

Dato: 02. april 2019

Reference: Søs Fuglsang

Direkte telefon: 89592100

E-mail: abskf@norddjurs.dk

Journalnr.:

Høringssvar til forløbsprogram for kronisk obstruktiv lungesygdom

Norddjurs Kommune har læst udkast til forløbsprogram for kronisk obstruktiv lungesygdom og har følgende bemærkninger:

Forløbsprogrammets opbygning er noget ustruktureret, og dermed svært at gennemskue og at anvende. Det ville være logisk og læsevenligt, at man startede med diagnostik og tidlig opsporing, derefter ansvars- og opgavefordeling, samarbejde og koordinering.

Det er uklart, hvilket konkret ansvar de praktiserende læger, kommunerne og hospitalerne hver især har, samt hvilke indsatser skal de enkelte instanser skal levere. Vi savner en tydelig beskrivelse af, hvordan de beskrevne indsatser indgår i den samlede rehabiliteringsindsats.

Sprogligt mangler der konsistens, da der nogle gange anvendes *skal* og andre gange *kan* om den samme aktivitet – eksempelvis i relation til om der skal foretages en vurdering af, hvorvidt borgeren skal have en genoptræningsplan eller ej.

Vi savner integration af den nyeste Nationale kliniske retningslinje for Rehabilitering af patienter med KOL (maj 2018).

Vi anerkender, at afsnittet vedr. telemedicin er velbeskrevet. Antallet af borgere, der er i målgruppen for dette initiativ forventes at være begrænset. Det er således bekymrende, at forløbsprogrammets øvrige indhold er uklart beskrevet.

Vi anerkender også, at der i afsnittet vedr. telemedicin er beskrevet et uddannelsesstilbud til borgere. Der mangler dog en overordnet brug af patientuddannelsesbegrebet i forbindelse med be-

skrivelse af indsatser så som træning, rygestop, ernæring og psykosocial støtte. Igen bør det præciseres, hvem der har ansvaret for de enkelte uddannelsesaktiviteter, og dette skal sættes i forhold til borgernes sygdomskompleksitet. Dette kunne med fordel gøres gennemskueligt i en matrix.

Slutteligt kan vi tilslutte os en systematisk koordinering af borger-/patientforløb, når det drejer sig om borgere med komplekse sundhedsfaglige problemstillinger. Her er det væsentligt, at tage afsæt i det faktum, at borgere med den slags helbredsmæssige udfordringer sjældent nøjes med at have én sygdom. Norddjurs Kommune vurderer derfor ikke, at det er relevant at etablere diagnosespecifik borger-forløbs-koordinering.

Norddjurs Kommune ser frem til at bidrage til den videre proces med den konkrete udmøntning og implementering af forløbsprogrammet for borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom.

Med venlig hilsen

Søs Fuglsang
Sundheds- og Omsorgschef
Norddjurs Kommune

Høringssvar vedrørende revideret "Forløbsprogram for Kronisk obstruktiv Lungesygdom – KOL" fra Medicinsk afdeling, Regionshospitalet Randers.

Dato 04.04.2019
Solveig Gram
Direkte tlf. 7842 0086
solgra@rm.dk

Vi har nu læst og gennemgået det reviderede høringsudkast til forløbsprogram for KOL.

Side 1

Vi finder at forløbene er stort set velbeskrevet men der er nogle punkter som vi mener, bør gøres mere klare i forløbsprogrammet.

I forbindelse med den nye overenskomst med PLO blev en del af KOL patienternes forløb lagt hos de praktiserende læger. Der er dog en væsentlig gruppe KOL patienter som efter den aftale stadig skal ses i hospitalsregi. Disse patienter kræver pga. deres svære og komplicerede sygdomsforløb specialist behandling både sygeplejefagligt og lægefagligt. Det drejer sig primært om GOLD gruppe D, patienter som er under observation med henblik på, om udredning til lungetransplantation kommer på tale, hjemmeilt behandlede patienter samt patienter som har hospitalskrævende terminale forløb. Disse patienter, som er svært invaliderede af deres lungesygdom, samt deres familier har brug for direkte og personlig adgang til specialister på området.

Det bør derfor præciseres i forløbsprogrammet hvilke grupper af KOL patienter som skal følges i hospitalsregi også ifølge overenskomsten med PLO. Ligeledes bør der også afklares, om man fastholder de krav der er til indberetning til databaser fra hospitalet – hvis disse fastholdes skal en del patienter jo så ses som minimum en gang årligt.

Vi ønsker også at man laver en præcisering af, om man fra almen praksis kan henvise til udgående sygeplejefunktioner udenom almindelig visitation af lungemedicinsk speciallæge – se venligst side 12. Dette mener vi ikke bør være muligt.

Afsluttende vil vi gøre opmærksom på at der findes en regional retningslinje som er udarbejdet på baggrund af det forrige forløbsprogram. Denne bør revideres hurtigt efter at forløbsprogrammet bliver udsendt, da de lokale retningslinjer og instrukser er baseret her på.

På vegne af Medicinsk afdeling på Regionshospitalet Randers.

Pernille Sarto

Ledende Overlæge, Medicinsk afdeling.



Hørings svar vedr. Forløbsprogram for Kronisk obstruktiv Lungesygdom (KOL) 4. april 2019

Vi har med stor interesse læst det udsendte høringsudkast vedr. Forløbsprogrammet for KOL patienter. Forløbet er velbeskrevet og fint illustreret.

Hospitalsopgaver i relation til KOL patienter

Vi er helt med på, at en stor del af opgaverne i relation til KOL-patienterne skal varetages i almen praksis, jævnfør den nye overenskomst med PLO.

Dog vil der efter vores opfattelse fortsat være en del patienter, der skal modtage specialistbehandling på hospitalet livslangt eller i kortere eller længere perioder, ligesom der vil være akutte indlæggelser og terminalt syge KOL patienter i hospitalsregi.

Vi mangler, at der er præciseret, uddybet og måske samlet lidt mere i forhold til, hvilke patienter, der skal ses i hospitalsregi og hvilke opgaver der også ligger her. Der er skrevet meget lidt om de KOL patienter, der skal have et ambulansforløb på hospitalerne – eksempelvis hjemmeilte patienter og patienter i telemedicinsk hjemmemonitorering og hvad med årskonroller på disse, hvor der jo fortsat er krav om indberetning til [Dansk Register for Kronisk obstruktiv lungelidelse](#).

Palliation

I afsnittet omkring palliation fremstår det, som vi ser det, ikke tydeligt nok, at der foregår basal palliation for KOL patienter på hospitalet. Mange KOL patienter er indlagt i perioder af deres sidste tid som terminalt syge lungepatienter og mange ønsker at dø på hospitalet. Ifølge sundhedsaftalerne skal dette også være en mulighed og de lungemedicinske og almen medicinske afdelinger udfører derfor også basale palliative indsatser. Der arbejdes på flere lungemedicinske afsnit med samtaler mellem patient, pårørende, speciallæge og sygeplejerske, hvor patientens ønske om den sidste tid drøftes, herunder også behandlingsniveauet ved akut indlæggelse – patientens praktiserende læge og hjemme sygeplejerske kan deltage efter ønske/accept fra patienten. Mange gange er det lungemedicinere, der har hovedansvaret for den terminalt syge KOL patient og dermed yder den specialiserede indsats for denne patientgruppe.

Der er igangsat et regionalt arbejde med at beskrive den palliative indsats for lungepatienter på hospitalerne i Region Midt, de lungemedicinske speciallæger er initiativtagere og tovholdere, så dette understreger, at der foregår meget palliation for patientgruppen i hospitalsregi også.

Ernæring og dysfagi

Under punktet med Rehabilitering beskrives målet med rehabilitering. Herunder er blandt andet beskrevet vigtigheden af "Vejledning i kostens betydning". "Ernæring" er ligeledes selvstændigt beskrevet senere i forløbsprogrammet. Vi vil gerne henstille opmærksomheden imod, at særligt denne gruppe af patienter med KOL kan opleve synkeproblemer (1) (2). Spisesituationen kræver ekstra energi, og der kan være risiko for dehydrering, under- eller fejlernæring, vægttab og tab af funktionsevne (2)(3). Den påvirkede koordinering mellem vejrtrækning og synkefunktion kan medføre penetration eller aspiration. Aspiration kan medføre pneumoni (1)(2)(3)(4). Mennesker med KOL kan opleve synkeproblemer og der kan være en sammenhæng mellem dysfagi og exacerbation af KOL (3)(4)(5). Patienter med KOL er derfor i særlig risiko for udvikling af dysfagi, hvor dysfagibegrebet er forstået bredt ud fra den nationale og internationale definition af dysfagi i forhold til sikkerhed og effektivitetsbegrebet (6)(7). En undersøgelse viser, at mere end en tredjedel af alle indlagte patienter med pneumoni har dysfagi. Der ses her en sammenhæng mellem øget mortalitet og

hyppigere genindlæggelser ved netop denne gruppe af patienter med pneumoni og dysfagi (8). På baggrund af ovenstående vurderes det relevant, at også dysfagi beskrives som et opmærksomhedspunkt og der er et stort ønske om, at dette indskrives i forløbsprogrammet for KOL, Nedenstående referencer underbygger dette.

1. Lindg, M, G., Johansson, M. B., Jennische, M., Koyi, H. Prevalence of swallowing dysfunction screened in Swedish cohort of COPD patients. International Journal of COPD. Volume 2017:12 pp. 331-337.
2. Better Living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A patient guide. Chapter 16. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and swallowing. Second Edition. The State of Queensland (Queensland Health) and The Australian Lung Foundation 2012.
3. Ghannouchi, I., Speyer, R., Doma, K., Cordier, R., Verin, E. Swallowing function and chronic respiratory disease: Systematic review. Respiratory Medicine 117 (2016) 54-64.
4. Steidl, E., Ribeiro, C. S., Goncalves, B. F., Fernandes, N., Antunes, V., Mancopes, R. Relationship between Dysphagia Exacerbations in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Literature Review. International Archives of Otorhinolaryngology. Vol. 19. No. 1/2015.
5. Cvejic et al.
6. Sundhedsstyrelsen. National retningslinje for øvre dysfagi - opsporing, udredning og udvalgte indsatser. 2015.
7. Nestlé NI. Volume-viscosity swallow test: En klinisk metode til diagnosticering af orofaryngeal dysfagi. 2017.
8. Melgaard, D., Baandrup, U., Bøgsted, M., Bendtsen, M.D., Hansen, T. The Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Danish Patients Hospitalised with Community-Acquired Pneumonia. Dysphagia. Springer. (2017) 32:383-392.

Telemedicin

I forløbsprogrammet for KOL beskrives den telemedicinske indsats, hvor der blandt andet er beskrevet uddannelsesbuddet til borgere med KOL i det telemedicinske tilbud. Bør den telerehabiliterende patientuddannelses indsats, hvor træning og undervisning er inkluderet, indskrives her, som en mulighed. Særligt i forhold til temaerne: "Forstå din KOL" og "Håndter livet med KOL", der er inkluderet i den rehabiliterende indsats, som patientskolen er.

Medlemmer af forløbsprogramgruppen

Man kunne med fordel have inddraget blandt andet en ergoterapeut og diætist i arbejdsgruppen for at opnå en mere nuanceret tværfaglig tilgang til området.

I forlængelse af revisionen af forløbsprogrammet – bør den [regionale retningslinje](#), som er udarbejdet på baggrund af det tidligere forløbsprogram også revideres – er der taget stilling til hvem der foretager denne revision og hvornår?

Høringssvaret er givet på vegne af:

**Det tværfaglige lungeteam på Regionshospitalet Horsens,
Overlæge Mette Nygaard Christensen og Udviklingssygeplejerske Karen Ersgard
og
Michael Skov Jensen Lungemedicinsk afsnit Regionshospitalet Viborg og
Regionshospitalet Skive**

Formandskabet for forløbsprogramgruppen for KOL

Region Midt

Ny Skolegade 4
8723 Løsning
T: 79755000

Gunnel Pedersen
Dir: +4579755815
Mob: +4530361402
e-mail:
Gunnel.Pedersen
@Hedensted.dk
Sagsnr. 29.18.00-A00-1-19

2.4.2019

Høringssvar revideret forløbsplan KOL 2019

På vegne af den sundhedsfaglige ledelse i Social Omsorg Hedensted Kommune har vi følgende kommentarer til den reviderede forløbsplan KOL 2019:

- En nærmere beskrivelse og information omkring en forløbskoordinator i kommunen. Måske via en pjece fra klyngen?
- En mere specificeret beskrivelse og krav til en indgang til kommunen
- Mere konkret specifikation af opfølgning via kontaktperson hvis borgeren vurderes i risiko for at frafalde igangsatte tilbud.
- Mulighed for at henvise til tryghedsbesøg. Lige nu er det ikke en ydelse alle kommuner har, men skal den igangsættes?
- Specificering af dialogmøder med hospitaler/læger/patientforeninger,
- Mulighed for større samarbejde med frivillige. Borgeren skal kunne henvises til andre muligheder ved rehabiliterings afslutning. Derudover specifik aftale vedr. fremadrettede kommunale tilbud, når der ikke er lægehenvielse mere.
- Det er rigtigt godt med bedre telefonisk rådgivning fra hospital på hverdage, bedre og hurtigere behandlingsplaner og nedskrevne op følgende aftaler. Disse kan evt. medsendes borgeren ved udskrivelsen.
- Forebyggelse af rygning kommunalt – have et tilbud der forhindrer at borgeren starter med at ryge
- Beskrivelse af standardiseret tidlig opsporing i kommunerne, som lungemålinger i lokalsamfundet, opsporingsværktøjer som TOBS og Triagering m.v., så der kan skabes ensartethed.
- Opfordring til at der defineres rammedelegationer hos borgere med brug for særlig støtte.
- Det er en fin beskrivelse af TeleKol.

Med venlig hilsen

Gunnel Pedersen
Sygeplejefaglig udviklingskonsulent





Høringssvar fra PLO-Midtjylland (PLO-M) til kronikerforløbsprogram for KOL

Overordnet set et program, der definerer rollefordelingen i indsatsen for KOL patienterne.

Vedr. klassifikationskriterier henvises der i vid udstrækning til de faglige selskabers vejledninger, som danner baggrund for programmet. Stratificeringen mellem behandlingssteder tager udgangspunkt i de nye guidelines, hvor det mere er patientens samlede sygdomsbyrde, end snævre lungefunktionskriterier, der ligger til grund for valget af behandlingssted. Det flugter ganske godt med den oplevelse vi har haft af patienternes valg eller fravalg af hospitalsbehandling.

PLO-M vil også henlede opmærksomheden på Overenskomst om almen praksis (OK 18), hvoraf fremgår, at Regionen skal lave en plan for den konkrete opgaveflytning i forbindelse med KOL og DM 2 i almen praksis (AP). Planen skal ikke indeholde mere, end hvad praktiserende læger er forpligtiget til i følge OK.

Et par punkter, hvor PLO-M finder programmet uhensigtsmæssigt eller der er behov for en opstramning

Rygning

Vi ved, at rygning er den altovervejende årsag til KOL, forløbsprogrammet nævner flere steder, at sygdommen skal opspores tidligt. Alligevel er indsatsen omkring rygeafvænning først omtalt på side 20. Rygningens betydning og indsatsen mod rygning bør trækkes mere frem i programmet og bør nævnes på de allerførste sider.

er flere steder, at sygdommen skal opspores tidligt. Alligevel er indsatsen omkring rygeafvænning først på side 20.

Henvi sning til kommunal rehabilitering

Forløbsprogrammet har en udtalt detaljeringsgrad i kravene til henvi sning til kommunal rehabilitering. Da målgruppen allerede forventes at have en digital forløbsplan, finder vi en reference hertil dækkende i.f.t. kommunens behov for KOL specifikke helbredsoplysninger. Desuden pålægges AP en ekstra opgave med henvi sning til åbne tilbud. I lysets af patientgruppens begrænsede egenomsorgskapacitet, skal vi formodentligt tage denne opgave på os, men der er ingen grund til at gøre den tungere end nødvendigt. Vi må fastholde, at kommunerne tager en indledende samtale, hvor de præsenterer deres tilbud og sammen med patienten a fgør, hvilke der er relevante i.f.t ønsker, behov og motivation. Dette kan foregå både med og uden henvi sning, og kræver ingen selvstændig vurdering fra lægens side!

Telemedicin

Målgruppen for telemedicinsk hjemmemonitorering er ikke defineret i forløbsprogrammet.

Den antages at være en delmængde af de patienter der i.h.t. sundhedsstyrelsens vejledning for tværsektorielle forløb skal følges i hospitalsregi (GOLD klasse D med flere årlige eksacerbationer.) Under alle omstændigheder, overgår patienten til hospitalsforløb ved inklusion i telemedicinsk hjemmemonitorering af KOL.

Den "digital forløbsplan"

Det bemærkes, at den "individuelle digitale forløbsplan" ikke er identisk med de digitale forløbsplaner der i skrivende stund udrulles fra almen praksis. Der pågår et arbejde mellem Steno og lungemedicinerne med at etablere en generisk digital forløbsplan for borgere i telemedicinske tilbud. PLO-M finder det uhensigtsmæssigt, at patienterne på denne måde kommer til at stå med flere enslydende produkter, som har forskelligt indhold og snitflader. Det har ikke hidtil været muligt at samtænke de digitale forløbsplaner. PLO-M vil foreslå de digitale forløbsplaner synkroniseret, så de som et minimum fremstår som delmængder af hinanden.

Med det foreliggende oplæg er der en nærliggende risiko for, at den digitale forløbsplan kan blive vanskelig at navigere i for både patienter og læger.



Den akutte indsats ved eksacerbation

Det bør fremgå mere eksplicit, at det er monitoreringsenheden, der tager sig af den akutte behandling af KOL relaterede problemer hos patienter i det telemedicinske tilbud, evt. ved direkte indlæggelse. Når det vurderes der, er tale om et problem, der ikke relaterer sig til patientens KOL, involveres egen læge. Det anføres under den akutte indsats, at der forventes et øget samarbejde mellem egen læge / vagtlæger og de kommunale akutfunktioner m.h.p. at behandlingen i videst muligt omfang kan finde sted i eget hjem. Hvordan dette rent praktisk skal udmøntes i lægevagtsregi er ikke nærmere defineret. Der ligger en stor udfordring i at sikre kontinuitet og konsensus i lægevagts kommunikation med de kommunale akutteams. Hvordan sikres, at lægevagts ordinationer modtages og udføres af de kommunale akutteams?

Andre bemærkninger

Vedr. stratificering af behandlingsniveau:

PLOM foreslår, at den nedenstående anbefaling fra Sundhedsstyrelsens medtages i programmet. *"Almen praksis har behandlingsansvar for alle tilmeldte patienter med diagnosticeret KOL på nær nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på hospitalet: • Patienter i GOLD gruppe D, som har hyppige eksacerbationer (2 eller flere om året). • Patienter, hvor KOL er kompliceret som følge af svære udvidelser på bronchiegrenene (bronkiektasier). • Patienter med meget svært nedsat lungefunktion (FEV1 under 30 pct. af forventet), specielt hvis de er potentielle transplantationskandidater, kandidater til volumenreducerende te-rapi eller ventilanlæggelse og/eller har komplicerende pulmonal hypertension. • Patienter hvor man overvejer eller har iværksat behandling med noninvasiv ventilation (NIV) i hjemmet."* Kilde: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, Sundhedsstyrelsen 2015.

KLYNGERNE

Fælles skolebænk og temadag i klyngerne. Hvordan sikres og finansieres deltagelse fra almen praksis? Samarbejde og koordinering af faste dialogmøder mellem relevante parter - hvem repræsenterer AP her (praksiskoordinator, PLO-M repræsentant, ad hoc repræsentant? Deltagelse i udskrivningssamtale – højt ambitionsniveau for AP, kan blive vanskeligt at honorere tidsmæssigt. PLO-M anbefaler, at der indgås aftaler med PLO-M, så honorering af praktiserende lægers tid bliver muligt.

Fint med epikrisekopi til patienten.

PLO vil også kvittere for tidlig opsporing i kommunen samt at der er beskrevet fokus på opsporing i relevante populationsgrupper frem for generel screening af fx. rygere.

Programmet gør opmærksom på, at KOL-patienter ofte har en lav socioøkonomisk status. Det har relevans ift transport til de kommunale rehabiliteringstilbud. Vi ser ofte, at en borger fravælger et rehabiliteringstilbud, fordi transport dertil er lang og der ikke er mulighed for offentlig transport. Programmet kunne med fordel råde til, at de kommunale rehabiliteringstilbud placeres geografisk bredt indenfor den enkelte kommune.

Ernæring, kost, diætvejledning omtalt på s. 25-26: Almen praksis kan ikke yde ernæringsvejledning højest almindelig kostvejledning. Der står, at kommunerne tilbyder kost- og diætvejledning som en del af rehabiliteringsforløbet. Vi må fastholde, at rehabiliteringen foregår efter individuel planlægning med udgangspunkt i borgerens behov og motivation.



På s. 18 omtales “rammeordination/rammedelegering”, men af hvad er uklart. Er det medicin?
Brug af parakliniske undersøgelser? Til et individ eller en større population?

PLOM, 5 april 2019

3. april 2019

Hørings svar på revideret Forløbsprogram for KOL

Tak for en gennemarbejdet høringsversion af revideret Forløbsprogram for KOL. Helt overordnet er den nye udvikling på området skrevet fint ind. Også de tilføjede områder er meget relevante og velbeskrevne.

I det følgende er de konkrete bemærkninger til tekst og indhold oplyst:

- S. 5: Vi foreslår, at træning (SUL §140 og SEL §86) står/indsættes som en selvstændig indsats.
- S. 7: Klassifikationen virker ret åben for fortolkning. Vi foreslår derfor, at der indsættes en illustration af klassifikationen for sværhedsgraden af KOL, og at der beskrives nogle eksempler på klassifikation. Vi mener desuden, at "indlæggelse" stadig bør være et vurderingspunkt.
Når der indsat links til DSAM og DLS, hvor klassifikationen er baseret på GOLD, kan vi frygte, at det skaber mere forvirring i forhold til begrebet.
- S. 13: I forhold til henvisning til kommunale tilbud mangler der noget om henvisning til træning. Her tænkes på de forløb, hvor rehabilitering ikke er relevant, men i stedet et forløb efter SEL § 86.1 eller §86.2.
- S. 14: Der står det samme to gange i starten af afsnittet om digitale forløbsplaner, om at det er de praktiserende læger, der opretter de digitale forløbsplaner.
- S. 15: Under faglige indsatser henvises der for eksempel til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Der bør indsættes links, som der er flere andre steder i Forløbsprogrammet. Desuden mangler træning som selvstændig faglig indsats.
- S. 16: I afsnittet om tidlig opsporing i almen praksis foreslår vi, at det indskrives, at egen læge (ligesom hospitalslægerne) skal yde en kort systematisk rygestoprådgivning med udgangspunkt i VBA metoden.
Faktaboksen med tidlige symptomer og risikofaktorer kan med fordel indsættes, som den er i det nuværende program.
- S. 18: I forhold til hyppighed af eksacerbation, står der ikke noget om indlæggelser. Vi vurderer, at det stadig er et relevant kriterie. Vi vurderer ligeledes, at det bør fremgå, hvor mange eksacerbationer, der skal være.
- S. 18: Under punktet med vurdering af behov for rehabilitering, står der at "lægen i dialog med patienten skal finde frem til det rigtige rehabiliteringstilbud og henvise til dette." Vi mener, at det også skal fremgå, at der kan henvises til træning efter SUL §140 eller SEL §86.
- S. 19: De øverste tre linjer og tilhørende link kan vi ikke se relevansen af, da det er en passage omhandlende vurdering af behov for særlig støtte.
- S. 21: I afsnittet om rygestop foreslår vi, at det står, at "lægen skal henvise til rygestoptilbud i kommunalt regi eller via apoteket, hvis borgeren efter information

om disse ønsker dette." Baggrunden for forslaget er, at vi næsten ingen henvisninger får. Vi foreslår desuden, at også den gratis app "Xhale", som anvendes til rygestop, skrives ind som mulighed. Den er udviklet til den yngre målgruppe, men vi erfarer, at også mange andre har glæde af at benytte den.

- S. 21: Det er en knudret formulering, der indleder afsnittet om Rehabilitering. Det må kunne gøres mere mundret.
- S. 22: "Målet med Rehabilitering er...", kunne med fordel suppleres med et område om at kunne forvalte sin energi bedst muligt.
- S. 23: Sætningen "Borgeren skal have mulighed for at blive henvist til fysisk træning" bør efterfølges af svar på hvordan, af hvem og hvad (SUL § 140, SEL § 86, foreningsregi eller andet).
- S. 24: Omkring ernæring vurderer vi, at det er vigtigt, der står noget om dysfagi, da op til 40 % af alle med KOL har en form for synkebesvær.
- S. 27: Omkring Telemedicin ser det for os ud til, at der er sket en sammenblanding af den akutte indsats for borgere med KOL og TeleKOL.
- S. 27-32: Det er ikke alle borgere med akut forværring i deres KOL, der er inkluderet i brugen af TeleKOL. Vi foreslår derfor, at den akutte indsats og TeleKOL bliver skrevet ind som selvstændige punkter; TeleKOL som et tilbud til borgere med svær/meget svær KOL med de tilbud og den organisering, der ligger i det.
- S. 34: I forhold til palliation på basisniveau mangler der at stå noget om fysioterapi. Det er både muligt at blive henvist til vederlagsfri fysioterapi, få en GOP eller blive bevilliget §86-træning.

Venlig hilsen

Inge Bank
Sundheds- og Omsorgschef
Silkeborg Kommune



Viborg Kommunes hørings svar til revideret forløbsprogram for KOL

Hermed fremsendes Viborg Kommunes hørings svar til revideret forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom.

Generelt

Det vurderes, at forløbsprogrammet bygger videre på de gode erfaringer, som er gjort i arbejdet med de tidligere KOL-forløbsprogrammer. Det er blevet tydeliggjort, hvem der har ansvaret for borgeren, hvornår i forløbet. Beskrivelserne af indsatserne i forløbsprogrammet er generelt mere velbeskrevet og detaljerede i forhold til tidligere. Særligt i forhold til KOL i den akutte fase og omkring ernæringsindsatsen er forløbsprogrammet blevet mere detaljeret. Desuden er udfoldelsen af KOL-klassifikationen et positivt tiltag.

Vedhæftet hørings svaret er en kommenteret version af forløbsprogrammet udarbejdet af vores rehabiliteringsteam. Nærværende hørings svar består af enkelte af kommentarer herfra samt kommentarer fra andre dele af organisationen.

Diagnosekoder

Diagnosekoden for respirationsinsufficiens er ny i forløbsprogrammet. Diagnosen skyldes en række alvorlige neuromuskulære sygdomme og visse andre sjældne tilstande, der kan føre til, at patienterne rammes af kronisk respirationsinsufficiens. Det er ikke tydeligt, hvorfor den er medtaget i forløbsprogrammet for KOL.

Ved udskrivning fra hospital

Det er uklart, hvorfor der står "opfølgning" i parentes ved "Rehabilitering vurderes".

I sidste punkt beskrives "Ved afslutning af et rehabiliteringsforløb i hospitalsregi (...)". Det er for kommunen uklart, om der her henvises til en træningsindsats på hospitalet eller om der er tale om en vurdering af, hvorvidt borgeren skal henvises til et kommunalt trænings-/rehabiliteringstilbud.

Efter gennemførelse af kommunale tilbud

Der nævnes her "at kommunen bør tilbyde en opfølgende samtale med borgeren (...). Det er uklart om der her menes den afsluttende samtale i kommunalt regi, som afholdes når indsatserne er afsluttet.

Dato: 29. marts 2019

Sagsbehandler: vpbrkr

Direkte tlf.: 87 87 60 55

Rehabilitering

I tredje afsnit er der uoverensstemmelse mellem første og anden linje. Først nævnes alle borgere diagnosticeret med KOL kan henvises til rehabilitering. Herefter nævnes at KOL-patienter med åndenød ligeledes kan henvises.

I fjerde afsnit bør stå, at der skal udarbejdes en genoptræningsplan og ikke at den foreligger.

Det nævnes, at rehabiliteringsindsatsen skal indeholde fysisk træning. Rehabiliteringsindsatsen er dog meget andet end fysisk træning og kan eksempelvis bestå i undervisning i forhold til mestring af hverdagslivet, undervisning/vejledning i hverdagsaktiviteter, strategier, hjælpemidler eller diætvejledning. Trænings- og rehabiliteringstilbuddet nævnes flere gange. Der bør blot stå "rehabiliteringstilbuddet".

Træning

Afsnittet bør have en underoverskrift/indsats med "Hverdagsaktiviteter/Hverdagslivet". Se ovenfor for uddybning.

Ernæring

Afsnittet om ernæring kan med fordel struktureres mere stringent. Det kan tydeliggøres, hvilken indsats som skal tilbydes, hvornår i forløbet samt være tydeligt når der er tale om forebyggelse frem for behandling. Derudover bør afsnittet med definitioner være placeret i begyndelsen af afsnittet.

De praktiserede lægers rolle

Almen praksis har en vigtig rolle i det forløb en borger med KOL gennemgår. Forløbsprogrammet kan dog med fordel tydeliggøre, hvordan de praktiserende læger samarbejder med kommunale og regionale aktører i forløbet.

Hvis der er behov for yderligere informationer, i forbindelse med ovenstående eller spørgsmål til praksis omkring implementeringen af forløbsprogrammet i Viborg Kommune, er I velkommen til at kontakte os.

Med venlig hilsen

Peter Borup Sørensen
Sundhedschef



Til Region Midtjylland

Mail: Sundhed.hoering.kol.forloepsprogram@rm.dk

1. april 2019

Side 1 af 3

Høringssvar fra Aarhus Kommune - Forløbsprogram for KOL 2019.

Aarhus Kommune har overordnet følgende bemærkninger til høringssudgaven af forløbsprogrammet for KOL 2019:

1. Forløbsprogrammet er godt fagligt gennemarbejdet, og er blevet opdateret med flere relevante fokusområder bl.a. Tele-KOL og rygestop-indsatsen. Forløbsprogrammet er dog meget langt, det fremstår lidt "rodet" og det er vanskeligt at få et hurtigt overblik over opgave- arbejdsdelingen på dette felt.
2. I forlængelse af bemærkningerne under punkt 1 kunne der med fordel samles et afsnit med "borgerens og pårørendes opgaver".
3. Det er meget positivt, at der i det reviderede forløbsprogram er kommet mere fokus på ernæring. Der er dog fortsat ikke klarhed ift. mulighed for henvisning til individuel diætbehandling hos klinisk diætist. Kommunerne har ikke et sådant tilbud, og på hospitalerne er der indenfor de senere år sket en reduktion i antal diætister.
4. Aarhus Kommune finder det rigtig positivt, at der lægges op til at styrke den tidlige opsporing ift. sårbare/udsatte borgere f.eks. på bo- og væresteder med henblik på at reducere den sociale ulighed. Herudover bør der også være større fokus på, hvordan sundhedsvæsenet generelt set bedst hjælper sårbare borgere/udsatte, hvor nyeste forskning viser, at der er lang vej endnu til lighed i sundhed.
5. Aarhus Kommune ser positivt på, at der er kommet fokus på samarbejdet med patientforeninger – fx i form af formaliserede samarbejdsaftaler, samt kobling til civilsamfund, foreninger m.m.
6. Aarhus Kommune er ikke tilhænger af begrebet "forløbskoordinatorfunktion", da det giver billeder af, at der er en navngiven person i "den anden ende". Opgaverne i denne funktion bør under alle omstændigheder præciseres.

Nedenfor er udvalgte bemærkninger til forløbsprogrammet uddybet.

Ad. 1 og 2: Ansvars- og opgavefordeling

Forløbsprogrammet er langt, og omfatter desværre ikke en samlet oversigt over ansvars- og opgavefordelingen. En sådan oversigt kunne lette det efterfølgende implementeringsarbejde.

Side 8. Figuren og den efterfølgende tekst kunne med fordel udbygges. Der savnes konkret et afsnit om hvilke opgaver, borger/pårørende/netværk har.

SUNDHED OG OMSORG

Sundhed
Aarhus Kommune

Sundhedsstab

Søren Frichs Vej 36G
8230 Åbyhøj

Telefon: 89 40 20 00

Direkte telefon: 41 85 84 57

Direkte e-mail:

sohk@aarhus.dk

www.aarhus.dk

Sagsbehandler:

Sofie Høj Knudsen/

Hanne Linnemann



Opgaverne er beskrevet forskellige steder i forløbsprogrammet, men kunne med fordel samles op i afsnittet side 8.

1. april 2019
Side 2 af 3

Side 8. Ved udskrivning fra hospital bør det tilføjes, at der skal gives råd til borgeren og pårørende om hvad, han/hun selv kan gøre derhjemme, hvis der kommer forværringer i symptomer/sygdommen.

På side 20 er der i afsnittet "Vejledning" skrevet gode råd til borgeren om mestrning af sygdommen. Det fremgår dog ikke hvem, der har opgaven med at give vejledningen. Vi tænker, at det er en opgave, som både hospital, almen praksis og kommune har.

Side 16. "Behandlingsansvarlig læge" – det er vigtigt, at borgeren ved, hvem det er. Det samme gælder for samarbejdspartnere – f.eks. kommunen. Det fremgår ikke tydeligt.

Side 10. Figur – i stedet for "kronisk patient" kunne vi skrive "borgeren med kronisk lungesygdom".

Ad. 3: Ernæring

Aarhus Kommune finder det positivt, at der er kommet meget mere fokus på ernæring i forløbsprogrammet. Der er dog fortsat ikke klarhed ift. mulighed for henvisning til individuel diætbehandling hos klinisk diætist. Kommunerne har ikke et sådant tilbud, og på hospitalerne er der indenfor de senere år sket en reduktion i antal diætister.

Det er desuden meget positivt, at der nu skelnes mellem ernæringsvejledning, ernæringsterapi og ernæringsbehandling, da dette gør opgavefordelingen på tværs mere klar.

Side 24. Ernæring - "*Så længe patienterne holder vægten og bevarer muskelmassen, er det vigtigt at vejlede patienterne om at følge de generelle kostanbefalinger at følge de generelle kostanbefalinger*"

Der sættes spørgsmålstegn ved, hvilke kostanbefalinger henviser man til her - De Officielle Kostråd?

Da alle borgere med KOL har et øget behov for protein, synes sætningen at være misvisende. Man kunne eventuelt erstatte med følgende: "*Så længe patienterne holder vægten og bevarer muskelmassen, er det vigtigt at vejlede patienterne at følge de officielle kostråd, under hensyntagen til det øgede proteinbehov ved KOL*"

Side 24. Vedr. ernæringsterapi: "*Ernæringsterapi bør overvejes til underernærede borgere med KOL i forbindelse med rehabiliteringsprogram. Dette kan foregå ved at kombinere ernæringsdrikke med individuel diætvejledning*". Hvis en borger er undervægtig, så anbefales det ikke at starte med at afprøve ernæringsdrikke. Den første indsats bør rette sig mod at berige mæden med energi- og proteiner, hvilket bør foregå ved en individuel



diætvæjledning. Formår borger ikke at spise/drikke sig til en vægtstabilisering/vægtøgning, kan man overveje at indføre ernæringsdrikke. Sætning kan derfor med fordel erstattes med følgende: *"Dette bør foregå ved at tilbyde borgeren individuel diætvæjledning ved klinisk diætist, hvor borgeren kan få hjælp til et øget energi- og proteinindtag på egne præmisser"*.

1. april 2019
Side 3 af 3

Ad. 5 Samarbejde med patientforeningen

Det er positivt, at der lægges vægt på samarbejde med patientforeninger, civilsamfund m.fl. i det reviderede forløbsprogram.

I Aarhus Kommune er der et rigtig godt, formaliseret samarbejde med Lungeforeningen. Aarhus Kommune har bl.a. et samarbejde med foreningen om lokale træningsnetværk samt et kor til borgere med KOL. Tiltagene er begge med til at sprede glæde, styrke sociale netværk, forebygge ensomhed og forværring i borgernes fysiske og almene tilstand.

Ad. 6 Forløbskoordinator

Til trods for at der ikke er foretaget ændringer i afsnittet om en forløbskoordinator i det kommunale, er der fortsat tvivl om funktionens rækkevidde. Dette kan med fordel præciseres. Begrebet "forløbskoordinator" giver et billede af, at der er en navngiven person "i den anden ende".

Der er behov for, at det bliver tydeliggjort, hvem i kommunen der præcis har koordinatorfunktionen, samt hvilke opgaver vedkommende skal varetage. Er der tale om koordinerende funktion ift. forløbet på tværs af sektorer, eller skal forløbskoordinatoren tilrettelægge borgerens kommunale rehabiliteringsforløb – eller begge dele?

Ad. 7 Henvisning fra hospital til kommune

Aarhus Kommune har af flere omgange oplevet, at der sendes henvisninger på borgere, hvor der henvises til FMK, hvis der ønskes indblik i en opdateret medicinoversigt. Kommunen må derefter gøre hospitalet opmærksom på, at der ikke er kommunal adgang hertil.

Da et indblik i borgerens aktuelle medicin er relevant for det kommunale sundhedspersonale, er det et ønske, at der i kommunehenvisningen, udover spirometri, MRC-grad samt kontaktoplysninger, også altid noteres hvilken medicin borgeren tager.

Desuden er andre lidelser som osteoporose, diabetes mm. også særdeles vigtige oplysninger ift. tilrettelæggelse af en kommunal rehabiliteringsindsats.

Med venlig hilsen

Hosea Dutschke
Direktør

Fra: Mette Hyldgaard Poulsen

Sendt: 5. april 2019 11:22

Til: Sundhed Høring KOL forløbsprogram (Funktionspostkasse)

Cc: Lisbeth Kallestrup; Anette Schouv Kjeldsen; Inge Pia Christensen; Camilla Hauge Larsen; Maja Raabjerg Jensen

Emne: Høringssvar fra AUH på revideret forløbsprogram for KOL 2019

Til Formandskabet for forløbsprogrammet for KOL

AUH har modtaget udkast til revideret forløbsprogram for KOL i høring d. 18. marts 2019. Fra AUH herunder Lungesygdomme fremsendes følgende bemærkninger:

Forløbsprogrammet for KOL 2019 er et flot og gennemarbejdet forløbsprogram.

I beskrivelsen af implementeringen af Tele-KOL, lægges der op til at det er Lungespecialisten der har behandlingsansvaret, så længe patienten monitoreres. Det er vigtigt at dette fremgår helt tydeligt af forløbsprogrammet. Hvis man skal undgå unødige indlæggelser ved øget behandling og pleje i hjemmet, er der behov for, at det er en kvalificeret lungespecialist, der varetager behandlingsansvaret og udgående teams/akutteams, der kan iværksætte behandling. Det bør endvidere fremgå, at det er de mest syge KOL borgere, der monitoreres.

Vi har en bekymring for arbejdsbelastningen ifm. dækning af regionen i vagttid. Der er for nuværende kun et sted i regionen, der har lungemedicinske speciallæger i beredskabsvagt. Der vil være behov for supplerung med et andet dækkende beredskabsvagtlag for vagtbelastningens skyld - eller at opgradere til en rådighedsvagt.

Vedr. Den kommunale forløbskoordinators kompetence og kvalifikationer bør der være opmærksomhed på at sikre, at det ikke "bare" bliver en administrativ medarbejder, der ud fra diagrammer, kan henvise borgere til fx rehabilitering. Hvis en forløbskoordinator i kommunen skal have sin berettigelse, så skal vedkommende have viden om KOL og sygepleje til patienter/borgere med KOL, og derudover også gerne individuel kendskab til det enkelte menneske. Ikke to KOL-ptt. er ens. For at støtten skal have effekt, er det væsentlig at man tager højde for det relationelle aspekt. AUH's erfaring med Det Udgående Lungeteam er, at det at ptt. er kendt af sygeplejersken, fordrer tillid, og det bevirker, at patienterne tør tilegne sig nogle nye færdigheder, og oplever tryk i deres patientforløb.

Det fremgår ikke tydeligt, hvilken målgruppe, der tiltænkes at blive tilknyttet denne forløbskoordinator – er det alle ptt. med KOL? Eller kun dem med svær og meget svær KOL?

Hvis kommunale medarbejdere skal måle FEV1 og FVC skal man være meget opmærksom på medarbejdernes kompetencer. Et projekt fra 2011 på AUH viste, at der var stor diversitet i apparatur og udførelse af lungefunktionsundersøgelser hos de praktiserende læger, og målingerne ved flere lejligheder var forkerte, så man derved over- eller undervurderede resultaterne. Dernæst at mange var usikre på fortolkningerne af målingerne.

På side 31 tales der om beredskab. Der bør åbnes op for, at man også kan have tværsektorielle teams, som i dag er en velfungerende enhed i det tværsektorielle samarbejde mellem Aarhus Kommune og AUH. Dette er i dag noget der rent faktisk lykkes som måske i en tillempet form vil kunne være en løsning for andre kommuner.

Altså:

- Egen læge
- Vagtlæge
- Kommunale akut-team og/eller tværsektorielle lungeteam

- Kommunal akutplads
- Præhospitalet, herunder akutlæge
- Telemedicinsk Monitoreringsenhed
- Subakut tid lungemedicinsk ambulatorium på hospitalet
- Akut indlæggelse på hospitalet

Generelt er der flere nye tiltag i forløbsprogrammet, herunder Fælles skolebænk (nyt for nogle klynger), forløbskoordinatorfunktion i kommunerne og den praktiserende læges ansvar ifm. diagnosticering og kontrol funktion, herunder ernæringsindsatser samt rygestop behandling. Dette integreret i en digital forløbsplan. Det er store ambitioner og kræver tæt opfølgning samt ledelse og samarbejde på tværs i klyngestyregrupperne. Det er vigtigt, at alle er klar over de forskellige sektors opgaver, og hvilke fælles forventninger de forskellige sundhedsprofessionelle kan have i de forskellige sektorer, så patienten ikke falder mellem to stole i overgangene. Der er i forløbsprogrammet generelt behov for, at behandlingsansvar fremstår tydeligt og gerne hvordan behandlingsansvar overdrages.

Hvis der er spørgsmål eller bemærkninger, er I velkomne til at kontakte undertegnede.

Med venlig hilsen

Mette Hylgaard Poulsen

Fuldmægtig

Tel. +45 61 36 95 62

metpou@rm.dk

Planlægningsenheden, Hospitalsstaben

Aarhus Universitetshospital

Palle Juul-Jensens Boulevard 99, 8200 Aarhus N

Indgang G, plan 2, krydspunkt G213

midt
regionmidtjylland

www.rm.dk

DSAM midt takker for muligheden for at kommentere på den revideret Forløbsprogram for KOL, der er sendt i høring d. 19/2 2019. Overordnet finder vi at forløbsprogrammet systematisk beskriver den strukturelle fordeling af opgaver relateret til kontrollen og behandlingen af KOL. Vi har en række specifikke kommentarer.

S. 7 population:

“Jo tidligere sygdommen diagnosticeres og behandlingen igangsættes, jo større er mulighederne for at bremse sygdommens udvikling. Tobaksrygning er den langt hyppigste årsag til udvikling af KOL, og det skønnes, at op imod 50 % af alle rygere vil udvikle KOL”.

Kommentar: Det kunne være relevant at understrege, at det alene er rygeophør, der bremser udvikling af sygdommen, den medicinske behandling har alene sigte på symptomkontrol og at undgå komplikationer som fx. infektion og exacerbation. Rehabilitering har til gengæld effekt ift at øge raskheden; man kan vel ikke sige, at rehab. “bremser sygdommens udvikling”.

S12

Behov for rygestoptilbud og vaccinationer vurderes sammen med borgeren

Kommentarer: resultatet af denne vurdering bør kommunikeres til egen læge i epikrisen

- Rehabilitering vurderes (opfølgning)

Kommentarer: resultatet af denne vurdering bør kommunikeres kort og fokuseret til egen læge i epikrisen

Epikrisen skal sendes til egen læge og kommunen inden for 48 timer, men det er af stor betydning for KOL-forløb, at det sker på udskrivningsdagen. Borgeren bør få kopi med hjem. Af epikrisen skal fremgå forslag til opfølgende handlinger for den praktiserende læge og/eller kommunen. Endvidere bør epikrisen indeholde vejledning om undersøgelser og kontroller samt om fortsat medicinering. Se ny vejledning fra Styrelsen for Patientsikkerhed om epikriser: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=204972> • I forlængelse heraf bør relevant komorbiditet, samt eventuel opfølgning herpå, være beskrevet

Kommentarer: Epikrisen skal være kort og fokuseret. Fint at den indeholder forslag til opfølgning og behandling. Det vil dog altid være den behandlings ansvarlige læges skøn og dialog med patienten der afgør hvad der iværksættes. Meget kan ændre sig fra det øjeblik patienten er udskrevet til opfølgning og medicin ændringer skal iværksættes.

Der skal udarbejdes en fælles tværfaglig udskrivningsrapport om forløbet til borgeren. Det skal fremgå tydeligt, hvori den opfølgende indsats består. Kopi sendes elektronisk til kommune og den praktiserende læge

Kommentarer: skal være KORT og relevant i en almen medicinsk kontekst – ellers bliver den opfattet som spam og tidsrøver uden værdi for patientens videre forløb. Hvis målgruppen reelt set er kommunen og de behov der måtte være der, bør den kun sendes til kommunen.

S13

Henvisning bør som minimum indeholde:

Spirometri, inkl. dato for gennemførelse (må ikke være ældre end et år) • MRC grad

Kommentarer: gælder det også rygestop? Rygestop tilbud er relevant uanset om patienten har KOL eller ej og uanset KOL sværhedsgrad. Betyder denne nødvendigheden af denne oplysning at der er forskel på tilbud afhængigt af KOL sværhedsgrad?

Krav til henvisning til rygestop bør kun være at patienten ryger og er motiveret til rygestop.

S. 15 Diagnostik og tidlig opsporing.

Kommentar: Ros for at der er beskrevet opsporing blandt relevante befolkningsgrupper og ikke generel screening.

S19

Borgere med behov for særlig støtte tilbydes udvidet forløbskoordination med henblik på at fastholde borgeren i behandlings- og rehabiliteringsforløbet.

Kommentarer: der mangler eksempler på hvad denne særlige støtte kan bestå af?

S21

Den praktiserende læge bør gennemføre årskontrol i henhold til anvisningerne fra DSAM Vejledning (2017) 2 4. Her gøres status i forhold til væsentlige faktorer som eksempelvis rygestatus, ernæringstilstand, medicinstatus, træning, eksacerbationer, vaccination, komorbiditeter m.m. Årskontrol kan evt. udføres som opfølgende hjemmebesøg.

Kommentarer.: et væsentligt element i årsstatus er i dialog med patienten at fastlægge behandlingsmål og behandlingsplaner.

S22

Alle borgere diagnosticeret med KOL kan henvises til rehabilitering. Herudover kan KOL-patienter med åndenød i lettere grad også henvises til rehabilitering. Tilbuddet om rehabilitering bør være baseret på den enkelte patients motivation for deltagelse. Herunder er det især patienter med muskelsvækkelse eller lavt aktivitetsniveau, der kan opfordres til rehabilitering.

Kommentarer: dette afsnit giver ikke helt mening

Forslag: Alle borgere diagnosticeret med KOL kan henvises til rehabilitering. Herunder KOL-patienter med åndenød i lettere grad, men især patienter med muskelsvækkelse eller lavt aktivitetsniveau. Tilbuddet om rehabilitering bør være baseret på den enkelte patients motivation for deltagelse.

S25

Almen praksis har som udgangspunkt behandlingsansvaret for patienter med KOL og dermed også som udgangspunkt ansvaret for, at der tilbydes kost - og diætvejledning. Dette kan være i samarbejde med kommunen.

Kommentar: det ligger udenfor almen medicinsk kompetencer at tilbyde diætvejledning. Det er ifølge ovenstående definition: "Er en individuel orienteret samtale med klinisk diætist om baggrunden for diætprincipper samt deres anvendelse i praksis." Der vil kun i få tilfælde være tale om at der er diætister ansat i almen praksis. Almen praksis kan således kun varetage kostvejledning.

S26

Aftale om iltbehandling i eget hjem træffes ved udskrivelse fra hospital. Iltleverandøren sørger for korrekt installation og er ansvarlig for, at brugeren er i stand til at håndtere udstyret

Kommentarer: Det bør fremgå tydeligt om iværksættelse af ilt behandling kun kan ske via hospital eller om egen læge også kan iværksætte denne behandling

S28

Det telemedicinske tilbud i Midtjylland forankres i dagtid i fem monitoreringsenheder, én i hver af de fem sundhedsklynger. Klyngestyregrupperne har ansvaret for at

Kommentar. Det bør fremgå tydeligt om dette er etableret eller om det er hensigten at etablere sådanne enheder. Hvad er - Fælles Servicecenter ? hvem har ansvaret for et sådant center? Hvem bemander et sådant center?

S28

Monitoreringsenheden kan også kontaktes af kommunale sygeplejersker/akut-teams samt praktiserende læge/vagtlæge i forbindelse med generel råd og vejledning vedr. telemedicin og KOL

Kommentarer: betyder dette at det kun er patienter i telemedicinsk regi egen læge/vagtlæge kan få rådgivning om?

Hvem har behandlings ansvaret for patienterne i telemedicinsk regi? Bør fremgå tydeligt.

Administrativt hørings svar vedr. revideret forløbsprogram for KOL 2019

Vi vil gerne kvittere for arbejdet med revision af forløbsprogrammet.

Det er grundlæggende positivt, at der er fokus på tidlig opsporing af borgere med KOL, der kan have gavn af at deltage i sundhedsfremmende og rehabiliterende tilbud.

Udvidelsen af målgruppen for forløbsprogrammet kan få betydning for antallet af borgere, der henvises til tilbud i kommunalt regi. Derudover kan præciseringen af indsatserne, herunder ernæringsindsatsen, medføre behov for justeringer i eksisterende tilbud.

Vi ser frem til et fortsat godt samarbejde.

Med venlig hilsen

Birgitte Holm Andersen
Sundhedschef

Postadresse:

Favrskov Kommune
Social og Sundhed Sekretariatet
Skovvej 20
8382 Hinnerup

Tlf. 8964 1010

favrskov@favrskov.dk
www.favrskov.dk

5. april 2019

Sagsbehandler:
Maria Friis Hansen
Tlf. 89642119
mfha@favrskov.dk

Personlig henvendelse:

Favrskov Kommune
Social og Sundhed Sekretariatet
Torvegade 7
8450 Hammel

Sagsnr.
710-2009-23653

Dokument nr.
710-2019-72919

Fra: Anja Fynbo Christiansen [mailto:anfy@aarhus.dk]

Sendt: 5. april 2019 12:00

Til: Sundhed Høring KOL forløbsprogram (Funktionspostkasse)

Cc: Tina Jobling; Elin Kallestrup; Hanne Linnemann

Emne: VS: Høring: Revideret forløbsprogram for KOL 2019 i høring

Til Region Midtjylland,

Fra Aarhus Kommune vil vi anbefale, at apotekerforeningen bliver inkluderet som høringspart på revisionen af forløbsprogrammet for KOL særligt i forhold til deres mulighed for at tilbyde borgerne med KOL et "Tjek på inhalationen".

Venlig hilsen

Anja Fynbo Christiansen

Leder af Folkesundhed Midt



Folkesundhed Aarhus

Ceres Alle 13

8000 Aarhus C

Telefon: 8713 4035

Mobil: 4185 5029

Mail: anfy@aarhus.dk



Herning
Kommune

Sundhed og Ældre
Rådhuset, Torvet
7400 Herning
Tlf.: 9628 2828

sualn@herning.dk
www.herning.dk

Kontaktperson:
Louise Theilgaard Nikolajsen

Dato: 5. april 2019

Høringssvar vedr. Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom

Formandsskabet for forløbsprogramgruppen for KOL har udsendt et revideret forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom i administrativ høring. Herning Kommunes høringssvar fremgår af dette notat.

Programmet indeholder gode faglige overvejelser og forbedringsmuligheder til gavn for borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom. Det er værd at bemærke, at det, der i forløbsprogrammet betegnes som præcisering af målgruppen faktisk er en udvidelse af målgruppen og dermed potentielt fulgt af øgede økonomiske omkostninger. Kommunen har dog stor fokus på forebyggelse og så tidlig som muligt, så vi anser præciseringen af målgruppen som overvejende positiv.

Herning Kommune foreslår, at de økonomiske konsekvenser for kommunerne i forbindelse med revisionen af forløbsprogrammet beregnes, så der kan medfølge finansiering til kommunens ekstra opgaver.

Forløbsprogrammet mangler præcisering af kriterier for henvisning til genoptræningsplan eller henvisning til rehabilitering. Dette er u hensigtsmæssigt, da der overordnet set arbejdes ud fra to forskellige sundhedsfaglige vinkler og lovgivninger. Det er uklart i forløbsprogrammet hvornår borgerens udskrives med en genoptræningsplan, og hvornår der udskrives til rehabilitering.

Af forløbsprogrammet fremgår det, at henvisning fra sygehus til kommunen som minimum skal indeholde:

- Spirometri, inkl. dato for gennemførsel (må ikke være ældre end et år)
- MRC grad
- Telefonnummer som kommunen kan kontakte borgeren på.

Kommunen har generelt stort fokus på co-morbiditet og medicinbehov, hvilket yderligere er to elementer, der bør indgå som et minimumskrav i henvisning af en borger i forløbsprogrammet.

Af forløbsprogrammet fremgår det, at der skal sendes en tilbagemelding til sygehus ved modtaget henvisning. Som udgangspunkt sendes der *ikke* en tilbagemelding til sygehus ved modtaget henvisning i Herning Kommune. Kommunen anser, at der må være en grundlæggende tillid til, at henvisninger bliver håndteret, når de modtages.

Med venlig hilsen



Søren Liner Christensen
Direktør for Social, Sundhed og Beskæftigelse

Hørings svar omkring nyt "Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Kommentarer fra Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg.

Allerførst tak for arbejdet med at tildanne et nyt forløbsprogram på baggrund af nyheder indenfor området.

Vi har enkelte kommentarer til udkastet som følger:

1. "Klassifikation af KOL og stratificering... s. 7

Det er i udkastet blevet mere tydeligt hvornår en KOL patient hører til i praksis eller i specialiseret niveau. Der henvises her til et Link. Kunne med fordel, for daglig praksis, tydeliggøres med kort skitsering af indhold i Links. En kort skitsering af de parametre som gør at patienten med fordel kan følges i speciallæge/hospitals regi.

2. "Den akutte indsats for borgere med KOL" s. 31

Behov for præcisering af "Specialistrådgivning vil være en mulighed for *alle borgere*, som oplever en akut forværring i deres KOL".

Her skal vel henvises til de ovenfor nævnte instanser (praktiserende læger, akutteams, vagtlæger) som "gatekeepere"?

3. Telemedicin (inkl uddannelse, håndtering osv.) s. 27

Kræver jo mange ressourcer og vil have betydning for hvad der kan ydes af andre specialiserede sygeplejersker funktioner f.eks. til hjemmebesøg og andre konsultationer i dagtid. Dette da der er begrænset antal specialiserede sygeplejersker på hospitalerne. Samme problemstilling mht. special læger. Skal det præciseres at der tilføres ressourcer til disse funktioner? Overvejelser omkring reduktion i andre ydelser (andre ambulante funktioner i dagtid)

4. Palliativ indsats s. 33

I forhold til definitionen mellem Kronisk lungesvigt og Terminal lungesvigt kan der opstå tvivl om regler for tilskud. Ønskeligt med tilføjelse om terminal tilskuds grænser/regler.

På vegne af Lungemedicinsk team/afdeling på Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg

5. april 2019

Høringsvar til revideret Forløbsprogram for KOL

Hedensted kommune imødeser det øgede fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af alle borgere over 35 år og fokus på såvel de sundhedsprofessionelle som borgerens eget ansvar. Ligeledes borgere med udiagnosticeret KOL, der nu har fået selvstændig diagnosekode.

Afsnittet om rygestop er en præcisering af opgaven i alle sektorer. Samarbejdsaftalen mellem region og kommuner omhandler 3 elementer. Det sidste element omhandlende gratis substitution til udvalgte grupper, lægger op til en diskussion af, hvem der i den enkelte kommune anses for tilhørende gruppen.

Vi anerkender, at rehabiliteringsbegrebet nu er baseret på Marselisborgcentrets hvidbog, der sikrer sammenhængen mellem sundhedsvæsen, civilsamfund og inddragelse af pårørende. Herunder præciseringen af den kommunale opgave i at motivere borgeren til fortsat aktivitet efter et rehabiliteringsforløb.

Vi hilser afsnittet om ernæring velkomment. Klare definitioner på relevante begreber. Vi imødeser afsnittet om komplicerede ernæringsmæssige problemstillinger, og hvilke borgere, der vil kunne modtage diætbehandling på hospitalet.

Afsnittet om telemedicin er meget fyldestgørende. Hjemmemonitorering giver borgerne en stor tryghed og sikkerhed i at vurdere, hvornår en indsats er påkrævet. Uddannelsen af borgeren og dennes pårørende medvirker yderligere til tryghed i hverdagen med KOL.

I afsnittet om vurdering af behov for særlig støtte vil vi især fremhæve muligheden for en rammeordination, hvor sygeplejen kan vurdere behovet for medicin. Desuden muligheden for en selvbehandlingsplan til den enkelte borger, så medicinering kan startes tidligt, og tilkald af vagtlæge – eller i yderste konsekvens indlæggelse kan undgås. Afsnittet lægger op til den akutte indsats, når borgeren er ramt af forværring, hvor rammeordination og selvbehandlingsplan er forebyggelse af indlæggelse.

Endelig er afsnittet om palliativ indsats vigtigt på tværs af sektorer. Retningslinjerne er de kendte fra borgere med kræft, og en klar fordel for både borger og pårørende.

Under målgruppe og population står: Danmark ligger på en sidsteplads hvad angår dødelighed af KOL. – Vi mener, Danmark ligger øverst på den skala, og at det er en forkert formulering.

Med venlig hilsen

Karin Iversen, Sundhedskonsulent/ Karen Rasmussen, fysioterapeut
For Pernille Frydensbjerg, Leder af Sundhedsfremme, forebyggelse og træning

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Ulla Hjorth [mailto:ulla.hjorth@horsens.dk]

Sendt: 5. april 2019 14:11

Til: Sundhed Høring KOL forløbsprogram (Funktionspostkasse)

Emne: Høringssvar Horsens kommune

Horsens kommune har ingen kommentarer til høring. Opmærksomhedspunkterne rækker alene ind i gen organisation.

Venlig hilsen

Ulla Hjorth

Hørings svar fra Hospitalsenheden Vest til det Reviderede Forløbsprogrammet for KOL.



Hospitalsenheden Vest takker for muligheden for at afgive høringssvar til det reviderede forløbsprogram for KOL.

Høringsmaterialet har været til gennemlæsning i relevante kliniske afdelinger, hvorfra der er kommet nedenstående kommentar fra Ernæringsenheden.

Side 24 i afsnittet om ernæring.

Det foreslås at afsnittet opbygges på samme måde som afsnittet om fysisk træning.

Det foreslås at afsnittes indledes med hvad arbejdsgruppen anbefaler borgere med KOL skal i relation til ernæring. Fx Ernæringstilstanden vurderes hos alle borgere med KOL. I vurderingen af ernæringstilstanden indgår en undersøgelse af kostindtagelsen og højde og vægt mhp. beregning af BMI. Formålet er at identificere de borgere med KOL, for hvem sygdomsforløbet bliver forværret, hvis der ikke gøres en målrettet ernæringsindsats.

Det foreslås at formålet skrives i punktform (som afsnittet om fysisk træning):

Målet er:

- at borgeren i ernæringsmæssig risiko identificeres
- at borgere i ernæringsmæssig risiko får udarbejdet en behandlingsplan
- at borgere med KOL opnår og opretholder god ernæringstilstand

Borgeren skal have mulighed for at blive henvist til diætvejledning.

Side 24 linje 4:

Det er uklart hvad der menes med de generelle kostanbefalinger?

Side 24, 3 + 4 afsnit:

BMI er angivet tre steder, det foreslås at enheden Kg/m² angives.

Side 24, 3. afsnit, linje 4.

Dato: 5.april 2019

Gunna Estrid Andersen

Mail:

gunna.estrid.andersen@vest.rm.dk

Lokaltlf.: +45 7843 8712

Mobil: +45 2155 5628

Kommercielle ernæringsprodukter. Det er uklart, hvad der menes. Er der tale om ernæringsdrikke og sondeernæring/ernæringspræparater?

Side 24, 4. afsnit:

Ernæringstilskud, det er uklart hvad der menes. Er det ernæringsdrikke og sondeernæring, ernæringspræparater generelt set? eller er det ikke fuldgyltige ernæringsdrikke?

Side 24, sidste afsnit.

Normal kost. Det er uklart hvad der menes med ordene normal kost. Er det det borgerne spiser habituel eller er det kostformen normalkost (anvendes på sygehuse) eller er det kost i henhold til de officielle kostbefalinger (Nordiske næringsstof-rekommandationer)?

Side 25 øverst.

Fødevarerstyrelsens officielle kostråd, det er uklart hvad der menes, er det det samme som i linje 4 side 24. Er det kostråd til raske?

Side 25 sidste ord på siden

...tilbyder hospitalerne ikke diætvejledning. Det bemærkes at hospitalerne aldrig tilbyder diætvejledning alene. På hospitalerne tilbydes diætbehandling/ernæringsbehandling og i henhold til definitionen (side 25) af diætbehandling/ernæringsbehandling så er diætvejledning/ernæringsvejledning en del af diætbehandlingen.

Side 25 i boksen med definitioner.

De bemærkes at synonym for diætbehandling er ernæringsbehandling og synonym for diætvejledning er ernæringsvejledning.

Side 26, 2. afsnit:

Det anbefales at komplicerede ernæringsmæssige problemstillinger beskrives/forklares

Venlig hilsen
Kvalitet og Udvikling

Gunna Estrid Andersen
Konsulent for det tværsektorielle samarbejde



Sundhed.hoering.kol.forloepsprogram@rm.dk

3. april 2019

Fagligt høringsvar på forløbsprogram for KOL

Vi har gennemlæst høringsversionen og syntes generelt udkastet er godt. Vi har fundet nogle steder, hvor vi mener, der skal præciseres lidt mere. Forslag til tekstændring med *kursiv og rødt*.

- Kap. 2. Organisering, afsnit 1, side 7, her **mangler noget om ambulatoriet** Forslag til tekst: "Hospitalerne inddrages ved behov for akut behandling, rådgivning *og borgeren kan i perioder med forværring være tilknyttet ambulatoriet*".
- Der mangler præcisering af hvornår der skal laves en **GOP** (Genoptræningsplan skal kun laves når der har været et funktionsfald) eller en henvisning til KOL-rehabilitering.
 - Afsnittet Ved udskrivelse fra hospital side 22, første dot tilføjes til sidst: *GOP udarbejdes kun, når der har været et funktionsfald*.
 - Afsnittet Ved henvisning til kommunale tilbud, side 13, Her kan der efter de to første linjer i parentes suppleres med teksten: *(Herudover er det vurderet, om der har været et funktionsfald, så der skal udarbejdes og sendes en GOP)*.
 - Rehabilitering, side 2,2 afsnit 3 Foreslår teksten ændret til: "Efter indlæggelse for en KOL-eksacerbation, *kan det overvejes, om der skal udarbejdes en genoptræningsplan (hvis der har været et funktionsfald)*."
- I afsnittet Vurdering af behov for særlig støtte side 19 efter boksen med eksempler. Begrebet **udvidet forløbskoordination** kendes ikke, og det er uklart, hvad der menes og bør derfor erstattes med teksten: *ekstra støtte/evt. samtaler*.
- I afsnittet **Rehabilitering** side 22,
 - I afsnit 2 bør sætningen "Herudover kan KOL-patienter med åndenød i lettere grad også henvises til rehabilitering" slettes, da det er indeholdt i sætningen før. Herudover kan der med fordel til sidst i afsnittet gentages: Henvisning forgår elektro-

Sundhedscenter
Frisenborgparken 26
7430 Ikast
Tlf.: +4599603103

Sagsbehandler:
Margit Andersen
E-mail:
maand@ikast-brande.dk
Direkte telefon:
Tlf.: +4599603103
Sagsnr.:
29.09.00-A00-38-18

nisk via Kommunehenvisning.

- dotterne under Målet med rehabilitering .. mangler følgende:
 - Første dot tilføjes til sidst *accept*.
 - Ny dot til sidst med teksten: *"Forhold der kan bedre og lette hverdagen og samlivet (energibesparende principper)"*. Dette fokus mangler i opstillingen.
- Sidehenvisning til træning er forkert det må være side 23
- **Træning**, side 23 nederst: Uklart hvad der menes med: Borgeren skal have mulighed for at blive henvist til fysisk træning- Kan evt. erstattes med *"Borgeren skal vejledes i muligheder for at deltage i træning"*.
Side 24 afsnit 2 første sætning ændres til: " Den fysiske træning skal planlægges *med individuelle hensyn og* kan med fordel ske på hold."

Med venlig hilsen

Margit Andersen
Leder af sundhedsfremme og forebyggelse
Ikast-Brande Kommune



Lemvig den 4. april 2019

Hørings svar på Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom.

Tak for det fremsendte forløbsprogram.

Det nye forløbsprogram er mere overskuelig, let læsligt og forståeligt, det er fint at, der sættes referencer ind i, så man ikke skal ind og ændre i forløbsprogrammet når der f.eks. rettes i en vejledning eller guidelines.

Der ses nu på de enkelte afsnit og kommenteres på punkter, vi ikke er enige i eller ikke helt forstår meningen med.

S. 21: *"Når mennesker med rehabiliteringsbehov sættes først, fremhæves betydningen af borgerens perspektiv"??* hvad menes der med denne sætning

S.22: Rehabilitering

Det er en meget vag formulering af, hvem der skal tilbyde rehabilitering til hvilken patientgruppe. Skal borgere med svær til meget svær KOL have tilbudt rehabilitering i hospitalsregi eller i kommunerne?

Beskrivelsen: *"Alle borgere diagnosticeret med KOL kan henvises til rehabilitering. Herudover kan KOL-patienter med åndenød i lettere grad også henvises til rehabilitering. Tilbuddet om rehabilitering bør være baseret på den enkelte patients motivation for deltagelse. Herunder er det især patienter med muskelsvækkelse eller lavt aktivitetsniveau, der kan opfordres til rehabilitering"*. Er noget uklart.

S.25: ang. ernæringsindsats i almen praksis : For patienter , der er tilknyttet almen praksis tilbyder hospitalerne ikke diætvejledning, vil det sige, at hvis der er en borger, der har behov for diætbehandling, kan almen praksis ikke henviser til dette i hospitalsregi ?

Det er godt, at man i forløbsprogrammet har været opmærksom på, at ikke alle kommuner har udekørende akutteams, hvilket vi ikke har i Lemvig Kommune, men at man stadig godt kan udføre de beskrevne opgaver for kommunen.

I henholdt til monitorering anbefales, at man ser hvad Defactum kan tilbyde, da en del kommuner bruger Moeva 2.0 i forvejen.

Med venlig hilsen

Pia Møller
Sundhedsfremmekoordinator
Lemvig Kommune

Høringsvar vedr. "Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) Revideret og opdateret i 2019, Høringsversion"

Kære Stine Bligaard Madsen

Lungeforeningen takker for muligheden for at kommentere på høringen og bidrager gerne med input til forløbsprogrammet for kronisk obstruktiv lungesygdom. Generelt er det et fint dokument, som medtager mange relevante aspekter.

Vi glæder os over, at der ønskes en højnet behandlingskvalitet gennem en styrket tværsektorielt indsats, som forhåbentlig kan give borgerne et mere sammenhængende, og effektivt behandlingsforløb.

Lungeforeningen har derfor store forventningen til, at de ansvarlige parter kan løfte deres opgaver på tværs af de tre sektorer, og sikre at borgerne bliver mødt af en professionalisme, der kan skabe tryghed og sammenhæng blandt borgerne. Det er kendt at borgere med KOL lever med en høj grad af frygt, som følge af deres sygdom. De lange og komplicerede patientforløb, samt angsten for latente exacerbationer, bidrager til denne frygt, hvilket understreger nødvendigheden af at sammenhængende behandlingsforløb, hvor borgeren føler sig taget alvorligt, og velbehandlet.

Yderligere skal forløbsprogrammet roses for sit holistiske udtryk, hvor både borgernes, så vel som pårørendes, fysiologiske og psykologiske behov inkorporeres i forløbsprogrammet.

Generelle overordnede kommentarer til anbefalingerne:

S. 11. Samarbejde og koordinering.

Afsnittet omhandler hvorledes der kan sikres en god kommunikation mellem de forskellige aktører.

Fællesskolebænk er et godt konkret initiativ, som forhåbentlig skaber en solid fællesforståelse for målgruppen, samt de forskellige sektorer roller og arbejdsgange. Dog kunne afsnittet styrkes ved at styrke udsagnene omkring at anbefalingerne ikke blot er beskrevet som "bør" og "det er god praksis..." men mere forpligtende?

Eksempelvis: *Det er god praksis, at der eksempelvis sker en tilbagemelding til henvisende instans, hvis en henvisning afvises, eller hvis der ikke er fremmøde til tilbud. Ligeledes bør afslutning af tilbud/rehabilitering kommunikerer. Dette bør foregå automatisk og elektronisk (side 11).*

At sikre en klar kommunikation mellem de forskellige sektorer, anser vi som en nødvendighed for at sikre et behandlingsforløb, som ikke skaber utryghed, angst og forvirring blandt borgerne med KOL. Derfor understreger vi vigtigheden i, at den omtalte transparens og klare kommunikation bliver sikret. Vi håber at se mere faste procedure for kommunikationen imellem sektorerne også via både Regeringens udrulning af Telemedicin og forløbsplaner fra Almen Praksis i de kommende år samt datadeling fremover.

S. 20 - 23. Vurdering af behov for særlig støtte, samt Forsat rehabilitering i hverdagslivet

Det er glædeligt læsning, at der forekommer tilbud til patienter der har behov for særlig støtte, da det er kendt, at det er de udfordrede borgere i samfundet, som ikke bliver tilbudt optimal behandling. Vi ved at

flere borgere med KOL desværre ofte er oversete. De pårørende i anbefalingerne nævnes desuden, og deres mulighed for at kunne modtage støtte jf. Servicelovens § 84, stk. 1-2.

Lungeforeningen opfordre til at der med fordel også kan henvises til Lungeforeningens pårørende sektion på Lunge.dk. På siden findes der gode råd til, hvordan de pårørende kan hjælpe den lungesyge, og hvordan de bedst muligt kan passe på dig selv. Det er vigtigt, at de pårørende kan finde en balancegang mellem at hjælpe den sygdomsramte, og være der for dig selv.

Full text link: <https://www.lunge.dk/paaroerende/sektion-dig-der-er-paaroerende-til-en-lungesyg>

Lungeforeningen har yderligere udarbejdet rapporten ”**Pårørendes rolle i KOL-patienters sygdomsforløb og hverdag**”, der med fordel kan benyttes af sundhedsprofessionelle. Rapporten beskriver hvordan sygdomsforløbet opleves fra en patientvinkel, herunder erkendelsen af sygdommen, og hvordan patienten søger kontakt til sundhedssystemet. Beskrivelsen bygger på interviews med i alt 24 KOL-patienter med svær-meget svær KOL og er dermed et retrospektivt perspektiv på sygdomsforløbet fra de første symptomer til den sidste tid.

Full text link: https://www.lunge.dk/sites/default/files/field/rapport_paaroerendes_rolle_i_kol-patienters_hverdag_og_sygdomsforloeb.pdf

S. 15 – 16 diagnostik og tidlig opsporing, tidlig opsporing i almen praksis

Lungeforeningen har noteret sig inklusionskriterierne i henhold til den tidlige opsporing. Det står beskrevet at den tidlige opsporing retter sig mod borgere over 35 år, der enten ryger, er erhvervsmæssigt eksponeret for luftvejsirritanter og/eller har ét eller flere lungesyntomer.

Ifølge den reviderede version af *sundhedsstyrelsens Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL 2017, S. 21. 2.1*, står der, at de patienter, der bør tilbydes spirometri, er følgende:

”Personer over 35 år, der enten er rygere, eks-rygere eller arbejder i risikoerhverv og samtidig har et eller flere længerevarende lungesyntomer - eller har andre risikofaktorer for udvikling af KOL.”

Full text link: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/faglige-anbefalinger/kol-anbefalinger>

Med vores kendskab til målgruppen, ønsker vi at lægge op til en refleksion omkring afsender/modtager. Sundhedsstyrelsen valgt at inkludere ordet eks-rygere i sin beskrivelse. Vi spørger derfor ind til hvilke overvejelser, der har været foregående for beslutningen om, at ekskludere eks-rygerne fra målgruppen, samt betydningen heraf?

Vores egne refleksioner omhandler, hvorvidt det at ordet eks-rygere ekskluderes fra definitionen kan resultere i at segmentet, eks-rygere, ikke opfatter sig selv som relevant, og at der derfor kan opstå eventuelle udeblivelser, fra en ellers relevant undersøgelse.

Afsluttende bemærkninger

Begrebet **Egenomsorg (s. 5, 14, 18, 20)**, bliver benyttet i gennem dokumentet. Uanset hvordan begrebet tolkes ligger der op til et ansvar. Vi ser et potentiale i at dette ansvar står til gensidig forhandling, mellem borger og instans, også i praksis. Derfor opfordre vi til, at der kan sikres, et professionelt og vedvarende fokus på at særligt borgere, der har mangel på ressourcer og lighed i sundhed. Det er vigtigt at der prioriteres tilstrækkelige ressourcer, så ingen kommer til at stå alene med et ansvar overfor egen sundhed fremover.

Jf. <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Sundhedsvaesenet/Prioritering/Udtalelse-retfaerdig-prioritering.pdf?la=da>

Vi i Lungeforeningen er generelt håbefulde og positive over for dette vel gennemarbejdede og dokumenterede forløbsprogram, som indebærer mange positive elementer, samt et holistisk syn på kronisk lungesygge og deres behandling.

Lungeforeningen vil med glæde være behjælpelig med at uddybe ovenstående kommentarer, hvis det skulle blive nødvendigt.

Venlig hilsen



Jonathan



Anne Brandt



Ledelse & Udvikling

Rådhusgade 3
8300 Odder
Tlf. 8780 3333

www.odder.dk

Høringssvar revideret Forløbsprogram for KOL 2019

Odder Kommune har følgende bemærkninger til udkastet til et revideret *Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom*.

- Det er vigtigt, at det administrative set-up omkring patienten/borgeren kan følge med processen for overgange, fx epikrise og FMK.
- Rammeordination/rammedelegering er et relevant værktøj, som vi gerne vil benytte, men som desværre er vanskeligt at gennemføre i praksis.
- Det kan overvejes, hvorvidt de digitale forløbsplaner, som oprettes, anvendes og vedligeholdes af de praktiserende læger, efter samtykke fra patienten/borgeren kan deles med kommunen.
- Det er positivt, at implementeringen kobles på implementeringen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.
- Når en borger/pårørende kontakter vagtlægen, og denne vurderer, at der skal igangsættes en indsats, men at indlæggelse ikke er nødvendig, kan den kommunale akutfunktion/vagthavende sygeplejerske kontaktes for dialog om varetagelse af opgaven.

05-04-2019
Sags Id. S2009-95575

Sagsbeh.
Klaus Grabbert
Tlf. 5138 6162
klaus.grabbert@odder.dk

Dok id. D2019-45547

Side 1/1



Administrativ tilbagemelding vedr. udkast til revideret forløbsprogram vedr. borgere med KOL

I Skanderborg Kommune finder vi det positivt, at der nu er lavet et udkast til opdateret forløbsprogram. Vi har dels nogle kommentarer, som relaterer sig til indholdet, og dels nogle ønsker i forhold til sammenskrivning og layout af programmet.

1. Indholdsmæssige kommentarer

- Vi er tilfredse med, at almen praksis rolle som tovholder fremhæves.
- Det er positivt, at det tværsektorielle samarbejde i regi af Fælles Skolebænk nævnes som en anbefaling. Det er en overvejelse værd, om det er tilstrækkeligt forpligtende.
- Vi er enige i udvidelsen af målgruppen for rehabilitering, således at den omfatter KOL-patienter med åndenød i lettere grad. Det er desuden positivt med en hensigtserklæring om, at rehabilitering starter inden 4 uger.
- Vedr. "Ansvar og opgavefordeling" (afsnit 3) bør det fremgå, at kommunen ikke blot har ansvar for forebyggelse for borgere med velreguleret sygdomsforløb, men også ansvar for borgere i akutte forløb, i palliative forløb, samt inden for telemedicinsk hjemmemonitorering.
- Det bør tydeligt fremgå, hvem der kan henvise til hvad. Eksempelvis bør sætningen "Der kan henvises til hospitalers udgående funktioner..." (side 12) præciseres.
- Vi finder det uhensigtsmæssigt, at der står, at "normalvægtige borgere, som ikke vurderes at være i ernæringsmæssig risiko, men som giver udtryk for at have behov for at opnå viden om sund ernæring, kan tilbydes kommunale kostvejledningstilbud...". Det bør være det faglige skøn om borgers behov, som er i fokus.
- Vi bifalder, at forløbsprogrammet har et gennemgående fokus på inddragelse af pårørende.
- Vi ser frem til, at der løbende skal ske opfølgning på og justering af programmet.

Dato

3. april 2019

Sagsnr.: 29.30.08-K04-1-19

Din reference

Krista Kajberg

Tlf.: 23437752

Mobil: 23437752

2. Kommentarer vedr. sammenskrivning og layout

I Skanderborg Kommune ønsker vi, at udkastet gennemgår en gennemskrivning med henblik på at sikre overskuelighed, præcise formuleringer, og ensartethed i detaljeringsniveau på tværs af afsnit. Konkret har vi følgende forslag:

- at programmet først og fremmest beskriver, hvad der er god praksis, fremfor at beskrive potentielle udfordringer, som f.eks. på side 10.
- at der arbejdes med overskuelighed bl.a. gennem layout. Eksempelvis kunne der før/ efter hvert afsnit indsættes en tekstboks, hvori afsnittets anbefalinger opsummeres i punktform, evt. kategoriseret efter hhv. hospital, almen praksis, og kommune. Det kunne lette forståelsen og overblikket.
- at den fælles tilgang eller "vision" for indsatsen til borgere med KOL samles i et indledende afsnit. På side 30 står f.eks.: "Behandlingsindsatsen bør foregå med færrest mulige overgange og så vidt muligt foregå planlagt frem for akut. Både i et borgerperspektiv og fagligt set er det... osv.", hvilket bør flyttes til et indledende afsnit.
- at afsnittet om ernæring, som er iøjnefaldende mere detaljeret end de øvrige afsnit, kortes ned.
- at den første del af afsnittet "Den akutte indsats for borgere med KOL" kortes ned.
- at der tilføjes en forklarende billedtekst til hver af de figurer/ illustrationer, som indgår i programmet.
- at de illustrationer/ figurer der anvendes understøtter forståelsen af teksten. Afsnit 3 (figuren s. 14) er et eksempel på et sted, hvor vi mener at det desværre ikke lykkes pt.
- at der i afsnit 1 tilføjes en illustration af ABCD-stratificeringsmodellen.
- at illustrationen "Det sundhedsfaglige tilbud i Midtjylland" vedr. telemedicinsk hjemmemonitorering (godkendt af Sundhedsstyrelsen sept. 2017) indføres.
- at sætningen "Ansvaret for stratificering ligger hos den behandlingsansvarlige læge" (side 7) fremhæves, da vi finder den væsentlig. Pt. står sætningen midt i et afsnit.
- at sætningen "Akutte patienter henvises uændret" (side 11) udfoldes, så det er tydeligt, hvad der menes hermed.
- at sætningen "Danmark ligger på en sidsteplads i Europa..." (side 6) omformuleres.
- at ordet "kommunale akutteams" (side 31) slettes og erstattes af "kommunale akutfunktioner", som også dækker akutteams.

08-04-2019

Sagsnummer.: 19/13077

Sagstype: KLE: 29.30.00

Sagsbehandler:

Ingelise Juhl

Tlf.: 24487542

Høringsvar vedr. forløbsprogram for KOL

Syddjurs kommune har læst udkast til forløbsprogram for kronisk obstruktiv lungesygdom. Vi anerkender, at programmet generelt er velbeskrevet, men har nedenstående særlige bemærkninger.

Kommentarer til rehabilitering

Syddjurs Kommune vil gerne understrege vigtigheden af at en godkendelse af det reviderede forløbsprogram vil betyde, at alle borgere med og uden diagnosticeret KOL, kan henvises til rehabilitering. Den udvidede målgruppe vil betyde en øgning af henvisninger, da der i dag henvises meget få borgere med KOL. Det vil medføre en kapacitetsudfordring, og et behov for fokus på kvalificering af en differenceret rehabiliteringsindsats på en meget bred skala. Da vi ikke ser alle borgere i den brede målgruppe i dag, vil der være behov for kompetenceudvikling, udvikling af nye indsatser og kapacitetsudvidelse.

Borgergruppen der har KOL i en høj grad som nedsætter deres funktionsevne væsentligt, har et større behov for individuel superviseret træning, støtte, koordinering m.v. Dette understreger igen, at hvis rehabiliteringen og træningen skal stå mål med anbefalingerne i NKR, bør der tages stilling en ressourcemæssig bæredygtig løsning, så en mindre kommune som Syddjurs Kommune, har en rimelig mulighed for at løfte denne opgave.

Med venlig hilsen
Ingelise Juhl
Chef for Sundhed og Omsorg
Syddjurs Kommune

Sundhed og Omsorg
Lundbergsvej 2
8400 Ebeltoft

Tlf.: 87 53 50 00
syddjurs@syddjurs.dk
www.syddjurs.dk

Postadresse

Lundbergsvej 2
8400 Ebeltoft