



Et sundhedsvæsen med hjertet på rette sted

Katalog med konkrete forslag til et
styrket sundhedsvæsen

April 2021

Indledning

Danskernes sundhed er under forandring. Vi står over for et samfund med et voksende antal kronisk syge, en aldrende befolkning, nye teknologiske muligheder og nye forventninger fra patienterne. Derfor er der behov for at genbesøge opbygningen og snitfladerne i vores sundhedsvæsen, så vi er rustet til at håndtere fremtidens patienter og de udfordringer – men også muligheder – der ligger forude.

Hjerteforeningen er enig i behovet for at gentænke dele af vores sundhedsvæsen. Ser man på hjerteområdet isoleret, så rammes over 56.000 danskere hvert år af en hjerte-kar-sygdom¹. Hver fjerde dansker dør af en hjerte-kar-sygdom, og åreforsnævring i hjertet er den enkeltstørste sygdom, som flest danskere dør af. Heldigvis overlever stadig flere deres møde med en hjertesygdom, men størstedelen skal leve med deres sygdom resten af livet. Det betyder, at antallet af kroniske hjertepatienter er stigende, og i dag lever mere end 524.000¹ danskere med en hjerte-kar-sygdom. Det giver nye udfordringer i sundhedsvæsenet, som kalder på nye løsninger.

Hjerteforeningen ønsker, at særligt fire temaer bliver adresseret i en kommende sundhedsaftale, så vi kan skabe et mere nært og lige sundhedsvæsen i fremtiden.

I dette katalog finder du Hjerteforeningens forslag til, hvordan vi når i mål med disse temaer. Kataloget indeholder konkrete løsningsforslag, gode eksempler fra hjerteområdet og andre ideer til en styrkelse af hjerteområdet. Vi giver også vores bud på, hvilke forudsætninger der er afgørende, hvis udflytningen af opgaver til det nære sundhedsvæsen skal blive en succes for patienterne.

For Hjerteforeningen er ambitionen klar: Vi skal have liv uden hjertesygdom. Liv, hvor hjertesygdom ikke fylder negativt eller aldrig opstår.

1.
En stor del af hjerte-kar-sygdom kan forebygges. Derfor er det afgørende, at man i fremtidens sundhedsvæsen har **fokus på strukturelle forebyggelsestiltag**, som kan nå ud til alle borgere.

2.
Hjertepatienterne skal opleve **et bedre og mere sammenhængende forløb** i fremtidens sundhedsvæsen. Det kræver styrkede strukturer og en klar ansvarsfordeling på tværs af sektorer.

3.
Den høje specialisering på landets hjertecentre skal fastholdes, men kombineres med **nære sundhedstilbud**, som er tættere på borgeren, har ensartet kvalitet og en højere grad af systematisk dokumentation.

4.
Livet med en hjerte-kar-sygdom skal være bedre. Derfor skal der være fokus på, at man **kommer godt tilbage til livet**, når man er blevet ramt af en hjerte-kar-sygdom.

1.

Forebyggelse skal sikre fremtiden

Flere og flere danskere lider af kroniske sygdomme - herunder mange hjertepatienter. Det øger behovet for sundhedsvæsenets ydelser, hvilket skal imødekommes - men det er samtidig vigtigt, at vi spørger os selv, hvordan vi kan mindske antallet af kronikere. Her er forebyggelsen afgørende. For fremtiden er det derfor nødvendigt at prioritere forebyggelse markant højere.

Corona har understreget vigtigheden af forebyggelse. Under epidemien har mange kronikere været hårdt ramt, og flere af dem er i øget risiko for et svært sygdomsforløb med COVID-19². Hvis samfundet skal stå stærkere over for fremtidens pandemier, er og bliver mere forebyggelse et afgørende element. Vi skal tage forebyggelse alvorligt og prioritere forebyggelsestiltag i vores samfund, ellers vil antallet af kronikere kun stige og den generelle folkesundhed blive dårligere.

Forebyggelse kan samtidig være nøglen til at mindske uligheden i sundhed. Vi ved, at uligheden er steget, også

i forhold til hjertesygdomme. Danskere, hvis højest opnåede uddannelse er på grundskoleniveau, har to til tre gange så høj risiko for at dø af en hjerte-kar-sygdom sammenlignet med deres jævnaldrende med en lang videregående uddannelse³. Det kan vi som samfund ikke være

Danskere, hvis højest opnåede uddannelse er på grundskoleniveau, har to til tre gange så høj risiko for at dø af en hjerte-kar-sygdom sammenlignet med deres jævnaldrende med en lang videregående uddannelse.

bekendt, når vi har mulighed for at påvirke det. Ulighed i sundhed kan reduceres gennem en ambitiøs forebyggelsesindsats med fokus på strukturelle tiltag, der rammer bredt. For eksempel skal vi beskytte vores børn og unge mod tobak og hjælpe de danskere, der ønsker at stoppe med at ryge. Vi skal indtænke motion til børn og unge i vores uddannelsessystem, og vi skal indtænke sundhed som en naturlig del af fremtidens lovgivning og anlægsprojekter.

Hjerteforeningen ønsker, at strukturel forebyggelse bliver del af en sundhedsaftale, så vi kan forebygge sygdom, og så alle i Danmark får chancen for at leve et sundere, bedre og længere liv.

Hjerteforeningen foreslår

90 kr

At prisen på cigaretter øges hurtigst muligt. En pakke cigaretter skal koste mindst 90 kroner. Prisstigningerne skal implementeres med markante prisstigninger over en kort periode, da det vil give den største effekt – særligt hos de unge rygere⁴.



At det offentlige understøtter flere danskere i at stoppemed at ryge. Det kan for eksempel gøres ved, at man forpligtiger kommunerne til at tilbyde minimum 5 procent af alle daglige rygere et evidensbaseret rygestopkursus, herunder giver mulighed for at få tilskud til rygestop-medicin. Dette svarer til anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen⁵.

§

At man vedtager en folkesundhedslov, som stiller krav til, at man indtænker sundhed i øvrig lovgivning på lige fod med fx indtænkning af klimaet.

2.

Sammenhængende forløb i øjenhøjde med patienten

Hvert år rammes over 56.000 danskere¹ af en hjerte-kar-sygdom. Heldigvis er diagnostik og behandling blevet så god, at langt de fleste overlever deres møde med en hjertesygdom. Men det er ikke nok blot at overleve. Livet skal leves videre med hjertesygdommen. En kronisk hjertesygdom er en omvæltning for både den enkelte patient og de familier, der rammes, og vi skal blive bedre til at hjælpe de mange patienter, som overlever – og som for manges vedkommende skal leve med livslang behandling og opfølgning.

*Hvert år rammes over
56.000 danskere af en
hjerte-kar-sygdom¹.*

Det er velkendt, at patienter ofte oplever udfordringer ved sektorovergangene, eksempelvis mellem sygehus og kommune. For eksempel viser en undersøgelse, at 17 procent af hjertepatienterne ikke ved, hvor de skal henvende sig, hvis de får problemer, efter at de er blevet behandlet på et sygehus⁵. Her gør det sig igen gældende, at de mindst ressourcestærke patienter oftest er dem, der bliver tabt. Det er derfor nødvendigt at have fokus på den individuelle patient og dermed sikre et sammenhængende patientforløb. Her har særligt kommuner og regioner et ansvar. Det er nødvendigt med systematik og forpligtende samarbejde ved sektorskift, så patientens oplevelse af et samlet forløb er i fokus. Det indebærer en klar arbejdsfordeling og klare aftaler om, hvem der har ansvar for hvad i patientens forløb.

KL og Danske Regioner sætter fokus på sammenhæng⁶

I september 2020 præsenterede KL og Danske Regioner 12 fælles pejlemærker, som de mener, en kommende plan for sundhedsvæsenet bør adressere. I Hjerteforeningen har vi med glæde noteret os, at parterne sætter fokus på et mere sammenhængende sundhedsvæsen. Særligt punkt 2 og 8 fra udspillet stiller skarpt på problematikken:

2. "Sundhedssamarbejder skal koordinere patientforløbet for de borgere, der har brug for både kommunen, sygehuset og den praktiserende læge. Det er især ældre medicinske patienter, patienter med kroniske sygdomme og patienter med psykiske lidelser."

8. "Der igangsættes på kort sigt et arbejde med at beskrive og udbrede mange af de gode erfaringer med samarbejde, sammenhængende patientforløb og delegeret behandling, som allerede eksisterer, herunder specialiseret hjerte-rehabilitering og IV-behandling mv."

Skal bedre overgange sikres, så skal der være en god og let datadeling på tværs af sektorer, så patienterne ikke oplever at "starte forfra", når de overgår til en anden sektor.

Der arbejdes allerede med de nære tilbud til patienterne, og Hjerteforeningen mener, at man skal lære af de nuværende erfaringer. Der er bl.a. gode eksempler på såkaldte satellitfunktioner, hvor sundhedspersonale fra hospitalerne også er til stede i de lokale sundhedshuse. Et kendt ansigt kan give tryghed og øge motivationen for at deltage i opfølgning og behandling samt sørge for, at overgangen mellem region og kommune går så gnidningsfrit som muligt.

*En undersøgelse viser, at
17 procent af
hjertepatienterne ikke ved,
hvor de skal henvende sig,
hvis de får problemer, efter
de er blevet behandlet
på et sygehus⁵.*

Der er også gode erfaringer med brobyggersygeplejersker, som for eksempel har deres daglige gang både på hjerteafdelingen, i det kommunale sundhedshus og det kommunale rehabiliteringstilbud. De er dermed både ansat på hospitalet og i kommunen. Disse brobyggersygeplejersker kan møde patienterne i øjenhøjde og tilrettelægge forløb alt efter patientens ressourcer. En af deres hovedopgaver er dermed også at give patienten oplevelsen af en så gnidningsfri overgang mellem sektorerne som muligt.

Hjerteforeningen ønsker, at hjertepatienter sikres et bedre sammenhængende og individualiseret behandlingsforløb på tværs af sektorer. Det indebærer aktiv inddragelse af patienten og dennes pårørende igennem hele forløbet. Og det kræver, at sundhedsvæsenet i højere grad tager et helhedsorienteret ansvar for hjertepatienten og tilrettelægger forløbet, så patienten både får den bedste og individuelt tilpassede behandling og ikke bliver tabt i sektorskiftet mellem regionen og kommunen. Vi mener, at denne tilgang vil forebygge genindlæggelser og styrke patientens tryghed og mentale sundhed og samtidig bidrage til at mindske ulighed i sundhed, da det ofte er de ressourcetsvage, der tabes i sektorskift.

EKSEMPEL:

Delestillinger mellem kommuner og hospitaler

Som del af sundhedsaftalen 2015-2018 har Aalborg Kommune og Aalborg Universitetshospital indgået en aftale om en delestilling mellem hjertemedicinsk afdeling og Sundhedscenter Aalborg. Dette sker blandt andet ved ansættelse af en sygeplejerske med funktion både i hjertemedicinsk afdeling og i hjerterehabiliteringsteam i sundhedscentret. Sygeplejersken har typisk opgaver i specialafdelingen på basisniveau og indgår i det tværfaglige team vedr. hjerterehabilitering i sundhedscentre. Sygeplejersken er med til at skabe bedre sammenhæng mellem behandling på hospitalet og den efterfølgende rehabilitering i kommunen til gavn for hjertepatienterne.

EKSEMPEL:

Satellitfunktioner

Ved satellitfunktioner forstås, at sundhedspersonale fra hospitalerne også er til stede i de lokale sundhedshuse. Formålet er nære tilbud i områder, hvor der er langt til ambulatoriet. Et eksempel er i Skive, hvor hjerteklinikken drives af Hospitalsenheden Midt. Klinikken foretager udredning, kontrol og behandling af hjertesygdomme, herunder ultralydsskanning af hjertet, båndoptagerundersøgelse af hjerterytmen og døgnblodtryksmåling ved sundhedspersonale.

Hjerteforeningen foreslår



At hjertepatienterne sikres en bedre overgang mellem sektorer og et bedre sammenhængende behandlingsforløb, som er tilpasset den enkeltes behov. Det kan bl.a. ske ved brug af brobyggerpsygeplejersker i delestillinger mellem hjerteafdelinger og kommunale rehabiliterings-tilbud samt satellitfunktioner, hvor sundhedspersonale fra hospitalerne også er i de lokale sundhedshuse. Disse funktioner skal have som hovedopgave at sikre gnidningsfri overgange på tværs af sektorer.



At der sikres et systematisk og automatisk dataflow mellem sektorer, så data følger patienten. Det skal sikre, at sektorerne har den relevante viden om patienten, så patienten ikke "starter forfra" ved overgang til en ny sektor.

3.

Et sundhedsvæsen tættere på patienten

Fremtidens sundhedsvæsen skal hænge bedre sammen og være tættere på patienten. Det er afgørende for at komme den geografiske og sociale ulighed til livs. Derfor er det vigtigt, at en kommende sundhedsaftale forholder sig aktivt til at skabe et mere borgernært sundhedsvæsen, der ikke går på kompromis med kvaliteten.

Der har i mange år været fokus på den højt specialiserede behandling på hjertecentrene, og den høje faglige kvalitet, som dette har medført, må vi ikke miste. Men samtidig har vi gennem en årrække oplevet, at behandlingstilbuddene varierer mellem hospitalsenheder, og at speciallægeressourcerne er ulige fordelt. Det er tid til at sikre et løft af de mindre hospitaler, der har svært ved at rekruttere læger, men samtidig modtager en meget stor del af de kroniske hjertepatienter. Hjerteforeningen ønsker derfor, at der oprettes faglige fællesskaber på tværs af større og mindre hospitaler. I disse fællesskaber kan speciallægerne jævnlige rotere, så alle hospitaler sikres en styrket faglighed og den nyeste viden. En mere jævn fordeling af speciallægeressourcer vil bidrage til ensartet behandlingskvalitet.

*Sundhedsstyrelsen har tidligere anslået⁷, at omkring **30-40 procent** af de ambulante hjertepatienter kan flyttes fra hospital til egen læge.*

EKSEMPEL:

Styrk de mindre sygehuse

Flere steder i landet er der gode erfaringer med udvikling af dele- og kombistillinger for læger. For eksempel har man et samarbejde mellem Hjertemedicinsk Ambulatorium, Thisted Sygehus og Aalborg Universitetshospital Kardiologisk Afdeling. Læger fra Aalborg kommer til Thisted en gang om ugen for at tilse de patienter, som går til kontrol på ambulatoriet i Thisted. Samtidig øger de fleksibiliteten og fagligheden i regionen og er i sidste ende med til at afhjælpe lægemangel.

For Hjerteforeningen er et sundhedsvæsen med fokus på tryghed, nærhed og tilgængelighed ikke kun lig med sundhedsydelser tættere på borgeren. Vi skal også sikre de rigtige tilbud på de rigtige tidspunkter til de rigtige personer. Her ser vi digitalisering som en del af løsningen. Digitalisering kan sikre, at sundhedstilbud individualiseres og rammer bredere. Vi skal bruge digitaliseringen til at imødekomme patienternes ønsker og skabe mere målrettede og fleksible patientforløb. Dog skal digitaliseringen altid ske på en måde, så alle, der ønsker det, kommer med, og med fortsat opmærksomhed på, at ikke alle har de fornødne digitale kompetencer.

Hjerteforeningen ønsker, at der skabes et mere patientnært sundhedsvæsen, som fastholder den høje specialisering, men samtidig styrker de mindre sygehuse. Samtidig skal digitale tilbud bruges som en løftestang, så patienterne oplever mere fleksibilitet og frihed.

EKSEMPEL:

Telemedicinsk hjemmemonitorering til hjertesvigtspatienter

Region Nordjylland har i samarbejde med kommuner og praktiserende læger afprøvet og evalueret telemedicinsk hjemmemonitorering til hjertesvigtspatienter. Via en tablet og måleudstyr måler patienterne løbende blodtryk og vægt og besvarer en række spørgsmål om deres sygdom. Data sendes til det sundhedsfaglige personale i patientens kommune, som er uddannet i at fortolke resultaterne. Hvis der er grund til bekymring, kontakter de den praktiserende læge, som også har mulighed for at henvise til hospitalet ved behov. Patienterne har med hjemmemonitoreringen oplevet øget tryghed ved at blive fulgt løbende, og patienterne oplever ligeledes et bedre overblik over deres sygdom. Ligesom tilbuddet også har gjort det muligt at opspore og forebygge forværring af patienternes hjertesygdom.

Hjerteforeningen foreslår



At der sikres ensartet behandling tæt på borgeren, hvor end man bor i landet. For at sikre en ensartet behandlingskvalitet i hele landet skal kardiologiske specialkompetencer fordeles bedre, så sygehusene uden for storbyerne styrkes. Dette kan for eksempel ske ved etablering af faglige fællesskaber mellem hospitalerne og ved samtænkning eller deling af de kardiologiske kompetencer.



At digitale løsninger bruges til at gøre sundhedsvæsenet mere nært og fleksibelt. Det kræver et øget fokus på digitalisering i sundhedsvæsenet, og at man indsamler digitaliseringserfaringer fra sundhedsvæsenet, bl.a. fra tiden under corona. De digitale løsninger skal imødekomme patienternes ønsker og behov, men må ikke påtvinges patienter, der ikke ønsker at benytte tilbuddene.

4.

Godt tilbage til livet

At få en hjertesygdom er en omvæltning for langt de fleste. For mange betyder det også, at man skal igennem et efterfølgende rehabiliteringsforløb for at komme godt tilbage til livet. Desværre oplever alt for mange hjertepatienter, at de ikke får den nødvendige rehabilitering. Rehabilitering støtter den enkelte hjertepatient i at leve det bedst mulige liv med sin sygdom og skal ses som en central del af patientens samlede behandlingsforløb. Men der er stor social ulighed i, hvem der deltager i hjerterehabiliteringen.

Når rehabiliteringen foregår i nærmiljøet, øges sandsynligheden for deltagelse markant⁸. Det er ikke så underligt, for et rehabiliteringsforløb, der gennemføres tæt på patientens bopæl, kan langt bedre forenes med både familie- og arbejdsliv. Lang afstand til rehabilitering er især en barriere for patienter med kort eller ingen uddannelse og lav indkomst, da de ofte har længere rejsetid og er afhængige af offentlig transport⁹. Vi skal have som mål at mindske den sociale ulighed i, hvem der deltager i rehabiliteringen. Det skal ske ved en øget systematik i vurderingen og henvisningen til rehabilitering. Her er det afgørende, at man ikke kun

holder en høj kvalitet i rehabiliteringstilbuddene, men også har proaktiv rekruttering og efterfølgende fastholdelse af patienter, så alle får den afgørende efterbehandling.

Lang afstand til rehabilitering er især en barriere for patienter med kort eller ingen uddannelse og lav indkomst, da de ofte har længere rejsetid og er afhængige af offentlig transport⁹.

Derfor ønsker Hjerteforeningen, at hovedparten af den hjerterehabilitering, som i dag foregår på hospitalerne, flyttes til kommunerne. Udflytningen skal ske med patienten i centrum og med et fortsat tæt samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis. Den høje kvalitet i tilbuddene skal opretholdes gennem kapacitetsopbygning og nationale kvalitetsstandarder dokumenteret ud fra standardiserede parametre, som vi kender det fra hospitalerne i dag.

I udviklingen af de kommunale rehabiliteringstilbud er det vigtigt, at kommunerne implementerer den nyeste viden om fysiske, psykiske og sociale faktorer i deres rehabiliteringstilbud. For rehabilitering handler ikke alene om at komme godt fysisk tilbage til livet, men også om at komme godt tilbage mentalt. Derfor skal der øget fokus på det psykosociale i rehabiliteringstilbuddene. I den forbindelse kan og bør civilsamfundet spille en større rolle. For civilsamfundet kan både supplere

de kommunale rehabiliteringstilbud, mens rehabiliteringen pågår, og kan også spille en rolle, når rehabiliteringen stopper, og det offentlige slipper patienten. Her kan lokale foreninger og tilbud være med til at skabe rammerne for fortsat fysisk aktivitet og socialt såvel som psykisk velvære.

Sundhedsvæsenet skal turde give forskellige tilbud til forskellige mennesker for på den måde at mindske uligheden. Derfor ønsker Hjerteforeningen, at kommunerne skal etablere socialt differentieret hjerterehabilitering. Vi anerkender, at kommunerne er forskellige og har forskellig kapacitet. Derfor skal der være bedre mulighed for at lave inter-kommunale tilbud, så kvaliteten kan holdes høj, uanset hvor man bor.

EKSEMPEL: Region Midtjyllands rehabiliterings- model udvides til resten af landet

Når rehabiliteringen efter en hjertesygdom foregår helt tæt på borgernes hjem, ønsker borgerne oftere at deltage, og de er glade for, at tilbuddet er rykket tættere på. Det viser erfaringerne fra Region Midtjylland og de 19 kommuner i regionen, der fra den 1. januar 2017 overtog den ikke-medicinske del af hjerterehabiliteringen fra hospitalerne. Kommunernes overtagelse af hjerterehabiliteringen indebærer et fortsat tæt samarbejde med hjerteafdelingerne og almen praksis, hvor hospitalerne bl.a. stiller rådgivning til rådighed og hjælper med kompetenceudvikling af det kommunale personale. Med samarbejdet har man etableret den første kommunale database på rehabiliteringsområdet i hele Danmark – HjerteKomMidt. For med overdragelsen af rehabiliteringen overgik også forpligtelsen til at registrere centrale data om indsatsen. Kommunerne finansierede tidligere ydelsen på hospitalet gennem 100 procent kommunal medfinansiering. Når kommunerne selv tilrettelægger tilbuddene, har kommunerne ikke længere udgifter til hospitalerne på dette område.

Hjerteforeningen foreslår



At flest mulige hjertepatienter rekrutteres til og fastholdes i hjerterehabilitering. En forudsætning for dette er, at rehabiliteringen flyttes tættere på borgeren ude i kommunerne.



At sundhedsvæsenet tilbyder rehabiliteringsforløb i øjenhøjde med patienten. Det kræver, at socialt differentieret rehabilitering i kommunerne udbredes, så vi sikrer, at flere sårbare patienter deltager i og gennemfører rehabilitering. Her er det afgørende, at patienter og deres pårørende inddrages aktivt.



At man aktivt indtænker civilsamfundet som en del af de kommunale sundhedstilbud. Det kan fx ske ved at pålægge kommunerne, at de skal udarbejde en civilsamfundsstrategi med fokus på inddragelse på bl.a. rehabiliteringsområdet.



At patienterne ikke kun hjælpes med at komme godt tilbage fysisk, men også psykisk. Derfor skal der være øget fokus på det psykosociale i rehabiliteringen.

Forudsætninger for opgaveflytning til det nære

Hjerteforeningen erkender, at nye tiltag er afgørende for at få et sundhedsvæsen, der forebygger mere, hænger bedre sammen, er nærmere borgeren og har styrket fokus på det gode liv med hjertesygdom. Men ved opbygningen af fremtidens sundhedsvæsen er det afgørende at holde fokus på værdiskabelsen for patienten. Nye initiativer og omrokering af opgaver må ikke ske på bekostning af kvaliteten, kapaciteten eller dokumentationen. Tværtimod stiller det nye krav. Derfor mener

Hjerteforeningen, at opgaven med at gøre sundhedsvæsenet nært for hjertepatienterne skal gennemføres med udgangspunkt i en række forudsætninger. Forudsætninger, vi ser som afgørende for, at udflytningen medfører mere kvalitet for hjertepatienterne. Målet er ikke at øge bureaukratiet i forbindelse med udflytning, men at skabe mere og bedre viden og sikre patienterne ensartet høj kvalitetsbehandling.

FORUDSÆTNING 1:

Udflytning af hjertepatienter kræver stærkt fagligt grundlag

Sundhedsstyrelsen har tidligere anslået, at omkring 30-40 procent af de ambulante hjertepatienter kan flyttes fra hospital til egen læge. Før dette realiseres, er det helt afgørende for HjerteForeningen, at der foreligger en faglig vurdering, som beskriver, hvilke patientforløb og funktioner det kunne dreje sig

om, samt hvilke krav det stiller til det nære sundhedsvæsen. Samtidig er det afgørende, at udflytningen af patienter ikke går ud over den specialiserede behandling på hjerteområdet, som skal være tilgængelig, hvor end man bor i landet.

FORUDSÆTNING 2:

Kvaliteten skal fortsat være det afgørende

En kvalitetsplan skal gå forud for udflytning af patienter. Sundhedsmyndighederne skal opstille kvalitets- og monitoringsstandarder for det nære sundhedsvæsen, så det sikres, at patienterne ikke udsættes for en dårligere kvalitet. HjerteForeningen

ønsker, at opgaven forankres i Sundhedsstyrelsen, der har beføjelse til at udarbejde bindende nationale standarder, ikke mindst i forhold tilfælles monitoringsmodeller og ensartet dokumentationspraksis inden for hjerteområdet.

FORUDSÆTNING 3:

Kapacitet skal følge med nye opgaver

Der er behov for flere sundhedsfaglige kompetencer i kommunerne og i almen praksis, så de nye opgaver kan løstes i det nære. Opgaver skal ikke udflyttes, før

den nødvendige faglige kapacitet er opbygget. Det vil efter Hjerteforeningens mening gå ud over kvaliteten.

FORUDSÆTNING 4:

Dokumentation skal sikre den høje kvalitet

Der skal etableres en kvalitets- og styringsmodel, som gør det muligt at evaluere både opgaveudførelse, effekt og kvalitet. I dag har kommuner og almen praksis kun i begrænset omfang tradition for registrering, dokumentation og datadeling. Det er en udfordring i eksempelvis rehabiliteringsforløbene,

hvor data spiller en afgørende rolle. Udflytningen til det kommunale må ikke blive en hindring for ensartede sundhedstilbud af høj kvalitet. Hjerteforeningen ønsker derfor, at opgaveflytning til kommunerne skal ledsages af etablering af relevant monitorering, så kvaliteten kan dokumenteres.

FORUDSÆTNING 5:

Økonomi skal være på plads

Udflytning af patienter til det nære sundhedsvæsen kræver, at også økonomien er afklaret. Først og fremmest koster nye opgaver nye penge. Flyttes opgaver, er det en forudsætning, at der følger øremærkede økonomiske ressourcer med. Dernæst er det afgørende, at de økonomiske snitflader mellem kommuner og

regioner er så klare, at patienterne ikke ender med at blive kasterbold mellem kommuner og region, fordi det økonomiske ansvar for dele af patientens forløb er uklart. Dette ansvar skal inden udflytningen være klart og tydeligt beskrevet.

Hjerteforeningens forslag til et sundhedsvæsen med hjertet på rette sted

1. Forebyggelse skal sikre fremtiden

At prisen på cigaretter øges hurtigst muligt. En pakke cigaretter skal koste mindst 90 kroner. Prisstigningerne skal implementeres med markante prisstigninger over en kort periode, da det vil give den største effekt – særligt hos de unge rygere.³

At det offentlige understøtter flere danskere i at stoppe med at ryge. Det kan for eksempel gøres ved, at man forpligtiger kommunerne til at tilbyde minimum 5 procent af alle daglige rygere et evidensbaseret rygestopkursus, herunder giver mulighed for at få tilskud til rygestopmedicin. Dette svarer til anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen.⁴

At man vedtager en folkesundhedslov, som stiller krav til, at man indtænker sundhed i øvrig lovgivning på lige fod med fx indtænkning af klimaet.

2. Sammenhængende forløb i øjenhøjde med patienten

At hjertepatienterne sikres en bedre overgang mellem sektorer og et bedre sammenhængende behandlingsforløb, som er tilpasset den enkeltes behov. Det kan bl.a. ske ved brug af brobygger-sygeplejersker i delestillinger mellem hjerteafdelinger og kommunale rehabiliteringstilbud samt satellitfunktioner, hvor sundhedspersonale fra hospitalerne også er i de lokale sundhedshuse. Disse funktioner skal have som hovedopgave at sikre gnidningsfri overgange på tværs af sektorer.

At der sikres et systematisk og automatisk dataflow mellem sektorer, så data følger patienten. Det skal sikre, at sektorerne har den relevante viden om patienten, så patienten ikke "starter forfra" ved overgang til en ny sektor.

3. Et sundhedsvæsen tættere på patienten

At der sikres ensartet behandling tæt på borgeren, hvor end man bor i landet. For at sikre en ensartet behandlingskvalitet i hele landet skal kardiologiske specialkompetencer fordeles bedre, så sygehusene uden for storbyerne styrkes. Dette kan for eksempel ske ved etablering af faglige fællesskaber mellem hospitalerne og ved samtænkning eller deling af de kardiologiske kompetencer.

At digitale løsninger bruges til at gøre sundhedsvæsenet mere nært og fleksibelt. Det kræver et øget fokus på digitalisering i sundhedsvæsenet, og at man indsamler digitaliseringserfaringer fra sundhedsvæsenet, bl.a. fra tiden under corona. De digitale løsninger skal imødekomme patienternes ønsker og behov, men må ikke påtvinges patienter, der ikke ønsker at benytte tilbuddene.

4. Godt tilbage til livet

At flest mulige hjertepatienter rekrutteres til og fastholdes i hjerterehabilitering. En forudsætning for dette er, at rehabiliteringen flyttes tættere på borgeren ude i kommunerne.

At sundhedsvæsenet tilbyder rehabiliteringsforløb i øjenhøjde med patienten. Det kræver, at socialt differentieret rehabilitering i kommunerne udbredes, så vi sikrer, at flere sårbare patienter deltager i og gennemfører rehabilitering. Her er det afgørende, at patienter og deres pårørende inddrages aktivt.

At man aktivt indtænker civilsamfundet som en del af de kommunale sundhedstilbud. Det kan fx ske ved at pålægge kommunerne, at de skal udarbejde en civilsamfundsstrategi med fokus på inddragelse på bl.a. rehabiliteringsområdet.

At patienterne ikke kun hjælpes med at komme godt tilbage fysisk, men også psykisk. Derfor skal der være øget fokus på det psykosociale i rehabiliteringen.

Kilder:

1. Hjertetal.dk 2018-last update. Available: <https://www.hjertetal.dk> [2021, 25. marts].
2. Sundhedsstyrelsen 2021, 12.03-last update. Personer med øget risiko ved COVID-19. Available: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Oeget-risiko/Pjece-Personer-i-oeget-risiko---Fagligt-grundlag.ashx?la=da&hash=E7CCE-677FACE1651369B2B98074721FE11B35CF9> [2021, 25. marts].
3. Langkilde, S.M., Holt, H.H. 2018, En litteraturgennemgang af effektive strukturelle forebyggelsestiltag. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
4. Sst.dk 2019, 27.05-last update, Anbefalinger til fagfolk. Available: <https://www.sst.dk/da/Viden/Tobak/Rygestop/Anbefalinger-til-fagfolk> [2021, 25. marts].
5. Christiansen, N.S., Zinckernagel, L., Zwisler, A., et al. 2015, Livet med en hjertesygdom. En undersøgelse om det at leve med en hjertesygdom og af hjertepatienters vurdering af sundhedsvæsenets indsats, Hjerteforeningen & Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.
6. KL & Danske Regioner 2020, 21.09-last update. Pejlemærker for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen. Available: <https://www.kl.dk/media/25167/pejlemaerker-for-et-naert-og-sammenhaengende-sundhedsvaesen.pdf> [2021, 25. marts].
7. Regeringen 2019, 16.01-last update. Danmarks nye sundhedsvæsen. Available: <https://www.regeringen.dk/media/6168/faktaark-sundhedsreform.pdf> [2021, 25. marts].
8. Brorholt, G., Hauge, A.M. 2018, Hjerterehabilitering: Hvad fremmer og hæmmer deltagelse? Indblik fra litteraturen på området. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
9. Buch, M.S., Holm-Petersen, C. & Hansen, E.B. 2016, Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme, KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.

