# **Fælleskommunalt høringssvar for Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes**

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

Kommunerne anerkender, som det var tilfældet med forløbsprogrammet for KOL, særligt det gennemgående fokus på at inddrage borgere og patienter i forløbet. 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.

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

**Generelle bemærkninger**

* Det skal defineres indledningsvist, hvem de sundhedsprofessionelle er. Derudover skal forløbsprogrammet gennemskrives, så det fremstår tydeligt, hvem de sundhedsprofessionelle er i de givne situationer, og hvilken rolle de spiller, når de nævnes eksplicit i forløbsprogrammet. Kommunerne ønsker at fremhæve, at forløbsprogrammet ligeledes skal tage højde for de andre faggrupper, som også er i spil ift. den pågældende målgruppe. F.eks. socialfaglige medarbejdere.
* Kommunerne anbefaler, at det fremstår tydeligere i forløbsprogrammet, hvordan forløbsprogrammet for diabetes og øvrige retningsgivende dokumenter omkring diabetes (F.eks. ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes” og ”Diabeteshåndbog – praktisk diabetespleje og -behandling”), er gældende hvornår. Denne kobling kan evt. fremgå af implementeringsplanen.

* Ordene ”kan”, ”bør”, ”skal” nævnes i flæng. Det er 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.

* Hvis programmet skal fremstå som et opslagsværk, anbefales det, at forløbsprogrammet tilrettes, så der er mindre prosa og langt mere punktform, hvorved anbefalingerne vil træde tydeligere frem.
* Ulighed i sundhed fylder (ligeledes) meget blandt diabetes-borgere, hvorfor det anbefales, at der er et gennemgående fokus i forløbsprogrammet på udsatte borgere. Dette er ligeledes gældende for etniske minoriteter. Disse bør anses som særskilte målgruppe, da de kan være særligt ressourcekrævende. Der mangler fokus på udsatte borgere og etniske minoriteter i følgende faser: Tidlig opsporing, udredning og diagnosticering, ambulant behandling og kontrol samt påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud.
	+ Tidlig opsporing: Det skal skrives ind, at den tidlige opsporing skal foregå i de arenaer, hvor socialt udsatte har deres gang (fx byens væresteder, behandlingscenteret, varmestuer etc.)
	+ Udredning og diagnosticering: Det skal tilføjes, at det kan være nødvendigt med ledsagelse til egen læge, eller tæt opfølgning i forhold til, om borgeren får taget kontakt til lægen. Det er vigtigt at undgå, at borgere på baggrund af tidlig opsporing henvises til at søge læge, men ikke selv magter det, og dermed ikke får den rette hjælp. Efter selve diagnosticering er et tæt samarbejde mellem praktiserende læge og kommunen centralt for, at den udsatte borger får den rette behandling i et kommunalt tilbud.
* Det beskrives flere steder i forløbsprogrammet, at kommunerne løbende skal opdatere oversigterne over deres tilbud på sundhed.dk. Det er mere retvisende at skrive, at kommunerne sikrer, at tilbuddene er fagligt opdateret og retvisende. Det bør overvejes, hvorvidt det overhovedet er relevant at medtage i forløbsprogrammet. Kommunerne er forpligtet til at opdatere sundhed.dk, og det må forventes, at de lever op til den forpligtigelse på linje med andre opgaver, der følger med deres myndighedsansvar.
* Der er i forløbsprogrammet lagt op til, at egen læge er tovholder og sammen med borgeren beskriver mål for behandlingen. Disse mål kunne med fordel beskrives i henvisningen, så alle instanser har mulighed for at følge op på de opstillede mål.
* Kommunerne anbefaler, at det skrives ind, at telemedicin løbende og i relevant tempo arbejdes ind i forløbsprogrammet. Dog under hensyntagen til, at der sker i takt med, at der opnås viden om, hvad der virker, hvornår og hvordan jf. arbejdet i SDCO og/eller f.eks. KOL-programmet i Syddanmark.
* Det anbefales, at det i forløbsprogrammet fremgår tydeligt, at et ”afslutningsnotat” indeholder en beskrivelse af, hvad den praktiserende læge evt. skal følge op på i forhold til de mål, borgeren arbejder med.
* Kommunerne ønsker at påpege, at det bør drøftes i forlængelse med udarbejdelsen af forløbsprogrammet for hjerte, hvordan multisygdom på tværs af de udarbejdede forløbsprogram kan håndteres fremadrettet.
* Det anbefales, at det i de afsnit, der omhandler både type 1- og type 2-diabetes, med fordel blot skrives ”borgere med diabetes”.

De syddanske kommuner har følgende specifikke bemærkninger til forløbsprogrammet.

**Specifikke bemærkninger**

**Introduktion**

* S. 6, anden spalte. De overordnede målsætninger i sundhedsaftalen bør for overskuelighedens skyld oplistes i punktform.
* S. 8, første spalte. Det anbefales, at afsnittet vedr. udarbejdelsen af forløbsprogrammet omformuleres, så der står, at forløbsprogrammet er udarbejdet på baggrund af en brugerinddragelsesproces. Det kan være svært at forstå, hvad en ”struktureret, organisatorisk brugerinddragelsesproces” er.

**Borgerrettet forebyggelse i kommunen**

* S. 10, anden spalte. Her er et konkret eksempel på, hvor sprogbruget skal strammes. ”For at sikre en solid indsats for at forebygge type 2-diabetes, skal kommunerne leve op til forebyggelsespakkernes anbefalinger på grundniveau”.
* S. 10, anden spalte. Her er et konkret eksempel på, hvor sprogbruget skal strammes. ”Kommunerne skal derfor tilrettelægge sin forebyggelsesindsats, så den tager højde for denne sociale ulighed”.
* S. 11. Det skal skrives tydeligere ind i afsnittet, hvordan det forventes, at de sundhedsprofessionelle involverer borgerne i henvisningen. Fra personalet i klinikken til kommunens frontmedarbejdere.

**Tidlig opsporing af diabetes**

* S. 12, første spalte. Det skal konkretiseres, at det drejer sig om alle sundhedsprofessionelle i samtlige kontakter/snitflader med borgere/patienter.
* S. 12, under figuren. Det anbefales, at der skrives kendetegn i stedet for manifestationer. Såfremt der kan findes et validt link til andre undertyper af diabetes, anbefales det, at det tilføjes afsnittet.
* S. 15, anden spalte. Det anbefales, at det skrives tydeligere ind i afsnittet, at der skal være et særligt fokus på etniske minoriteter samt mennesker med svær psykisk sygdom.
* S. 16, første spalte. Her er et konkret eksempel, hvor sprogbruget skal stramme. ”Vurderes borgeren ikke at have risiko for at udvikle diabetes, men har borgeren en uhensigtsmæssig livsstil, skal kommunerne have en dialog med borgeren om at deltage”.
* S. 16, første spalte. Det anbefales, at det skrives tydeligere ind i andensidste afsnit, at når borgeren har brug for hjælp til at kontakte egen læge, drejer det sig om en meget håndholdt indsat. Det skal blandt andet tydeliggøres over for lægen, hvorfor borgeren ønskes udredt.
* S. 16, anden spalte. De patientgrupper der nævnes under sygehusafsnittet kan med fordel listes i punktform.

**Løbende risikovurdering i almen praksis og på sygehuset**

* S. 17, figuren:
	+ ”Vurdering af behov for særlig støtte”: Det giver ikke mening, at vurdering af behov for særlig støtte er pindet ud. Med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang, er det hele særligt, fordi borgeren skal have et forløb, der er tilpasset dennes individuelle problemstillinger.
	+ Der mangler en lille pil under ”Sygehus” og ”almen praksis” ned til ”Vurdering af behov for rehabilitering”.
* 2. 19, figuren. Se ovenstående bemærkning, der mangler tilsvarende pile.
* S. 20, figuren. Kommunerne foreslår, at det fremgår tydeligere, hvad der menes med ”afslutning på samlet tilbud”. Alternativt anbefales det, at figuren fra sundhedsstyrelsens anbefalinger indsættes.
* S. 20, første spalte. Det skal foldes ud, hvad der menes med ”krav til koordination”. Der bør tilføjes et eksempel, så det bliver tydeligere for de sundhedsprofessionelle, hvad det kalder på. Fx på tværs af sygehusafdelinger og kommunale afdelinger.
* S. 21, første spalte. Det anbefales, at det skrives ind i afsnittet, hvilken form for dialog, der primært er tale om. Det antages, at det vil være de færreste i målgruppen, hvor skriftlig dialog er hensigtsmæssig. Det bør overvejes, om der skal stilles krav om mundtlig dialog, at der skal tages telefonisk eller personlig kontakt til borgeren.

**Borgerens kontakt til apoteket**

* S.27. Kommunerne foreslår, at apotekernes tilbud om medicinsamtale flyttes ud på et områdecentre eller sundhedscentre, hvor borgerne har lettere adgang – også udenfor arbejdstid. Det foreslås, at det drøftes med almen praksis, hvorvidt medicinsamtalen evt. kunne kombineres med aftalen om faste læger på plejecentre.

**Opfølgning og årskontroller**

* Det anbefales, at det skrives (endnu) tydeligere ind i afsnittet, at en del af årskontrollen skal omfatte en snak om kommunens tilbud. Lægen skal tale med borgerne om de kommunale tilbud (patientuddannelse) ved årskontrollerne. Erfaringerne viser dog, at praktiserende læger generelt har svært ved at henvise til kommunale tilbud.

**Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatorie**

* S. 34, figuren. ”Vigtige elementer i kommunikation til kommunen” skal ændres til en ”tjekliste med minimumsoplysninger”. Det anses ikke som forpligtende nok med ordlyden ”vigtige elementer”.

**Påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud**

* Kommunerne ønskes, at der bliver skrevet et særligt afsnit om motivation. Dette blandt andet jf. ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”. Det skal tilføjes, hvordan den sundhedsprofessionelle skal forholdes sig, hvis borgeren ikke er motiveret for et forløb.
* S. 36, anden spalte. Her er et konkret eksempel på en justering af sprogbruget. ”Kommunen skal sikre en systematisk opfølgning”.

**Sygdomsmestring i kommunen**

* S. 38, første spalte. Kommunerne ønsker, at det pindes ud, hvad der er behov for af kompetencer – jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, afsnit 5.1.4.

**Træning i kommunen**

* S. 39 overskriften. Ordet ”træning” fremgår ikke af nogen lovgivning. Der findes ”genoptræning”, ”vedligeholdende træning” og ”forebyggende træning”. Der stilles heraf spørgsmålstegn ved, om der i udarbejdelsen af forløbsprogrammet er brugt en samlet betegnelse for ordet træning?
	+ Det foreslås, at overskriften omformuleres til blot at hedde Fysisk træning. Det vil gøre det muligt indledningsvis at definere, hvad der menes med ”fysisk træning”. Efterfølgende kan det fremgå af et afsnit, hvilket ansvar kommunerne har ift. fysisk træning.
		- Det afsnit kan med fordel brydes op, så det står tydeligere frem, hvad der er den generelle fysiske træning, som tilbydes under §119, og tilsvarende hvad der er genoptræning og vedligeholdende træning under §140 og §86.

* S. 39, anden spalte. Kommunerne har ikke erfaring med at henvise borgere til træningsforløb i andre kommuner end i bopælskommunen. Det foreslås derfor, at afsnittet slettes.
* S. 40, figuren. Det anbefales, at det fremgår tydeligt, hvilken kilde der er benyttet.
	+ Almen genoptræning: Kommunerne sender kun afslutningsnotat til sygehuset, når de beder om det
	+ Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse: Det skal tilføjes, at borgeren kan tilbydes kommunal genoptræning.

**Rygestop i kommunen**

* S. 41, første spalte. Det skal skrives ind i afsnittet, at alle borgere med diabetes skal opfordres til rygestop, det vil sige både type 1- og type 2-diabetes.
* S. 41, anden spalte. Beskrivelsen vedr. Sundhed.dk skal fjernes, da det ikke er alle kommuner, der har et rygestoptilbud på sundhed.dk.

**Børn og unge med diabetes**

* S. 50, anden spalte. Her er et konkret eksempel på en justering af sprogbruget. Det skal fremgå tydeligere, at socialrådgiveren på børneambulatoriet skal understøtte overleveringen til kommunen.
* S. 51, anden spalte. Det anbefales, at det skrives ind i afsnittet vedr. støtte i kommunerne, hvordan overgangen fra barn til voksen sikres bedst muligt.

**Plejeindsatsen i kommunen**

* S. 52, første spalte. Der ønskes en uddybning af kommunens ansvar i forhold til at understøtte borgerens egenomsorg.

**Bilag 2 Befordring**

* S. 54. Der stilles spørgsmålstegn ved, hvorfor der henvises til borgerservice i alle kommuner? I nogle kommuner er det ikke borgerservise, som håndterer befordringsspørgsmål. De rette telefonnumre bør fremgå af oversigten.
* S. 54, anden spalte. Der stilles spørgsmålstegn ved, hvorfor det vedr. egen transport kun står beskrevet ved sygehuset. Samme regler for egen transport er gældende for kommunen inden for Sundhedsloven. Der gælder andre regler under Serviceloven, men som udgangspunkt skal borgeren selv sørge for transport. Afsnittes skal derfor flyttes op til afsnittes indledning.

På vegne af de 22 kommuner i region Syddanmark