

Sundhedsstyrelsen
Planlægning
plan@sst.dk

Den 29. februar 2016

Høringssvar fra DASYS vedr. anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Høringsudkastet hilses velkomment og har relevans set i et fagligt og uddannelsesmæssigt perspektiv.

Vi har sendt høringsanmodningen til vores medlemmer og har modtaget nedenstående svar fra Fagligt Selskab for Diabetes Sygeplejersker:

Overordnede bemærkninger

Der er mange positive elementer og gode intentioner, som, hvis de praktiseres, giver borgerne mulighed for at få individuelt tilpassede og relevante tilbud.

Det er i den forbindelse interessant at læse, hvor høje og særdeles relevante krav der stilles til de sundhedsprofessionelles kompetencer i afsnit 6.1. Det følges ikke op i form af anbefalinger til uddannelsesniveau af sundhedsprofessionelle i afsnit 7.1 kvalitetssikring. FS Diabetes anbefaler uddannelse på masterniveau.

Formuleringerne og dermed teksten er generelt af og til tung, uklart formuleret og med meget lange sætninger.

Der er ikke er stringens i forhold til at anvende begrebet borger, hvilket der ellers argumenteres for, at man vil (fx bruges begrebet patienten (s. 34). Det samme gælder, at begrebet 'intervention' bruges, mens det gennemgående begreb ellers er indsats eller handling.

I afsnittet om ernæringsindsats bruges ordet diætbehandling. Det er et negativt og lidt gammeldags ord. Vi foreslår at erstatte det med fx sund mad, således bliver mad ikke en behandling på linje med medicin, men en god livsstil.

Konkrete bemærkninger

Side 6, sidste afsnit: "'Sygdomsmestring' refererer til en struktureret sundhedspædagogisk indsats, ..."

'Sygdomsmestring' er knyttet til en person og ikke til en indsats...

Side 7, første afsnit er tung tekst, som med fordel kan illustreres med fx et diagram, der viser, hvordan de forskellige omtalte programmer og elementer relaterer til hinanden.

Sidste halvdel af side 7: Det er godt, at mennesker med sammensatte problemstillinger osv. konkret bliver omtalt. De mennesker er dog også de samme, som ofte har svært ved at bevæge sig over afstande (både pga. deres fysiske formåen og pga. økonomi). Dermed kan det være svært at forestille sig, at de mennesker i virkeligheden kan profitere af tilbud, der fx ligger i nabokommunen – med mindre der stilles transport til rådighed for dem. Samtidig beskrives på side 35 under den proaktive fastholdelse, at barrierer – herunder økonomiske – skal mindskes. Vi ser store udfordringer i forhold til at opfylde disse anbefalinger...

Henvisning til afklarende samtale (s.7) netop fordi de gerne vil give pladsen til en borger der også gerne vil samarbejde om at få det bedre, giver jo trods alt et bedre resultat i den sidste ende. Men det er ikke altid dem der har mest brug for "interventionen".

Side 11: Teksten på denne side skrevet på en måde, som signalerer, at det er de sundhedsprofessionelle, der har "retten" til at vurdere, om en borger skal have et tilbud. Borgeren kan så i dialog med den sundhedsprofessionelle takke ja eller nej. Det samme går igen på side 33. Kan borgeren ikke selv tage initiativ og efterspørge et tilbud...?

Den sundhedspædagogiske tilgang er baseret på de fem elementer, nævnt på side 30 (jævnfør Bjarne Bruun Jensen), og i den kontekst tales der vanligvis også om, at indsatser kan efterspørges eller initieres af borgerne selv. Teksten på side 11 er i det hele taget præget af uklare formuleringer.

Det kan forstås som det er egen læge der henviser, så borgeren skal gennem egen læge gøre opmærksom på M/K ønsker tilbuddet. Så der er i virkeligheden 2 instanser der vurderer om borgeren skal i forebyggelsestilbud? først egen læge, og senere ved den opklarende samtale?

Side 12: Under punktet "Sygdomsforværring": Her skal monitorering ikke blot ske vha. symptomer, men også vha. relevante målinger som fx blodglukosemåling.

Under punktet "Psykosociale forhold": Det er relevant her også at nævne patientforeninger, som tilbud der kan medvirke til at fastholde livsstilsændringer. Foruden inddragelse af socialrådgiver, bør der også være mulighed for at inddrage psykolog "... i forhold til aktuelle behov."

Side 22: I forbindelse med individuel diætbehandling er det positivt at konstatere, at der er opstillet mål med behandlingen.

Det kan undre, at det er det eneste tilbud, hvortil der er opstillet mål.

Mål gør det bl.a. muligt at evaluere, om indsatsen er designet på en hensigtsmæssig måde, eller om der er behov for at justere.

Side 34: Under punktet "Risikofaktorer": "Forebyggelse af risikofaktorer ..." – det er ikke korrekt her at tale om at forebygge risikofaktorer. Dvs. formuleringen skal ændres.

Det er ikke beskrevet, at man selv kan bede om støtte til forandringer. På side 30, hvor der er vist et flow-skema, burde der være en indgang til systemet fra den enkelte borger.

Derudover har DASYS nedenstående kommentarer, der relaterer sig til det uddannelsesmæssige perspektiv:

Dialog med borgeren stiller krav til uddannelse både præ- og postgraduat. Ved gennemgang af høringsudkastet bemærkes følgende:

Pkt. 5.1.4 Kompetencer side 13 og pkt. 5.3.5 side 21 Kompetencer

På side 13 angives, at "Undervisningen bør gives af sundhedsprofessionelle (minimum mellemlang videregående sundhedsuddannelse) med specialviden..", men på side 21 angives, at "Den sundhedsprofessioneller bør have kompetencer til kvalificeret at kunne tilrettelægge og supervisere træningen..."

Vi foreslår, at krav til kompetencer er enslydende. Evt. kunne der stå: "... bør gives af sundhedsprofessionelle (minimum på bachelorniveau)..."

Pkt. 5.2.3 side 16 midt for

"Ønsker borgeren ikke at stoppe med tobaksbrug, kan en nedsættelse af forbruget foreslås. Nedtrapning bør kun foretages ved samtidig anvendelse af nikotinerstatningsprodukter, **da ubevidste kompensatoriske rygeteknikker mindsker den reelle effekt og fører til en overvurdering af den reelle helbredseffekt.**"

Her er det med rødt fremhævet vanskeligt at forstå i sammenhæng med "Nedtrapning bør kun foretages ved samtidig anvendelse af nikotinerstatningsprodukter,..."

Pkt. 5.4.5 side 23 Tværfaglighed

"Ernæringsindsatsen kan ofte med fordel understøttes af et tværfagligt samarbejde med relevante sundhedsprofessionelle, som fx læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, tandplejer, hjemmeplejer, hjemmesygeplejerske mv."

Vi foreslår, at klinisk diætist nævnes, da klinisk diætist er nævnt tidligere i punktet Ved kostvejledning.

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål står DASYS og Fagligt Selskab for Diabetes Sygeplejersker naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Bent Hoeck
Næstformand