**Fælleskommunalt høringssvar på ’Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom’**

De syddanske kommuner takker for det fremsendte høringsudkast til ’Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom’. Kommunerne bakker op om forløbsprogrammet, som fremstår gennemarbejdet, overskueligt, velbeskrevet og ambitiøst.

Kommunerne anerkender, som det var tilfældet med forløbsprogrammerne for KOL og diabetes, særligt det gennemgående fokus på at inddrage borgere og patienter i forløbsbeskrivelserne. Samtidig er der kommunal opbakning til opmærksomheden på at samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet. Der er ligeledes positive tilbagemeldinger på, at borgernes anbefalinger er fremhævet i faktabokse. Endvidere er det hensigtsmæssigt, at der er hyperlinks i selve programmet, da det understøtter det handlingsorienterede element.

Forløbsprogrammet er et godt udgangspunkt for udviklingen af den samlede indsats på hjerteområdet, og det ligger sig i fin forlængelse af de øvrige forløbsprogrammer

De syddanske kommuner har følgende bemærkninger af generel karakter til forløbsprogrammet.

**Generelle bemærkninger**

* Der er ikke en konsekvent adskillelse mellem ’rehabilitering’, ’genoptræning’, ’pleje og omsorg’ og ’forebyggelse’ gennem forløbsprogrammet. Der er særligt behov for, at det bliver tydeliggjort i forløbsprogrammet, at rehabilitering ikke er det samme som ’pleje og omsorg’ i kommunerne. Det skal tydeliggøres, at ’rehabilitering’ er den overordnede tilgang.
* Det anbefales, at der udarbejdes flowdiagram for patienten/borgere som bilag til forløbsprogrammet. Det skal tydeliggøre patientens/borgerens veje gennem ’systemet’ samt den sundhedsprofessionelles handlemuligheder. Det begrundes i, at særligt de patienter, der kommer fra egen læge, forsvinder en smule i forløbsprogrammet.
* Det anbefales, at det jf. sygdomsmestring skal klarlægges, hvad regionen forestår, og hvad det er for opgave(r) kommunen skal tage over på. Der skal i forlængelse heraf beskrives en tydelig plan for overdragelse. Det anbefales, at den indeholder en vurdering af kapacitetsbehovet, så kommunerne ved, hvad de overtager, samt en beskrivelse af den løbende kompetenceudvikling af kommunens personale ift. nye behandlingsmetoder, operationstyper, patientgrupper etc.
* Kommunerne ønsker, at forløbsprogrammet gennemskrives, så det bliver tydeligere, hvornår ”kan”, ”bør” og ”skal” anvendes. Det er i høringsversionen svært at vurdere, hvad der er lovgivning/ændret opgavevaretagelse (skal), og hvad der er arbejdsgruppens anbefaling/vurdering (kan/bør). Arbejdsdelingen bliver uklar, og dermed kan det blive vanskeligt at implementere og håndhæve forløbsprogrammet i praksis. Hvis det skal være et opslagsværk, skal det stå tydeligere frem, så fordelingen ikke beror på fri fortolkning.
* Det vurderes, at koblingen til civilsamfundet med fordel kan styrkes (se de specifikke bemærkninger for konkrete eksempler). Det begrundes særligt i Hjerteforeningens gode indsatser og tilbud, som mange hjertepatienter benytter sig af i dag.
* ’Alkohol’ bør have et særskilt fokus på linje med de øvrige indsatsområder gennem hele forløbsprogrammet (se de specifikke bemærkninger for konkrete eksempler).

* Det skal tydeliggøres, hvornår det hhv. er den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse, der beskrives. Det bør tydeliggøres indledningsvist, at der primært vil være fokus på den patientrettede forebyggelse, da det er den type forebyggelse, der er særlig relevant i forhold til målgruppen i forløbsprogrammet.
* Det skal tydeliggøres i forløbsprogrammet, hvad ’§ 119’ tilbud dækker over. Det skal benyttes til en afklarende samtale i kommunen, der kan dække over mange indsatser. Det skal heraf ikke italesættes som muligheden for ’træning’, som det gør flere steder i forløbsprogrammet.
* Det anbefales, at der i bilagene udarbejdes en definitionsoversigt, så det eksempelvis ikke beskrives gentagende gange, hvad REF01, afklarende samtale, behovsvurdering etc. dækker over.
* Der bliver mange steder i forløbsprogrammet beskrevet, at der skal udarbejdes en ’behovsvurdering. Kommunerne stiller sig undrende over, hvad denne behovsvurdering dækker over. Såfremt det drejer sig om en et regionalt arbejdsredskab, skal det anføres eksplicit. Ellers anbefales det, at det skrives ud af forløbsprogrammet, da det ikke er en kommunikationsform, som kommunerne er kendt med.
* Det anbefales, at det beskrives indledningsvist i forløbsprogrammet, hvilke forventninger der er til forløb for multisyge patienter. Det anerkendes, at det ikke er forløbsprogrammets hovedformål, men det bør kort berøres, hvilke forventninger der er til håndteringen af multisyge patienter. Alternativt, hvornår det forventes, at der vil blive indarbejdet noget omkring de multisyge.

* Det foreslås, at der udarbejdes en pixi-udgave af forløbsprogrammet til den enkelte sektor (almen praksis, sygehusene og kommunerne). En pixi-udgave vil tydeliggøre betydningen af at tage ansvar for borgerne og samtidig tydeliggøre, hvem der skal, kan og bør gøre hvad.
* Det anbefales, at det tydeliggøres i forløbsprogrammet, hvilke muligheder kommunerne har for at søge vejledning og/eller sparring, såfremt der opstår tvivlsspørgsmål.

De syddanske kommuner har følgende specifikke bemærkninger til forløbsprogrammet.

**Specifikke bemærkninger**

**2. Borgerrettet forebyggelse i kommunen**

* Side 10: Det anbefales, at afsnittet omskrives, da det ikke giver mening for læseren, at man starter med at beskrive borgerrettet forebyggelse, når det drejer sig om et forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom (personer der er blevet syge).
* Side 10: Det anbefales, at det skrives tydeligere ind i afsnittet, at de syddanske kommuner generelt lever op til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker på grundniveau. Derudover gøres der opmærksom på, at Forebyggelsespakken vedr. ’Overvægt’ er udfordret på evidensniveauet. Det anbefales, at forebyggelsespakkerne ikke nævnes specifikt, alternativtat ’overvægt skrives ud af afsnittet.

**3. Tidlig opsporing af hjertesygdom**

* Side 12: ’Stigende’ skal slettes i figuren. Det vedrører alder og ikke stigende alder. ’Alkohol’ skal tilføjes listen i figuren.
* Side 14: Alkohol skal nævnes som noget, kommunen ligeledes kan have dialog med borgeren om.
* Side 16: Der kan ikke henvises til rehabilitering i kommunerne. Det skal tydeliggøres i teksten, at hvis borgeren udskrives med en genoptræningsplan, skal der startes et genoptræningsforløb, hvis borgeren kan have behov for et forebyggelsestilbud (§119), henvises der til en afklarende samtale, og hvis borgeren vurderes at have behov for pleje benyttes SAM:BO. Det anbefales, at det oplistes i teksten i punktform.
* Side 16: Det anbefales, at ’Vurdering af behov for særlig støtte’ skrives ind under afsnittet vedr. ’Vurdering af behov ved rehabilitering’, da det netop er den vurdering, der skal belyse, om borgeren har behov for særlig støtte.
* Side 17: Det skal præciseres, hvad der menes med forløbskoordination, da mange kommuner ikke har forløbskoordinatorer ansat.
* Side 17: Det skal tydeliggøres, hvilke sundhedsprofessionelle der skal have fokus på patientens behov for støtte ift. arbejdsmarkedstilknytning.

**6. Ambulant behandling og kontrol på sygehuset**

* Side 23: Det skal tydeliggøres, hvad behovsvurderingen dækker over, hvem der kan anvende den samt hvordan.
* Side 23: Den tidligere bemærkning vedr. henvisning til rehabilitering i kommunerne er ligeledes gældende her.
* Side 25: Her findes et konkret eksempel på en uhensigtsmæssig brug af ’kan’. Sygehuset kan ikke benytte SAM:BO, det skal de.
* Side 25: Der efterspørges en beskrives af forløbet, når en patient udskrives med en genoptræningsplan.

**8. Genoptræning**

* Side 27: Det anbefales, at det skrives ind, at ’Træningsrisikoen skal vurderes som forudsætning for, om patienten i langt overvejende grad kan træne i kommunalt regi eller skal træne på sygehuset.
* Side 27: Det anbefales, at afsnittet øverst erstattes af følgende: ’Udgangspunktet er, at kommunerne tilbyder borgeren at begynde genoptræningsforløbet senest syv dage efter udskrivelsen eller efter den dato, hvor genoptræningsforløbet må begynde; hvis ikke har borgeren mulighed for at vælge en privat leverandør, der har indgået en aftale med KL’.
* Side 27: Det anbefales, at der tilføjes et ’dot’ om, at når/hvis risikoen ikke er forhøjet, skal patienten overgå til et kommunalt tilbud (der skal således foregå en løbende vurdering i forløbet).
* Side 28: Det skal tilføjes, at ’tidspunktet for genoptræningsforløbets start dermed er udsat indtil, at kommunen bliver bekendt med resultatet af arbejdstesten.
* Side 28: Det skal slettes, at kommunerne skal sikre kvaliteten af den genoptræning, der leveres til borgerne. Det er kommunernes ansvar, og det skal ikke beskrives i forløbsprogrammet.
* Side 28: Det skal fremgå af afsnittet, hvem der arbejder for, at kommunerne kan tilgå databasen, og hvornår det forventes, at det vil ske.
* Side 29: Figuren: Det bør undersøges, om både sygehusene og de praktiserende læger i hele regionen ønsker afslutningsnotat (jf. § 140) samt handlingsplan (jf. § 86, stk. 2). Det skal rettes til i figuren, så det fremstår retvisende, hvad § 119 dækker over. § 119 drejer sig om meget andet end forebyggende træning, som fx mestring, vejledning og/eller undervisning.

**9. Påbegyndelse og afslutning af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud**

* Side 30: Det anbefales, at det omformuleres til en afklarende samtale i stedet for ’den indledende samtale’. Det bør ligeledes beskrives, hvad der menes med den koordinerende tværgående indsats, der skal videreføres fra sygehus til kommune. Det er for nuværende uklart for kommunerne, hvad der menes med det.
* Side 31: Det anbefales, at den uddybende tekst vedr. den afklarende samtale skrives ud. Det er alene relevant for kommunerne at vide i detaljer, hvad samtalen skal indeholde, og det er en unødvendig beskrive i forløbsprogrammet.
* Side 31: Her kan findes endnu et eksempel på bruges af ’bør’, der gør det uklart for læseren, hvad der kan forventes. Den sundhedsprofessionelle skal afklare, om det er relevant for borgeren at benytte et tilbud i en anden kommune.

**10. Sygdomsmestring**

* Side 33: Den tidligere bemærkning vedr. henvisning til rehabilitering i kommunerne er ligeledes gældende her.
* Side 33: Den tidligere bemærkning vedr. behovsvurdering er ligeledes gældende her.
* Side 33 i skemaet: Det skal klarlægges, hvad det er, at regionen forestår, og hvad det er for opgave(r) kommunen skal tage over på. Der skal i forlængelse heraf udarbejdes en plan for overdragelse. Det anbefales, at den indeholder en vurdering af kapacitetsbehovet, så kommunerne ved, hvad de overtager, samt en beskrivelse af en løbende kompetenceudvikling af kommunens personale ift. nye behandlingsmetoder, operationstyper, patientgrupper etc.
* Side 33: Der stilles spørgsmålstegn ved formålet med følgende sætning: ’Der er både forskel på og overlapning af emner relateret til sygdomsmestring, der formidles på sygehuset og i kommunen’. Hvad betyder den, og hvorfor er den skrevet ind i dette afsnit? Det bør tydeliggøres, ellers foreslås det, at den skrives ud.
* Side 33: Det beskrives, at ’Desuden bør man..’ Hvem er man?
* Side 34: Der stilles spørgsmålstegn ved, hvem målgrupperne er for de forskellige rehabiliteringshold? Er der i opdelingen taget højde for volumen, og vil det medføre udfordringer med kontinuerlige hold i kommunerne?
* Side 36: Fysisk træning er ikke i alle kommuner målrettet specifikke patientgrupper men indgår som en del af forebyggelsesindsatsen. Det anbefales derfor, at overskriften ændres, og indholdet justeres derefter.
* Side 36: Kommunerne oplever, at mange patienter vejledes til, og gør brug af, et tilbud i civilsamfundet, fx i Hjerteforeningen. Det anbefales derfor, at det skrives ind i afsnittet som en mulighed.
* Side 36: ’Rehabiliteringstilbud’ skal slettes eller omformuleres som beskrevet ovenstående.
* Side 37: Figuren: Samme bemærkninger som tidligere (side 29).

Kommunerne anbefaler, at der udarbejdes et selvstændigt afsnit om ’alkoholbehandling i kommunen’ på linje med afsnittende vedr. ’rygestop i kommunen’ og ’ernæringsindsatser i kommunen’.

**11. Rygestop i kommunen**

Side 38: Sygehuset og almen praksis bør ikke benytte REF01, de skal benytte REF01.

**12. Ernæringsindsatser i kommunen**

* Side 39: Det anbefales, at skrives tydeligt ind i afsnittes, hvad kommunen skal have af tilbud, og hvad der anbefales, at de har af tilbud. Der gøres her opmærksom på, at mange kommuner fx ikke har ansat en diætist.
* Side 39: Kostvejledning defineres i kommunerne ikke som en behandlingsindsats, hvilket skal fremgå tydeligt af afsnittet.
* Side 39: Er det blevet undersøgt ved almen praksis, hvorvidt de ønsker et kort afslutningsnotat? Der opfordres til, at der så vidt muligt bliver ens praksis på det område blandt alle lægerne i regionen.

**14. Udskrivelse fra sygehuset**

* Side 43: Det skal tydeliggøres, hvorfor ’patientens behov og motivation for rehabilitering’ beskrives samt, hvordan det foregår i praksis.
* Side 44: Borgeren kan ikke starte op i et rehabiliteringstilbud jf. tidligere bemærkninger. Afsnittet bør kortes væsentligt ned, da det ikke er relevant i et tværsektorielt perspektiv, som det fremstår nu.

**Bilag 1. Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud**

* Side 51: Det anbefales, at det skrives ind i bilaget, hvornår XREF15 forventes implementeret.