# Fælleskommunalt hørringssvar for Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med depression.

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

Kommunerne anerkender særligt det gennemgående fokus på at inddrage borgere og patienter i forløbet samt opmærksomheden på at samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet, da det stiller store krav til kommunikation og koordination. En samlet, fælles plan er et brugbart og overskueligt arbejdsredskab for såvel borgere som professionelle på tværs af sektorer. Det er ligeledes rigtig godt, at der i programmet lægges vægt på, at de pårørende inddrages som en vigtig part i forløbet. Derudover hilses fokus på tidlig indsats velkomment. Endvidere er det en fin detalje, at der er hyperlinks i selve programmet, da det hjælper til at gøre det handlingsorienteret.

Kommunerne ser et stort behov for at få nærmere uddybet de økonomiske konsekvenser af en udrulning af forløbsprogrammet, før opgaven kan hjemtages. De forrige forløbsprogrammer har givet kommunerne en markant stigning i henvisninger til de forebyggende tilbud, og det forventes, at det også vil være tilfældet for dette program. Derfor er der behov for en udredning af, eller oversigt over, hvilke økonomiske konsekvenser programmet forventeligt vil have for kommunerne. Dette kan eksempelvis udformes som en businesscase. Forløbsprogrammet vil for flere kommuner betyde en udvidelse af nuværende forebyggelsestilbud og arbejdsprocesser, idet ikke alle i dag, tilbyder de, i programmet, omtalte kommunale tilbud, til borgere med depression. Derfor vil programmet have økonomisk betydning for kommunerne, som det er vigtigt at synliggøre.

**Generelle kommentarer**

De syddanske kommuner har følgende kommentarer af generel karakter til forløbsprogrammet:

* Forløbsprogrammet kan med fordel blive mere visionært. KRAM faktorerne indgår i forvejen i kommunale tilbud. Men der findes også evidens for vigtigheden af at arbejde med mestring og håndtering af egen sygdom, hvilket man flere steder gør i kommunalt regi ved behandling af borgere med depression. Man arbejder nogle steder ikke kun med den klassiske KRAM-model, men med den dobbelte KRAM-model, hvor de klassiske fysiske kram faktorer indgår sammen med faktorerne: kompetencer, relationer, accept, mestring. For at brede dette yderligere ud kan man med rette beskrive dette i programmet.
* Der er stor forskel på, hvilke tilbud der er til depressionsramte i kommunerne, og der kan derfor i programmet med fordel henvises til Sundhed.dk, hvor hver enkelt kommunes tilbud er beskrevet.
* I flere kommuner tilbydes borgere med depression samme forløb som borgere med angst eller stress. Man kan derfor med rette beskrive, hvorfor programmet specifikt er rettet mod borgere med depression, og om behandlingen ikke kan forgå på hold med borgere ramt af andre typer af psykiske lidelser.
* Man har i kommunalt regi flere steder mulighed for åben og anonym rådgivning til borgere med depression. Denne form anvendes især af yngre borgere, der ikke er en del af social- eller sundhedsvæsnet i forvejen. Der er gode erfaringer med, at dette kan hjælpe disse borgere med at få den rette hjælp, også som forbyggende element. Dette kan eventuelt indgå som en anbefaling i programmet.
* Hvis programmet skal fremstå som et opslagsværk, bør der være mindre prosa og langt mere punktform, så anbefalingerne tydeligere træder frem. Programmet kan med fordel beskæres. Fx bør det overvejes, om afsnittet ”baggrund for forløbsprogrammerne” er relevant.
* Programmet bærer præg af, at forfatterne er i tvivl om, hvem modtageren er. Fx sætningen ”I Danmark er forekomsten af depression efter ICD-10-kriterierne… anslået til ca. 3 % (14 dages prævalens)” (side 7, 2. afsnit) indikerer, at udkastet er skrevet til fagprofessionelle. Mens fx tabellen side 11 indikerer, at udkastet er skrevet til personer uden viden om området.
* Ordet ”inddragelse” skal genovervejes i forbindelse med patientinddragelse. Ordet ”medbestemmelse” eller ”samarbejde” er mere retvisende.
* Forløbsprogrammet synes primært at være målrettet ældre borgere og voksne borgere i arbejde. Depression fylder også meget blandt yngre over 18 år. Derfor er det vigtigt også at fokusere på disse, herunder i uddannelsesregi, på samme måde som der er fokus på borgere i arbejdsmarkedsregi.
* Det skal defineres indledningsvist, hvem de fagprofessionelle er. Derudover bør forløbsprogrammet gennemskrives, så det fremstår tydeligt, hvem de fagprofessionelle er, og hvilken rolle de spiller, når de nævnes eksplicit i forløbsprogrammet.
* Der henvises til mental sundhed som et vigtigt fokus i behandling af borgere med depression. Man kan derfor med fordel i introduktionen definere, hvad mental sundhed er, og hvilke faktorer man herunder lægger vægt på.
* Der mangler en konsekvens gennem hele dokumentet ift., hvordan borgere med let, moderat og svær depression håndteres i de forskellige sektorer. Der mangler en overordnet klar oversigt over rolle- og ansvarsfordeling. Dette er væsentligt i forhold til implementeringen af forløbsprogrammet.
* Tidlig opsporing: Der henvises ikke til, hvordan man kan nå ud til de borgere, der ikke er en del af ”systemet”, og derved ikke mødes af fagprofessionelle, der kan viderehenvise. Hvordan når man ud til disse? Der kan evt. henvises til forebyggelsespakken for mental sundhed, der også fokuserer på, hvordan der kan ageres for at undgå, at borgere bliver syge.
* I forbindelse med hjerteforløbsprogrammet skal der testes med HADS for depression. Der mangler afklaring af, om der opstår en forventning om, at der også gøres dette på andre grupper. Her skal der i så fald være opmærksomhed på de forskellige målgrupper (unge, sygemeldte og kronisk syge) og ansvarsfordelingen i forhold til screening.
* Der bør være en opmærksomhed på, at forløbsprogrammet ikke medfører mange parallelle spor eller arbejdsgrupper på tværs af sektorer.

**Specifikke kommentarer**

De syddanske kommuner har følgende specifikke bemærkninger til forløbsprogrammet:

**1. Introduktion:**

* Det bør indledende defineres, hvad mental sundhed er.
* Der kan med fordel kort introduceres til, hvad der kendetegner depression.
* S. 8, nederst: Man forankrer tidlig opsporing lokalt uden at forholde sig til, hvordan man skal håndtere den tidligere opsporing.
* S. 10: Det bør skrives at børn under 18 år i nær relation til en med depression SKAL orienteres om relevante tilbud og støtteforanstaltninger. Derudover bør de også inddrages i forløbet i form af familiesamtaler.

**2. Den borgerettede forebyggelse**

* S. 12: Der kan eventuelt henvises til andre tiltag, end dem fra forebyggelsespakken, der har gavnlig effekt for borgere med depression, så man også henvender sig til en bredere målgruppe f.eks. yngre borgere.

**3. Tidlig opsporing hos risikogrupper**

* S. 13: Her kan unge mennesker med fordel nævnes som endnu en risikogruppe qua resultaterne fra den seneste regionale sundhedsprofil, som viser at særligt unge kvinder i alderen 16 – 24 år oplever dårlig mental sundhed (36 procent føler sig ofte eller meget ofte nervøse eller stressede).
* S. 13: Der henvises til, at fagprofessionelle, der møder folk i risiko, er opmærksom og henviser. Hvad med de borgere, der ikke mødes af fagprofessionelle – hvordan fanger man disse?
* S. 13: Under de særlige risikogrupper bør også skrives pårørende til borgere med depression, da disse også er i øget risiko for at udvikle depression.
* Side 15: Tidlig opsporing, under afsnittet ”ledige borgere” nævnes jobcentre specifikt. For at få ensartethed, bør afsnittet ”jobcentrene skal derfor…” fjernes, idet der ikke nævnes specifikke afdelinger mv. i de andre afsnit.

**4. Udredning og diagnosticering**

* S. 18: Under niveau 1 nævnes screening af udvalgte risikogrupper som en indsats. Kan dette uddybes? Hvem anbefales at foretage denne screening og evt. med hvilke værktøjer?
* S. 18: Den samlede stratificeringsmodel indbefatter både forebyggelse, udredning og behandling (Niveau 1 + 2) samt sygdomskategorier (niveau 3 + 4). Modellen kan med fordel deles i to forskellige modeller for at signalere, at der er tale om to forskellige ting.

**5. Løbende koordinering:**

* S. 20: Under afsnittet ”Afslutning af behandling…” står der i 3. afsnit: ”… og kommunen skal udarbejde en handlingsplan…”. Dette er ikke korrekt jf. Servicelovens § 141: ”Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde at udarbejde en handleplan, når hjælpen ydes til 1) personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller 2) personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder.” Kommunerne skal altså udelukkende tilbyde at udarbejde handlingsplaner for borgere med betydeligt nedsat funktionsevne eller alvorlige sociale problemer.
* S. 20: I afsnittet ”Afslutning af behandling …” står der, at alle relevante parter indkaldes til udskrivningskonference. Det er uklart, hvem der er de relevante parter.

**6. løbende koordinering:**

* S. 22: Løbende koordinering under afsnittet ”Kommunen…” Sætningen ”det er kommunens myndighedsfunktion…” vurderes at være overflødig. Kommunerne er bekendt med, hvem der visiterer. For andre personer (regionale medarbejdere, borgere mv.) er det nok at vide, at det er kommunen, der afgør, om en borger er berettiget til ydelser efter Serviceloven.
* S. 23: Det er meget positivt, at forløbsprogrammet udvider målgruppen, der får tilknyttet en koordinerende kontaktperson, så det fremadrettet ikke kun er borgere, der behandles i psykiatrien, der har denne mulighed. Det fremgår, at funktionen som koordinerende kontaktperson enten bør være i lokalpsykiatrien eller i kommunens sundhedsafdeling. Vi foreslår, at man ikke begrænser forslagene til ”kommunens sundhedsafdeling”, da andre afdelinger i kommunen kan være ligeså oplagte - f.eks. en sagsbehandler, som er tilknyttet en beskæftigelsesafdeling.
* S. 23: I afsnittet ”En koordinerende kontaktperson” står, at der ”… udpeges en koordinerende kontaktperson”. Det bør afklares, hvem der har ansvaret for udpegelsen, og det bør være nærmere defineret, hvem der har den koordinerende funktion.
* S. 23: I afsnittet ”En koordinerende kontaktperson” nævnes ”Regional samarbejdsaftale på det psykiatriske område”. Det står ikke klart, hvilken regional samarbejdsaftale der her sigtes til.
* S. 23: Udvidelse af funktionen den koordinerende kontaktperson til også at gælde målgruppen af patienter, som behandles udenfor psykiatrien: Det bør uddybes og tydeligøres for kommunerne, hvordan økonomi mellem kommune og region er tænkt i forbindelse med udvidelserne i forløbsprogrammet. I programmet er kun nævnt, at opgaven kan placeres både kommunalt og regionalt, og at den bør placeres, hvor det giver mest mening.

**7. Arbejdsmarkedsindsats:**

* S. 24: Arbejdsmarkedsindsats virker meget lidt konkret i forhold til andre kapitler og er ikke ret klart i sine forventninger til aktørerne, ligesom der er tvivl om, hvem kapitlet egentligt henvender sig til (borgeren, arbejdsgiveren, kommunen eller sundhedssystemet…).
* S. 25: Afsnittet om kommunernes forskellige tilbud, ”Lær at tackle” og andre, er ikke kun relevant at henvise til i afsnittet om arbejdsmarkedsindsatsen, da de er relevant for alle typer borgere med depression, ikke kun dem der tilknyttet arbejdsmarkedet.

**8. Genoptræning**

* Det vurderes positivt, at genoptræningsområdet bliver synliggjort i forløbsprogrammet. Særligt efter udvidelsen af genoptræningsplaner, så disse også skal omfatte det psykiatriske område/psykiatriske patienter.
* Der er uklart, hvad der udløser en genoptræningsplan for denne målgruppe, og hvad forventningerne til en sådan plan er. Dette bør beskrives.
* S. 30 nederst under forbyggende træning: Forebyggende træning bør hedde forbyggende indsatser. Derudover står der:”Kommunerne kan tilbyde træning til patienter med HJERTESYGDOM…” Her menes vel med depression? Teksten kan evt. omformuleres til at lyde ”Kommunen kan tilbyde indsatser til patienter med kronisk sygdom med henblik på at forebygge sygdom og forbedre funktionsevne”, så den ikke kun tager udgangspunkt i hjertesygdom.
* Kommunerne får med dette forløbsprogram en øget opgave i forhold til at have genoptræningsforløb til borgere med depression. Det er ugennemsigtigt, hvor mange borgere, der fremadrettet vil blive henvist. En afdækning af, hvor mange der er i målgruppen ønskes, hvorved kommunerne får bedre mulighed for at allokere ressourcer til genoptræning af borgergruppen.

**9. Rehabilitering i kommunerne:**

* Der er meget lidt anerkendelse af kommunernes rehabiliterende arbejde generelt. Kapitlets anbefalinger bærer præg af at være selvfølgeligheder.
* S. 31: I første afsnit, nederst står der: ”…mennesker med psykiske lidelser underdiagnosticeres og underbehandles for deres fysiske sygdomme…” Disse forhold vedrører læger og sygehuse, ikke kommunens rehabiliteringsindsats.
* S. 31: I næste afsnit henvises til undersøgelser, der viser, at manglende kompetencer hos fagpersoner er en væsentlig barriere for at ændre sundhedsadfærd. Dette er vel ikke kun relevant ift. kommunernes rehabilitering, men til alt fagpersonale, der har med depressionsramte at gøre, både i kommuner og region.
* S. 31: I beskrivelsen af ”At borger tilbydes rehabiliteringstilbud på de kommunale sundhedsområder”, er det uklart, hvorvidt det er en kan/skal-opgave. Der vil formodentlig for nogen kommuner være kommunal økonomi i opgaven, og det bør derfor være tydeligere, hvad den konkrete opgave er, samt forpligtelsesgraden (kan/anbefaling eller skal).
* S. 32: Øverst, I afsnittet står: ”Hvis en patient fravælger et rehabiliteringstilbud… skal der være mulighed for, at patienten på et senere tidspunkt kan henvende sig…” Borgere kan altid vælge og fravælge et tilbud. Afsnittet er overflødigt.
* S. 32: Der henvises til ”kommunikationspakken”. Det bør uddybes kort, hvad kommunikationspakken er.
* S. 33: Mental sundhed kan med fordel også afbilledes i figuren som et tilbud, da man i kommunerne også arbejder med dette. Dette ud fra den dobbelte KRAM-model, som er beskrevet ovenfor.
* S. 32+36: ”Den sundhedsprofessionelle bør i den afklarende samtale vurdere, om det er relevant for patienten at benytte et tilbud i en anden kommune”. ”Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. patientens deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved, at patienten kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen”. Disse tiltag vil have økonomiske konsekvenser for den enkelte kommune, og det bør derfor være op til den enkelte kommune at afgøre, om der skal anvendes ressourcer til sådanne services. Det foreslås derfor, at afsnittene slettes.
* S. 38: Henvisning til rygestoptilbud i kommunen bør kunne foregå som en direkte henvisning, dvs. uden en afklarende samtale, hvis borgerens ønske/behov er klart udtrykt i form af hjælp til rygestop alene. Borgerne kan jo i forvejen henvende sig direkte uden en henvisning og blive tilmeldt et rygestopkursus i alle kommuner.
* S. 38: Slåfejl i allernederste afsnit linje 4.

**Bilag**

* Bilag 1 vurderes at være irrelevant.