

Sundhedsstyrelsen,
Islands Bygge 57
2300 København S

Høringsvar vedr. Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler

Lungeforeningen takker for muligheden for at aflægge høringsvar vedr. vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler. Lungeforeningen vil primært kommentere på vejledningen omkring sundhedsklynger. Her vil der tages udgangspunkt i Lungeforeningens politiske udspil "Vi kan hvis vi vil. 16 brikker til en national KOL-plan" fra marts 2023, og hvordan dens 16 rubrikker, kan passe ind som temaer, der kan behandles i vejledningen om sundhedsklynger. Dette er relevant, da ét af de tre fokusområder for sundhedsklyngerne er "Borgere med udvalgte kroniske sygdomme" herunder KOL og astma.

Med udgangspunkt i punkterne fra vejledningen om sundhedsklynger, vil der kommenteres på nedenstående punkter.

2.1.1. Populationsansvar i sundhedsklyngen

Sundhedsklyngerne skal være omdrejningspunkt for omstilling til det primære sundhedsvæsen, og bidrage til at mindske den sociale og geografiske ulighed i sundhed gennem udvikling af fælles fagligt bæredygtige indsatser og tættere samarbejde. Der skal drøftes de udfordringer og understøtte indsatser, hvor ansvaret normalt henlægges til den ene sektor.

Lungeforeningen kan anbefale, at sundhedsklyngerne kan fokusere særligt på rygestopindsatsen og den rehabiliterende indsats, for at styrke det fælles samarbejde og styrke det fælles ansvar på området.

Lungeforeningen foreslår en samlet koordinering af rygestopkurser i sundhedsklyngerne. Vi ved, at majoriteten af rygestoptilbud finder sted i kommunerne. Samtidig, ved vi også at der ikke er ensrettet tilbud for alle kommuner i Danmark. Dvs. at nogle kommuner tilbyder en type af rygestop, mens i en anden tilbydes et andet tilbud eller intet tilbud. Yderligere ved vi, at de kommunale rygestoptilbud er gode, og at ca. 90% af deltagerne er tilfredse med deres forløb. Ca. 2/3 er røgfrie efter endt rygestoptilbud, mens ca. 42% er røgfrie efter seks måneder.

Der er desværre stor spredning i, hvor mange af rygerne, som anvender de kommunale rygestoptilbud. Det spænder helt fra 1,8% af rygerne i den kommune med færrest til 8% i den kommune med flest rygere som er tilknyttet kommunalt rygestoptilbud.

Den generelle problematik er nu, at der findes en bred vifte af rygestoptilbud, som varierer fra kommune til kommune, hvilket vanskeliggør overblikket for den enkelte behandler, fx almen praksis og hospitaler, som skal undersøge og holde styr på de forskellige tilbud i hver kommune. Derfor kommer Lungeforeningen med et forslag til sundhedsklyngerne om at koordinere og tilrettelægge rygestopkurser, samt at kommunerne i hver lokale sundhedsklynge i samarbejde med almen praksis og det/de lokale hospitaler får sikret den fælles vifte af rygestoptilbud. På den måde vil man komme problematikken til livs om de mange forskelligartede tilbud i hver kommune, og gøre overblikket nemmere og mere tilgængeligt for den enkelte behandler¹.

Tilmed foreslår Lungeforeningen, at rehabilitering samles og koordineres i sundhedsklyngerne. Her mener vi, at KOL-rehabiliteringsprogrammet bør ensrettes, så der i stedet for fem programmer, ét i hver region kun bør være ét, som de 21 sundhedsklynger kan have til opgave at implementere. Vi ved, at alt for få med en KOL-diagnose får et rehabiliteringsforløb, og at udfordringerne omkring dette er mange. Dette kan bl.a. løses ved, at de behandlingsansvarlige læger i almen praksis og på hospitalerne, indgår i et forpligtende samarbejde med sundhedsklyngens kommuner om at sikre rehabilitering til flere patienter med KOL, end der gøres i dag. Hvis dette effektueres, vil der også komme et fælles populationsansvar som beskrevet i sundhedsaftalen og også denne vejledning. Der er stor mulighed for kommunerne i at videndele og erfaringsudveksle på tværs af kommunegrænser og dermed øge kvaliteten af de rehabiliterende tilbud, samt mindske sårbarheden i forhold til manglende kvalificeret arbejdskraft.

Fokus for KOL-rehabilitering skal være på at fjerne de barrierer, for at deltage i rehabilitering, og dermed sikre at så mange som muligt tilbydes og deltager, så KOL-patienter på sigt kan leve et bedre liv med deres sygdom².

¹ Vi kan hvis vi vil. 16 brikker til en national KOL-plan, #2

² Vi kan hvis vi vil. 16 brikker til en national KOL-plan, #13

2.1.2. Dataunderstøttelse

Sundhedsklyngernes formål er at sikre sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet, hvilket bl.a. muliggøres ved at sundhedspersonalet elektronisk kan tilgå relevante oplysninger om patienters kontakt med andre dele af sundhedsvæsenet.

Lungeforeningen foreslår bedre data og bedre datadeling i og på tværs af sundhedsvæsenet. Med det mener Lungeforeningen, at det er væsentligt, når der udføres en lungefunktionstest (LFU) i almen praksis, så skal resultater af denne LFU også kunne tilgås i hospitalsregi, og hos andre behandlere. På den måde skal det være muligt at få den nyeste data for behandlere og i den forbindelse mindske dobbeltmålinger som fx LFU og blodprøver. Et oplagt sted at samle fælles data om KOL-patienter er forløbsplanen, hvis der gives adgang til forløbsplanen for alle aktører i sundhedsvæsenet som patienten er i kontakt med³.

Deling af data om patienter i patientbehandling

Derudover vil en bedre datadeling på tværs af sundhedsvæsenet også bidrage til den opsporende indsats, hvad angår måling af lungefunktioner. Med det menes, at det kan bidrage til en øget opmærksomhed på måling af LFU fra hospitalerne efter endt indlæggelse til almen praksis. I den forbindelse foreslår Lungeforeningen også, at hospitaler skal henvise til lungefunktionsmåling hos egen læge efter endt indlæggelse. Vi ved at der blandt 61.000 danskere, som indlægges akut som følge af lungesygdom, har en del en ikke opdaget kronisk lungesygdom som fx KOL eller astma. I den forlængelse ved vi også at ca. 15% af alle KOL-patienter får deres diagnose i forbindelse med en hospitalsindlæggelse. For denne patientgruppe vil det være aktuelt, at efter endt hospitalsindlæggelse vil der blive tilsendt en "gul epikrise" til egen læge med henblik på måling af lungefunktion. På denne måde vil flere mennesker med KOL få en rettidig diagnose og dermed komme i behandling tidligere og således få bedre muligheder for at ændre livsstil og dermed bremse sygdommen, samt leve et bedre live med færre indlæggelser⁴.

Lungeforeningen bidrager gerne yderligere

Lungeforeningen håber, at ovenstående giver mening i forhold til det fremtidige arbejde i

³ Vi kan hvis vi vil. 16 brikker til en national KOL-plan, #16

⁴ Vi kan hvis vi vil. 16 brikker til en national KOL-plan, #8

sundhedsklyngerne, og skulle vores høringssvar medfører spørgsmål eller ønske om en yderligere drøftelse, står vi naturligvis til rådighed.

Med venlig hilsen



Jeppe Krag,

Konstitueret direktør, Lungeforeningen