

Høringsnotat vedr. faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom

Høringsnotat

Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom blev sendt i høring fra den 5. oktober 2017 til 1. november 2017. I alt modtog Sundhedsstyrelsen 53 høringssvar fra 31 kommuner, 2 regioner, og 20 andre høringssparter. Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at så mange kommuner, regioner, faglige selskaber, interesseorganisationer og andre parter har prioriteret at afgive høringssvar til de faglige anbefalinger. Høringskommentarerne er i relevant omfang indarbejdet i de endelige anbefalinger. Dette notat opsummerer hovedtemaer i høringssvarene.

Generelle kommentarer

Relevans af anbefalinger

Høringssparterne er generelt positive over for anbefalingerne, der forventes at medvirke til at understøtte sammenhængende forløb af høj kvalitet for patienter med hjertesygdom på tværs af landet. Flere påpeger i den sammenhæng, at anbefalingerne danner et godt overblik over ansvarsfordelingen mellem sektorerne med et fokus på kommunikation og samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle.

Flere høringssparter ser positivt på, at anbefalingerne har et bredere perspektiv end hjertepakkerne og dermed fokus på bl.a. rehabilitering, palliation og organisering af forløbene.

Varetagelse af rehabiliteringsindsatsen

Flere høringssparter påpeger, at anbefalingerne ændrer i den hidtidige opgavefordeling for hjerte-rehabiliteringen, idet flere rehabiliteringsforløb forventes varetaget i kommunen. Dette vurderes af nogle høringssparter at bryde med hidtidig praksis. I den forbindelse efterspørges de faglige overvejelser, der ligger bag denne opgaveglidning. Opgaveglidningen medfører hos nogle høringssparter bekymring for afbrudte, forsinkede eller uhensigtsmæssige forløb, og for, om patienter kan få relevant medicinsk behandling uden for sygehusregi. Det anføres endvidere, at rehabiliteringen med forslaget går fra en evidensbaseret indsats i sygehusregi til en ikke-evidensbaseret og ikke monitoreret indsats i kommunerne. Derfor anbefaler nogle høringssparter at fastholde den nuværende opgavefordeling, mens andre anbefaler at vente med at flytte rehabilitering af patienter med mere komplekse hjertesygdomme til kommunalt regi, indtil der foreligger retningslinjer på området. Andre høringssvar finder det i overensstemmelse med den nationale strategi om at levere sundhedsydelser hos borgeren, at rehabiliteringen i stigende grad skal varetages i kommunerne. Flere høringssvar peger på, at nogle kommuner allerede varetager rehabilitering for borgere med hjertesygdom, og at anbefalingerne understøtter dette arbejde.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at rehabilitering indgår som en del af den generelle opgaveglidning, der sker disse år inden for bl.a. varetagelse af indsatser for borgere med kronisk sygdom. Det er således en klar anbefaling, at rehabilitering i højere grad bør foregå i kommunerne for langt størstedelen af patienter med hjertesygdom. Der stilles krav til, at varetagelse af den kommunale rehabilitering for borgere med hjertesygdom følger de *Nationale Behandlingsvejledninger* fra Dansk Cardiologisk Selskab og Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*. Organisatoriske ændringer i varetagelsen af rehabilitering skal aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne, og forventes at foregå over de næste år for de regioner/kommuner i regionen, hvor det ikke er sket.

Enkelte høringsparter ser gerne, at rehabiliteringsindsatserne beskrives mere specialiseret, da de forskellige hjertesygdomme kræver forskellig rehabilitering. Det bemærkes i den sammenhæng, at anbefalingerne henviser til *Nationale Behandlingsvejledninger* fra Dansk Cardiologisk Selskab, der udspecificerer rehabiliteringen for de forskellige sygdomme/tilstande. I de endelige anbefalinger forsøges denne kobling tydeliggjort.

Angst og depression

Nogle hørings svar understreger vigtigheden af at opspore angst og depression i alle patientgrupper, og at det skal være tydeligt, hvem der er ansvarlig, og hvornår opsporingen skal ske i forløbet. Sundhedsstyrelsen anerkender, at det er et fælles ansvar at opspore angst og depression, da det er noget, der kan opstå løbende i forløbet. I de endelige anbefalinger fremhæves dette ansvar, og det påpeges, at opsporing kan ske i kommunerne fx som en del af den afklarende samtale.

Monitorering og kvalitetssikring

Monitorering og kvalitetssikring af den kommunale indsats hilses velkommen af høringsparterne, men det påpeges, at kommunerne i dag ikke har systemer der understøtter monitorering. På nuværende tidspunkt er det ikke muligt for kommunerne at indberette data til den Nationale Hjerterehabiliteringsdatabase, som sygehusene indberetter til. Nogle kommuner har derfor udviklet deres egne databaser. Flere høringsparter peger på, at der skal findes en fælles model som sikrer nem adgang til indberetning i nationale databaser. Flere høringsparter er enige i, at det er et særdeles komplekst arbejde, og at det er nødvendigt, at Sundhedsstyrelsen sætter rammerne for en national model, som kan sikre ensartet registrering og monitorering på tværs af landet. Enkelte høringsparter finder afsnittet mangelfuld og mener at det er vigtigt at sikre en korrekt monitorering med hensyn til opfyldelsesgrad, effekt og sammenligning regionerne imellem.

Målgruppe

Høringsparterne er positive over den udvidede målgruppe, hvor også patienter med arytmi indgår. Dette medfører dog et behov for en beskrivelse af det faglige indhold af rehabiliteringen af denne patientgruppe for at sikre en ensartethed på tværs af landet. Sundhedsstyrelsen bemærker, at gruppen af patienter med arytmi er meget heterogen, og deraf kan have forskellige behov for rehabilitering. Derfor vil det ofte være en tilgrundliggende sygdom, som bestemmer behovet for hjerterehabilitering. De endelige anbefalinger fremhæver dette og beskriver evidens for rehabiliteringsindsatsen.

Nogle hørings svar opfordrer til at inkludere STEMI, ventrikulær takykardi og hjertestop i anbefalingerne, da det vil styrke kvaliteten i dokumentet og medvirke til at højne kvaliteten i opfølgningen til disse patientgrupper. Sundhedsstyrelsen bemærker, at målgruppen for anbefalingerne er patienter med ikke-akutte hjertesygdomme, idet anbefalingerne erstatter hjertepakkerne for de samme målgrupper. Dertil er det af Sundhedsstyrelsens Udvalg for Hjertesygdomme og arbejdsgruppen for udvikling af de tværsektorielle anbefalinger for mennesker med hjertesygdom fundet

relevant at inkludere patienter med arytmie, da denne gruppe har forholdsvis enslydende behov gennem forløbet som for de øvrige hjertesygdomme. Akutte hjertesygdomme er ikke medtaget i anbefalingerne, idet grupperne har andre akutte behov, eksempelvis i forhold til den præhospitale indsats. Dette er uden for rammerne af disse anbefalinger.

Henvi sning til kommunal rehabilitering og genoptræning

Flere høringsparter finder det positivt, at der i anbefalingerne er tydelig skelnen mellem de forskellige henvisningsveje til de kommunale tilbud. Dog mener flere, at der kan være tydeligere angivelse af, hvornår der skal henvises til genoptræning med en genoptræningsplan (almen og specialiseret genoptræning) og henvisning til en afklarende samtale i kommunen med henblik på rehabilitering via en kommunehenvisning. I de endelige anbefalinger fremgår de forskellige henvisningsmuligheder, hvilket har til hensigt at give den udskrevne sygehusafdeling overblik over, hvilke dokumenter, der kan benyttes ved henvisning til rehabilitering i kommunen.

Fysisk arbejdstest

Flere høringsparter påpeger, at anbefalingerne går imod øvrige anbefalinger ved at foreslå, at kun udvalgte patienter skal gennemføre en arbejdstest. Da testens resultater er vigtige for dialogen med patienten om betydning af fysisk aktivitet, samt kvalitetssikring af indsatsen, opfordrer høringsparter til, at alle patienter tilbydes arbejdstesten. I den endelige version af anbefalingerne henviser vi i højere grad til de *Nationale Behandlingsvejledninger* i forhold til beskrivelse af risikovurderingen forud for igangsættelse af den fysiske træning.

Palliation

Flere parter finder det positivt, at anbefalingerne anvender et bredt begreb i forhold til palliation, der omfatter alle patienter med livstruende sygdom og har fokus på at fremme livskvaliteten igennem hele sygdomsforløbet. Ligeledes er det positivt, at palliation skal tilbydes ud fra den enkeltes behov. Der ønskes imidlertid en uddybning af beskrivelserne om palliation, der i højere grad konkretiserer brugen af palliation ved brug af eksempler. Endvidere bør anbefalingerne henvise til DCS's holdningspapir 2016 nr. 5 "*Palliation ved fremskreden hjertesygdom*", der beskriver problemstillingerne ved palliation. Sundhedsstyrelsen bemærker, at der parallelt med udvikling af de tværsektorielle anbefalinger for mennesker med hjertesygdom er foretaget en opdatering af publikationen *Anbefalinger for den palliative indsats*. I den endelige version af anbefalingerne henvises i højere grad til indholdet af den opdaterede publikation.

Kommunikation og ansvarsfordeling

Enkelte hørings svar ønsker det præciseret, hvordan ansvaret fordeles mellem den alment praktiserende læge og sygehuset ved de forskellige forløbstyper. Det påpeges, at især formuleringen "*det tydeligt i hvert enkelt tilfælde aftales*" bør omformuleres, så usikkerheden mindskes. En høringspart peger på, at der mangler en beskrivelse af, hvem der er ansvarlig læge i forhold til de borgere, der får tilbud om rehabilitering i kommunalt regi efter udskrivelse. En anden høringspart ønsker det ligeledes præciseret, hvorvidt det er hospitalets eller almen praksis' ansvar at behandle patienter med komorbiditet. Sundhedsstyrelsen bemærker, at det i den endelige version af anbefalingerne er forsøgt præciseret, hvor det bl.a. fremgår, at kardiolog på sygehus/speciallægepraksis anbefales at være den ansvarlige læge under rehabiliteringsforløbet i kommunen.