

Østerbro, den 10. november 2023

Til medlemmerne af strukturkommissionen

Lungeforeningen har i løbet af 2022 snakket med en lang række aktører og fagfolk med indflydelse på og med stor viden om KOL. Vi har drøftet, hvad der helt konkret er vigtigst og mest virkningsfuldt at gøre, for at forbedre den samlede indsats på KOL-området væsentligt. På den baggrund er Lungeforeningen kommet med 16 konkrete forslag til, hvordan indsatsen kan forbedres. Forslagene dækker hele patientens rejse: fra effektiv forebyggelse, over rettidig diagnostik til bedre behandling og pleje.

Flere af forslagene omhandler strukturerne i sundhedsvæsenet, og disse forslag fremsendes derfor til jer med henblik på, at I kan inddrage det i jeres arbejde og forhåbentlig indgå i jeres endelige anbefalinger.

Vi har suppleret denne henvendelse med en fysisk udgave af KOL-planen, som I vil modtage sammen med denne henvendelse. Planen kan også ses via dette link:

[Vi kan, hvis vi vil - 16 brikker til en national KOL-plan](#)

De enkelte forslag omhandlende strukturer i sundhedsvæsenet gennemgås enkeltvis nedenfor.

#1 Samlet organisering og national finansiering af rygestopindsatsen

Viften af rygestoptilbud - app-løsninger og telefonisk rådgivning - i Danmark skal organiseres samlet og finansieres nationalt. Herved kan sikres sammenhæng, kvalitet og effektivitet, og undgå at borgere, der ønsker at stoppe, rammes af geografisk ulighed. Med forslaget sikres det, at den nationale rygestopindsats bliver varig og national, og ikke som i dag ligger spredt på midlertidige puljer, enkeltkommuner og patientforeninger.

Lungeforeningen har sammen med Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse sendt en særskilt henvendelse til Sundhedsstrukturkommissionen, hvori dette forslag indgår.

#2 Koordinering af rygestopkurser i sundhedsklyngerne

De kommunale rygestoptilbud i Danmark er gode. Små 90 pct. af deltagerne er tilfredse, ca. 2/3 er røgfrie efter endt tilbud, og godt 42 pct. er røgfrie efter seks måneder, også selvom den gennemsnitlige deltager har over 30 pakkeår i lungerne. Der er derfor intet, der tyder på, at det er kvaliteten af de enkelte tilbud, der er problemet, når få rygere deltager i de kommunale rygestopkurser.

Udfordringen er snarere samarbejde og vidensdeling mellem kommunerne og dem, der har kontakt med rygerne i almen praksis og på hospitaler, og som er dem, der har de bedste muligheder for at oplyse og motivere til rygestop. Men netop disse tre aktører – hospitaler, kommuner og almen praksis – er nu blevet samlet i 21 sundhedsklynger. Derfor foreslår Lungeforeningen, at sundhedsklyngerne får til opgave, i fællesskab at koordinere og tilrettelægge rygestopkurser, og at kommunerne i hver klynge i samarbejde med almen praksis og deres lokale hospital får sikret den fælles vifte af rygestop-tilbud, der sikrer løbende og tidsafgrænsede kurser, kurser målrettet forskellige relevante grupper, herunder også løsninger til særligt sårbare grupper, og at der er fri adgang for alle borgere i hele klyngen.

Lungeforeningen har sammen med Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse sendt en særskilt henvendelse til Sundhedsstrukturkommissionen, hvori dette forslag indgår.

#3 Entydig placering af ansvaret for alle dele af rygestopindsatsen

De to foregående forslag lægger op til, at der er en entydig placering af ansvaret for rygestopindsatsen i Danmark. Det er der ikke i dag. Kommunerne skal ifølge sundhedsloven sikre ”forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne”, men hvorvidt det indeholder tilbud om rygestop, og i så fald hvilke, er ikke klart. Derfor er det helt forståeligt, at rygestop prioriteres forskelligt i kommunerne.

Derfor skal ansvaret for alle dele af rygestopindsatsen placeres entydigt, og det bør beskrives, hvem der har ansvaret for, hvilke dele af indsatsen – og ansvaret for, at den samlede indsats er sammenhængende.

Lungeforeningen mener derfor, at der er behov for en langt tydeligere beskrivelse af de forskellige elementer i hele rygestopindsatsen, og en lige så tydelig placering af ansvaret for de enkelte elementer.

#8 Hospitaler skal henvise til lungefunktionsmåling hos egen læge efter indlæggelser

I 2019 blev mere end 61.000 danskere indlagt akut som følge af lungesygdomme, hvoraf en del har en ikke opdaget kronisk lungesygdom, f.eks. KOL. Det vidner det faktum, at ca. 15 pct. af alle KOL-patienter får deres diagnose i forbindelse med en hospitalsindlæggelse om.

Lungeforeningen foreslår derfor, at en akut indlæggelse for lungebetændelse, bronchitis eller tiltagende åndenød, systematisk skal følges op af en ”epikrise” (enten grøn eller gul) til egen læge, for de patienter, der ikke har en kendt lungesygdom i forvejen. Epikrisen skal opfordre egen læge til at indkalde patienten til en lungefunktionsundersøgelse. Herved kan det sikres, at flere mennesker med KOL eller andre lungesygdomme får en rettidig diagnose, og dermed kommer i behandling tidligere, og således får bedre muligheder for at ændre livsstil og dermed bremse sygdommen, samt leve et bedre liv med færre indlæggelser.

#10 En større, og mere proaktiv adgang til kommunale sygeplejersker

Der findes flere eksempler på kommunale sygeplejersker, der spiller en større og mere aktiv rolle i relation til patienter med KOL. I Aarhus oprettede man et tværsektorielt lungeteam, der bestod af sygeplejersker fra Afdelingen for Lungesygdomme på Aarhus Universitetshospital og fra akutteamet i Aarhus Kommune. Patienter med svær KOL fik mulighed for at kontakte lungeteamet telefonisk døgnet rundt. På den måde lærte patienterne teamets sygeplejersker at kende, og der opstod en større viden hos patienterne om, hvilke tegn på begyndende forværringer, de skulle reagere på. Kendskabet til sygeplejerskerne betød desuden, at patienterne begyndte at kontakte sygeplejerskerne, når de oplevede tegn på forværringer. Forværringerne blev således opdaget tidligere, og med en indsats fra sygeplejerskerne – med backup fra læger – kunne de voldsomme dyk i patienternes tilstand, hvor de før havde behov for at blive indlagt, i mange tilfælde helt undgås.

Lungeteamets sygeplejersker kunne både være i telefonisk kontakt med KOL-patienterne, og de kunne tage på akutte hjemmebesøg. På hjemmebesøgene kunne lungeteamets sygeplejersker måle iltmætning, blodtryk, puls, respirationsfrekvens, og tage blodprøver, f.eks. infektionstal. Disse målinger dannede grundlag for den efterfølgende lægefaglige beslutning.

Forskningsprojektet viste, at antallet af årlige indlæggelser blandt patienter tilknyttet lungeteamet gennemsnitligt lå på 0,6 pr. år, mens det var 1,9 – altså tre gange højere – for de patienter, der ikke var tilknyttet lungeteamet. Og når patienterne tilknyttet projektet blev indlagt, var de det i kortere tid, nemlig i gennemsnit 3,3 dage, mod 4,5 dage for patienterne, der ikke var tilknyttet.

På baggrund af resultaterne anbefaler Lungeforeningen, at de kommunale sygeplejersker – særligt i akutfunktioner – inddrages langt mere proaktivt i behandling og pleje af KOL-patienter. Erfaringerne viser

dog også, at det kræver, at sygeplejerskerne i kommunerne får langt bedre muligheder for at opbevare og medbringe relevante behandlingsmidler og medicin. Hvis dette skal lykkes, kræver det et langt mere struktureret og forpligtende samarbejde mellem læger i hospitalssektoren, sygeplejersker i kommunerne og almen praksis.

#13 Rehabilitering samles og koordineres i sundhedsklyngerne

Lungeforeningen mener, at forløbsprogrammet for KOL-rehabilitering bør ensrettes, så vi i stedet for fem programmer – et i hver enkelt region – får ét nationalt program, som de 21 sundhedsklynger får til opgave at implementere.

En af de væsentligste udfordringer omkring rehabilitering er, at så få mennesker med KOL får rehabilitering. Udfordringen kan løses ved, at de henvisende læger, der har behandlingsansvaret i almen praksis og på hospitaler, indgår i et forpligtende samarbejde med klyngens kommuner om at sikre rehabilitering til langt flere mennesker med KOL, end i dag. Der er behov for bedre tværgående samarbejde om henvisninger, og dermed øget volumen på de enkelte hold. Med øget volumen bliver der f.eks. bedre mulighed for at målrette hold til deltagere med flere fællesnævner. Dermed højes både relevansen og kvaliteten. Med øget volumen bør det også være muligt både geografisk og tidsmæssigt at tilbyde flere hold, der passer til den enkeltes dagligdag og eventuelle arbejde.

Samtidig kan et stærkt og forpligtende samarbejde i klyngerne også sikre mere viden på tværs og bedre forståelse af indholdet i rehabiliteringen hos de sundhedsfaglige, der skal motivere borgerne og henvise til rehabilitering.

For kommunerne ligger der også en mulighed for bedre deling af kompetencer, som den enkelte kommune ikke har volumen til at opretholde i dag. Det betyder, at kommunerne tilknyttet den enkelte sundhedsklynge bedre kan trække på hinandens eksperter i forhold til udvikling af rehabiliteringstilbud, og dermed gøre dem mindre sårbare i forhold til at mangle kvalificeret arbejdskraft.

#14 Hjemme-NIV i hele landet – uden postnummerlotteri

Hjemme-NIV (Non Invasiv Ventilation) kan kaldes en maske-respiratorbehandling, der er relevant for en mindre gruppe patienter med meget svær KOL, som har vedvarende forhøjet CO₂ i blodet eller flere akutte NIV-krævende indlæggelser. Behandlingen består i, at patienten får et apparat i hjemmet, som kobles til en særlig maske, der støtter patientens vejtrækning om natten. Via telemedicinske løsninger understøttes behandlingen af hospitalspersonale.

NIV-behandling mindsker dødeligheden efter et år med 76 pct. og antallet af genindlæggelser med 51 pct. I dag tilbyder enkelte hospitaler i alle regioner hjemme-NIV. Der er dog stor variation i, hvor mange, der behandles med hjemme-NIV i de forskellige regioner – også inden for hver region.

Hjemme-NIV er en relativt billig teknologisk behandlingsmetode. Udgifterne til maskine, maske, indlæggelse i forbindelse med opstart og supplerende ambulante kontroller vil med bare én undgået indlæggelse være tjent hjem flere gange.

Ordringen med hjemme-NIV er et eksempel på en god behandling som trods gode resultater ikke er gældende i hele Danmark, og derfor medvirker til geografisk ulighed. Lad os få de behandlinger, der gavner patienterne udbredt til hele landet. Der bør ikke være ulighed i behandlingstilbuddet i Danmark, og slet ikke når de barrierer, der er herfor, sagtens kan løses, også inden for de økonomiske rammer, der allerede findes.

#16 Bedre data og bedre datadeling i og på tværs af sundhedsvæsenet

Et tættere samarbejde mellem kommunerne, almen praksis og hospitalerne, som er omdrejningspunktet i flere af vores forslag, kræver ikke blot lettere og bedre kommunikation omkring behandling og rehabilitering på tværs af sektorer, det kræver også bedre datadeling mellem sektorerne.

Det er væsentligt, at når hospital eller almen praksis har udført en lungefunktionsmåling på en patient, så tilføjes resultaterne automatisk til patientens journal. På tilsvarende vis bør analyser fra de telemedicinske løsninger, der i disse år ruller ud i patienternes hjem, også tilføjes patienternes journal, således at det er muligt for dem, der behandler patienterne at få de nyeste målinger og data, også for at patienten kan undgå f.eks. dobbeltmålinger. Tilsvarende bør det være muligt at tilgå let tilgængelig digital information fra kommunen om KOL-rehabilitering, herunder også om deltagelse og resultat af rygestop i kommunalt regi. Patienternes forløbsplaner er et oplagt sted at samle de mange data og give alle relevante aktører i sundhedsvæsenet adgang til dem. Men det er vigtigt at understrege, at de data, der deles, skal være relevante.

Vores forslag rammer på forskellig vis mange af sigtelinjerne i Strukturkommissionens kommissorium for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen. Samlet set sikrer forslagene:

- Et sundhedsvæsen, der er sammenhængende og samarbejder på tværs af fagligheder, sektorer og geografi, og hvor løsninger inden for fx digitalisering udvikles i fællesskab og hurtigt udbredes
- En opgavefordeling i sundhedsvæsenet mellem sygehuse og det nære sundhedsvæsen, der sikrer, at patienten kommer i centrum og får en sammenhængende plan for behandling, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet.
- Et sundhedsvæsen med ensartet, høj kvalitet, hvor uligheden i sundhed både geografisk og socialt bliver nedbragt, så borgerne har lige adgang til samme høje kvalitet i hele landet og på tværs af sociale skel.
- Et nært sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til sundhedstilbud, og langt flere borgere kan blive mødt og behandlet i eller tæt på hjemmet, hvor det nære sundhedsvæsen styrkes, og sygehusene aflastes, bl.a. ved udbredelse af teknologiske løsninger for nye behandlingsformer.
- Et bæredygtigt sundhedsvæsen, hvor ressourcer bruges der, hvor de giver mest sundhed for pengene, hvor flere sygehusophold forebygges gennem en mere forpligtende, datadrevet og systematisk forebyggelsesindsats af høj og ensartet kvalitet, hvor unødigt brug af specialiserede funktioner reduceres, og hvor trækket på medarbejderressourcer på de enkelte opgaver bliver mindre bl.a. ved at potentialer i ny teknologi indfries.

Lungeforeningen står gerne til rådighed, hvis sundhedsstrukturkommissionens medlemmer har spørgsmål eller har brug for uddybning af vores forslag.

Med venlig hilsen



Ann Leistiko, direktør i Lungeforeningen



Torben Mogensen, formand i Lungeforeningen