

## Referat

### Møde: **Implementeringsgruppen for forebyggelse**

Tidspunkt: 15. juni 2018 kl. 9.00-11.00

Sted: OUH Patienthotellet 8. sal Syd

### Deltagere

#### Kommuner:

Mette Søndergaard Robl, chef, Odense Kommune (næstformand)

René Tækker Clausen, konsulent, Langeland Kommune

Belinda Rudolf Lauanni Juul, leder af Sundhed og Træning, Nyborg Kommune

Jesper Eilsø, leder af Sundhedshuset, Svendborg Kommune

Kirsten Nørgaard Dahl, motionsvejleder, Det mobile

Sundhedscenter, Faaborg-Midtfyn Kommune

Estell Fie Larsen, faglig koordinator, Sundhedsfremme og

Forebyggelse, Kerteminde Kommune

#### Sygehus:

Anette Pedersen, oversygeplejerske, afd. B, OUH (formand)

Line Larsen, oversygeplejerske, afd. J, OUH

Lisbeth Møller Andersen, Sundhedsfaglig konsulent, Økonomi og Planlægning, OUH

#### Almen praksis:

#### Gæster:

Arne Gårn, Programchef, Steno Diabetes Center Odense

Mona Engdal Larsen, Diabeteskoordinator, Fyns Diabetesudvalg

#### Afbud:

Helle Winther Dahl, afdelingsleder for Aktiv Pleje og Omsorg, Nordfyns Kommune

Mathilde Schmidt-Petersen, oversygeplejerske, afd. M/FAM, OUH Svendborg (udtræder af gruppen)

Helle Andersen der af borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme, Assens Kommune

Camilla Schufri Klinkby, afdelingssygeplejerske, afd. C, OUH

Winnie Clausen, funktionsleder, Rehabiliteringsafdelingen, OUH Svendborg

Erik Holk, praktiserende læge og praksiskoordinator

Anne Marie Hedegaard, leder af sundheds- og forebyggelsesområdet, Ærø Kommune

## Referat

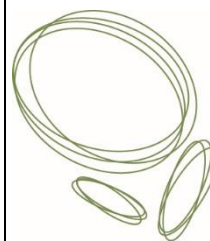
### 1. Godkendelse af dagsorden

*Dagsorden godkendt*

### 2. Godkendelse af referat fra seneste møde (5 min.)

Bilag 1: Referat af møde 13. april 2018

*Referat godkendt.*



**SOF-OUH**

Samordningsforum OUH

<http://www.ouh.dk/480373>

Implementeringsgruppen  
for Forebyggelse

den 15. juni 2018

Referent:

Lisbeth Møller Andersen

Almen Praksis

Assens Kommune

Faaborg-Midtfyn  
Kommune

Kerteminde Kommune

Langeland Kommune

Nordfyns Kommune

Nyborg Kommune

Odense Kommune

Svendborg Kommune

Ærø Kommune

OUH Odense  
Universitetshospital og  
Svendborg Sygehus

### **3. Oplæg om Steno Diabetes Centeret Odense, SDCO v. Programchef Arne Gårn (10 min. oplæg 30 min. drøftelse)**

#### Sagsfremstilling

På sidste møde blev det nye Forløbsprogram for Diabetes præsenteret og efterfølgende drøftet hvordan implementeringen skulle organiseres, herunder koblingen til Fyns Diabetesudvalg og Steno Diabetes Center.

#### Indstilling

- a. Kort oplæg om det tværsektorielle samarbejde i SDCO
- b. Drøfte samarbejdet mellem implementeringsgruppen, Fyns Diabetesudvalg og SDCO i forbindelse med implementeringen af Patientforløbsprogram for diabetes
- c. Drøfte samarbejdet generelt, mellem SDCO og Implementeringsgruppen

#### Referat

*a. SDCO v. Arne er en regional enhed og en afdeling under OUH. Der er bevilget ca. 850 mio. over 10 år til udvikling og afprøvning af nye løsninger samt til klinisk forskning. Nye løsninger for diabetes kan bruge som case mhp. udbredelsen til andre patientgrupper. SDCO ser kommunerne som samarbejdspartnere i projekter.*

*SDCO arbejder i fire spor: Behandling og forebyggelse af senkomplikationer. Forskning. Tværsektorielt samarbejde. Kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle.*

*Sporet tværsektorielt samarbejde omfatter: Forebyggelse og tidlig opsporing.*

*Patientuddannelse og rehabilitering, herunder også til sårbare borgere. Tværsektoriel behandling af type 2-diabetes.*

*SDCO har snitflader til bl.a. arbejdet omkring Sundhedsaftalen og Fyns diabetesudvalg, SDCO kan understøtte implementeringen af patientforløbsprogrammet for patienter med diabetes. Fx vil SDCO i samarbejde med diabeteskoordinatorerne på sygehusene tilbyde at bidrage til overleveringen af den sygdomsspecifikke patientuddannelse fra sygehusene til kommunerne, herunder samle sygehusenes undervisningsmateriale samt beskrive overvejelser om patientuddannelsesstilbuddenes organisering. SDCO forventer at sende materiale mv. til kommunerne i september samt at orientere om det på SOF-niveau. Patientuddannelse er sat i gang som det første. SDCO vil tilbyde i samarbejde med kommunerne at udvikle et generisk koncept for patientuddannelse, hvori bl.a. indgår e-læringsprogram og andet materiale, og at bidrage til en solid, forskningsbaseret evaluering af konceptet.*

*Fyns Diabetesudvalg v. Mona er tværsektorielt og tværfagligt udvalg under IPG for Forebyggelse. Udvalget har repræsentanter fra alle kommuner, OUH, almen praksis, fodterapeuter, diætister og patientforeninger. De fleste medlemmer er praktiserende medarbejdere, kun få ledere. (Mona sender kommissorium og deltagerliste til Lisbeth) Udvalget vil medvirke til at implementere diabetesprogrammet og facilitere patientuddannelsen. Udvalget afholder 2 årlige temadage om pleje, behandling og undervisning af diabetikere.*

#### Kommentarer og drøftelse:

*Kommunerne fremhæver behov for digitale løsninger, bl.a. til patienter der har lang transporttid.*

*Afsøge behov for Apps og andre redskaber til hverdagen.*

*Tilmelding til patientuddannelse på tværs af kommunegrænser for at få hold der er store nok.*

*Mit Forløb kunne benyttes som eks. ved hjertepatienter. Kommunen har adgang til sygehusets data, mod samtykke. Hvordan inddrages almen praksis? Bringes ind i Fyns diabetesudvalg.*

*Alle afdelinger har patienter med diabetes, derfor bør kompetenceudviklingen tilbydes bredt.*

*SDCO får en udgående funktion til afdelingerne på OUH Odense og Svendborg.*

*Muligheden for at Arne indgår ad hoc i IPG for Forebyggelse drøftes. Desuden overvejer Arne at deltage i de 4 somatiske SOF'er 1 gang årligt.*

#### **4. Specialiseret patientuddannelse i kommunerne (10 min.)**

Bilag 2: Opgørelse over kapacitet i diabeteskoler på OUH

##### Sagsfremstilling

Som en del af forløbsprogrammets implementering flytter sygehusenes opgaver i forbindelse med specialiseret patientuddannelse ud i de kommunale forebyggelsestilbud. Med henblik på at kunne forberede sig på opgaven, efterspørger kommunerne data på, hvor mange personer med type 2 diabetes, der har deltaget i diabeteskolen i sygehusregi fra hver kommune, og hvad det har kostet. Oplysningerne i bilag 2 er leveret af Afd. M Odense og Afd. M/FAM Svendborg. Kommunerne vil desuden gerne trække på sygehusets erfaring med uddannelse af sårbare borgere som ikke kan modtage gruppebaseret patientuddannelse. Hertil oplyser M Svendborg, at sårbare patienter kommer til individuelle konsultationer, det foregår i et tværfagligt samarbejde mellem, læger, sygeplejersker og evt. diætist.

SDCO og diabeteskoordinatorerne har besluttet at udarbejde et overleveringsmateriale til kommunerne som hjælp til overtagelse af opgaven.

##### Indstilling

- a. Drøftelse og uddybende spørgsmål til opgørelsen i bilag 3
- b. Drøftelse af svar fra afdelingerne om erfaringer med uddannelse af sårbare borgere.
- c. Drøftelse af plan for overleveringsmateriale til kommunerne.

##### *Referat:*

*De medicinske afdelingers tilbagemeldinger på kapaciteten på diabeteskolerne viser et fald i antal deltagende patienter på trods af et stigende antal diabetikere. Kommunerne vil gerne vide hvor mange patienter der er kommet på patientskolerne fra hver kommune. Lisbeth skaffer et udtræk for 2015, 2016 og 2017.*

*Årsagerne hertil drøftes, herunder hvordan patienterne henvises, hvem der gør det og hvilke tilbud kommunerne har. Kerteminde har eks. hold -, individuel- og digital undervisning.*

*I Faaborg- Midtfyn har ca. 2200 indbyggere + 18 år diabetes. (data er fra "Hvordan har du det? 2017"). Flere ny opdagede har neuropati.*

*Kommunerne skal overtage patientuddannelse af type 2 diabetespatienter, undtagen de komplekse. Kommunerne får de akutte/ny opdagede og skal selv starte undervisningen op. Der er behov for at synliggøre almen praksis ansvar og opgave.*

*Kommunerne skal også varetage undervisning af patienter som har fået diabetes i forbindelse med en graviditet, hvilket kommunerne finder udfordrende. Efterfølgende gør Arne opmærksom på, at kommunerne ikke skal have særlige tilbud, men en vigtig indsats fra kommunens side er forebyggelsestilbud (herunder fx fysisk træning, ernæringsindsats og tobaksafvænnning) under og efter graviditet.*

*Mona undersøger: Antal type 2 diabetikere. Antal individuelle undervisningsforløb og hvilke kriterier der skal være for at få et individuelt undervisningsforløb. Varetager Indvandremedicinsk klinik diabetesundervisning, eller skal kommunerne overtage.*

*Der er behov for at finde ud af hvordan diabetikerne rekrutteres til undervisningen.*

*Arne gør opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen har opslået en diabetespulje på 14 mio. til tværsektorielle indsatser ([www.sst.dk/da/nyheder/2018/pulje-skal-loefte-diabetesomraadet](http://www.sst.dk/da/nyheder/2018/pulje-skal-loefte-diabetesomraadet)). SDCO vil gerne bistå ved evt. udarbejdelse af en projektbeskrivelse.*

*Det aftales, at afdække kommunernes uddannelsesstilbud, deltageromfang m.v. Skema sendes ud med referatet.*

*Det aftales, at Mona og Lisbeth udarbejder et kommissorium for implementering af patientforløbsprogrammet. Evt. med inspiration fra Esbjerg.*

*Efterfølgende er plan vedtaget pr. mail:*

*Implementeringsopgaven med diabetesprogrammet lægges i Fyns diabetesudvalg. Mona og Lisbeth udarbejder et udkast til kommissorium for implementering 27/6. Kommissoriet kvalificeres på førstkommende diabetesudvalgsmøde. Kommissoriet skal godkendes af SOF-OUH 25/9, men idet IPG for forebyggelse først har sit næste møde 12/10 sendes kommissoriet ud pr. mail til kommentering i IPG, hvorefter det godkendes af formandskabet for IPG Forebyggelse 21/9, inden det sendes i SOF-OUH til godkendelse 25/9.*

## **5. Ernæringstilbud til småtspisende v. Anette Pedersen(15 min.)**

Bilag 3: Rapport

### Sagsfremstilling

*Arbejdsgruppen har udarbejdet sin anden rapport om ernæringstilbud til småtspisende. Rapporten indeholder forslag til 5 indsatsområder til kompetenceudvikling og forslag til forbedret dokumentation over sektorgrænser. Rapporten skal drøftes i IPG for Forebyggelse med henblik på godkendelse, inden den fremlægges for SOF-OUH.*

### Indstilling

- a. Rapporten fremlægges af arbejdsgruppen og drøftes mhp. evt. justeringer og godkendelse
- b. Gruppen planlægger et oplæg på SOF-OUH mødet den 25. september.

### Referat:

*Rapporten blev gennemgået af Anette.*

*Rapporten indeholder forslag til 5 initiativer omhandlende lokal og tværsektoriel undervisning og kompetenceudvikling. Etablering af nøglepersoner i ernæring.*

*Tværsektorielle temaeftermiddage. Tværsektorielt samarbejdsforum.*

*Initiativerne blev drøftet, herunder hvilke initiativer der skal prioriteres først og hvordan der prioriteres i forhold til mange andre indsatser i kommunerne og på sygehusafdelingerne. Der skal indhentes bred ledelsesmæssig vurdering af behovet, accept og opbakning til hvordan indsatserne prioriteres og gennemføres.*

*Under drøftelsen blev der gjort opmærksom på at sikre de rette kompetencer hvis AMU inddrages.*

*Det besluttet, at præsentere rapporten for SOF-OUH den 25. september med forslag om at indlede med en temaeftermiddag for ledere, da lederne skal understøtte implementering af initiativer til kompetenceudvikling.*

*Belinda orienterer om, at man i Nyborg Kommune har søgt midler til et tværfagligt ernæringsteam.*

## **6. Redskaber til brug ifbm. KRAM Screening i kommunerne**

### Sagsfremstilling

Ifølge den udarbejdede KRAM rapport følger kommunerne retningslinjerne fra SST for KRAM screening, men bruger forskellige redskaber. I forbindelse med beslutning i SOF-OUH og PSOFF om at sekretariaterne udarbejder et oplæg til beskrivelse for et projekt om KRAM indsatsen, er der behov for at kende den enkelte kommunes redskaber.

### Indstilling

- a. Aftale, at der indsamles data om kommunernes screeningsredskaber mhp. udarbejdelse af oversigt over redskaber.
- b. Udpegning af repræsentant fra IPG Forebyggelse, der sammen med SOF-OUH og PSOFF sekretariaterne udarbejder en projektbeskrivelse for KRAM projektet

### Referat:

*Det kan ikke lade sig gøre at afdække alle redskaber fordi kommunerne gør det forskelligt, og inden for den enkelte kommune bruges forskellige redskaber fra papirskemaer til elektroniske systemer. Gruppen mener heller ikke det er relevant at alle gør på den samme måde.*

*Ingen af de tilstedeværende meldte sig til at deltage i arbejdet med projektbeskrivelsen, derfor aftales en frist for tilmelding på 14 dage.*

## **7. Orientering**

- a. Kommissorium for KOL udvalg til godkendelse i SOF-OUH 7. juni.  
*Referat: Kommissoriet godkendt. Sekretariatsbistand endnu ikke på plads.*
- b. Planlægning af SOF-OUH temadag "Patientforløb i sektorovergange"  
*Referat: Mette indgår i planlægningsgruppen*
- c. Svar fra MedCom vedr. brug af henvisning til kommunal forebyggelse.  
*Referat: Der er intet nyt i svare fra MedCom. Afventer en ny henvisningsskabelon.*
- d. Sekretariatet har modtaget et eksempel fra SVS på Kompetenceudviklingskoncept for implementering af Patientforløbsprogram for KOL, til inspiration.  
*Referat: Sendes som inspiration for KOL og Diabetes implementeringen.*
- e. SOF-OUH har på møde den 7. juni formelt overdraget opgaven, med at implementere diabetesprogrammet, til IPG for Forebyggelse.  
*Referat: Orienteringen taget til efterretning.*
- f. Resultat henvisninger til kommunernes rygestoptilbud april-maj.  
*Referat: 4 kommuner har svaret. Registreringerne fra januar til maj viser, at de praktiserende læger er bedst til at henvise, sygehusafdelingerne har kun henvist få. Det blev aftalt, at OUH erindres om at anvende "kontakten til kommunal rygestopvejleder" – lommekortet. Line bringer det videre i oversygeplejerskerådet, når den endelige statistik foreligger. Skemaet sendes ud mhp. at få de sidste kommuner med. Dagsordensættes 12. oktober.*

## **8. Årshjul (5 min.)**

Bilag 4: Årshjul 2018

## **9. Eventuelt (5 min.)**