

Fælleskommunalt hørings svar 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.

Forløbsprogrammet er et godt udgangspunkt for udviklingen af den samlede indsats på diabetesområdet, og det ligger sig i fin forlængelse af Forløbsprogrammet for KOL.

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.
- 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 foreslås, at det fremhæves i punktform, fx i et indledende afsnit eller i en matrix opdelt på sektorer i et bilag.
- 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 er (ligeledes) udbredt blandt borgere med diabetes, 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 målgrupper, da de kan være særligt ressourcekrævende. Der mangler fokus på udsatte borgere og etniske minoriteter i følgende faser: Tidlig opsporing, udredning og diagnosticering, ambulans 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, behandlingscentre, plejecentre, sygeplejeklinikker varmemstuer 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 kan 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 det 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 forløbsprogrammer 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”.
 - Kommunerne ønsker i forlængelse heraf at gøre opmærksom på, at det tidligere forløbsprogram ikke involverede type 1-diabetes. Der mangler derfor en tydeligere præcisering i forskellen mellem de to typer, herunder det kommunale ansvar ift. borgere med type 1-diabetes.
 - Kommunerne ønsker at gøre opmærksom på, at der ikke er stringens i, hvornår der skrives mennesker med diabetes, og hvornår termerne type 1- og type 2-diabetes benyttes.
- Kommunerne efterlyser generelt tydeligere anbefalinger og et større fokusområde på betydningen af adfærdsændringer, herunder handlekompetence og mestringsevne, hvis de sundhedsprofessionelle skal være med til at forebygge diabetes og udviklingen af senfølger. Det kan med fordel skrives ind i et indledende afsnit.
- Kommunerne opfordrer til, at der overordnet rettes et tydeligere fokus på strategi, proces, tidsplan og forventninger ift. implementering af forløbsprogrammets anbefalinger. Dette både ift. de enkelte aktører, men også på tværs af sektorovergange.
- Kommunerne anbefaler, at de konkrete anbefalinger vedr. borgere i risiko for at udvikle diabetes tydeliggøres. Det vil være hensigtsmæssigt, hvis anbefalingerne opstilles i punktform.

De syddanske kommuner har følgende specifikke bemærkninger til forløbsprogrammet.

Specifikke bemærkninger

Sidefoden skal rettes til, så det fremgår, at det drejer sig om et ”Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med Diabetes”.

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. Forebyggelsespakken vedr. ”Tobak” skal ligeledes medtages.
- 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. 10, anden spalte. Anbefalingerne for den borgerrettede forebyggelse skal for overblikkets skyld opstilles i punktform.
- 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.
- S. 11. Det skal fremgå tydeligere af afsnittet, at den praktiserende læge, når det vurderes relevant, skal henvise borgeren til kommunens tilbud.

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 på mennesker med svær psykisk sygdom.

- S.16, første spalte. Kommunerne finder det positivt, at det er skrevet ind i forløbsprogrammet, at blodsuktermåling frarådes som metode til at identificere borgere i høj risiko for at udvikle type 2-diabetes.
- S. 16, første spalte. Det skal fremgå af afsnittet, hvorvidt der er tale om et eller flere validerede spørgeskemaer.
- 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 indsats. 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, første spalte. Det skal skrives ind i afsnittet, at der skal henvises til en afklarende samtale i kommunerne vedr. de kommunale forebyggelsestilbud.
- 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".
- S. 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 skal skrives ind i afsnittet, hvilken form for dialog, der primært er tale om.

- S. 21, figuren. De individuelle mål, der er udarbejdet sammen med borgeren, skal ligeledes fremgå af kommunehenvisningen – fx i forhold til blodsukkerværdier.

Borgerens kontakt til apoteket

- S.27. Kommunerne foreslår, at apotekernes tilbud om medicinsamtale kan flyttes ud på et områdecentre eller sundhedscentre, når det drejer sig om borgere, der har lettere adgang til et center end til apoteket.

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.

Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatorie

- Side 31-34. Det anbefales, at der byttes om på afsnit 8 og 9. Det kan give udfordringer for forståelsen, at det kun er type 2-diabetes, der omtales i afsnit 8.
- S. 32. Her er et konkret eksempel på en justering af sprogbruget. "Den praktiserende læge skal elektronisk henvise til kommunernes tilbud...".
- S. 33, første spalte. Her er et konkret eksempel på en justering af sprogbruget. "Som led i et behandlingsforløb skal sygehuset løbende tilbyde diætvejledning...".
- 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 forholde 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". Det er i den sammenhæng væsentligt at pointere, at den konkrete opfølgning sker på baggrund af forskellige elementer i borgerens samlede forløb, der er aftalt individuelt med borgeren. Der følges op der, hvor det giver mening.

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 spørgsmålstejn 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”. Træning er set ud fra en kommunal kontekst mange ting og kan foregå i mange arenaer, fx borgerens nærmiljø eller i naturen.
 - 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. Der gøres opmærksom på, at det ikke er alle syddanske kommuner, der har erfaring med at henvise borgere til træningsforløb i andre kommuner end i bopælskommunen. Det foreslås derfor, at afsnittet omformuleres, så det fremstår tydeligt, at kommunerne har forskellige udgangspunkter.
- Side 39, anden spalte. Her er et konkret eksempel på en justering af sprogbruget. ”Kommunen kan understøtte borgeren i at opretholde...”
- S. 40. Overskriften bør omformuleres, da den er misvisende i henhold til indholdet i figuren. Der bør skelnes mellem begreberne fysisk træning og genoptræning.
- 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.

Ernæringsindsatser i kommunen, almen praksis og på sygehuset

- S. 42, generelt. Det skal beskrives tydeligere, hvilke ernæringsindsatser der er rettet mod de forskellige diabetestyper, hvis forløbsprogrammet skal fungere som et opslagsværk.
- S. 42, første spalte. "Fagpersoner med nødvendige kompetencer" erstattes med "klinisk diætist". Dette begrundes i, at sygeplejersker eller professionsbachelorere i ernæring og sundhed ikke vurderes at have de nødvendige kompetencer inden for diætvejledning til borgere med en diagnose.
- S. 42, anden spalte. Det skal tilføjes første afsnit, at kommunen skal tilbyde borgere med type 2-diabetes en ernæringsindsats i form af kostvejledning. Beskrivelsen af hvad ernæringsindsatsen kan indeholde slettes.

Udskrivelse fra sygehuset

- S. 46, første spalte. Her er et konkret eksempel på en justering af sprogbruget. "Sygehuset skal elektronisk henvise til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud...".

Graviditetsdiabetes

- S. 48, figuren. Sundhedsplejerskens arbejde skal ligeledes fremgå som en vigtig indsats ved graviditetsdiabetes. Derudover kan det skrives ind i afsnittet, at sundhedsplejen kan tilbyde graviditetsbesøg til gravide med gestationel diabetes med fokus på livsstil.

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 samt sikre kontakt til den kommunale sundhedspleje.
- 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 1 Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud

- S. 53. Det skal fremgå af listen "Henvisningen skal indeholde:", at der i det omfang, det er muligt, påføres en ICD-10 diagnosekode af både sygehus og praktiserende læge.

Bilag 2 Befordring

- S. 54. Der stilles spørgsmålstegn ved, hvorfor der henvises til borgerservice i alle kommuner? I nogle kommuner er det ikke borgerservice, 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