, og vil også gerne bakke op om evt. antidepressiv behandling, som iværksættes af andre, men opgaven skal forankres i hospitalsregi og almen praksis som beskrevet, og information om status, kan tilgå kommunen via en korrespondance meddelelse efter samtykke med patienten.



- **Arbejdsfastholdelse**, er et vigtigt element og kommunen har allerede i dag et stort ansvar for opfølgning og overholdelse af gældende procedurer og lovgivning på området. Lemvig Kommune antager at kommunal Fase II rehabilitering i kommunalt regi i større grad kan integreres i forhold til fastholdelse på arbejdsmarkedet. En reduceret ventetid på genoptræning/rehabilitering, antages at bidrage til tidligere raskmelding.
- **Seksualitet, palliation og multisygdom**, er alle emner der relaterer sig til opsporing, udredning og behandling og Lemvig Kommune mener at tovholderfunktionen ligger sammen med det lægefaglige ansvar i enten hospitalsregi eller hos almen praksis, afhængig af patientens tilknytningsforhold i fasen.
- **Fase III rehabilitering**, er mindre tydelig i forhold til gældende tilbud efter det nuværende forløbsprogram. Forløbsprogrammet har ikke forholdt sig til den nuværende fase III målgruppe som tidligere er henvist fra almen praksis, ambulatoriet og selvhenviste. Kommunerne har gennem de sidste mange år, opbygget gode relationer og praksis i forhold til henvisning af patienter til forebyggelsesindsatser. Er det tænkt at denne patientgruppe i fremtiden ikke kan henvises via almen praksis til kommunale tilbud og alene skal benytte hjerteforeningen, og har forløbsprogramgruppen gjort sig nogle overvejelser i forhold til om nogle af disse patienter "tabes" i de nye retningslinjer? De relationer og den tillid som er opbygget mellem almen praksis og kommunerne skal nu overføres til hjerteforeningen, og har styregruppen gjort sig nogle overvejelser omkring dette?

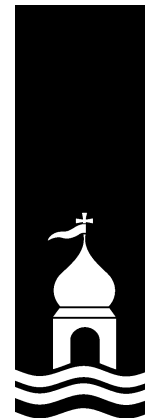
Der er indlagt forudsætninger om ressourcenyttelse mellem nuværende fase III tilbud og det kommende kommunale fase II tilbud. Så det vil ikke være muligt at opretholde et kommunalt fase III forebyggelses tilbud af den nuværende karakter, og integration mellem fase II og fase III patienter giver ikke mening, da niveauet og indhold vil have forskellig karakter og fokus.

Der er ligeledes behov for at udbygge de supplerende tilbud til den "sårbare målgruppe". Hvordan identificeres målgruppen og hvilket tilbud er relevant i forhold til gældende evidens og bedste praksis, og hvor stor anslås målgruppen at være?

3. Organisering

Lemvig Kommune overtager gerne hjerterehabilitering for de patienter som vurderes at kunne træne via en almen genoptræningsplan. Genoptræning af disse patienter overtages gerne pr. 1.1.2016, med et passende varsel, og Lemvig Kommune kan leve op til de faglige kompetencer som kræves. De elementer som ikke handler om træning, kræver tilrettelse i forhold til hvilke temaer der tåntænkes kommunerne jfr. beskrivelse under "patientuddannelse", samt i forhold til fortsatte kommunale tilbud til fase III patienter, der henvises fra på andre måder end via en genoptræningsplan, f.eks. fra almen praksis. Tidsperspektivet her afhænger af de beslutninger der træffes.

- **Opgavefordeling**, skaber i afsnittet usikkerhed på hvem der har ansvaret for at gennemføre indledende arbejdstest / starttest. Her fremgår det at hospitalet alene tester risikopatienter. Der bør være gennemgående stringens i forløbsprogrammet, i forhold til hvilke opgaver, ansvar og procedurer der gælder for det sammenhængende og tværsektorielle forløb. Lemvig Kommune mener fortsat at indledende arbejdsbelastningstest bør være en hospitalsopgave, såfremt den er afgørende for den lægefaglige vurdering af patientens tilstand i forhold til at starte på træning. Alternativt bør det være, en mere tydelig beskrivelse af hvilke patienter der ikke skal testes via arbejdsbelastning, og som derfor godt kan udføres i kommunalt regi.



Lemvig Kommune er tryk ved, at det lægefaglige ansvar er placeret i Hjertemedicinsk Ambulatorium i fase II, og der skal oprettes kommunikations procedurer og retningslinjer mellem kommunen og ambulatoriet, så der sikres kommunen mulighed for direkte telefonisk kontakt til den ansvarlige afdeling og læge.

Vedr. indberetning til relevante nationale databaser bør det ikke være lokale aftaler der afgør dette, men en fælles regional aftale gældende for alle kommuner og hospitaler, så der er samme systematik i monitoreringsdata som på nuværende tidspunkt. Monitoreringsdata kan med fordel drøftes i sammenhæng med nuværende nationale, regionale og kommunale monitoreringer for borgere/patienter med hjertesygdom, så registreringer begrænses til det nødvendige, og at de ikke skaber dobbelt registreringer. Men også så alle parter kan få adgang til at anvende relevante data til fortsat kvalitetsudvikling.

Lemvig Kommune mener afgjort at det er et behandlingsansvar, at screene for og reagere på angst og depression, og at denne opgave derfor bedst ligger hos den læge som har det lægefaglige ansvar for patientens behandling. Kommunen kan støtte patienten i mestring af sin angst og depression, hvis oplysninger tilgår kommunen, enten via patienten selv, hvis der er tilstrækkelig egenomsorgskapacitet, eller via en elektronisk korrespondance efter samtykke med patienten.

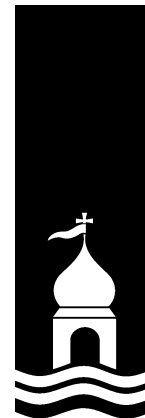
- **Differentieret indsats**, understøttes af Lemvig kommune naturligt for at nå de opsatte mål i Sundhedsaftalen omkring indsats for større lighed i sundhed, og ser frem til en ensartet stratificeringsværktøj på tværs af alle aktører, så vi sikrer lige behandling af patienterne uanset geografi og hospitalstilknytning.

Der bør ligeledes være stringens på tværs af regionen i forhold til hvilke patienter der tildeles en differentieret indsats, og hvordan denne indsats skal være. Kun ved ensartet tilgang og systematik, opnås valide data på effekter for målgruppen. Såfremt der gives forskellige tilbud i Fase II / III på tværs af aktørerne, er effekter ikke sammenlignelige og relevante i forhold til fortsat kvalitetsudvikling. Der bør ligeledes være mulighed for at monitorere hvorvidt en differentieret indsats er med til at øge deltagelse og gennemførelse, eller det alene befordres af nærhed i tilbuddet.

- **Samarbejde og koordinering**. Det fremgår af afsnittet at der tales om patienter, som i dag ikke henvises til hjerterehabilitering. Det kan være oplysende at synliggøre hvor mange af de ca. 3.450 patienter der tales om i populationsafsnittet, der ikke har modtaget tilbud om hjerterehabilitering på hospitalerne, og årsagen hertil. Umiddelbart beskrives kun patienter med betydelig multisygdom som ikke egnede til hjerterehabilitering. Mon der er andre årsager til at patienter ikke vurderes egnede? Tænkes de multi syge fremover at skulle have et differentieret kommunalt tilbud i Fase II, som de ikke tidligere har fået i hospitalsregi, hvis andelen af hjertesygge der gennemgår hjerterehabilitering skal øges?

Henvisning via genoptræningsplan er en god og gennemprøvet metode. Det er vigtigt som beskrevet at genoptræningsplanerne til patientgruppen, fremover skal være individuelle og opfylde kravene i den nye bekendtgørelse som beskrevet. Det er vigtigt at kommunen modtager alle relevante oplysninger, herunder også relevante testresultater på test gennemført på hospitalet, samt oplysninger om dato for ambulant klinisk kontroller på ambulatoriet. Der bør aftales kommunikationsprocedurer på tværs af sektorerne omkring relevant information vedr. Fase II rehabiliteringsforløbet.

- Det bør aftales hvorvidt almen praksis kan henvise til hjerterehabilitering hvis patienter der fravælger deltagelse efter dialog på hospitalet, kan motiveres hos den praktiserende læge. Det fremgår at den praktiserende modtager besked om patientens fravalg af deltagelse i fase II rehabilitering, men ikke hvordan der henvises fra almen



praksis, hvis patienten kan motiveres senere. Da henvisning er beskrevet som en genoptræningsplan efter Sundhedslovens § 140, kan denne procedure ikke benyttes af almen praksis. (Spørgsmålet om nuværende henvisningsmulighed fra almen praksis er tidligere berørt). Kan borgere selv kontakte kommunen mhp. inklusion i hjerterehabilitering, som i dag er en mulighed (fase III) i det nuværende forløbsprogram?

De vedlagte bilag med flow diagram, virker nogle steder uklare og kan med fordel suppleres med en tidslinje oversigt. Der anvendes også begrebet forløbskoordinator som ikke anvendes nogen steder i selve programmet. Procesmæssigt ser det ud som om kommunen modtager både en gop ved udskrivelse og henvisning ved første ambulatorie kontrol efter 2 uger? Når der tales om kontakt indenfor en uge, er det så før eller efter ambulatorie kontrollen? Det fremgår at kommunen udfører starttesten, og der mangler stringens i forhold til programmet. Der er tegnet en avis til ambulatoriet efter en afklarende samtale, hvad skal den indeholde? Der fremgår en temadag i processen, er det alt patientuddannelse der varetages der, eller hvad er den temadag?

Flowdiagrammet for hjertesvigtpatienter med $EF \leq 45$ % viser test i kommunalt regi, mens selve programmet beskriver at netop denne patientgruppe er en risikogruppe, som bør have den indledende arbejdsbelastningstest i hospitalsregi, og er det også her at man kan udskille de patienter som skal have specialiseret genoptræning/hjerterehabilitering i hospitalsregi?

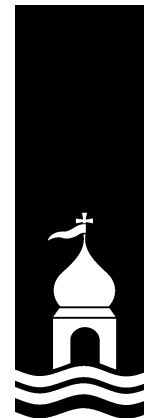
Generelt bør flowdiagram tage afsæt i programmets anbefalinger og procedurer. Vi bemærker at de medsendte bilag stammer fra Skive og Viborg kommuner, og tænker at de tilpasses endeligt efter høringsfasen.

- **Økonomiske konsekvenser ved omlægning af hjerterehabilitering**, knytter sig primært til omlægning af den genoptræning som tilbydes patienterne. En ændring fra specialiseret genoptræning, til almen genoptræning, medfører behov for en intern kommunal omplacering af det budget som finansierer henholdsvis specialiseret og almen genoptræning. Den nuværende finansieringsstruktur på genoptræningsområdet, gør at der findes et økonomisk incitament til at omorganisere indsatsen og få mere sundhed for pengene.

Afgørende for et økonomisk rationale på dette område er, at hospitalerne kapacitetsjusterer deres ressourcer, og ikke udarbejder andre genoptræningsplaner på specialiseret genoptræningsniveau, eller anvender personalet til at øge antallet af patientkontroller i ambulatoriet eller anden træning, som påfører kommunen en finansieringsforpligtigelse. Der bør opstilles en monitoreringsmodel der sikrer at hospitalssektoren lever op til dette krav for omlægning af udgifterne.

Lemvig Kommune kan under de vilkår tilslutte sig, at omlægningen giver et kommunal økonomisk råderum til, at sikre både løbende kompetenceudvikling, investering i relevant materiel og drift af den omtalte population i målgruppen og samtidig bidrage til en øget deltagelse og gennemførelsesandel, og reducere ventetiden til genoptræning/hjerterehabilitering.

Der er beskrevet en medfinansiering fra de ressourcer som i dag anvendes til det kommunale fase III tilbud. Nogle af de rejste spørgsmål i dette høringssvar, skal bidrage til en vurdering af rigtigheden af dette. Lemvig Kommune kan se at kun en lille procentdel af de patienter som hidtil har deltaget i hospitals rehabilitering i fase II er efterfølgende henvist til fase III. Men som sagt fremgår det ikke af oplægget, hvordan styregruppen har forholdt sig til den målgruppe som i dag henvises uden genop-



træningsplan, via ambulatoriet, almen praksis og via åbne borgerhenvvisninger eller via kommunale samarbejdspartnere, f.eks. jobcentrene.

4. Implementering

Lemvig Kommune indgår gerne i klyngesamarbejdet omkring opgaveoverdragelse og på det regionale niveau i forhold til at sikre kvalitet og systematik på tværs af region og kommuner, også i forhold til monitorering og kvalitetssikring af opgaven. Det er fint at der ligger viden og erfaringer fra Skive og Viborg Kommuner til processen, og kommunen kan selv beskrive sine nuværende faglige kompetencer, og en plan for at opnå det aftalte kompetenceniveau. Lemvig Kommuner har allerede et højt kompetenceniveau som vi gerne beskriver og sammenholder med de nødvendige kompetencer. Lemvig kommuner har ansat og efteruddannet terapeuter som har arbejdet med træning af målgruppen, og patienterne er jo lægefagligt vurderet til at kunne træne i ambulans/ kommunalt regi. Så vi tænker ikke der er behov for en årelang kompetenceudvikling før vi kan overtage opgaverne.

Det er vigtigt at implementeringsprocessen planlægges i tæt samarbejde med træningsområdet og ikke alene med sundhedsfremme og forebyggelse, da den store opgaveoverdragelse handler om at flytte specialiseret genoptræning til alment niveau. Ikke alle kommuner har en organisering hvor kommunale sundhedsfremme og forebyggelsestilbud som det tidligere forløbsprogram hørte under, og genoptræning efter Sundhedslovens § 140, naturligt hænger sammen, så det er vigtigt at begge parter involveres i implementeringsprocessen.

5. Opfølgning og monitorering

Generelt kan Lemvig Kommune opfordre til at man i monitorerings- og kvalitetsoptikken samtænker de nationale, regionale og kommunale databaser der anvendes til målgruppen, så dobbeltregistreringer undgås. Det er dog vigtigt at fastholde gældende databaser som understøtter national, regional og kommunal monitorering af kvaliteten og effekten af sundhedsindsatserne.

Generelt om anbefalinger og indikatorer

Lemvig Kommune vil gerne opfordre til at mål og indikatorer gennemgås så der er sammenhæng mellem indikatorer, forløbsprogrammet og realistiske mål.

F.eks. fremgår det af side 18 at mindst 70 % af deltagerne i hjerterehabilitering gennemfører mindst 80 % af de planlagte træningssessioner og at mindst 80 % af de som deltager i træning har 10 % stigning i arbejdskapacitet, mens det på side 35 fremgår at mindst 75 % af deltagerne bør deltage i det afsluttende fremmøde. Måske kan disse mål samskrives så de er nemmere at monitorere og så de korrelerer bedre, ligesom mestringsmål er relevante.

Det fremgår også på side 35 at mindst 35 % af de indlagte patienter på en kardiologisk afdeling deltager i hjerterehabilitering. Hvorfor er denne andel så lille, og harmonere det med målet om øget deltagelse, og hvordan monitoreres det på tværs af sektorerne?

Indikatorerne i tabellerne i programmet bør tilrettes til den monitoreringsmodel som vedtages, og der bør indgås en aftale om dataanvendelse i forhold til monitorering af målopfølgelse og kvalitetsmonitorering. Til det bør regionen stille sine nuværende data til rådighed. Hvordan har hospitalerne hidtil monitoreret på mål og kvalitets- og effektindikatorer.

Med venlig hilsen

Vivi Altenburg
Ledere af Rehabiliteringen

Pia Møller
Sundhedsfremmekoordinator Tittel

Formandsskabet for
forløbsprogram for
hjertesygdom

Afdeling: Sundhed og omsorg
Dato: Juni 2015
Reference: Søs Fuglsang
Tlf.: 89592100
E-mail: abskf@norddjurs.dk
Journalnr.:

Høringsvar vedr. forløbsprogram for hjertesygdom

Norddjurs Kommune har gennemgået udkast til forløbsprogram for hjertesygdom.

Overordnet vurderer Norddjurs Kommune, at det reviderede udkast til forløbsprogram for hjertesygdom kan bidrage til at forbedre indsatser til borgere med hjertesygdom. Dette skal især ses i lyset af, at målgruppen er udvidet til også at omfatte borgere med hjertesvigt og hjerteklapopererede. Nogle borgere tilhørende denne målgruppe har allerede indgået i Norddjurs Kommunes rehabiliteringstilbud til borgere med hjertesygdom. Det er erfaringen, at de kan profitere af tilbuddet. Derudover er det en styrkelse af forløbsprogrammet, at palliation til de mest belastede borgere indgår.

Norddjurs Kommune har især bemærkninger til følgende forhold, som der bør arbejdes videre med:

Forløbsprogrammets struktur og indhold

Strukturen i de tre forløbsprogrammer - hjertesygdom, diabetes type 2 og kronisk obstruktiv lungesygdom er forskellig. I forløbsprogrammet for hjertesygdom anvendes eksempelvis anbefalinger, standarder og indikatorer, mens disse terminologier ikke kan genfindes i de to andre forløbsprogrammer. Endvidere er detaljeringsgraden omkring den farmakologiske behandling meget høj i forløbsprogram for hjertesygdom, mens der i eksempelvis forløbsprogrammet for type 2 diabetes henvises til kliniske retningslinjer mv. Detaljeringsgraden bør derfor drøftes og ensrettes.


Alle tre forløbsprogrammer belyser flere af de samme tværgående temaer, eksempelvis palliation, implementering mv., men uden en ensretning. Her skal det bemærkes, at det er en styrke ved forløbsprogrammet for hjertesygdom, at der henvises til evidensbaserede pædagogiske metoder.

På baggrund af indholdsfortegnelserne synes det at være forholdsvis enkelt at opbygge programmerne efter en fælles "læst". Det er meget vigtigt, at forløbsprogrammerne struktureres ens og med fælles tekstpassager, der hvor det måtte være relevant, for at fremme overskuelighed og systematik, da mange kommuner tilbyder tværdiagnostisk patientuddannelse og rehabilitering. Behovet for en tværgående ensretning forstærkes af, at mange borgere har multisygdom og derfor vil kunne indgå i flere forløbsprogrammer parallelt.

Forløbsprogrammets sammenhæng med sundhedsaftalen

Det fremgår af forløbsprogrammet, at der er hentet væsentlige inputs fra sundhedsaftalen. Alle tre forløbsprogrammer inddrager centrale temaer fra sundhedsaftalen, men systematikken kan styrkes.

I forlængelse af sundhedsaftalen er der i gangsat et udviklingsarbejde omkring udarbejdelse af et differentieringsværktøj og en fælles strategi for udvikling af indsatser for mennesker med en kronisk sygdom. Det må forventes, at disse tiltag kan få stor betydning for, hvordan de konkrete indsatser til



borgere med hjertesygdom udmøntes i praksis. Det kan således være vanskeligt, at vurdere de samlede konsekvenser af det reviderede forløbsprogram før disse udviklingstiltag foreligger.

Screening for angst og depression

Det er positivt, at angst og depression er et fokusområde. Det fremgår af forløbsprogrammet, at alle borgere med hjertesygdom skal screenes for angst og depression ved hjælp af HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) 6 uger efter udskrivelse. Endvidere at almen praksis vurderer behovet for screening med HADS ved årskontroller. Norddjurs Kommune finder det nødvendigt, at indsatsen relateres til det eksisterende forløbsprogram for depression, som slet ikke nævnes i forløbsprogrammet for hjertesygdom. I forløbsprogrammet for depression anbefales det, at almen praksis screener med et andet værktøj - nemlig MDI. Derudover vurderer Norddjurs Kommune, at det er problematisk, at hospitalet varetager screeningen, når det pt. ikke er muligt at videregive resultatet af screeningen til kommunerne. Det foreslås derfor, at almen praksis varetager denne opgave.

Rygestopinterventioner

Beskrivelsen af rygestopinterventioner er konkret og brugbar. I Randersklyngen er der positive erfaringer med at udlevere kontaklinformationer på den kommunale rygestopinstruktør allerede under indlæggelsen. Flere borgere, som holder med at ryge under indlæggelsen, genoptager rygning, når de kommer hjem. Derfor er det nødvendigt, at borgeren bliver kontaktet af rygestopindtruktøren kort efter udskrivelsen. Denne indsats bør derfor tilføjes i forløbsprogrammet.

Tidlig opsporing

Det fremgår af forløbsprogrammet, at almen praksis har en central rolle i forhold til tidlig opsporing af borgere med risiko for hjertesygdom, herunder familiær disposition. Norddjurs Kommune vurderer, at kommunen vil kunne understøtte tidlig opsporing med åbne tilbud, hvis der indgås aftaler med de praktiserende læger om den videre udredning.

Overdragelse af dele af fase 2 tilbud

Forløbsprogramgruppen anbefaler en ændret organisering af den non-farmakologiske behandling i fase 2. Det indebærer nye opgaver for kommunerne:


Norrdjurs Kommune vurderer, at det efter et mindre kompetenceudviklingsforløb vil være muligt at opfylde de sikkerhedsmæssige krav til træning. Det bemærkes, at en forudsætning herfor er, at det nu vil være muligt at få lægefaglig back-up - som det beskrives i forløbsprogrammet.

Fase 3 opgaver

Anbefalinger for fase 3 er tvetydige. Det fremgår, at borgeren kan opsøge praktiserende læge og/eller rådgivere i Hjerteforeningen ved behov for opfølgende information, men også at fase 3 rehabilitering varetages i kommunalt regi. Dette bør præciseres.

Økonomiske konsekvenser

Norrdjurs Kommune har forholdt sig til beregninger i høringsudkastet og til det supplerende notat, som er udsendt til kommunerne og udarbejdet i regi af Den kommunale Sundhedsstrategiske gruppe. Overordnet forventes et fald i den kommunale udgift til specialiseret ambulans genoptræning. De



frigjorte midler vil kunne anvendes til at øge den kommunale træningskapacitet. Norddjurs Kommune tilslutter sig dermed overdragelse af dele af fase 2 hjerterehabilitering. Dette er under forudsætning af, at hospitalerne tilpasser deres træningskapacitet til de reducerede opgaver og indtægter. Hvis aktivitets- og indtægtniveauet forsøges opretholdt ved at øge genoptræning af andre patientgrupper vil opgaveoverdragelsen medføre store kommunale merudgifter. Dette bør derfor være et opmærksomhedspunkt.

Opfølgning - monitorering

Jf. forløbsprogrammet viser en kortlægning i de 19 kommuner, at det aktuelt ikke er teknisk muligt at samkøre data om indikatorer, idet der anvendes forskellige registreringssystemer. Resultater af monitoreringen vil derfor foregå trinsvist. Denne problemstilling har været kendt siden de første udgaver af forløbsprogrammerne udkom. Derfor må ambitionen være, at det præciseres, hvordan denne udførelse konkret skal løses.

Venlig hilsen

Sundheds- og Omsorgschef
Søs Fuglsang



Hørings svar revideret forløbsprogram for hjertesygdom, Odder Kommune

Odder Kommune har læst forløbsprogrammet for hjertesygdom og finder det hensigtsmæssigt, at fase 2 rehabiliteringen flyttes til kommunerne, da vi forventer, at det vil betyde, at flere borgere vil gennemføre tilbuddet i og med det foregår tættere på egen bolig.

Forløbsprogrammet forsøger at klarlægge de økonomiske konsekvenser af de anbefalede ændringer for både kommune og hospital. I Odder Kommune har vi med interesse læst de økonomiske beregninger og oplever, at de bidrager til at afklare konsekvenserne af at flytte fase 2 rehabilitering til kommunerne.

Forløbsprogrammet inddrager flere diagnoser. I Odder Kommune finder vi det meget relevant, da vi oplever et behov fra de praktiserende læger ift at kunne henvise borgere med andre hjertediagnoser til et rehabiliteringstilbud, end det nuværende forløbsprogram lægger op til.

I forløbsprogrammet er der opsat standarder og indikatorer, og vi finder dem anvendelige som en del af vores monitorering af indsatserne.

Opmærksomhedspunkter:

- På side 30 i forløbsprogrammet beskrives fase 1, 2 og 3, men faserne omtales flere gange på de foregående sider. Vi anbefaler, at beskrivelserne placeres først i forløbsprogrammet.
- Hvis fase 2 rehabilitering overgår til kommunerne, vil vi anbefale, at forløbsprogrammet beskriver hvilke konsekvenser det kan have for fase 3 rehabilitering. Skal begge faser bevares, og hvad kunne forskellen i de to tilbud være ift indhold og kriterier for deltagelse? I Odder Kommune, hvor vi allerede tilbyder tværdiagnostiske hold grundet vores lavere befolkningsgrundlag, vil det være tvivlsomt, om der vil være behov for både fase 2 og fase 3 tilbud.
- På side 17 under sikkerhedsforanstaltninger står, at der skal være mulighed for at tilkalde en læge til træningen. I Odder Kommune vil vi ifm mestrings- og træningsholdene have mulighed for at kontakte egen læge, men uden garanti for umiddelbart at træffe vedkommende. Alternativet vil være at ringe 112.
- Forløbsprogrammet anbefaler, at borgerne tilbydes en ernæringsindsats. Det fremgår ikke tydeligt, hvad den anbefalede ernæringsindsats skal bestå af, og hvordan der skal differentieres mellem hvem, der skal modtage den i kommunerne frem for på specialistniveau.

Med venlig hilsen

Jette Lorenzen

Direktør for Social, Sundhed og Beskæftigelse

Ældreservice
Ålykkecentret 5
8300 Odder

Sagsbeh.
Louise Hofman Nyholm
Tlf. 21195404
Louise.nyholm@odder.dk

Side 1/1



Høringsvar fra Ringkøbing-Skjern Kommune, Sundhed § omsorg til Forløbsprogram for hjertesygdom. 4. udgave revideret maj 2015.

Overordnet ser vi det revideret Forløbsprogram for hjertesygdom som godt gennemarbejdet og systematisk at gå til, dette selvfølgelig under forudsætning af, at implementering og opgaveoverdragelse sker med stor grundighed i samarbejde og med respekt for de enkelte sektorer fagligheder.

Det er væsentligt, at der tages udgangspunkt i de erfaringer, der ligger fra andre kommuner, som allerede er i gang og at samarbejdet sker på tværs af sektorer. Med de forandringer, der ligger i programmet, vil vi påpege vigtigheden af, at der skal der være god tid til implementering og til at sikre den nødvendige kompetenceudvikling og videndeling samt tid til etablering af de sikkerhedsforanstaltninger og procedurer, som er nødvendige.

I programmet er der et øget fokus på samarbejde generelt mellem sektorer, men også omkring risikoborgere, dette ser vi som en god udvikling og kan give god synergieffekt rent fagligt, men også til gavn fortil de mest udsatte borgere i kommunen.

Vi har følgende kommentarer til høringsvaret fra Ringkøbing-Skjern Kommune:

Side 11:

Vi vil gerne opfordre til, at der ligger en mere konkret beskrivelse af hvornår patienten må starte med den fysiske træning/rehabilitering efter den medicinske hjertesvigt-behandling.

Side 13:

Afsnittet omkring patientuddannelse er beskrevet som en generel indsats. Ud fra den viden, der ligger på området kunne afsnittet med fordel beskrives i forhold til hvilken undervisning, der er relevant og som anbefales i de enkelte faser.

Mange kommuner arbejder med den motiverende samtale/afklarende samtale og denne er omdrejningspunktet i hele patientuddannelsen. Samtidig er den med til at sikre, at patienten får et individuel tilpasset rehabilitering-tilbud, derfor bør den nævnes i dette afsnit. Derudover kan man med fordel nævne den sundhedspædagogiske metode Læring og Mestring, der ligger erfaringer fra bl.a. Vestklyngen.

Side 14:

I programmet anbefales det, at den teoretiske undervisning samles på hele dage, erfaringen viser, at det ikke er muligt for denne gruppe patienter at deltage i undervisning på hele dage på grund af træthed og manglende koncentration ved længere tids aktivitet, derfor mener vi ikke det skal være en anbefaling med mindre der ligger anden evidens til grund for anbefalingen.

Side 15:

Vi ved, at der er god evidens for at patienten holder sig fysisk aktiv før planlagt operationen, dette kunne med fordel nævnes i dette afsnit.

Side 16:

Vi vil opfordre til, at der udarbejdes en procedure, som skal følges i forhold til at videregive testresultater fra den ene sektor til den anden.

Side 31(øverst):

I kommunerne har vi et stort fokus på den aktive boger og den rehabiliterende indsats, derfor ligger det i god tråd, at der opfordres til, at den videre udslusning er til kommunale tilbud eller andre foreningstilbud.

Side 31(kommentar til det gule felt):

Specialiseret genoptræning:

Sundhedsstyrelsen anbefalede i forbindelse med lanceringen af den nye "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patientens valg af genoptræningstilbud efter udskrivelse fra sygehus" og vejledningen om "Genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner", at den specialiserede genoptræning skulle reduceres og i stedet varetages i kommunalt regi under avanceret genoptræning (almen genoptræning).

Hvis genoptræningen skal varetages på sygehuset som "specialiseret genoptræning", så skal følgende punkter være aktuel for patienten:

- At der er tale om en lille forekomst.
- At der er tale om, at patientens funktionsnedsættelser er kompliceret, omfattende, sjældent og/eller alvorlig.
- Det sundhedspersonale, der skal varetage opgaven på sygehuset skal have specialiserede kompetencer og ud over grunduddannelsen skal de have efter- og videreuddannelse og de skal modtage supervision fast og hyppigt.
- Opgaven kan kun løses, hvis der er en tæt koordinering mellem genoptræning, udredning og sygehus behandlingen (ellers ligger opgaven på advance-niveau i kommunalt regi)
- Der kan være krav til udstyret/behandlingsredskaber, som kun forefindes i sygehus regi, dette vil være få tilfælde når der tales om genoptræning.

Side 31 (nederst):

At det lægefaglige ansvar for den fysiske træning ligger hos en Kardiolog fra det henvisende hospital vil være med til at styrke det fremtidige samarbejde på tværs af sektorer både fagligt og til gavn for de mest sårbare borgere, derfor vil vi kraftigt bifalde dette.

Side 3:

Afsnittet er godt beskrevet i forhold til, hvordan man fremover ønsker opgaven skal løses og ud fra hvilken lovgivning.

Side 37:

For at sikre god implementering skal der laves en fyldestgørende beskrivelse af kompetenceudvikling og vidensdeling, vi kan kun understøtte, at dette foregår på klyngeniveau. På baggrund af meget forskellig organisering i de enkelte kommuner, man skal dog være opmærksom på at både genoptræningsområdet §140 i Serviceloven og Sundhedsfremme-og forebyggelses området §119 i Sundhedsloven involveres i dette arbejde.

Høringssvaret er udarbejdet af en tværfaglig samarbejdsgruppe i Sundhed og Omsorg, Sundhedscenter Vest, Ringkøbing-Skjern Kommune.

På vegne af denne gruppe Koordinator for sundhedsfremme og forebyggelse.

Susanne Rystok

Mandag den 15. juni 2015.

15. juni 2015

Høringssvar Silkeborg kommune

Generelt mener vi om forløbsprogrammet:

At det fremtræder gennemarbejdet og retningsanvisende.

Fint med anvisninger i fase 3 for fysisk aktivitet og ernæring.

Vi er interesserede i at overtage fase 2 pr 1/1 2017 eller tidligere.

6 ugers opfølgning på depressionsspørgeskema vurderes at være velfungerende på hospitalerne og vi støtter at det forbliver der.

Herunder kommentarer knyttet til de enkelte afsnit.

S 10 Symptomatisk og forebyggende medicinsk behandling

Livslang statinbehandling: gerne en kommentar omkring muligheder for ned/udtrækning af statiner hvis værdierne for kolesterol er langt under grænseværdierne. Vi oplever dette som et problem for vores borgere i fase 3. De kommer langt under anbefalingerne og generes af bivirkninger.

S 13 Patientuddannelse

Erstatte holdningsbearbejning med "selvindsigt og refleksion i forhold til egen livsførelse".

Holdningsbearbejning støder os og er ikke retningsanvisende.

S 15 Anbefalinger

under fase 2 og 3 bør nævnes at kommunernes sundhedsfremmetilbud under "Soft" bør tilbydes borgeren.

S 16 Afsnit over test.

Borgere med svær hjertesvigt.. Vi savner en beskrivelse af muligheder for den gruppe, når de ikke kan træne i hverken hospitals eller kommunalt regi.

Fx anbefalinger om daglig fysisk aktivitetsniveau.

s. 16 Test

Det fremgår ikke helt tydeligt om afsnittet fortsat drejer sig om borgere i risikogruppe..

Vi tolker det som generelle test anbefalinger, men er i tvivl.

Watt-maks test. Vi savner en kilde/link til nærmere beskrivelse af hvilken test der menes.

S 17 Anbefalinger

Det bør udspecificeres om der menes konditionstræning eller almen daglig fysisk aktivitet som SST beskriver. Gerne beskrevet som side 29 nederst: fysisk træning.

s. 18 ernæringsintervention fase 1

Vi undrer os over at der ikke systematisk tilbydes ernæringsrådgivning til alle borgere i fase 1. Opgaven er beskrevet med KAN.

Vi ønsker at der er beskrevet i udskrivningsrapporten fra hospitalet hvilken ernæringsrådgivning der er givet og hvilken der anbefales fremover.

S. 19

Vedrørende HjerteKost-skemaet:

Ud fra den nuværende målgruppe på Forløbsprogrammet for hjertesygdom (nuværende fase 3/kommunen), vurderes at størstedelen af borgerne sandsynligvis vil score < 75 point i én eller begge kategorier og dermed bør henvises til ernæringsvejledning. Reelt kommer det til at betyde, at stort set alle borgere bør henvises til ernæringsvejledning. Ud fra teksten forstås at vejledningen kan foregå som fælles undervisning i grupper (2. sidste afsnit side 19). Dette dog under forudsætning af, at multisyge der ud over sikres mulighed for supplerende individuel diætbehandling.

Side 20

Enig – borgere med hjertesvigt og hjerteklapoperede skal have ernæringsvejledning i hjertesvigt-klinik eller ambulatorium.

S 29 fysisk træning.

Vi savner en anbefaling til praktiserende læge om at anvende SOFT tilbud i kommunerne.

s. 31 Kommune

Der er ikke beskrevet hvad en fase 3 kommunal rehabilitering indeholder. Vi forventer at det indeholder SOFT tilbud og individuelle samtaler ved behov.

Endvidere savner vi en præcis beskrivelse af hvilke elementer en 6 ugers opfølgning indeholder.

Dette var kommentarerne fra Silkeborg kommune.

Venlig hilsen



Linda Gulløv Næsager (18994)
Leder af sundhedshuset

Notat

Fagligt hørings svar på det reviderede forløbsprogram for hjertesygdom

D. 12.juni 2015

Skanderborg Kommune ønsker at give følgende hørings svar på udkastet til det reviderede forløbsprogram for hjertesygdom i Region Midt.

Generelt finder vi det hensigtsmæssigt, at fase 2 hjerterehabiliteringen flyttes til kommunalt regi for langt størstedelen af borgere i målgruppen for forløbsprogrammet.

Vi forventer, at det vil have en positiv effekt på både rekruttering til og fastholdelsen af borgere med hjertesygdom i et rehabiliteringsforløb, at det dels bliver placeret tættere på deres bopæl og dels bliver mere fleksibelt i forhold til at kunne passes ind i et hverdagsliv med arbejde og familie.

Vi bifalder det grundige arbejde, der er gjort i arbejdsgruppen for at klarlægge de økonomiske konsekvenser for kommunerne forbundet med at overtage hovedparten af hjerterehabiliteringen, og vi ser frem til at komme i gang med opgaven, som vi mener at kunne varetage på et fagligt fuldtud tilfredsstillende niveau.

Vi har derudover følgende bemærkninger:

Stratificering:

- Vi ser frem til en nærmere præcisering af omfang og karakterisering af målgruppen, som fremover skal tilbydes specialiseret genoptræning i hospitalsregi.
- Vi ønsker, at den diagnosespecifikke stratificering suppleres af en psykosocial behovsvurdering, som vil kunne foretages med det redskab, der er under udarbejdelse i regi af sundhedsaftalen.

Organisering:

- Afsnittet om organisering ønskes flyttet frem i programmet og suppleret af flowcharts (aktuelt placeret som bilag), som kan give et hurtigt visuelt overblik over forløbene.
- Det ønskes nærmere beskrevet hvordan borgere – som i første omgang takker nej til hjerterehabilitering – kan henvises efterfølgende. Herunder af hvem, hvordan og indenfor hvilken periode det fortsat er fase 2 rehabilitering, der skal henvises til.
- Det forekommer uklart, om den nuværende fase 3-rehabilitering i kommunerne helt erstattes af fase 2, eller om der fortsat anbefales et tilbud udover individuelle opfølgende samtaler til borgere med dårlig egenomsorg. Skal disse borgere f.eks. også tilbydes træning i fase 3?

Ernæringsindsats:

- Afsnittet om ernæringsintervention giver et uklart billede af indsatsen, og hvordan den skal differentieres afhængigt af borgerens behov. Der ønskes herunder en tydelig beskrivelse af, hvilke borgere, som kan modtage ernæringsindsatsen i kommunalt regi og hvilke borgere, som skal tilbydes en højt specialiseret ernæringsindsats (på hospital eller i praksisdietetstordningen?) Gælder det f.eks. den samme gruppe på ca. 5 % af målgruppen, som skal tilbydes specialiseret rehabilitering i hospitalsregi?

-
- Da ikke alle borgere vil have behov for individuel diætbehandling, foreslår vi derudover at indikatoren vedr. ernæringsindsatsen ændres til at: "Mindst X % af borgere i målgruppen har modtaget ernæringsvejledning; diætundervisning eller diætbehandling ved klinisk diætist / cand.scient. i klinisk ernæring ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet"

Testning:

- Der ønskes en præcisering af, hvilket testudstyr der er nødvendigt for at varetage watt max test. Herunder økonomien for kommunerne forbundet med anskaffelsen af udstyret.

Multisygdom:

- Der ønskes en nærmere beskrivelse af, hvordan sektorerne konkret skal samarbejde bedre omkring multisygde borgere. Herunder hvor tovholderen, der nævnes (s.28), skal være placeret.

Tidlig opsporing:

- På s. 9 er den tidlige opsporing beskrevet som en opgave for almen praksis. Vi ønsker, at det tilføjes, at den praktiserende læge med fordel kan henvise til evt. kommunale tilbud til denne målgruppe (f.eks. rygestop, kostvejledning, træning, undervisning)

Patientundervisning:

- Omfanget af undervisningen i fase 2 ønskes nærmere beskrevet.

Venlig hilsen

Jørgen Erlandsen
Beskæftigelses- og Sundhedschef



Den 15. juni 2015

Hørings svar fra Skive Kommune – Forløbsprogram for Hjertesygdom

Skive kommune har allerede fra 1. februar 2015 overtaget den non-farmakologiske del af hjerterehabiteringen, fase 2, for fuldt revaskulariserede patienter.

Opgaveoverdragelsen er sket i et godt fagligt samarbejde mellem Regionshospitalet Viborg og kommunen og de første måneders erfaringer er meget positive.

Skive kommune er klar til at forpligte sig i forhold til de faglige anbefalinger i forløbsprogrammet, der vedrører opgaver der løses kommunalt, men har dog følgende bemærkninger til forslaget:

- Forløbsprogrammet bør suppleres med en Watt max protokol, for at sikre ensartethed i test af borgernes arbejdskapacitet
- Der er ingen tvivl om, at ernæringsvejledning er central for denne gruppe af borgere. Afsnittet om kostintervention kan dog med fordel afkortes, således at hovedbudskabet står tydeligere frem – det vil sige budskabet om, at der skal sikres ensartethed og samme tilbud til borgerne, uanset hjemkommune.
- Videre bør det tydeligt fremgå, at den enhed der træner borgeren vurderer, om ernæringsvejledningen kan foregå som hold- eller gruppe undervisning eller skal være individuel vejledning.
- Det bør tydeliggøres, at den kommunale rehabiliteringsenhed efter endt fase 2 forløb, sender start og slut data (arbejdskapacitet samt evt. livstilsintervention og HADscore) til hjertemedicinsk ambulatorium inden den afsluttende kontrol.
- At indsamling af data, herunder HADscore, således foregår i kommunalt regi, mens det er hospitalet, der indrapporterer data i hjerterehabiteringsdatabasen.

Skive Kommune har desuden med nogen undren og bekymring noteret sig, at der indtil videre ikke kan ses nogen økonomisk effekt af opgaveoverdragelsen.

Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen
Sundhedsafdelingen

Postboks 509
Torvegade 10
7800 Skive
Tlf.: 9915 5500
Fax:
CVR-nr.: 29189579
sas-forv@skivekommune.dk
www.skive.dk

Reference.: 779-2014-40990

Henvendelse til:
Trine Brøcker
Direkte tlf. 9915 6388
trbr@skivekommune.dk

Kommunens udgifter til specialiseret, ambulat genoptræning er ganske vist faldet som forventet, men i samme periode er udgifterne til stationær genoptræning steget tilsvarende.

Der er således sket en stigning i Skive Kommunes udgifter til stationær genoptræning i jan-april 2015 på 24 % i forhold til samme periode i 2014, hvilket er næsten 3 gange den gennemsnitlige stigning i regionen som helhed.

Skive kommune vil lokalt følge udviklingen tæt og samtidig opfordre til, at problemstillingen adresseres af både region og kommuner i forbindelse med en generel opgaveoverdragelse vedrørende den non-farmakologiske hjerte-rehabilitering i fase 2.

Med venlig hilsen



Trine Brøcker
Sundhedschef

Nære Sundhedstilbud
Strategi og Planlægning
Skottenborg 26
DK- 8800 Viborg

Struer Kommunes høringsvar: Forløbsprogram for hjertesygdom

Formandskabet for forløbsprogramgruppen for hjertesygdom har den 18. maj 2015 sendt en udkast til revideret Forløbsprogram for hjertesygdom i høring. Struer Kommune afgiver hermed sit høringsvar.

Overordnede kommentarer

Struer Kommune har med stor interesse læst udkastet til revideret Forløbsprogram for hjertesygdom og mener, at det reviderede forløbsprogram rummer flere forbedringsmuligheder bl.a. ser vi det som meget positivt tiltag at palliation og arbejdsfastholdende indsats er blevet en del af programmet.

Overordnet set er Struer Kommune positiv i forhold overvejelser om udvidet målgruppe for forløbsprogrammet og ændret organisering af fase 2 hjerterehabilitering. Der ses stort potentiale i forhold til øget kommunal rolle i rehabilitering af patienter i fase 2, fx tæt opfølgning af borgere med hjertesygdom ved den kommunale forløbskoordinator, og nære tilbud om patientuddannelse, rygestop og fysisk træning i kommuner kan have mange fordele for patienter i fase 2 der har langt til sygehuset.

Struer Kommune ser det problematisk at forløbsprogrammet ikke har været i stand til at beskrive den gruppe borgere der fortsat kan have behov for en indsats på specialiseret niveau.

Struer Kommune mener at dele af hjerterehabiliteringen i fase 2 ser som en høj specialiseret opgave og bør fastholdes i sygehusregi, dels fordi de mindre kommuner vil have det svært ved at opbygge og fastholde de nødvendige kompetencer og dels fordi gennemstrømning af patienter kan være lav i de enkelte kommuner, hvad også kan have konsekvenser for den kvalitet der skal opnås i tilbuddene. I den forbindelse vil Struer Kommune foreslå at opgaver som kræver viden på høj specialiseret niveau eller særlig udstyr fastholdes i sygehusregi. Specialiseret tilbud i sygehus regi kan evt. bestå af temadage, hvor borgere kan blive samlet om de relevante emner så som ernæring, seksualitet, vejledning ved hjertesyggeplejen og lignende.

Flere kommuner afholder patientuddannelser på tværs af diagnoser for at sikre en rettidig indsats, derfor mener vi at det er nemmere at tilrettelægge et

DATO
15-06-2015

JOURNALNUMMER
29.09.00-K04-1-15

SUNDHEDS- & ÆLDREOMRÅDET
UDVIKLING & ADMINISTRATION
ØSTERGADE 11, 1. SAL
7600 STRUER

Struer Kommune bruger it i sagsbehandlingen. Derfor skal kommunen følge persondataloven og gøre dig opmærksom på dine rettigheder efter denne lov: Når kommunen indsamler og/eller behandler personoplysninger om dig, har du ret til at få indsigt i disse oplysninger og gøre indsigelse, hvis oplysningerne er forkerte. Kommunen skal slette/ændre forkerte oplysninger. Vil du vide mere om persondataloven, kan du læse en udførlig vejledning på Datatilsynets hjemmeside: www.datatilsynet.dk

specialiseret tilbud i sygehusregi for at imødekomme krav om rettidighed og høj faglig specialiseret viden. Derudover er det også fordelagtig at afholde specialiserede temadage i sygehus regi for dette giver mulighed for at samle flere patienter med samme diagnose.

Struer Kommune vil også gerne opfordre forløbsprogramgruppen i at genoverveje og beskrive mere nøje det økonomiske aspekt af opgaveoverdragelsen. Det fremstår noget utydelig, hvordan planlægningsfasen og overgangsfasen skal finansieres og hvordan kvaliteten i tilbuddene skal sikres i overgangsfasen.

Derudover ser Struer Kommune en behov for bedre koordinering på tværs af forløbsprogramgrupper, da både selve opsætningen og kvaliteten i forløbsprogrammer kan opleves som meget forskellig. Det vil lette implementeringsarbejdet, hvis forløbsprogrammer fremstod mere sammenhængende.

Tekstnære kommentarer

s.13

For at kvalificere indholdet i patientuddannelser er det nødvendigt at medarbejdere i de kommunale tilbud har mulighed for at trække på specialister indenfor hjerteområdet. Det er nødvendigt at beskrive/udbyde, hvordan samspillet mellem specialiseret og alment niveau skal sikre kvaliteten af patientuddannelser fremover.

s.15

I sidste afsnit **Fase 2** står der ”*Forud for træningsstart kommer borgeren til kontrol på hospitalet, hvor der tages lægefaglig stilling til, hvorvidt borgeren er fuldt revaskulariseret og klar til at starte fysisk træning i fase 2.*” Struer Kommune mener at vatt-maks test kan med fordel blive udført på sygehuset i forbindelse med de ordinære kontrol. Overordnet set bør vatt-maks test for hjertepatienter ligge i sygehusregi.

s.18

I afsnittet Fase1 ”*Borgeren med hjertesygdom kan tilbydes konkret og enkel ernæringsrådgivning...*” Struer Kommune mener at ordet ”**kan**” skal erstattes med ”**skal**”.

Derudover fremstår det ikke tydeligt, hvem der er ansvarlig for at screene for behovet for en ernæringsfunktion i Fase 1 og Fase 2

s.23

Afsnittet om ”Psykosocial indsats” beskriver alene opsporing af angst og depression, Struer Kommune ser det nødvendigt at få beskrevet handling og rollefordeling ift. handling på problematikken.

s.31

Struer Kommune anbefaler at gøre afsnittet om ”Opgavefordeling” lettere læselig og mere gennemskuelig med opdeling efter sygdomsfaser fx se evt. opsætning i Forløbsprogram for type 2 diabetes.

s.32

Struer Kommune anerkender anbefaling om at udarbejde lokale aftaler i forbindelse med overdragelse af den non- farmakologiske del af fase 2 rehabilitering fra hospitaler til kommuner. Vi ser dog stor behov for at der evt. opsættes nogle retningslinjer for overdragelses proces, så der sikres vis kvalitet og systematik i arbejdet.

s.36

I forløbsprogrammet tales der om ”*den lille gruppe patienter, der fortsat skal have fase 2 – tilbud i hospitalsregi*”. Struer Kommune ser det nødvendigt at få beskrevet den omtalte gruppe borgere inden man kan komme videre med forløbsprogrammet for hjertesygdom og overvejelser om organisering af rehabiliterende forløb. I det hele taget kapaciteten på tværs ønskes at blive afdækket.

s. 40

I afsnittet om dataindsamling i kommuner skrives der ” at det aktuelt ikke er teknisk muligt at samkøre data om indikatorerne, idet der anvendes mindst tre forskellige systemer”. Struer Kommune vil gerne få tilføjet at metode-mæssigt er der også forskelle mellem patientuddannelser på tværs af kommuner fx længde af forløb kan variere fra kommune til kommune, forløbene kan afvikles både som diagnosespecifikke forløb eller forløb på tværs af diagnose, hvad gør datasammenligning til endnu mere kompleks opgave.

Formandsskabet for forløbsprogrammet for hjertesygdom
Forloepsprogram.hjertesygdom@stab.rm.dk

Høringssvar vedr. udkast til revideret program for hjertesygdom

Dato: 15. juni 2015

Viborg Kommune overtog – som Skive Kommune – den non-farmakologiske del af hjerterehabiliteringen i fase 2 fra 1. februar 2015.

Sagsbehandler: vpknr

Opgaveoverdragelsen skete i samarbejde med Regionshospitalet Viborg i et godt fagligt samarbejde og til borgernes store tilfredshed.

Viborg Kommune er klar til at forpligte sig på de faglige anbefalinger i udkastet til forløbsprogrammet, der vedrører de kommunalt udførte opgaver.

I relation til de økonomiske konsekvenser noterer Viborg Kommune sig, at der ganske som forventet med kommunens overtagelse af rehabiliteringsopgaven er sket et fald i kommunens udgifter til specialiseret ambulans genoptræning i de første måneder af 2015.

Der ses dog en bekymrende stigning i udgifterne til stationær genoptræning i samme periode. Der er sket en stigning i Viborg Kommunes udgifter til stationær genoptræning i jan-april 2015 på knap 40 % i forhold til samme periode i 2014. Til sammenligning er stigningen for regionen som helhed i samme periode på 9%.

Det ikke klart, om omprioriteringen af træningsressourcerne på hospitalet er sket inden for hjertesygdomme eller til andre sygdomsområder.

Viborg Kommune vil – sammen med Skive Kommune - følge udviklingen tæt og drøfte situationen med hospital og region i klyngeregion.

Samtidigt skal Viborg Kommune dog stærkt opfordre til, at problemstillingen adresseres af både region og kommuner i forbindelse med en generel opgaveoverdragelse vedrørende den non-farmakologiske hjerterehabilitering i fase 2."

Med venlig hilsen

Lis Kaastrup
Sundheds- og Omsorgschef



Region Midtjylland

Mail: hjertesygdom@stab.rm.dk

Skottenborg 26

8800 Viborg

15. juni 2015

Side 1 af 3

Høringsvar, revideret forløbsprogram for hjertesygdom

Aarhus Kommune vil i høringsvaret særligt gøre opmærksom på:

- At forløbsprogrammet desværre slet ikke omfatter forebyggelse; herunder hvordan vi reducerer ulighed i sundhed. Vi har som samarbejdspartnere en vigtig opgave i at spille sammen om at videreudvikle målrettede tilbud – gerne baseret på evidens eller best practice.
- Det er positivt, at fase 2 tilbuddet kan overgå til kommunerne
- Tidsplanen for overflytningen er for konservativ. Aarhus Kommune er allerede i dialog med Aarhus Universitetshospital om opgaven, og kan overtage opgaverne allerede 1. januar 2016. Aarhus Kommune har allerede bl.a. fysioterapeutfaglige kompetencer på dette felt, og der er mulighed for tæt samarbejde med hospitalet om yderligere kompetenceudvikling
- Når opgaven flyttes til kommunerne, skal det sikres, at hospitalerne ikke løser nye opgaver, der betyder nye udgifter for kommunerne. For at undgå, at dette sker, bør hospitalernes indtægtskrav for den specialiserede ambulante genoptræning nedsættes med den andel, der går til kommunerne for fase 2 hjerterehabilitering
- Effektmåling – f.eks. via Triple-aim eller andre metoder – bør indskrives mere tydeligt i forløbsprogrammet

SUNDHED OG OMSORG

Sundhedsudvikling
Aarhus Kommune

Sundhedsstrategisk Stab

Aarhus Rådhus
Rådhuspladsen
8000 Aarhus C.

Telefon: 89 40 20 00

Direkte telefon: 89 40 40 09

Direkte e-mail:
hlin@aarhus.dk
www.aarhus.dk

Sagsbehandler:
Hanne Linnemann

Generelt

Generelt set virker det reviderede forløbsprogram godt gennemarbejdet og baseret på stor faglig indsigt.

Det er positivt, at det er synliggjort, at der skal gøres en indsats, hvis alle borgere med hjertesygdom skal sikres tilbud om hjerterehabilitering. Det er også positivt, at der er sat mål for denne del af indsatsen.

Desværre er forløbsprogrammet for hjertesygdom stadig meget langt, og dermed er der også fare for, at det ikke bliver brugt fremadrettet.

Det kan overvejes at udarbejde et resumé i skemaform i starten af forløbsprogrammet, som kan bruges til hurtigt opslag.



Forløbsprogrammet har desværre ikke så stærkt et fokus på forebyggelse, som Aarhus Kommune mener, er nødvendigt. Aarhus Kommune vil anbefale, at det skrives ind, at der med fordel kan indgås partnerskaber på dette område – f.eks. med patientforeninger, som har et godt kendskab til målgruppen og dens behov.

15. juni 2015
Side 2 af 3

Faglige indsatser

De forskellige *faglige indsatser* er godt beskrevet; herunder også patientuddannelse, hvor den pædagogiske tilgang er tænkt godt ind.

Organisering

I forhold til afsnittet om *organisering* ser Aarhus Kommune positivt på, at fase 2 tilbuddet, som traditionelt har ligget som en opgave på hospitalerne, nu kan overgå til kommunerne.

Ud fra et borger synspunkt vil det give god mening, at indsatserne kan samles i kommunalt regi.

Aarhus Kommune er klar til at gå i tættere dialog med Aarhus Universitetshospital om overdragelsen af denne opgave. Det gælder både i forhold til samarbejde om kompetenceudvikling og aftaler om arbejdsgange og opfølgning på den kliniske kvalitet.

Aarhus Kommune har systematisk arbejdet med implementering af forløbsprogrammerne for borgere med kronisk sygdom igennem de seneste 7-8 år. Der er gjort erfaringer med differentieret indsats, og der må også fremadrettet både på hospital, i almen praksis og i den kommunale sektor være fokus på, at også de sårbare borgere får mulighed for et rehabiliteringstilbud.

Aarhus Kommune må tage til efterretning, at det ikke er muligt at fremskaffe aktivitets- og økonomidata for de nuværende fase 2 tilbud til hjertepatienter.

Aarhus Kommune tager også til efterretning, at der forventes økonomiske konsekvenser for kommunerne som følge af a) udvidelse af målgruppen til forløbsprogrammet for hjertesygdom og b) at fase 2 tilbuddet bliver en kommunal opgave.

Omvendt har kommunerne hidtil medfinansieret rehabiliteringstilbuddet, fase 2, mens det har været en hospitalsopgave. Aarhus Kommune har samtidigt et tilstrækkeligt antal borgere til, at der forventeligt kan etableres et tilbud, der både har den nødvendige faglige kvalitet og samtidigt er økonomisk rentabelt.

Når opgaven flyttes skal det sikres, at hospitalerne *ikke* løser nye opgaver der betyder nye udgifter for kommunerne. Dette kunne f.eks. ske ved at give specialiseret ambulans genoptræning til andre målgrupper eller, at hospita-



lerne give mere genoptræning for borgere der er indlagt (her medfinansierer kommunerne 70 %).

15. juni 2015
Side 3 af 3

For at undgå, at dette sker, bør hospitalernes indtægtskrav for den specialiserede ambulante genoptræning nedsættes med den andel, der går til kommunerne for fase 2 hjerterehabilitering. For Aarhus Kommune er dette vurderet til 8 mio. kr. – og hvis det fremskrives til hele regionen, vil hospitalernes indtægtskrav skulle reduceres med ca. 30 mio. kr. – i dag har hospitalerne et samlet indtægtskrav på godt 45 mio. kr. på hele området vedr. specialiseret ambulante genoptræning. Der bør laves tilsvarende modeller for genoptræning under indlæggelse, så der ikke sker en overvæltning af udgifter til kommunerne på dette område..

Aarhus Kommune har i de sidste år oplevet en meget kraftig stigning i udgifterne til specialiseret ambulante genoptræning. Denne stigning er sket, uden at der er kommet forudgående meldinger om dette. Udviklingen har været forskellig i kommunerne. Der knytter sig derfor relativ stor usikkerhed om, hvad der er "det rigtige niveau" på området.

I høringsmaterialet foreslås det, at der skal arbejdes på, at der bliver større fokus på at sikre det samme niveau på alle hospitaler. Det vil Aarhus Kommune gerne støtte op om. "Det rigtige niveau" bør dog tilstræbes tilvejebragt via en vurdering ud fra Triple-aim konceptet, så en samlet vurdering baseres på den faglige kvalitet, den borgerrettede kvalitet og på omkostningerne pr. borger.

Implementering

I afsnittet om *implementering* skitseres et forslag til tidsplan for den foreslåede opgaveomlægning. Her foreslås det, at 2016 bruges som til planlægning, og at opgaverne overflyttes til kommunerne – under ét – fra januar 2017.

Aarhus Kommune er klar til at tage over på opgaverne tidligere end januar 2017. Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital har allerede været i første dialog om opgaverne på hjerteområdet; bl.a. i forhold til kompetencer, behov for vidensdeling og aftaler om arbejdsgange.

Denne dialog fortsætter i efteråret 2015, og Aarhus Kommune forventes derfor allerede at kunne være klar til at tage over på opgaver ved årsskiftet 2015- 2016.

Med venlig hilsen

Hosea Dutschke
Direktør

Høringssvar fra Hospitalsenheden Vest til Udkast til Forløbsprogram for hjertesygdom

Hospitalsenheden Vest takker for muligheden for at afgive høringssvar til det reviderede Forløbsprogram for hjertesygdom.

Hospitalsenheden Vest har haft forløbsprogrammet til gennemlæsning i relevante afdelinger, der har følgende tilbagemeldinger:

Medicinsk Afdeling:

Medicinsk Afdeling tilslutter sig det høringssvar, der fremsendes fra Det Kardiologiske Specialeråd, men ønsker samtidig en præcisering, så "alle patienter" indskrives, i forhold til følgende formulering: "Det anbefales at den afsluttende lægekontrol, samt den afsluttende belastningscykeltest for **alle patienter** foretages i hospitalsregi. Testen skal gennemføres ud fra samme protokol, så resultaterne er sammenlignelige. For at sikre datakomplethed skal indrapportering til Dansk Hjerterehabileringsdatabase ligeledes foretages i hospitalsregi."

Ergoterapi- og Fysioterapien:

Indledningsvis angives i materialet, at baggrunden for en justering af forløbsprogrammet er, at forløbsprogrammet skal være dynamisk, idet det vil blive tilpasset ændringer i kliniske retningslinjer, best practice og udvikling på området generelt. Det er meget positivt, at programmet fremadrettet inddrager erfaringer og best practice. Imidlertid kunne det have været ønskeligt, at det aktuelle program i højere grad havde inddraget de allerede høstede faglige erfaringer og den udviklede best practice på området som er opnået og udviklet i den tid programmet har fungeret i regionalt regi.

Forslag til faktuelle rettelser i høringsmaterialet:

Side 17 øverst: Derudover kan testen medvirke til at skabe tryghed hos patienten og pårørende, idet patienten selv erfarer sine fysiske grænser og ved at pårørende, der overværer testen kan se, hvad borgeren kan klare.

Side 17 nederst under anbefalinger: Borgere i målgruppen bør i fase 2 tilbydes superviseret træning af 30-60 minutters varighed minimum 2 gange, men helst 3 gange om ugen, som det er praksis i de fleste regionale tilbud i dag. Det er det erfaringerne og best practice viser giver patienterne den bedste arbejdskapacitet og dermed alt andet lige den højeste overlevelseshæftighed. Det vil sige, at det er vigtigt, at patienterne træner så intensivt som muligt.

Side 31 anbefalinger: Forløbsprogrammet anbefaler, at den non-farmakologiske fase 2 hjerterehabileringsprogram overgår fuldt til kommunerne. I hospitalsregi viser erfaringerne, at patienterne særligt i den første del af fase 2 rehabiliteringsforløbet ofte har brug lægefaglig og sygeplejefaglig kardiologisk bistand, fordi der ofte optræder episoder med ubehag og behov for kvalificeret specialiseret bistand som patienter med hjertesygdom kan have brug for, når de er i et rehabiliteringsforløb med høj fysisk aktivitet efter akut hjertesygdom. Vi anbefaler derfor, at den nonfarmakologiske fase 2 rehabilitering deles mellem det regionale niveau og det kommunale niveau som det gøres i Region Syddanmark.

Side 36 midt om beregningsgrundlaget: I beregningsgrundlaget bilag 6 er ikke medtaget udgiften til patientundervisning. I HEV er der 8 timers

holdundervisning efter lærings-/mestringsprincipperne. Vi kan ikke se, at holdundervisning indgår i beregningsgrundlaget. Desuden må vi anføre at et fremmøde som hos os tidligere er angivet og opgjort i projektet om læringsmestringsprincippet at være omkring 80% også bør være det der er beregningsgrundlaget. Regnes dette ind i beregningsgrundlaget, så bliver den estimerede forskellighed beregningseksemplerne formentlig mindre.

Ernæringsenheden:

Side 18, i afsnittet om ernæringsintervention fase 1:

Det anbefales, at sproget strammes op, idet terminologien synes uklar. Det er uklart, hvad der menes med ernæringsrådgivning, ernæringsmæssig tilstand, diagnose (medicinsk?) og ernæringscreening. Alle borgere med hjertesygdom kan i princippet være i ernæringsmæssig risiko. Derfor skal alle patienter ernæringscreenses inden for 24 timer ved indlæggelse på hospital i Danmark. Det er ikke muligt på forhånd at fastslå, om nogle patienter er i kortvarig ernæringsmæssig risiko. Enten er man i ernæringsmæssig risiko eller også er man ikke. Hvad menes med hjertevenlig ernæring (2.afsnit linje 4). Der kan ikke tilbydes ernæringsrådgivning i forhold til ernæringsterapi, idet sætningen ikke giver mening.

Det anbefales, at alle borgere med hjertesygdom tilbydes diætbehandling ved klinisk diætist.

Side 18-19, i afsnittet om ernæringsintervention fase 2:

Sproget kan med fordel strammes om, terminologien uklar. Hvad menes med ernæringsvejledning?

Midt på siden står der: "Supervisionen kan foregå ved, at klinisk diætist har mulighed for telefonisk at kontakte relevante hjertemedicinske afdeling". Sætningen synes uklar og anbefales omformuleret til: Den diætiske behandling af hjertepatienter, varetages af klinisk diætist.

Det bemærkes, at sundhedsstyrelsen er citeret forkert (side 19, 3. afsnit 1. linje). Sundhedsstyrelsen definerer individuel diætbehandling (side 35 i Sundhedsstyrelsen 2013), ikke individuel ernæringsvejledning.

2. sidste afsnit side 19: det er diætbehandling der kan foregå i grupper ikke ernæringsundervisning.

Sidste afsnit side 19, anbefales omformuleret til:danner udgangspunkt for diætbehandlingen. Den resterende del af afsnittet bør gennemgås for korrekt terminologi.

Side 29-30: Terminologi skal tjekkes.

Side 30: 3. afsnit der står Ernæringsenhed Vest, der skal stå. Ernæringsenheden, Hospitalsenheden Vest.

Side 33: Det ser det ud til, at man mener, at "*borgere*" i *ernæringsterapi som følge af kardiell kakeksi fremadrettet har behov for højt specialiseret diætisk indsats*. Det samme gælder for patienter med fx hypertriglyceridæmi og kombineret dyslipidæmi samt for patienter med familiær hyperkolesterolemie og disse bør diætbehandles i hospitalsregi, da det er en specialistopgave. Det

anbefales endvidere at vurdere om ikke patienter med "multisygdom" bør diætbehandles i hospitalsregi.

På side 29-30 anbefales det, at terminologien tjekkes og strammes op.

Bilag: De nødvendige faglige kompetencer for en klinisk diætist/cand.scient i klinisk ernæring, som arbejder med hjerterehabilitering i kommunen bør beskrives.

Palliativt team:

Det Palliative Team i Hospitalsenheden Vest har afgivet høringsvar sammen med Det Palliative Råd i Region Midtjylland.

Høringssvar på forløbsprogram hjertesygdom fra HE Midts Sygepleje Faglige Råd under det Regionale sygeplejefaglig råd

Der er overvejende enighed i høringssvaret men dog følgende kommentarer:

- Udvidelse af målgruppen: alle hjertepatienter har gavn af rehabilitering og forslaget ser vi som et udslag af en helhedstankegang.
- Opgaveoverdragelse: det er vigtigt på opgavedelingen sektorerne imellem herunder fordeling af ansvar for det samlede forløb. I Viborg er der en aftale med Skive og Viborg kommune om, at Hjertemedicinsk Ambulatoriums læger har det lægefaglige ansvar i hele fase II.
- Sikkerhed: alle patienter bør vurderes af speciallæge i kardiologi FØR henvisning til rehabilitering i kommunalt regi, ganske som det foregår på nuværende tidspunkt i Viborg.
- Kompetencer: der anbefales at der etableres et netværk på tværs af sektorerne med særlig fokus på kompetenceudvikling og optimering af det gode patientforløb.
- Monitorering via triple aim ser vi som en mulighed for at måle kvaliteten og effekten på de aftalte parametre.

Med venlig hilsen
For
Sygeplejefaglig direktør Tove Kristensen

HE Midts Sygepleje Faglige Råd under det Regionale sygeplejefaglig råds høringssvar til Forløbsprogram for hjerterehabilitering

Det er besluttet at den non-farmakologiske del af fase 2 overgår til kommunerne, herunder diætbehandlingen (ernæringsbehandling). I ernæringsafsnittet anvendes ord som ernæringsintervention og ernæringsvejledning, som er dele af ernæringsbehandlingen. Dette kan fejlagtigt forveksles med ordet kostvejledning, som er kommunernes tilbud, og af mere generel karakter til raske personer med sygdomsforebyggende formål.

Kliniske diætister ernæringsbehandler, når der er tale om ernæringsrelaterede sygdomme, så som bl.a. hjertesygdomme. Der henføres til bekendtgørelse om virksomhed som klinisk diætist § 1 og § 1 stk. 2.

I den nationale kliniske retningslinje for hjerterehabilitering anbefales at ”ved identificeret behov for kostintervention tilbydes diætbehandling” og længere nede ”individuel diætbehandling defineres som et individuelt behandlingsforløb for personer med behov for kostintervention omfattende systematisk kortlægning af kostvaner (kostanamnese), analyse, planlægning og handling.

Ernæringsbehandling er altid specifik og individuel, og har til formål at sikre bedst mulig ernæring til patienter der allerede er blevet syge og som på grund af multisygdom, psykisk sårbarhed, handicaps, manglende sprogfærdigheder eller manglende evne til at indgå i grupper ikke profiterer af kommunens tilbud om generel kostvejledning. Herved skabes mindre risiko for ulighed i sundhed. Der anmodes derfor om at ordet ernæringsbehandling anvendes i stedet for ernæringsintervention eller -vejledning.

Det er desuden besluttet at hjertesvigtspatienterne skal hjerterehabiliteres, og dermed skal diætbehandles i kommunalt regi.

Diætbehandling af hjertesvigtspatienter kræver individuel ernæringsterapi især for de patienter der taber sig. Dette kan f.eks. være ved kardiell kakeksi, der bevirker en markant forværring af prognosen.

Diætbehandling af hjertesvigtspatienter kræver erfaring og samarbejde med erfarne hjerte- og nyrespecialister, samt kræver adgang til data, som pt.'s biokemi samt journalnotater fra andre faggrupper, hvilket ikke er muligt for en klinisk diætist i kommunalt regi. Der er derfor stor risiko for at patientgruppen ikke får det tilbud om ernæringsbehandling, som den enkelte patient har brug for, hvilket i yderste konsekvens kan få betydning for overlevelsesmuligheder og i mindste konsekvens reducerer patientens livskvalitet og mestringssevne til at håndtere sygdommen.

HE Midts Sygepleje Faglige Råd under det Regionale sygeplejefaglig råd

Høringssvar til forløbsprogram for hjertesygdom

Sygeplejersker fra hjerterehabiliteringen på Regionshospitalet Silkeborg takker for muligheden i at afgive høringssvar vedrørende Forløbsprogram for hjertesygdom.

Overordnet ønskes et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor indsatsen tager udgangspunkt i patientens behov og ressource. Det nye forløbsprogram viser ud fra et organisatorisk synspunkt sammenhæng i hele forløbet fra tidlig opsporing til palliation, hvilket ses som en styrke.

Der er nævnt af en begrundelse for at flytte den non- farmakologiske del af fase 2 hjerterehabiliteringen ud i kommunen, har været et frafald af borgere i forløbene, som blandt andet har kunnet henføres til afstand til Træningssted /hospital.

Denne argumentation kan ikke bruges i Silkeborg, da Sundhedshuset blot ligger placeret et andet sted i midtbyen end Sygehuset.

Set ud fra et patientperspektiv er vi dog bekymret for det sammenhængende patientforløbet, hvor patient og pårørende vil møde endnu flere aktører i deres forløb. Vi er bange for at miste kontinuiteten i det gode patientforløb, samt at vigtige data går til grunde da det skal igennem flere led.

Vi har nedskrevet de udfordringer, som vi tænker, kan blive en del af hverdagen, når dele af fase 2 kommer i kommunalt regi:

- Hjerterehabiliteringen på Regionshospitalet i Silkeborg har et øget fokus på at identificere den sårbare patient og tilbyde ham/hende et skræddersyet forløb med speciel fokus på de problemstillinger, som sårbare patienter trækkes med. I høringsudkastet side 32 er nævnt at den sårbare borger skal tilbydes et tættere tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.
- Her ser vi en udfordring i at sikre den sårbare hjertepatient et sammenhængende patientforløb? Erfaringen siger, at jo svagere patient der sættes fokus på, jo sværere og mere specialiseret bliver opgaven.

Umiddelbart tænker vi, der kommer flere tovholder på banen, samt en udfordring i at holde styr på patienten, på tværs af sektorer.

- Vi ser ligeledes en udfordring i at stratificere de sårbare patienter, så de ikke tabes på gulvet. Nogle gange er det mere end et besøg der skal til inden tilliden er etableret.
- En anden udfordring er selve kommunikationen mellem kommune og sygehus omkring den sårbare patient. I høringsrapporten side 34 er omdrejningspunktet en genoptræningsplan.
- Vi oplever ofte en opfølgning efter første samtale enten pr telefon eller med en ekstra samtale, da det er patienter og pårørende i krise vi oftest møder.
- Vi mener det er essentielt med tillid for at opnå den gode relation og denne opbygges over tid og ved kontakt med de samme personer hvilket også er noget vi prøver at tilgodese vi oplever derfor meget tilfredse patient forløb.
- En arbejdsgruppe om den komplekse patient skal etableres og den komplekse patient skal defineres. Hvornår er man kompleks?? Er det antallet af diagnoser eller hvor dårlig man er af den primære lidelse man har? Faktum er at de fleste af vores patienter har en eller flere konkurrerende lidelser der gør deres forløb unikt og svært. I januar 2015 lavede vi en lille undersøgelse som viste at, ud af 141 patientkontakter, have 39 patienter en sygdomsdiagnose, mens 102 patienter havde mere end to sygdomsdiagnoser.
- For at skabe optimale rehabiliterings forløb hvor patientsikkerheden er i top må det defineres hvordan man beslutter at patienten kan have rehabiliterings forløb i kommunalt regi og hvem der tilbydes på sygehuset.
- Et godt kommunikations redskab er essentielt.
- HADS (depressions og angst skema) skemaer sendes nu retur til sygehuset hvor vi allerede har patienten i vores regi. De følges op med evt. ny samtale samtidigt med at der sendes brev til patient om at kontakte egen læge så denne følger op evt. med henvisning til psykolog

eller andet. Hvem skal tage sig af dette nu? Vi mister kontakten med patienten efter 1 samtale og ser dem først igen til afsluttende.

Vi håber ovenstående kommentarer kan bidrage til det videre arbejde, så vi kan sikre patienten et sammenhængende patientforløb uden usikre overgange.

Vi stiller os gerne til rådighed med henblik på at uddybe vores hørings svar, såfremt det måtte ønskes.

Med venlig hilsen

Sygeplejerskerne i hjerterehabiteringen

Lotte Ulstrup

Jette Størup Stougaard

Hanne Mikkelsen

Diagnostisk center - Regionshospitalet Silkeborg

Falkevej 1-3 - DK-8600 Silkeborg

Høringssvar fra Aarhus Universitetshospital på høring af Forløbsprogram inden for hjertesygdom

Dato 16-06-2015

Ref. Mette Hyldgaard Poulsen

Tel. +4578462343

Mette.Hyldgaard@skejby.rm.dk

Sagsnr. 1-30-101-26-09

Side 1

På Aarhus Universitetshospital har høring af Forløbsprogram for hjertesygdom, 4. udgave maj 2015, været sendt til Hjerter-Lunge-Kar-Kirurgisk Afdeling T, Hjertesygdomme, Fælles Akutafdeling og Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen. Fra Aarhus Universitetshospital er der følgende bemærkninger til forløbsprogrammet.

Generelle bemærkninger

Generelt bemærkes det, at det reviderede forløbsprogram omfatter en udvidelse af målgruppen, hvilket sammenholdt med tidligere versioner er en relevant forbedring. Forløbsprogrammet er opbygget i overensstemmelse med patientforløbets kronologi, hvilket sikrer en logisk fremstilling.

Ift. ændringen af anbefaling af organisatorisk placering af den non-farmakologiske del af fase 2 hjerterehabiliteringen, kan det kun anbefales, at der er faglig dialog herom, som underbygges med evidens. Det anbefales derfor, at udvide afprøvning og undersøgelsesfasen, således at der bliver tilstrækkeligt med dokumentation ift. en så væsentlig ændring. Bl.a. derfor kan det ikke anbefales at hjerterehabilitering flyttes til kommunen uden, at der er tilstrækkeligt med dokumentation for at kvaliteten er i orden.

Det vurderes, at der generelt er behov for skriftlig revision af materialet. Der kunne ønskes resume, hvori ansvar i de forskellige faser kunne tydeliggøres. Generelt bemærkes endvidere, at materialet er præget af manglende konsekvens i forhold til begreber og definitioner. Eksempel på manglende konsekvens i begrebsapparatet: Patient/borger anvendes sporadisk og usystematisk. I afsnit der beskriver den lægefaglige indsats anvendes begrebet patient mens begrebet borger anvendes i samtlige afsnit, hvor øvrige sundhedsprofessionelles indsats beskrives. Det er således vanskeligt at afgøre, hvornår en person er patient og dermed syg, og

hvornår en person er hjertesyg borger.

Ligeledes er der flere steder upræcise angivelser af fysiologiske begreber. Eksempelvis er det ikke entydigt, hvad der skal forstås ved normal funktion af venstre ventrikel.

Den væsentligste ændring fra tidligere version af forløbsprogrammet er en flytning af fase 2 hjerterehabiliteringen fra hospitalsregi til det kommunale regi. Dette forhold har indflydelse på evidensen for hjerterehabilitering, idet denne er baseret på forskning gennemført enten i hospitalsregi alternativt på højt specialiserede hjertecentre. Det er således usikkert om evidensen er gældende i en ændret kontekst (1).

Af samme årsag frarådes det i litteraturen, at nye tilgange herunder ændret organisering, implementeres uden forudgående afprøvning og tilstrækkelig dokumentation, da det kan påvirke graden af evidens (2). Erfaringsgrundlaget for den ændrede organisering er baseret på meget kort afprøvning og mangelfuld dokumentation. I undersøgelsen af Bertelsen indgår der 3 hospitalet og 7 kommuner (1). Der hvor man har iværksat den ændrede organisering per 1.2.2015 indgår 2 kommuner. Ved effektivering i samtlige 19 kommuner i Region Midtjylland vil konsekvensen være forskellige interventioner (1), og nogle kommuner vil ikke have et tilstrækkeligt volumen til at oprette specialiserede hold for hjertepatienter, og vil desuden vanskeligt kunne opnå og vedligeholde kompetencer blandt de sundhedsprofessionelle.

Den overordnede vurdering af udkastet skal ses i lyset af ovenstående. Et generelt problem er således at programmet bygger på en manglende forståelse af kompleksiteten og kravet til specialiseringen af hjerterehabilitering. For personale der i dagligdagen arbejder med hjertesyg patienter i hospitalsregi, er netop kompleksiteten blandt hjertesyg så udtalt, at det for de fleste kræver tæt tværfaglig opfølgning det første halve år efter udskrivelsen. Det gælder såvel behandlingsmæssigt med problematikker som stærkt reduceret aerob kapacitet, hypertension, medicinkompliance, arytmier som kognitive og psykosociale problemstillinger.

Det fremgår af formålet, at forløbsprogrammet skal sikre implementering af en evidensbaseret og koordineret indsats. Evidensbaseret af hjerterehabilitering kræver højt specialiseret og tværfaglig ekspertise – en ekspertise som kun kan lade sig gøre i et tæt fysisk samarbejde mellem hjertekirurger, kardiologer, fysioterapeuter, sygeplejersker og diætister. Ligeledes kræver evidensbaseret af hjerterehabilitering indgående ekspertise og kompetencer af det samlede patientforløb fra indlæggelse, og at det er det samme personale, der tager hånd om patienten under indlæggelsen og i fase II af rehabiliteringsforløbet. Derfor ses det som en umiddelbar forringelse af patientens fase II forløb, hvis det lægges ud til kommunerne i Region Midtjylland i sin nuværende form. De kompetencer der er beskrevet i udkastet kan kun varetages (evidensbaseret) ved i dagligdagen at arbejde i de involverede specialer. I høringsudkastet er der kun beskrevet kompetenceudvikling for fysioterapeuter, og her bør der også indtænkes diætister og sygeplejersker.

Det erkendes, at der mangler et bedre koordineret samarbejde på tværs af sektorer. Dette synes imidlertid ikke sikret med den organisering som høringsudkastet baserer sig på. Et forslag der kunne understøtte et optimeret tværfagligt tværsektorielt samarbejde omkring den enkelte patient kunne være en model, der udsletter patienter i fase II hjerterehabilitering i hospitalsregi til det kommunale regi. Ligeledes ville anvendelse af sundhedsteknologiske

metoder på tværs af sektorer være en løsning for nogle patienter. En fremtidsvision kunne være fælles personale på tværs af sektorer.

En fremtidig udvikling af tilbuddet forudsætter, at der gennemføres tværdisciplinære forskningsprojekter inden for rehabilitering af hjertepatienter. Denne volumen kan være vanskelig at opretholde når de hjertesygge spredes ud i kommunerne, og vanskeliggøres af uensartede tilbud, hvilket også fremgår af Bertelsen undersøgelsen (1). Det kræver volumen, avanceret udstyr, specialiserede kompetencer, og tæt tværfagligt samarbejde at udvikle, forske og implementere evidensbaseret praksis indenfor fase I og II hjerterehabilitering. Det er anerkendt i det danske sundhedsvæsen, at en forudsætning for at oparbejde og vedligeholde de nødvendige kompetencer indenfor områder med højt specialiseret undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering er et tilstrækkeligt volumen. Det samme gør sig gældende, når det drejer sig om forskning og udvikling. En udlæggelse af fase II hjerterehabilitering til kommunerne vil betyde, at mange kommuner ikke vil have et tilstrækkeligt volumen til at kunne leve op til ovenstående forudsætninger. Ligeledes vil Region Midtjylland miste et væsentligt forskningsområde, og dermed muligheden for at være førende indenfor dette område såvel nationalt som internationalt. Sidstnævnte er en forudsætning for at kunne leve op til høringsudkastets formål.

Endelig kan der stilles spørgsmålstejn ved, om der er brug for at måle yderligere på dette område. Udover forløbsprogrammets indikatorer så er der hjertepakker, og fire kliniske kvalitetsdatabaser: Dansk Hjertesvigts database, Dansk hjerterehabiliteringsdatabase, dansk hjerteregister og kardatabasen. Er der i den forbindelse foretaget overvejelser ift. hvem der skal registrere til dansk hjerterehabiliteringsdatabase med ydelsen i kommunalt regi?

Som det fremgår i udkastet til forløbsprogrammet fratages at speciallægerne tilsyneladende retten til at ordinere, hvilke patienter der har behov for genoptræning på specialiseret niveau i hospitalsregi, hvilket vækker forundring.

Vurdering af de enkelte områder

Indledning: Den lægelige repræsentation af formandskabet er kun omfattet af Hospitalsenheden Midt. Dette forklarer måske konsekvensen af at Fase II skal overgå til kommunerne, da Viborg/Skive jo netop allerede har udlagt funktionen til kommunen. Fravær af læge fra universitetshospitalet i formandsgruppen og i forløbsprogramgruppen kan bl.a. have betydet at lands- og landsdelsfunktioner og forståelse af kompleksiteten heraf er fraværende i høringsudkastet.

Målgruppen: De klap-opererede indbefatter bl.a. thoracale A-dissektioner. Selvom denne gruppe volumenmæssig er lille kendetegner netop denne patientgruppe sig ved at være komplekse ikke bare i hjerterehabiliteringsforløbet, men livslangt. Som kommentarer til patientgrupperne er kun ganske få patienter uanset diagnose ukomplicerede eller kliniske stabile. I fase II af hjerterehabilitering identificeres manglende revaskularisering under fysisk test eller under genoptræningen, arytmier, mangelfuld medicinkompliance, medicin interaktioner/bivirkninger, angst og depression (v/HADS), manglende optitrering, hypertension/hypotension, KOL, præ-DM II og nedsat helbredsrelateret livskvalitet. Ofte har den enkelte patient flere af ovenstående problemstillinger. Konsekvensen af at der ikke øjeblikkeligt tages hånd om mange af disse problemstillinger betyder øget

cardiovaskulær morbiditet (genindlæggelser) (3, 4). Mon kommunerne har de nødvendige kompetencer, udstyr og muligheder for at identificere ovenstående problemstillinger?

Patientuddannelse: For at kunne undervise patienter i deres sygdom og i at leve med en kronisk sygdom er det væsentligt at kende patientens sundhedskompetence (Health literacy). Sundhedskompetence er patientens viden, motivation og kompetencer til at undersøge, forstå, bedømme og tilegne sig information om sundhed og sygdom (5, 6). At kende patientens sundhedskompetence er derfor udgangspunktet for at kunne kommunikere og undervise hjertepatienten. Det fremgår ikke af materialet hvorledes patienternes sundhedskompetencer undersøges og ej heller hvordan dette forhold medtænkes i forbindelse med patientuddannelsen.

S. 13 savnes en dot med medicinkompliance, da dette erfaringsmæssigt er et udbredt problem og derfor bør highlightes. På trods af undervisning med brug af pædagogik og den motiverende samtale, er der forbavsende mange patienter, der ikke ved hvilken medicin de får, hvorfor de får den og konsekvenser af ikke at tage medicinen. Angående kompetencer kræver det højt specialiseret kontinuerlig opdateret viden at undervise i relevante undersøgelser og behandlinger, og om den hastige udvikling inden for farmakologisk behandling af hjertesygdomme. Opøvelse og vedligeholdelse af disse kompetencer synes kun at kunne foregå ved ansættelse på involverede hjertekirurgisk og kardiologiske afdelinger. I hospitalsregi varetages denne undervisning af speciallæger og sygeplejersker. Det kan derfor undre, at bilag 5 kun beskriver kompetencer for fysioterapeuter.

Hjertekirurgiske patienter har specielle problemstillinger, som ikke er nævnt under patientuddannelse. Patienterne er katabole som følge af det store kirurgiske indgreb op til 3 mdr. efter operationen. De skal derfor undervises i at indtage protein- og energitæt diæt i denne tidsperiode (7). Den katabole tilstand betyder ofte en udtalt træthed, der påvirker patientens evne til at kunne deltage i den fysiske træning i hjerterehabilitering. Derfor er det specielt for denne gruppe, at de ikke skal have hjertevenlig kost, men energi- og særlig proteinrig kost, og at kosten skal tilrettes såvel deres træning som deres fysiske aktivitetsniveau. Derfor er det væsentligt, at den diætetiske intervention også er højt specialiseret.

Som følge af hjertekirurgi har 50- 80 % postoperativ kognitiv dysfunktion efter udskrivelsen og ca. ¼ har det i op til et år efter operationen. Dette viser sig ved nedsat hukommelse og nedsat koncentrationsevne. Desuden har de søvnbesvær (8). Samlet set stiller det store krav til det tværfaglige team at kunne håndtere hjertekirurgiske patienters problemstillinger – ikke mindst også i overgangen til de igen er i anabol fase.

Endvidere savnes emnet udenlandsrejser og forsikring, da kan have fatale konsekvenser for borgeren, hvis de ikke kender til restriktioner i forhold til udenlandsrejser.

Pædagogisk tilgang: Sundeste livsstil bør ændres til hjertevenlig livsstil.

At fremme patienter/borgers handlekompetence og mestring kræver stor pædagogisk indsigt og kompetence oveni den højt specialiserede viden om patientens sygdom og sygdomsudvikling. Det er et langt sejt træk at få hjertepatienten til at ændre livsstil. Derfor bør denne tilgang være essentiel både i fase II og III.

Fysisk træning: Fase 1 s. 15 bør borgeren rettes til patienten s. 15. Fase 2 s. 15. Cikatrisen bør ændres til sternumcikatrisen, da mange CABG opererede også har en cikatrise på det ene ben.

Ved opstart af fysisk træning i hjerterehabilitering fase II vurderes hovedparten af patienterne til at være revaskulariserede og asymptomatiske. Når patienterne midlertidig testes og påbegynder intensiv genoptræning opstår der ofte komplikationer såsom angina pectoris, hypertension og manglende medicinsk optitrering. Netop dette er essentielt, idet det kræver specialistviden og tæt tværfagligt samarbejde at identificere disse tilstande såvel i forbindelse med fysisk træning som i rehabiliteringsforløbet generelt.

S. 16 under test mangler der EKG overvågning. Dette er et af parametrene i DANAMI II protokollen, og er en forudsætning for at kunne observere og identificere myokardiel iskæmi og rytmeproblematikker. Ligeledes er specialudstyr en forudsætning for at der sideløbende med testen kan gennemføres målinger af blodtryk og puls.

Gennemførelse af den foreslåede test forudsætter således dels at de enkelte kommunale genoptræningscentre råder over EKG udstyr, og at det personale som gennemfører testene kan fortolke signalerne. jf. internationale anbefalinger og DCS kræver gennemførelse og analyse af en arbejdsbelastningstest udstyr, specifikke kompetencer samt at afdelingen har et tilstrækkeligt volumen af test (9). Det anbefales derfor at arbejdsbelastningstesten gennemføres i hospitalsregi.

S. 17. Første dot under Sikkerhedsforanstaltninger: Er det enten eller med en fysioterapeut eller sygeplejerske?

Det fremgår ikke, at de fysioterapeuter, som forestår genoptræningen, skal være kardiologisk uddannede. Dette er ikke i overensstemmelse med internationale anbefalinger som forudsætter at fysioterapeuter som varetager genoptræning af hjertepatienter i lighed med sygeplejerskerne har den fornødne kardiologiske uddannelse (10).

S. 31. Der efterspørges input til specialiseret genoptræning. AUH finder det vanskeligt at give input hertil. Det forventes, at Kardiologisk Selskab kan bidrage hertil.

S. 35. Forløbsprogrammet indeholder beskrivelse af økonomiske konsekvenser. Dette bør måske helt udgå af forløbsprogrammet, da hensigten med programmet vel er den faglige vinkel. Skitseringen af de økonomiske implikationer bør foregå andets steds, og ikke i et fagligt forløbsprogram.

Slutteligt kunne der ønskes nummerering på underafsnit.

Referencer

1. Bertelsen JB. Cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome: effects on attendance and clinical parameters of community-based vs. hospital-based rehabilitation and the influence of mental health. Aarhus University 2015.
2. Balady GJ, Ades PA, Bittner VA, Franklin BA, Gordon NF, Thomas RJ, et al. Referral, enrollment, and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs at clinical centers and beyond: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;124(25):2951-60.
3. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2007;115(20):2675-82.
4. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD011273.
5. Norgaard O, Sorensen K, Maindal HT, Kayser L. [Measuring health literacy can improve communication in health care.]. *Ugeskr Laeger*. 2014;176(1).
6. Sorensen K, Norgaard O, Maindal HT. [Need for more research in patients' health literacy.]. *Ugeskr Laeger*. 2014;176(1).
7. Kjaer M, Suetta C, Tonnesen H. [The physically-inactive surgical patient]. *Ugeskr Laeger*. 2006;168(49):4322-4.
8. Steinmetz J, Rasmussen LS. [Cognitive deterioration after surgery]. *Ugeskr Laeger*. 2008;170(49):4032-4.
9. Fletcher GF, Ades PA, Kligfield P, Arena R, Balady GJ, Bittner VA, et al. Exercise standards for testing and training: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;128(8):873-934.
10. Hamm LF, Sanderson BK, Ades PA, Berra K, Kaminsky LA, Roitman JL, et al. Core competencies for cardiac rehabilitation/secondary prevention professionals: 2010 update: position statement of the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*. 2011;31(1):2-10.

Høringssvar – Praksisdiætistordningen / Lillian Jensen

I høringssvaret er der et fint afsnit om de sundhedspædagogiske tilgange, som kan være væsentlige for en succes med livsstilsændringer. Ud fra de henvisningsbeskrivelser som Praksisdiætistordningen modtager fra almen praktiserende læger, tyder det på, at det fortsat forventes, at der hos alment praktiserende læger, vil være en del patienter, som har comorbiditet og/ eller multisygdom (side 19). Her er det nævnt, at der skal sikres mulighed for individuel vejledning ved klinisk diætist. Denne patient gruppe er der i dag mulighed for at henvise til Praksisdiætistordningen. Det kan derfor undre, at henvisningsmulighed til Praksisdiætistordningen ikke er nævnt under de praktiserende lægers muligheder – måske i stedet for at nævne en opfordring til at søge opskrifter og besøge Hjerteforeningens hjemmeside (side 29). En ganske udmærket idé til den ressourcestærke patient. Den ressource svage og måske tillige ikke etnisk danske patient, har et andet og mere individuelt behov for diætrådgivning ud fra netop individuel formåen.

På side 14 under afsnittet Pædagogiske tilgange, er der peget på, at den teoretiske holdundervisning kan suppleres med studietur i dagligvare butik. Mener ikke, at der er undersøgelser, der viser, at dette er en tilgang, der har pædagogisk effekt? Kan ikke helt forstå, hvorfor henvisning til Livsstilscenter Brædstrup er nævnt lige i det afsnit. Skal naturligvis med som en vigtig information som en mulighed.

Afsnittet om Ernæringsintervention er velskrevet og dækker de komplekse ernæringsproblematikker som erfaringsmæssigt er en del af det billede, som opleves i praksis. Ingen tvivl om, at mange patienter kan komme langt ved at indføre enkle nye madvaner ud fra gængse officielle kostråd, som mange sundhedsfaglige personer, kan undervise/vejlede omkring. Dog kan det vel ikke forventes, at andre sundhedsfaglige kan have samme detaljerede indsigt i nyeste forskningsresultater om, hvilken madsammensætning eller hvilke enkeltstående madvarer der henholdsvis fremmer eller hæmmer lipid profilen? Derfor undrer det, at der i Fase 1 ikke klart er anbefalet, at informationen varetages af en klinisk diætist (side 15)

Kommunerne står til at overtage fase 2. Alle kommuner har naturligvis kroniker tilbud. Ud fra mit kendskab og samarbejde med de midt- og østlige kommuner, så er det mit indtryk, at ikke alle kommuner på nuværende tidspunkt har de fornødne ressourcer til at løfte opgaven omkring fase 2 fuldt ud. Og måske lige netop i lyset af, at flere i denne gruppe kan være multisyge og have et øget behov for mere specifik individuel ernæringsrådgivning.

Den 16. juni 2015

Det kardiologiske specialeråds høringsvar vedr. forløbsprogram for hjertesygdom maj 2015.

Specialerådet har med interesse læst ovenstående forløbsprogram, som er ganske bredtfavnende og omfatter en udvidelse af målgruppen for hjerterehabilitering, samt en ændret anbefaling af den organisatoriske placering af den non-farmakologiske del af hjerterehabiliterings fase 2.

Specialerådet har følgende bemærkninger:

Trods ønske om at flytte den non-farmakologiske del af hjerterehabiliteringen til kommunerne, vil der stadig være et behov for specialiseret genoptræning af hjertepatienter på hospitalerne. Det gælder både for de patienter, som ikke indbefattes af forløbsprogrammet (eksempelvis aortadissektion), men også svært syge hjertepatienter, patienter med forhøjet risiko eller med særlige genoptræningsbehov. Her menes patienter med arytmirisiko (ICD implanterede), patienter der er ufuldstændigt revaskulariserede, patienter med hjertesvigt (EF < 45 %), eller patienter med anden betydende komorbiditet, eksempelvis kardiell kakeksi.

Det anbefales at alle hjertepatienter vurderes af en kardiologisk speciallæge, eller en uddannelseslæge under supervision, ved en indledende rehabiliteringssamtale mellem fase 1 og fase 2. Her skal det vurderes, om det skønnes forsvarligt, at patienten er parat til at starte fysisk træning, eller om der er behov for yderligere behandlingstiltag.

Herefter skal der gennemføres en hændelsesfri maximal belastningscykeltest (watt-max test), for at afklare om patientens kredsløb kan tåle en betydende fysisk belastning. Specialerådet anbefaler at denne test foretages i hospitalsregi, så eventuelle komplikationer kan behandles af kardiologisk ekspertise med øjeblikkelig varsel. Denne test bør derfor ikke foretages kommunalt, som det ellers er blevet fremhævet i den seneste udgave af høringsvaret sendt per mail den 28/5 2015.

Patienter med veludført belastningscykeltest vil kunne fortsætte fysisk genoptræning i kommunalt regi. Derimod bør ovennævnte risikopatienter tilbydes 6 ugers genoptræning i hospitalsregi, hvorefter de vil kunne flyttes til kommunalt regi, hvis rehabiliteringen har forløbet problemfrit. Det skal være muligt for den enkelte risikopatient at blive flyttet til kommunal genoptræning før de første 6 uger er gået, hvis det er geografisk mest hensigtsmæssigt for patienten, og det samtidig skønnes forsvarligt. Dette tiltag foreslås, for at sikre at så få patienter som muligt, forlader deres hjerterehabiliteringsforløb grundet lange transporttider.

Specialerådet har orienteret sig om strukturen i Region Syd, som synes velfungerende og kunne have ønsket, at der var refereret til rehabiliteringsindsatsen i Region Syd, i udarbejdelsen af nærværende forløbsprogram (<http://www.dialog-net.dk/wm390360>). I Region Syd har der været generel tilfredshed med hjerterehabiliteringen, dog har patienterne været mindre tilfredse med den psykiske støtte, som de og deres pårørende fik tilbudt, hvilket bør tages ad notam i nærværende forløbsprogram (<http://www.dialog-net.dk/wm360059>).

For alle patienter anbefales det, at den afsluttende lægekontrol, samt den afsluttende belastningscykeltest, foretages i hospitalsregi. Testene skal gennemføres ud fra samme protokol, så resultaterne er sammenlignelige. For at sikre datakomplethed skal indrapportering til Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase ligeledes foretages i hospitalsregi.

Screening for angst og depression anbefales foretaget af den instans, som forestår rehabiliteringen for den enkelte patient 6 uger efter udskrivelsen.

Med nyetablerede rehabiliteringsenheder i hver kommune, synes det ikke sandsynligt, at ønsket om en ensartethed i hjerterehabiliteringsindsatsen opnås i Region Midt. Derfor anbefaler specialerådet, at det nye forløbsprogram evalueres løbende, for at sikre at patienter uanset geografisk lokalisation, tilbydes den bedst mulige rehabilitering. Denne evaluering bør ske første gang efter ca. 6 måneder, for at imødekomme uforudsete u hensigtsmæssigheder. Særligt må man forvente en øget belastning af hospitalernes lægeressourcer, da der med stor sandsynlighed vil være en del spørgsmål og usikkerheder i initieringsfasen af denne nye struktur, sammenholdt med at det lægelige ansvar stadig vil være hospitalernes. Samlet set kan denne nye måde at rehabilitere på, vise sig at være dyrere end den nuværende.

På det kardiologiske specialeråds vegne,

Overlæge
Niels Holmark Andersen
Formand

Overlæge
Jens Uffe Brorholt-Petersen
Næstformand

Hermed en enkelt kommentar fra palliativt råd i RM til afsnittet ang. palliation til hjertepatienter:

Anbefaler at der i første afsnittet suppleres med:
at "Indsatsen er tværfaglig og retter sig mod både patienter og pårørende"

Jeg ved I har ønsket et link til EORTC skemaet – måske I vil anvende dette link?

<http://www.eortc.be/qol/files/C15/QLQ-C15-PAL%20Danish.pdf>

På vegne af palliativt råd



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

PLO-Midtjylland

15.06.2015

Til

Formandskabet for forløbsprogramgruppe for hjertesygdom
Nære Sundhedstilbud
Strategi og Planlægning
Skottenborg 26
8800 Viborg
Forloepsprogram.hjertesygdom@stab.rm.dk

CT.MIDT/2013-6501

Villa Medici
Fredens Torv 3 B
8000 Aarhus C

Tlf.: 8730 9030
Tlf.: 8730 9031 (direkte)

E-post: ct@dadl.dk

Fax: 87309020

www.lfmidt.dk

Høringsvar fra PLO til forløbsprogrammer for hjertesygdom

PLO Midtjylland takker for muligheden for at kunne kommentere forløbsprogrammet.

Generelt vil vi håbe, at forløbsprogrammet kan medvirke til bedre kommunikation mellem sektorerne, og at det vil understøtte hensigtsmæssige tiltag på alle niveauer.

Konkret har vi følgende kommentarer:

Henvisningskriterierne eller kravene til henvisningens detaljeringsgrad må ikke blive en barriere for, at patienten kommer i et genoptræningsforløb. Jo enklere adgangen er, jo flere vil kunne benytte sig af tilbuddet.

Vi vil påpege problemet med, at når man lægger genoptræningstilbud og undervisning (fase 2) i dagstiden, så risikerer man at udelukke den erhvervsaktive del af patienterne – hvilket udgør en stor af patientgruppen. Det er en barriere for en del patienter i forhold til at tage imod tilbuddet om henvisning til genoptræning.

Multisyge: Ud over nogle få anbefalinger på side 34, er der ikke nævnt noget konkret om, hvordan man vil håndtere den store gruppe af patienter som har flere diagnoser. At måle blodsukkeret, er ikke en indikator for hvordan man håndterer denne vanskelige patientgruppe. Vi efterlyser en beskrivelse af en mere sammenhængende indsats for denne store patientgruppe, samt at indikatorerne tager højde for multimorbiditet.

Indikatorerne for almen praksis er tvivlsomme og afspejler ikke virkeligheden, jfr. de aspekter som nævnes i de ovennævnte kommentarer.

Diagnostik, opsporing og forebyggelse står der i forløbsprogrammet ikke så meget om – man kunne godt beskrive en sammenhængende indsats i denne sammenhæng.

I almen praksis bruger vi i højere og højere grad hjemmeblodtryk eller døgnblodtryks målinger. Det er ikke nævnt i forløbsprogrammet? Er det fordi man mangler studier på området, eller er det bevidst udeholdt?

Vi kan også nævne, at Sundhed.dk er vanskelig at orientere sig på, telefonnumre og vejledningsmuligheder skal være tydelige i forhold til målgrupperne.

Konkrete kommentarer:

Side 8: Under diagnosekoderne vil vi anbefale, at man også tager ICPC koderne med, for at understøtte det sammenhængende forløb.

Side 13-14: Hvem har ansvaret for patientuddannelserne? Sygehus? Kommuner? Vi savner konkretisering.

Side 18-20, ernæringsintervention: Hvordan skal det praktisk foregå? Hvad er det kommunale ansvar, sygehusenes ansvar, almen praksis ansvar?

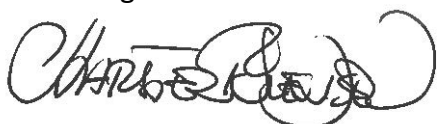
Side 23: Får egen læge besked ifht. Vestkronik systemet? Eller er det først nå patienten møder op med brevet. Vi vil påpege at det vil være et stort problem, hvis almen praksis blot får en "bestilling på SSRI".

PLO-M kan se et problem i, at patienterne får tilsendt screeningsvar med diagnose på pr. brev. Vi vil i øvrigt bemærke, at dette må kategoriseres som en ny opgave.

Side 31: Det er vel de dårligste patienter som i største omfang skal være i nærheden af en defibrillator hvis de skal prøve at træne, de har behov for fortsat genoptræning i hospitalsregi? Mange af disse patienter bliver inaktive, da de ikke tør at belaste.

Side 34: Hvem har ansvaret for genoptræningsplanen?

Med venlig hilsen



Karsten Rejkjær Svendsen

Formand for PLO – Midtjylland

Mail: rejkjaer@dadlnet.dk

Privat: Fresiavej 24, 6980 Tim Tlf. 9733 3912. Mobil 2049 3912

Praksis: Stationsvej 6, 6980 Tim. Tlf. 9733 3311

Til Nære Sundhedstilbud

Viborg, den 3. juni 2015

Sundhedsbrugerrådets hørings svar vedrørende forløbsprogram for hjertesygdom.

Det er Sundhedsbrugerrådet i Region Midtjyllands opfattelse, at forløbsprogrammer for specifikke sygdomsgrupper har medført et betydeligt kvalitetsløft for behandling, pleje og rehabilitering af patienter med svære lidelser, hvor der ofte sker overgang mellem sundhedsvæsenets sektorer.

Fokus på opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører i et tværfagligt samarbejde om at tilrettelægge evidensbaseret behandling, pleje og rehabilitering, har vist sig overordentligt effektiv for patienter med single lidelser.

Det er derfor positivt, at men ved denne revision af forløbsprogrammet for hjertesygdomme også udvider patientkredsen til at omfatte iskæmisk hjertesygdom og klapopererede, således at patientgruppen, der er omfattet, er den samme som Sundhedsstyrelsens målgruppe, som den er defineret i den nationale kliniske retningslinje om hjerterehabilitering.

Det er ligeledes positivt, at sygdomsforståelse, patient og pårørendes inddragelse i behandlingen er bedre beskrevet.

Efter Sundhedsbrugerrådet i Region Midtjyllands opfattelse mangler der en bedre sikkerhed for, at de mange gode beskrivelser af patientuddannelse compliance og patientinddragelse vitterlig finder sted, og at patienterne deltager.

Sundhedsbrugerrådet i Region Midtjylland er enig i, at den non-farmakologiske del af fase 3-hjerterehabilitering kan overgå til kommunalt regi i løbet af den eksisterende sundhedsaftaleperiode under forudsætning af, at kvaliteten er i orden, økonomien følger med og at de patienter, der har behov for indsats på specialiseret hospitalsniveau, sikres denne.

Sundhedsbrugerrådet i Region Midtjylland mangler derimod en langt mere fokuseret indsats mod tilbagefald og genindlæggelse. Tilbagefald og genindlæggelse er en alvorlig belastning af det danske sundhedssystem, der trækker kapacitet ud, hvor det kunne anvendes bedre.

Endelig mangler det foreliggende oplæg en bedre beskrivelse af foranstaltninger i forbindelse med multisyge. Den altovervejende del af de patientgrupper, der er omfattet af dette forløbsprogram (91%) er multisyge. Vores dårlige livsstil gennem de sidste 30-40 år er en del af forklaringen på det voksende antal multisyge. Men der er også en mere positiv forklaring: Vi er blevet bedre til at behandle. Flere patienter overlever de enkelte sygdomme, og i takt med, at vi bliver ældre, lever vi derfor med flere kroniske sygdomme som hjertekarsygdomme, KOL, kræft og sukkersyge.

Region Midtjyllands Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling offentliggjorde i 2012 et studie, der viste:

- 38 procent af alle danskere lider af to eller flere langvarige lidelser.
- 91 procent af alle hjertekarpatienter lider af mindst en anden langvarig lidelse. De hyppigste er foruden forhøjet blodtryk, slidgigt, rygsygdom, psykiske lidelser som angst, depression, migræne eller hyppig hovedpine. Hertil kommer kræft, KOL, sukkersyge og nyresygdom.
- 12 procent af den danske befolkning har i løbet af et halvt år taget 6 eller flere forskellige receptpligtige lægemidler.
- Heraf er 40 procent hjertekarpatienter.

Et godt bud på en del af forløbsprogram for hjertesygge med svær ko-morbiditet kunne være en diagnostisk enhed som den på Regionshospitalet i Silkeborg. Men polyfarmaci er en udfordring sammen med compliance og interaktion. Patienternes og de pårørendes forståelse af medikamenters betydning og indvirkning med hinanden vanskeliggøres i svær grad med stigende antal medikamenter. I mange sammenhænge af komorbiditet er praksislægens overordnede ansvar for medicinering udfordret.

De multisygge bliver behandlet for én sygdom ad gangen på hver sygdoms specialafdeling. De kastes rundt mellem afdelingerne og har utallige kontaktpersoner i sundhedsvæsenet. Flere af dem tager helt op til femten forskellige lægemidler, og de skal leve op til kostråd, gå til undersøgelser og følge programmer for rehabilitering. Retningslinjerne for behandling af de enkelte sygdomme kan give patienten så mange opgaver, at det slet ikke kan lade sig gøre at følge dem alle, og én sygdom kan forhindre behandlingen af en anden.

Klinisk Epidemiologisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital konkluderede i en stor undersøgelse, at risikoen for at dø inden for det første år efter en blodprop i hjertet er næsten fire gange så stor, hvis patienten er svær multisyg, end hvis vedkommende ikke lider af andre sygdomme. Studiet viste desuden, at antallet af patienter, der blev indlagt med en stor blodprop i hjertet på danske hospitaler og som samtidigt var multisygge på tyve år er vokset med 50 procent.

Efter Sundhedsbrugerrådet i Region Midtjyllands opfattelse ligger der en betydelig udfordring forude med at få tilendebragt en revision af det foreliggende forløbsprogram for hjertesygge.

Med venlig hilsen
Sundhedsbrugerrådet i Region Midtjylland
Birgit Hagen, formand

Formandskabet
Forløbsprogram for hjertesygdom



Dato 12.06.2015

Ref. HKA

Direkte tlf. 7846 2210

Høringssvar Forløbsprogram for hjertesygdom, 4. udgave maj 2015.

Regionsterapeutrådet i Region Midt takker for muligheden for at afgive høringssvar på *Forløbsprogram for hjertesygdom, 4. udgave maj 2015*

Generel vurdering

Det reviderede forløbsprogram omfatter en udvidelse af målgruppen og inkluderer flere diagnoser inden for hjerteområdet, hvilket sammenholdt med tidligere versioner er en relevant forbedring. Desuden sikres en logisk fremstilling ved at programmet er opbygget i overensstemmelse med patientforløbets kronologi.

Det er positivt at forløbsprogrammet fremadrettet inddrager erfaringer og best practice. Imidlertid kunne det have været ønskeligt at det aktuelle høringssudkast i højere grad havde inddraget de allerede høstede faglige erfaringer og den evidensbaserede praksis på området, som er opnået og udviklet i den tid rehabiliteringen har fungeret i regionalt regi.

Den væsentligste ændring fra tidligere version af forløbsprogrammet er en flytning af fase II hjerterehabiliteringen fra hospitalsregi til det kommunale regi. Dette forhold har indflydelse på evidensen for hjerterehabilitering, idet denne er baseret på forskning gennemført enten i hospitalsregi alternativt på højt specialiserede hjertecentre. Det er således usikkert om evidensen er gældende i en ændret kontekst.

Det er vores overordnede vurdering at programmet bygger på en manglende forståelse af kompleksiteten og kravet til specialiseringen af hjerterehabilitering. Netop kompleksiteten blandt hjertesygge er så udtalt, at det for de fleste kræver tæt tværfaglig opfølgning det første halve år efter udskrivelsen. Det gælder såvel behandlingsmæssigt med problematikker som stærkt reduceret aerob kapacitet, hypertension, medicinkompliance, arytmier som kognitive og psykosociale problemstillinger.

Side 1/4

Evidensbaseret af hjerterehabilitering kræver højt specialiseret og tværfaglig ekspertise – en ekspertise som kun kan lade sig gøre ved et tæt fysisk samarbejde mellem hjertekirurger, kardiologer, fysioterapeuter, sygeplejersker og diætister. Derfor ser vi det som en forringelse af patientens fase II forløb hvis det lægges ud til kommunerne i Region Midtjylland. De kompetencer der er beskrevet i udkastet kan kun varetages (evidensbaseret) ved i dagligdagen at arbejde i de involverede specialer.

Forløbsprogrammet lægger op til at definere, hvilke patienter der skal deltage i specialiseret genoptræning. Vi mener det er nødvendigt at det fortsat er speciallægerne der kan foretage en sådan faglig vurdering.

Regionsterapeutrådet er enig i, at det tværsektorielle samarbejde omkring den enkelte patient skal optimeres. Dette kan ske i form af et tættere samarbejde og udslusning af patienter i fase II hjerterehabilitering fra hospitalsregi til det kommunale regi. Her vil det være oplagt at arbejde med delestillinger og fælles kompetenceudvikling. Ligeledes vil anvendelse af sundhedsteknologiske metoder på tværs af sektorer være en løsning for nogle patienter.

En fremtidig udvikling af tilbuddet forudsætter at der gennemføres tværdisciplinære forskningsprojekter inden for rehabilitering af hjertepatienter. Det kræver volumen, avanceret udstyr, specialiserede kompetencer, og tæt tværfagligt samarbejde at udvikle, forske og implementere evidensbaseret praksis indenfor fase I og II hjerterehabilitering. Det er anerkendt i det danske sundhedsvæsen at en forudsætning for at oparbejde og vedligeholde de nødvendige kompetencer indenfor områder med højt specialiseret undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering er et tilstrækkeligt volumen. Det samme gør sig gældende når det drejer sig om forskning og udvikling. En udlæggelse af fase II hjerterehabilitering til kommunerne vil betyde at mange kommuner ikke vil have et tilstrækkeligt volumen til at kunne leve op til ovenstående forudsætninger. Ligeledes vil Region Midtjylland miste et væsentligt forskningsområde, og dermed muligheden for at være førende indenfor dette område såvel nationalt som internationalt.

Side 2/4

Vurdering af de enkelte områder

Målgruppen: Som kommentarer til patientgrupperne er det vores erfaring, at kun ganske få patienter uanset diagnose er ukomplicerede eller kliniske stabile. I fase II af hjerterehabilitering identificeres manglende revaskularisering under fysisk test eller under genoptræningen, arytmier, mangelfuld medicinkompliance, medicin interaktioner/bivirkninger, angst og depression (v/HADS), manglende optitrering, hypertension/hypotension, KOL, præ-DM II og nedsat helbredsrelateret livskvalitet. Ofte har den enkelte patient flere af ovenstående problemstillinger. Konsekvensen af at der ikke øjeblikkeligt tages hånd om mange af disse problemstillinger betyder øget cardiovascular morbiditet (genindlæggelser). Vi er bekymrede for om kommunerne har de nødvendige kompeten-

cer, udstyr og muligheder for at identificere ovenstående problemstillinger.

Pædagogisk tilgang: Sundeste livsstil bør ændres til hjertevenlig livsstil. At fremme patienter/borgers handlekompetence og mestring kræver stor pædagogisk indsigt og kompetence oveni den højt specialiserede viden om patientens sygdom og sygdomsudvikling. Det er et langt sejt træk at få hjertepatienten til at ændre livsstil. Derfor bør denne tilgang være essentiel både i fase II og III.

Fysisk træning: Ved opstart af fysisk træning i hjerterehabilitering fase II vurderes hovedparten af patienterne til at være revaskulariserede og asymptomatiske. Når patienterne imidlertid testes og påbegynder intensiv genoptræning opstår der ofte komplikationer såsom angina pectoris, hypertension og manglende medicinsk optitrering. Netop dette er essentielt, idet det kræver specialistviden og tæt tværfagligt samarbejde at identificere disse tilstande såvel i forbindelse med fysisk træning som i rehabiliteringsforløbet generelt. Bl.a. derfor kan vi ikke anbefale at hjerterehabilitering flyttes til kommunen i fase II i den form der er beskrevet i forløbsprogrammet.

S. 16 under test mangler der EKG overvågning. Dette er et af parametrene i DANAMI II protokollen, og er en forudsætning for at kunne observere og identificere myokardiel iskæmi og rytmeproblematikker. Ligeledes er specialudstyr en forudsætning for at der sideløbende med testen kan gennemføres målinger af blodtryk og puls.

Gennemførelse af den foreslåede test forudsætter således dels at de enkelte kommunale genoptræningscentre råder over EKG udstyr, og at det personale som gennemfører testene kan fortolke signalerne. Jf. internationale anbefalinger og DCS kræver gennemførelse og analyse af en arbejdsbelastningstest udstyr, specifikke kompetencer samt at afdelingen har et tilstrækkeligt volumen af test. Vi anbefaler derfor at arbejdsbelastningstesten gennemføres i hospitalsregi.

Det fremgår ikke at de fysioterapeuter som forestår genoptræningen skal være kardiologisk uddannede. Dette er ikke i overensstemmelse med internationale anbefalinger som forudsætter at fysioterapeuter som varetager genoptræning af hjertepatienter i lighed med sygeplejerskerne har den fornødne kardiologiske uddannelse.

Afslutning

Afslutningsvist efterlades vi med indtrykket af at det nye forløbsprogram i udgangspunktet er mindre ambitiøst og giver indtryk af at de krav der stilles til patienternes fysiske formåen og arbejdskapacitet bliver mindre udtalte i fremtidens hjerterehabilitering. Vores bekymring går på, at hvis patienterne ikke får den fornødne kvalitet i rehabiliteringen, begrænses de i deres aktivitetsudfoldelse og man risikerer at restlevetiden og kvaliteten af denne bliver mindre for patienter med hjertesygdom.

Fra Regionsterapeutrådet håber vi, ovenstående vurderinger og kommentarer kan bidrage til kvalificering af det videre arbejde med forløbsprogrammet for hjertesygdom. Vi stiller os gerne til rådighed med uddybende synspunkter og kommentarer hvis programgruppen ønsker dette.

På vegne af Regionsterapeutrådet i Region Midt

Helle Kruise-Andersen
Terapifaglig chef
Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen
Aarhus Universitetshospital

midt
regionmidtjylland

Regionsældreråd Midtjylland

En del af



09062015

Regionsældrerådets hørings svar på udkast til revideret Forløbsprogram for hjertesygdom.

Regionsældreråd Midtjylland takker for muligheden for at afgive et hørings svar.

Efter rådets opfattelse er der tale om et meget ambitiøst program, som, når det er gennemført, vil betyde et kvantespring i behandlingen af hjertepatienter.

Udkastet foreslår en gennemgribende udvidelse af målgruppen og en fuldstændig anderledes fordeling af opgaverne mellem regionen og de to andre parter i sundhedsaftalen, kommunerne og almen praksis.

Regionsældrerådet vil stærkt anbefale, at alle hjertesygdomme bliver medregnet i forløbsprogrammet.

Den helt store ændring foreslås i organisering af behandlingen af hjertepatienter i fase 2, det vil sige efter udskrivning fra hospital. Efter forslaget skal fase 2 rehabilitering fortrinsvis foregå i kommunernes regi. Det indebærer umiddelbart fordele for patienterne, som får kortere afstand til træningscentret. Dermed forbedres sikkert også patienternes deltagelse i genoptræningsprogrammet (mindre frafald).

Efter Regionsældrerådets opfattelse vil forslaget også føre til øget ensartethed samt et kvalitetsløft af indsatsen. Men det forudsætter, at der fortsat arbejdes målrettet med de uafklarede punkter, som for eksempel de økonomiske forhold. Læs: Opgaveoverdragelse fra region til kommuner.

Pengene skal følge med.

Det er også vigtigt, at der sker en grundig planlægning, og at igangsætning sker på samme tidspunkt i hele regionen. Der er foreslået en startdato per 1. januar 2017. Efter Regionsældrerådets opfattelse er det nok for optimistisk, når man tager i betragtning, at 19 kommuner alle skal være klar til at påtage sig opgaven. De kommunale budgetter skal passe til virkeligheden efter opgaveoverdragelsen. Det samme gælder personale og arbejdspladser. Det er en stor udfordring for kommunerne.

Regionsældrerådet vil med stor interesse følge det videre arbejde med implementeringen af det foreslåede forløbsprogram, som efter rådets opfattelse vil medføre betydelige fordele for den enkelte patient.

Med venlig hilsen

Regionsældrerådet

Anker Andersen

karenanker@jafnet.dk

Regionsældrerådet i Midtjylland er talerør for alle 60+ borgere i de 19 kommuner i Region Midtjylland
Formand: Anker Andersen, Hedensted, telefon: 75 68 5061 eller 31 90 1246, e-mail: karenanker@jafnet.dk
Næstformand: Jens Erik Madsen, Norddjurs, telefon: 21 61 0737 eller e-mail: jenserik@post3.tele.dk