


Bemærkninger til høringsudkast Sundhedsaftalen 2019-2023

| Part | Bemærkninger | Opsummering af bemærkninger | Sekretariatets bemærkninger |
|---------------------------|--|--|--|
| REGION MIDTJYLLAND | | | |
| Regionsrådet | <p>Almen praksis er en nøgleaktør i det nære sundhedsvæsen. Derfor er det prisværdigt, at PLO-Midtjylland har bidraget til udarbejdelse af sundhedsaftalen og også er medafsender. Det er et stærkt signal og lover godt for, at vi til fulde kan udnytte og videreudvikle vores gode tværsektorielle samarbejde, hvor vi i fællesskab skal indgå samarbejdsaftaler, der sikrer fortsat udvikling af et nært og sammenhængende bæredygtigt sundhedsvæsen på borgernes præmisser. Regionsrådet bakker op om visioner, indsatsområder og samarbejdsprincipper. Regionsrådet hilser det velkomment, at der har været mod til at prioritere få og vigtige indsatsområder og dermed sætte en fokuseret ramme for arbejdet. Det understøtter, at vi nu i fællesskab kan tage fat på konkretisering og konkret udmøntning, så aftalen kommer til at gøre en forskel for den enkelte borger med forløb på tværs af sektorerne. Først da får aftalen værdi. Regionsrådet ønsker, at det i de nævnte indsatsområder så vidt muligt tydeliggøres, hvornår man overgår fra den ene fase til den næste ift. nye indsatser og indsatsområder.</p> <p>Regionsrådet finder det positivt, at der er stort fokus på borger/patient, men at det også er væsentligt med fokus på medarbejderinddragelse og kompetenceudvikling i den videre implementering af sundhedsaftalen.</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at tydeliggøre hvornår man overgår til nye indsatser og indsatsområder • fokus på medarbejderinddragelse og kompetenceudvikling i den videre implementering af sundhedsaftalen • at Sundhedskoordinationsudvalget såvel som regionsrådet og byrådene løbende følger op på aftalens mål • at der tilføjes indikatorer, der understøtter det nationale mål om 'øget patientinddragelse' • vedvarende fokus på, at samarbejdsaftaler bliver regionsdækkende • at der løbende, hvor det er relevant, fokuseres på et helhedsperspektiv med kobling mellem sundheds- og socialområdet samt øvrige relevante områder | <ul style="list-style-type: none"> • hvordan og hvornår der prioriteres nye indsatsområder vil løbende blive taget op i Sundhedskoordinationsudvalget • formulering om at der ved udarbejdelse af samarbejdsaftaler inddrages relevante parter • indskrives i afsnit 5 + tilføje ordet 'kompetenceudvikling' • undersøger mulighed for indikatorer vedr. øget patientinddragelse |

| | | | |
|-----------------|---|--|--|
| | <p>Regionsrådet finder det væsentligt, at Sundhedskoordinationsudvalget såvel som regionsrådet og byrådene løbende følger op på aftalens mål, og at Sundhedskoordinationsudvalget aktivt igangsætter indsatser, der sikrer udvikling i den ønskede retning. Regionsrådet ønsker, at det undersøges, om der kan tilføjes indikatorer, der understøtter det nationale mål 'øget patientinddragelse'.</p> <p>Regionsrådet finder det positivt, at sundhedsaftalen fremhæver et princip om høj og mere ensartet kvalitet i tilbud, uanset hvor borgeren bor. Regionsrådet lægger vægt på en region i balance. Borgerne bør møde et sundhedsvæsen, som er nogenlunde ensartet og som udvikler sig i samme takt, uanset hvor man bor. De gode løsninger skal rulles ud i hele regionen. Regionsrådet vil derfor opfordre til et vedvarende fokus på, at samarbejdsaftaler bliver regionsdækkende til gavn for både borgere og det frontpersonale, der skal få indsatserne til at give værdi.</p> <p>Endelig vil regionsrådet opfordre til, at der løbende, hvor det er relevant, fokuseres på et helhedsperspektiv med kobling mellem sundheds- og socialområdet samt øvrige relevante områder.</p> <p>Det er en flot aftale, der i et bredt politisk fællesskab nu er udviklet. Og dermed har vi et godt afsæt for den videre udmøntning. En udmøntning der vil kræve en betydelig og vedholdende indsats af alle parter i de kommende år.</p> <p>Regionsrådet ønsker at pointere vigtigheden af, at sundhedsaftalen udmøntes i konkret handling, og at parterne dermed lever op til de målsætninger, der fremgår af aftalen. En succesfuld implementering kræver, at alle parter prioriterer implementeringen af sundhedsaftalen og bidrager med ressourcer til arbejdet.</p> | | |
| KOMMUNER | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Favrskov Kommune</p> | <p>Tilslutter sig visioner, indsatsområder og målsætninger.</p> <p>Byrådet finder det positivt, at der i sundhedsaftalen er stort fokus på forebyggelse. Hvis vi skal vende udviklingen i sundhedsvæsenet med stigende udgifter til behandling og pleje, skal vi forhindre, at borgere udvikler sundhedsproblemer. Samtidig skal vi forebygge forværring, funktionstab og følgesygdomme hos de borgere, der allerede er blevet ramt af sygdom. Hospitaler og praktiserende læger har en vigtig rolle i forhold til at opspore og henvise borgere, der kan have gavn af kommunale forebyggelsestilbud. Vi er derfor glade for, at vi med sundhedsaftalen forpligter os til at arbejde sammen om en aktiv forebyggelsesindsats. Med samarbejdsaftalen om rygestopindsats har vi allerede taget fat på samarbejdet om forebyggelse af rygning. Det er et godt eksempel på, hvordan vi i fællesskab kan sikre, at flere borgere tilbydes relevant hjælp.</p> <p>Byrådet bakker ligeledes op om de beskrevne samarbejdsprincipper. Det er i særdeleshed vigtigt, at der som beskrevet i aftalen er gennemsigtighed om økonomien, når vi ændrer på opgavefordelingen mellem region og kommuner. Erfaringerne viser, at det hovedsagligt er kommunerne, der indtil videre har overtaget opgaver fra regionen uden økonomisk kompensation. Byrådet ser derfor positivt på, at der nu indføres et princip om "gynger og karruseller". Der er således en forventning om, at kommunerne får midler til de opgaver, de overtager. Det vil betyde, at der i sidste ende sikres balance i de økonomiske konsekvenser for alle parter. Set i lyset af en eventuel ny organisering af det nære sundhedsvæsen, er dette særligt relevant.</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> forventning om, at kommunerne får midler til de opgaver, de overtager | <ul style="list-style-type: none"> opmærksomhed på økonomi i den fremadrettede implementering |
| <p>Herning Kommune</p> <ul style="list-style-type: none"> Social- og Sundhedsudvalget | <p>Finder at udkastet indeholder gode visioner og en fin retning for det fremtidige tværgående sektorsamarbejde på sundhedsområdet i Region Midtjylland.</p> <p>Det giver rigtig god mening, at Sundhedsaftalens</p> | | <p>ingen bemærkninger</p> |

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| | indhold er tænkt sammen med de nationale mål for sundhedsvæsenet. | | |
| Holstebro Kommune | <p>(forkortet) Bakker op om de sundhedspolitiske visioner, mål og værdier. Holstebro kommune ser gode perspektiver i det nære sundhedsvæsen i kombination med kvalitet i de specialiserede tilbud. En væsentlig præmis for at nå dertil, er, at vi sætter borgeren først, og før sektor-interesser – rette indsats til rette borger, rette sted i sundhedssystemet. Derudover kræver det et styrket samarbejde på tværs af sektorer, ligeværdighed i samarbejdet, samt respekt for hinandens fagligheder/arbejdsområder og vilkår.</p> <p>Holstebro Kommune ønsker derudover at gøre opmærksom på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At der med fordel kan sættes tydeligere fokus på borgerens forpligtelse i forhold til egen sundhed og forpligtelse til medvirken i behandling. • At det er vigtigt at skabe gode rammer for, at region, hospitaal, praktiserende læger og kommune kan etablere sundhedsløsninger tæt på borgerne i fællesskab som fx Center for Sundhed i Holstebro. Næste udviklingstrin bør være sammenskabte indsatser i slipstrømmen af koordinerede indsatser. • At forventningerne til kommunernes rolle fylder meget i aftalen i kampen for mere lighed i sundhed, men at det er afgørende, at tilbud i almen praksis og behandlingspsykiatrien/ somatikken i hospitalsvæsenet også er målrettet mere udsatte borgere. • At sundhedsaftalen bør være tydeligere og mere omfattende i forhold til rehabilitering. • At Holstebro Kommune ser udviklingen af flere sundhedsløsninger tæt på borgeren som en positiv og nødvendig udvikling, men at det, ud fra et kommunaløkonomisk perspektiv, også er en udfordring, der presser driften af øvrige kommunale kerneopgaver såfremt opgaveoverdragelse sker ufinansieret. | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tydeligere fokus på borgerens forpligtelse • at forventningerne til kommunernes rolle fylder meget i aftalen i kampen for mere lighed i sundhed, men at det er afgørende, at tilbud i almen praksis og behandlingspsykiatrien/ somatikken i hospitalsvæsenet også er målrettet mere udsatte borgere • at aftalen bør være tydeligere og mere omfattende i forhold til rehabilitering • at sundhedsløsninger tæt på borgeren presser driften af øvrige kommunale kerneopgaver såfremt opgaveoverdragelse sker ufinansieret • at tilgængelighed til specialiserede hospitalsydelser bør styrkes ved større spredning af speciallæger og udgående ydelser fra hospitalerne til lokale sundhedscentre fx i forhold til opfølgninger og ved teleløsninger/rådgivning til primær sektor • Der skal være et klart fokus på samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis i sundhedsaftalen. Målsætningerne om at nedbringe antallet af dagligrygere og antallet af akutte indlæggelser blandt ældre må ikke kun ses som et kommunalt ansvar, men som et fælles projekt mellem kommune, almen praksis samt hospitalerne. • Børn og unge mental sundhed og mistrivsel: tydeligere fokus på forældrenes ansvar og forpligtelse i forhold til deres børns sundhed | <ul style="list-style-type: none"> • borgerens eget ansvar/forpligtelse betones under visionen 'På borgerens præmisser' • konkrete input medtages i det videre arbejde • rehabilitering noteres som potentielt fremtidigt prioriteret område • opmærksomhed på økonomi i den fremadrettede implementering • hospitalernes rolle skal præciseres hvor relevant, når Sundhedsaftalen udmøntes i konkrete samarbejdsaftaler • fælles forpligtigelse tydeliggøres i afsnit s. 7 'Sammen om ældre borgere – akutområdet' • konkrete input og opmærksomhedspunkter medtages i det videre arbejde med udarbejdelse af samarbejdsaftaler |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • At tilgængelighed til specialiserede hospitalsydelser bør styrkes ved større spredning af speciallæger og udgående ydelser fra hospitalerne til lokale sundhedscentre fx i forhold til opfølgninger og ved teleløsninger/rådgivning til primær sektor. <p><i>Mere lighed i sundhed – socialt og geografisk</i> Kommunerne spiller en væsentlig rolle i kampen for mere lighed i sundhed, idet flere socialt udsatte borgere modtager kommunal støtte, men også almen praksis, som 'forpost' i sundhedsvæsenet, samt behandlingspsykiatrien og hospitalsvæsenet er nøglespillere i forhold til at efterleve visionen om mere lighed i sundhed. Geografisk tilgængelighed til specialiserede hospitalsydelser bør styrkes ved udgående ydelser fra hospitalerne til lokale sundhedscentre vedrørende opfølgninger m.m. og via teleløsninger/rådgivning til den primære sektor.</p> <p><i>Sundhedsløsninger tæt på borgeren og på borgerens præmisser</i> Holstebro Kommune har prioriteret udviklingen af kommunens akutindsats og der er, med etableringen af Center for Sundhed i Holstebro, skabt gode rammer for, at region, hospital, praktiserende læger og kommune kan etablere sundhedsløsninger tæt på borgerne i fællesskab. Næste udviklingsfelt er en videreudvikling af et stærkt samarbejde på tværs af sektorer. Vi skal gå fra et fokus på serielle forløb til at integrere indsatser, og udviklingen af det nære sundhedsvæsen skal minimere gråzoner og sikre, at borgeren ikke "falder mellem to stole". Sundhedsvæsenet skal være på borgerens præmisser – samtidig kunne der, i aftalen, sættes tydeligere fokus på borgerens eget ansvar og forpligtelse i forhold til egen sundhed og medvirken i behandling.</p> <p><i>Mere sundhed for pengene</i> Holstebro Kommune ser udviklingen af flere sundhedsløsninger tæt på borgeren som en positiv og nødvendig udvikling, men finansieringen heraf er en bekymring. Set fra et kommunaløkonomisk</p> | <p>og robusthed, så opgaven ikke entydigt skal løftes af kommunen og deres aktører, bl.a. folkeskolerne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overvægt kan med fordel være næste indsatsområde: I forbindelse hermed kunne et stort fokus rettes mod vigtigheden af sund kost. | |
|--|--|---|--|

perspektiv betyder ufinansierede sundhedsudgifter færre penge til øvrige kommunale kerneopgaver. Initiativerne bør derfor implementeres med en hastighed, der gør det muligt og som er hensigtsmæssig. Det er afgørende for den fortsatte udvikling af det nære sundhedsvæsen, at økonomien i forbindelse med opgaveoverdragelser, f.eks. ved iv-behandling, kommer på plads.

Indsatsområder og målsætninger

Aftalens indsatsområder og målsætninger, er, som udgangspunkt, gode og ambitiøse. Der er kommunal opmærksomhed på, at opgaverne, inden for de tre valgte indsatsområder, i høj grad ligger hos kommunerne. Der skal være et klart fokus på samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis i sundhedsaftalen. Målsætningerne om at nedbringe antallet af dagligrygere og antallet af akutte indlæggelser blandt ældre må ikke kun ses som et kommunalt ansvar, men som et fælles projekt mellem kommune, almen praksis samt hospitalerne. Succes på disse indsatsområder forudsætter, at hospitaler og almen praksis arbejder aktivt med motivering og monitorering af borgere i målgrupperne og ikke mindst, at almen praksis løbende understøtter den enkelte borger i at fastholde den sundhedsfremmende indsats. Sundhedsfremme og forebyggelsesområdet er et område, hvor der, med fordel, kan etableres en mere eksplicit samarbejdsindsats. Holstebro Kommune er også enig i målsætningen om at forbedre den mentale sundhed og mindske mistrivsel hos børn og unge. Det er bekymrende, at vi ved så lidt om, hvorfor så mange unge mennesker får det dårligt mentalt i dag, og derfor bør forebyggelses-perspektivet i form af tidlig opsporing samt undersøgelser af årsagerne til stigende dårligt mentalt helbred udgøre en større del af målsætningen. Desuden kunne der med fordel sættes tydeligere fokus på forældrenes ansvar og forpligtelse i forhold til deres børns sundhed og robusthed, så opgaven ikke entydigt skal løftes af kommunen og deres aktører, bl.a. folkeskolerne. Opnåelse af denne målsætning er ligeledes afhængig af en større og mere eksplicit samarbejdsindsats mellem kommunerne, almen

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| | <p>praksis og hospitalsvæsenet. I forhold til forebyggelse kunne overvægt med fordel være næste indsatsområde. I forbindelse hermed kunne et stort fokus rettes mod vigtigheden af sund kost. Et fokus på sund kost vil være fordelagtigt, da kost, foruden at influere på overvægt, også knytter sig til undervægt. Kost udgør således en vigtig del af arbejdet med både overvægt og undervægt, samt har en stor indvirkning på borgernes trivsel. Det er derfor vigtigt, at der arbejdes med rigtig kost samt de afledte effekter af forkert kost (påvirkning af søvnniveau, energiniveau, mentalt helbred mv.).</p> <p><i>Manglende rehabiliteringsperspektiv</i> Holstebro Kommune er, overordnet, enig i det beskrevne potentiale i forebyggelse. Rehabiliteringsperspektivet, herunder en fælles forståelse af rehabiliteringsbegrebet og rehabiliteringsindsatsen på tværs af sektorer og fagligheder, er dog ikke tilstrækkeligt indarbejdet i materialet. Rehabilitering er væsentlig i forhold til at sikre borgerne et nært og trygt sundhedsvæsen, og ofte kræver et vellykket patientforløb en god, sammenhængende rehabiliteringsindsats. Med henblik på at sikre en optimal, tværsektoriel samarbejdsindsats, bør rehabiliteringsperspektivet få et større, selvstændigt fokus i aftalen.</p> | | |
| Horsens Kommune | Tilslutter sig fuldt ud. | | ingen bemærkninger |
| Ikast-Brande Kommune | <p>Ikast-Brande Kommune anerkender, at forslaget er både kort og overskueligt, samt at der er tale om gode og håndterbare visioner. Endelig anerkender Ikast-Brande Kommune, at indsatserne bygger på drøftelserne i processen.</p> <p>Ikast-Brande Kommune bemærker, at opgaverne inden for de 3 valgte indsatsområder i høj grad ligger hos kommunerne. Vi ser et behov for et klart fokus på det tværsektorielle samarbejde sygehus-kommuner-almen praksis i sundhedsaftalen og i de heraf følgende indsatser.</p> <p>Der er særligt brug for at få almen praksis mere i spil i forhold til det nære sundhedsvæsen. I forlængelse heraf ligger samarbejdet med</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • behov for et klart fokus på det tværsektorielle samarbejde sygehus-kommuner-almen praksis i sundhedsaftalen og i de heraf følgende indsatser • særligt brug for at få almen praksis mere i spil i forhold til det nære sundhedsvæsen • der skal videre være fokus på, at der sikres finansiering til udviklingen også i det øjeblik, opgaver flytter fra region til kommuner | <ul style="list-style-type: none"> • opmærksomhed på økonomi i den fremadrettede implementering • fælles forpligtigelse tydeliggøres i afsnit s. 7 'Sammen om ældre borgere – akutområdet' • notere ønske om tættere og mere forpligtende samarbejde med almen praksis |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>kommunerne også særligt i udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Udviklingen af det nære sundhedsvæsen skal minimere gråzoner for at sikre sammenhængende forløb, og der ikke er noget, der laves "2 gange". Samtidigt må der heller ikke opstå (nye) gråzoner i fordelingen af opgaveløsningerne.</p> <p>Ikast-Brande Kommune bemærker videre, at Sundhedsaftalens visioner skal understøttes af takst- og finansieringssystemet. Med sammenlægningen af takster for ambulante og stationær behandling i den kommunale medfinansiering opleves det ikke, at der er kommunalt økonomisk incitament til at reducere indlæggelser til fordel for ambulante behandlingsløsninger tættere på borgerens hverdag. Der skal videre være fokus på, at der sikres finansiering til udviklingen også i det øjeblik, opgaver flytter fra region til kommuner. Ikast-Brande Kommune bemærker, at det kan være nødvendigt at gå sammen flere kommuner for at sikre volumen i indsatser. Ikast-Brande Kommune bemærker endeligt, at der skal være klar opmærksomhed på geografisk lighed i sundhed. Der skal fra Ikast-Brande Kommune lyde en opfordring til, at PLO (Praktiserende Lægers Organisation) godkender de nationale indikatorer og dermed opfølgningen på de nationale mål for sundhedsvæsenet.</p> | | |
| <p>Lemvig Kommune</p> <ul style="list-style-type: none"> • Social- og Sundhedsudvalget | <p>Ser positivt på den tydelige sammenhæng mellem de nationale mål for sundhed og de regionale fokusområder i sundhedsaftalen, og bakker op om visionerne.</p> <p>Der ses især positivt på fokuset på at skabe sundhedsløsninger tæt på borgerne. Det understøtter blandt andet de meget positive erfaringer, der er for at sikre fælles opgaveløsning inden for den nuværende klyngestruktur.</p> | | <p>ingen bemærkninger</p> |
| <p>Norrdjurs Kommune</p> | <p>Kan tilslutte sig visioner, indsatsområder og fælles målsætninger, bærende principper for samarbejdet, nationale mål og lokale målsætninger samt implementering og opfølgning.</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fokus på at alle processer og beslutninger foregår på et oplyst og gennearbejdet grundlag, hvor både borgerhensyn og faglige, | <ul style="list-style-type: none"> • opmærksomhed på koordinering og formidling i den fremadrettede implementering • tilføj ordet sundhedsfremme |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | <p>Sundhedsaftalen omhandler 'blot' rammer og retning, mens den konkrete udmøntning skal ske efterfølgende. Dette med det formål at skabe et mere dynamisk, effektfuldt og enkelt grundlag for samarbejdet. Det betyder, at afsættet for denne sundhedsaftale er væsentligt anderledes end ved de tidligere sundhedsftaler. Norddjurs Kommune ser positive muligheder heri, men gør samtidig opmærksom på, at det i høj grad forudsætter, at alle aktører agerer efter de bærende principper i samarbejdet (fælles ansvar for økonomi, kvalitet og grupper af borgere). Det afføder også større behov for koordinering og formidling, både ift nuværende og kommende samarbejdsaftaler, og hvor sundhedsaftalesekretariatet vil få en meget stor opgave og fremtrædende rolle. Norddjurs Kommune vil her appellere til, at der også tages afsæt i principper om gennemsigtighed og grundighed. Dvs. at alle processer og beslutninger skal foregå og foretages på et oplyst og gennemarbejdet grundlag, hvor både borgerhensyn og faglige, økonomiske og kapacitetsmæssige konsekvenser er afdækket.</p> <p>Bemærkelsesværdigt at sundhedsfremme-begrebet er helt fraværende.</p> <p>Det er nødvendigt, men også ambitiøst med visioner om <i>Mere lighed i sundhed</i> og <i>På borgerens præmisser</i>. Set i lyset af arbejdet med de tidligere sundhedsaftaler vurderer Norddjurs Kommune, at det er vigtigt indledningsvis at ekspliciterer, hvad der menes, og hvilke succeskriterier er realistiske. I forlængelse heraf, men også ift de øvrige indsatsområder og indikatorer i sundhedsaftalen, er det vigtigt at få opgjort, hvad vi allerede ved, hvad der er prøvet, hvad der virker/ikke virker, således at ressourcerne anvendes fornuftigt. Endelig er det overordentligt vigtigt at få en fælles drøftelse af, hvordan og hvad der monitoreres og evalueres på ved tværgående tiltag (fx forløbsprogrammer), således at der også på disse områder skabes grundlag for balance.</p> | <p>økonomiske og kapacitetsmæssige konsekvenser er afdækket</p> <ul style="list-style-type: none"> • at det ekspliciteres, hvad der menes med 'Mere lighed i sundhed' og 'På borgerens præmisser' og hvilke succeskriterier, der er realistiske • sundhedsfremmende tilgang er fraværende • at det opgøres hvad vi ved om, hvad der virker/ikke virker; vigtigt med fælles drøftelse af, hvordan og hvad der monitoreres på ved tværgående tiltag (fx forløbsprogrammer) | <p>under indsatsområdet forebyggelse</p> <ul style="list-style-type: none"> • input medtages i det videre arbejde |
| <p>Odder Kommune</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sundheds-, Social- og Forebyggelsesudvalget | <p>Udvalget er positive i forhold til indholdet, og understreger samtidig vigtigheden af en fair økonomisk balance i den ændrede kommunale og</p> | <p>vigtigheden af en fair økonomisk balance i den ændrede kommunale og regionale opgavevaretagelse</p> | <ul style="list-style-type: none"> • opmærksomhed på økonomi i den fremadrettede implementering |

| | | | |
|--------------------------|--|--|---|
| | regionale opgavevaretagelse. | | |
| Randers Kommune | <p>Byrådet noterer sig med tilfredshed, at det reviderede udkast til sundhedsaftale har indarbejdet ønsket i kommunens høringssvar om at få tydeliggjort byrådenes rolle i forhold til godkendelse af økonomi og prioriterede indsatser. Tilføjelsen i høringsversionen om betydning af tilknytning til arbejdsmarkedet såvel som målet om at understøtte egen mestring spejler sig godt i Randers kommunes politiske målsætninger om at flere skal mestre eget liv. De udvalgte indsatser omkring fælles forebyggelse – konkret rygning, ældre medborgere – konkret akut området samt udvikling af den nære psykiatri – konkret mental sundhed børn og unge og forløb for voksne borgere med svær psykisk sygdom stemmer godt overens med Randers kommunes politikker og indsatsområder. Tilsvarende gælder det næste indsatsområde overvægt. Med disse bemærkninger bakker byrådet op om sundhedskoordinationsudvalgets forslag til sundhedsaftale 2019-2023.</p> | | ingen bemærkninger |
| Silkeborg Kommune | <p>Fra Silkeborg Kommune er der stor ros til høringsversionen af sundhedsaftale 2019-2023 og en klar opbakning til dens indhold og intentioner, som sætter en gennemtænkt politisk retning for sundhedssamarbejdet. Den er kortfattet og let læselig, og det er prisværdigt, at der er taget en klar prioritering af konkrete indsatsområder.</p> <p>Vi kan således tilslutte os visionerne og finder de prioriterede indsatsområder yderst relevante. Også de bærende principper for samarbejdet, målsætningerne og tankerne omkring implementering og opfølgning kan vi helt overordnet støtte. Vi ser det dog som en svaghed for udmøntning af sundhedsaftalen, at aftaleparterne udelukkende er region og kommuner. Et ligeværdigt samarbejde mellem hospitaler, kommuner og almen praksis fordrer, at alle parter indgår en fælles aftale.</p> <p><i>Samt en række mere specifikke bemærkninger til udvalgte dele af høringsversionen, fx:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkoholmisbrug er en risikofaktor, der | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at det ses som en svaghed for udmøntning af sundhedsaftalen, at aftaleparterne udelukkende er region og kommuner. Et ligeværdigt samarbejde mellem hospitaler, kommuner og almen praksis fordrer, at alle parter indgår en fælles aftale • at forebyggelse af alkoholmisbrug skrives ind i sundhedsaftalen • at målsætning under 'Sammen om ældre' kun bliver 'Vi vil nedbringe antallet af akutte indlæggelser blandt ældre' (og følgende slettes: styrke samarbejdet om akut syge ældre og) • tydelighed om hvad der arbejdes med ift mental sundhed børn og unge • omformulering af 'gynger og karruseller' • at der tilføjes en beskrivelse af | <ul style="list-style-type: none"> • notere ønske om tættere og mere forpligtende samarbejde med almen praksis • alkohol noteres som potentielt fremtidigt prioriteret område • monitorering – der laves opfølgning på de konkrete samarbejdsaftaler – tilføjes i afsnit 4 nationale mål og lokale målsætninger samt afsnit 5 implementering og opfølgning • et planlagt udviklingsområde at finde en bedre indikator for mental sundhed hos børn og unge – baseret på kommunale trivselsdata • opfølgning ændres til én årlig opfølgning • forsøger at finde billede med børn/unge |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>påvirker vores middellevetid mere end overvægt; derfor foreslår vi, at også forebyggelse af alkoholmisbrug skrives ind i sundhedsaftalen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Første del af målsætningen, der handler om at styrke samarbejdet om akut syge ældre vurderes mere at være et middel til at nå målet om at nedbringe antallet af akutte indlæggelser blandt ældre, end et selvstændigt mål. Vi foreslår derfor, at undlade den første del af målsætningen • Mental sundhed børn og unge: Der mangler noget tydelighed omkring, hvad der skal arbejdes med. I Silkeborg Kommune ser vi en tidlig koordineret opsporing og indsats på tværs af sektorerne som helt afgørende for at nå målsætningen. Og hvis der findes gode erfaringer med afprøvede indsatser andre steder fra, kunne det med fordel skrives ind • Svært psykisk syge voksne: vigtigt at psykiatrien generelt får en 'større stemme', og at der i højere grad inddrages kompetencer fra det psykiatriske område end tilfældet er i dag • Formuleringen omkring princippet om 'gynger og karruseller' mellem kommuner og region er uheldig og bør fremstå mere præcist og seriøst • Ønsker at der tilføjes en beskrivelse af, hvilke beslutningsprocesser der skal til for at igangsætte en mere forpligtende vidensdeling og spredning af projekter som eksempelvis Fleksible Indlæggelser, der blandt andet medvirker til at nedbringe antallet af akutte indlæggelser betydeligt • Ønsker at de underliggende indikatorer bliver mere specifikke i forhold til målsætningerne om henholdsvis at nedbringe antallet af dagligrygere og forbedre den mentale sundhed og trivsel hos børn og unge. Der må eksempelvis være bedre indikatorer for mental sundhed og trivsel end at følge fordelingen af henvisninger og visitationer til BUC. I den forbindelse vil vi gerne indgå i en drøftelse | <p>hvilke beslutningsprocesser, der skal til for at igangsætte en mere forpligtende vidensdeling og spredning af projekter</p> <ul style="list-style-type: none"> • at de underliggende indikatorer bliver mere specifikke i forhold til målsætningerne om henholdsvis at nedbringe antallet af dagligrygere og forbedre den mentale sundhed og trivsel hos børn og unge • at indikatorerne følges én gang årligt • at publikationen tilføjes billeder af børn og unge | |
|--|---|---|--|

| | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|
| | <p>af, om kommunale trivselsdata i dagtilbud og skole kan anvendes til at fremme børns sundhed og trivsel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der lægges op til, at indikatorerne følges to gange årligt. Vurderingen herfra er, at det vil kræve en uforholdsmæssigt stor arbejdsindsats i forhold til den værdi, det vil skabe. Vi foreslår derfor, at indikatorerne følges én gang årligt • Publikationen skal indeholde billeder af børn og unge, samt undgå forkortelsen (fx BUC s. 11) | | |
| <p>Skanderborg Kommune</p> | <p>Støtter op om aftalens visioner, principper og indsatsområder. Desuden hilses det velkomment, at aftalen er kort og udtrykker en klar politisk prioritering. Det er centralt at fastholde princippet om, at økonomiske konsekvenser kortlægges forud for beslutninger om ændringer i opgavevaretagelse mellem kommuner og region.</p> <p>I sundhedsaftalen foreslås det at indføre "normkrav", samt at alle samarbejdsaftaler skal være regionsdækkende. Det vil medføre større ensartethed, hvilket vil lette samarbejdet på tværs af sektorer. Samtidig vil det begrænse den enkelte kommunes tilrettelæggelse.</p> <p>Skanderborg Kommune er tilfreds med, at det er et bærende princip, at kommunikation på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis skal understøttes digitalt. Særligt på psykiatriområdet er der behov for en styrket indsats for at realisere dette.</p> <p>Skanderborg Kommune bifalder, at den tobaksforebyggende indsats prioriteres, og opfordrer til en fælles målsætning om, at mindst 5 % af borgere, som ryger, hvert år benytter et tilbud om rygestop, jf. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om tobak.</p> <p>Med den netop indgåede samarbejdsaftale om rygestop er hospitalernes ansvar for at henvise til kommunale rygestoptilbud fastlagt, og derfor foreslås det, at antal henvisninger fra hospitaler tilføjes som indikator. Desuden mener Skanderborg Kommune, at et afgørende næste</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fælles målsætning om, at mindst 5 % af borgere, som ryger, hvert år benytter et tilbud om rygestop • at antal henvisninger fra hospitaler til rygestop tilføjes som indikator • at næste skridt er en forpligtende regionsdækkende aftale om henvisning fra almen praksis til kommunale rygestoptilbud • foreslår fysisk aktivitet som næste fokusområde fremfor overvægt • at hospitalerne sikrer let tilgængelige akutte ambulante tilbud, således at almen praksis hurtigt kan få vurderet en borger og afklare behov for evt. indlæggelse eller alternative indsatser • at aktører omkring svært psykisk syge voksne fra de forskellige sektorer sammen udarbejder, og følger op på, koordinerede indsatsplaner for den enkelte borger. Det gælder især, hvis borgeren også har et misbrug. Skanderborg Kommune foreslår, at dette nævnes specifikt i sundhedsaftalen • at det fremgår af sundhedsaftalen hvilke samarbejdsaftaler, der allerede er indgået • at der sættes fokus på at indgå regionsdækkende aftaler med | <ul style="list-style-type: none"> • monitorering – der laves opfølgning på de konkrete samarbejdsaftaler – tilføjes i afsnit 4 nationale mål og lokale målsætninger samt afsnit 5 implementering og opfølgning • fysisk aktivitet noteres som potentielt fremtidigt prioriteret område • konkrete input medtages i det videre arbejde med konkretisering af indsatsområderne • link til eksisterende samarbejdsaftaler på s. 2 • opfølgning ændres til én årlig opfølgning |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>skridt vil være en forpligtende regionsdækkende aftale om henvisning fra almen praksis til kommunale rygestoptilbud.</p> <p>Som næste fokusområde for fælles forebyggelsesindsatser nævnes overvægt. Skanderborg Kommune foreslår, at fremme af fysisk aktivitet prioriteres i stedet, da fysisk inaktivitet udgør en langt større trussel for folkesundheden.</p> <p>Skanderborg Kommune er bevidst om, at en styrket indsats for tryghed, kvalitet og nære sundhedsløsninger for ældre borgere fordrer, at kommunale indsatser udvides og videreudvikles. Samtidig er det vigtigt, at hospitalerne sikrer let tilgængelige akutte ambulante tilbud, således at almen praksis hurtigt kan få vurderet en borger og afklare behov for evt. indlæggelse eller alternative indsatser. I den forbindelse er der også behov for at øge kendskabet til de kommunale indsatser, der kan være alternativer til indlæggelse.</p> <p>Skanderborg Kommune finder det positivt, at udvikling af psykiatrien er sat højt på dagsordenen. I forhold til en styrket indsats for svært psykisk syge voksne er det afgørende, at aktører fra de forskellige sektorer sammen udarbejder, og følger op på, koordinerede indsatsplaner for den enkelte borger. Det gælder især, hvis borgeren også har et misbrug. Skanderborg Kommune foreslår, at dette nævnes specifikt i sundhedsaftalen.</p> <p>Skanderborg Kommune oplever, at et stigende antal børn og unge diagnosticeres med psykisk sygdom. Diagnosticering kan være hjælpsomt, når det åbner for faglige anbefalinger til, hvor man kan sætte ind for at hjælpe. Det kan imidlertid være problematisk, hvis en diagnose betragtes som livslang, da det kan medføre begrænsninger for den enkeltes liv og udvikling.</p> <p>Skanderborg Kommune foreslår, at det fremgår af sundhedsaftalen, hvilke samarbejdsaftaler, der allerede er indgået. Desuden opfordres til, at der sættes fokus på at indgå regionsdækkende aftaler</p> | <p>almen praksis for at udmønte aftalen</p> <ul style="list-style-type: none"> • at opfølgning på indikatorer ændres til én gang årligt | |
|--|---|--|--|

| | | | |
|---|--|---|---|
| | <p>med almen praksis for at udmønte aftalen. Der er også stor tilfredshed med, at sundhedsaftalen fremhæver klyngernes rolle, såvel i implementering af sundhedsaftalen, som i forhold til at afprøve og udvikle nye løsninger, herunder på eget initiativ.</p> <p>Det er nævnt i aftalen, at Sundhedskoordinationsudvalget vil følge indikatorerne to gange årligt. Skanderborg Kommune foreslår, at dette ændres til én gang årligt, da det vil være en fælles politisk anerkendelse af, at det kræver store og vedvarende indsatser fra alle aktørers side at skabe forandringer på de prioriterede områder.</p> | | |
| <p>Skive Kommune</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sundheds-, Social- og Forebyggelsesudvalget | <p>Vi finder, at udkastet til ny sundhedsaftale adresserer aktuelle og relevante sundhedsmæssige udfordringer, som vi i samarbejde skal løfte. Vi bakker i udvalget op om den retning, som sundhedsaftalen udstikker. Visionerne er klare og relevante pejlemærker for samarbejdet om et sammenhængende sundhedsvæsen.</p> <p>Vi finder det ligeledes relevant, at aftalen tydeliggør, at de økonomiske konsekvenser – såvel som de kvalitetsmæssige aspekter - skal klarlægges, som en del af et dækkende beslutningsgrundlag ved indgåelse af fremtidige samarbejdsaftaler.</p> <p>Vi kan tilslutte os de udvalgte indsatsområder, som samarbejdet i første omgang skal prioritere. Vi er enige i, at der er behov for at fokusere den fælles indsats og sikre, at vi opnår resultater til gavn for borgerne. Samtidig ser vi – bl.a. i samarbejdet om Skive Sundhedshus - at der i de enkelte klynger løbende arbejdes med en række initiativer for at skabe gode lokale løsninger. Det er afgørende, at lokale kræfter og idéer fortsat kan udfoldes til gavn for området borgere.</p> <p>Slutteligt vil vi gerne kvittere for, at det i processen med at udarbejde den ny sundhedsaftale har været prioriteret at sikre lokal inddragelse såvel politisk som i klyngerne.</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at der i de enkelte klynger løbende arbejdes med en række initiativer for at skabe gode lokale løsninger. Det er afgørende, at lokale kræfter og idéer fortsat kan udfoldes til gavn for området borgere | <ul style="list-style-type: none"> • opmærksomhed på udviklingskraft i klyngerne |

| | | | |
|--------------------------------|--|--|---|
| <p>Syddjurs Kommune</p> | <p>Samtlige illustrationer har fokus på ældre mennesker.</p> <p>Generelt kan effektueringsdelen og konkretiseringerne være mere skarp i mange afsnit, med samtidig forståelse af, at der ikke er en færdig løsning klar til implementering.</p> <p><i>Visioner</i> Det beskrives, at vi ønsker "Mere lighed i sundhed – socialt og geografisk". Denne vision bør være tydeligere afspejlet i afsnittet "Indsatsområder og fælles målsætninger", så det bliver operationelt. I afsnittet "På borgerens præmisser" beskrives det, at "ingen borger skal falde imellem to stole" og at "hvis der opstår tvivl skal den part, der har kontakt med borgeren handle". Det bør her konkretiseres nærmere, at det eksempelvis er den der, på et givent tidspunkt har borgerkontakten, som skal handle. Udfordringen er netop, at borgeren ofte har flere kontakter i sundhedsvæsenet, hvorfor det er uklart, hvem der bør handle hvornår. Generelt henstiller Syddjurs Kommune til, at der sættes mere fokus på, hvordan samspillet over sektorovergangene bliver styrket.</p> <p><i>Indsatsområder og fælles målsætninger</i> I afsnittet "Fælles investering i forebyggelse" fremgår det ikke tydeligt, at det er i det kommunale regi, den primære forebyggelse foregår i fx dagtilbud, skoler, hjemmepleje, konkrete forebyggelsestilbud såsom tilbud om rygestop, vægtstop, hjælp til at tackle angst og depression m.fl. Det anbefales, at fokus i højere grad er på strukturel forebyggelse, der rammer bredt og ikke kun forebyggelsestilbud, der ikke når ligeså bredt ud. For at få den største effekt skal vi sætte ind med forebyggelse tidligt, inden sygdom opstår. Det er dermed forebyggelse både inden og efter borgeren bliver patient.</p> <p>Endvidere opleves det kun i ringe grad, at "hospitalet understøtter med specialiseret ekspertise og sparring", antageligt fordi rammerne til det, ikke er optimale. Derfor er det værd at sætte fokus på hvordan denne understøttelse skal virkeliggøres.</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at illustrationer i Sundhedsaftalen afspejler alle målgrupper som aftalen vedrører • konkretiseres nærmere at det eksempelvis er den, der på et givent tidspunkt har borgerkontakten, som skal handle + sætte mere fokus på, hvordan samspillet over sektorovergangene bliver styrket • at fokus i højere grad er på strukturel forebyggelse, der rammer bredt og ikke kun forebyggelsestilbud, der ikke når ligeså bredt ud • fokus på hvordan hospitaler i højere grad kan understøtte med specialiseret ekspertise og sparring • samarbejdet mellem læger, præhospitalet og akutindsatser i det kommunale, skal spille bedre sammen, så ressourcerne udnyttes optimalt og indlæggelser forebygges • kort beskrivelse af sammenhængen imellem den fælles alliance om den nære psykiatri og sundhedsaftalen • i afsnittet om den mentale sundhed hos børn og unge bør nødvendigheden af et tværgående samarbejde og forpligtende aftaler benævnes, så det sikres, at udredning og indsatser spiller sammen • tydeliggøre at der fra start både er fokus på mental sundhed hos børn og svært psykisk syge voksne • konkrete og målbare målsætninger for den nære psykiatri. Der findes fx | <ul style="list-style-type: none"> • forsøger at finde billede med børn/unge • løbende opmærksomhed på behovet for tydelighed på, hvem der har initiativpligten, så borgeren ikke kommer i klemme • hospitalers understøttelse med specialiseret ekspertise og sparring indarbejdes i konkrete samarbejdsaftaler ifm udmøntning af sundhedsaftalen hvor relevant • samarbejde på akutområdet konkretiseres i udmøntning af indsatsområdet 'Sammen om ældre' • samarbejde om børn og unges mentale sundhed konkretiseres i udmøntning af 'Den nære psykiatri' • 'starte med at' fjernes på s. 7 under voksne borgere med svær psykisk sygdom • planlagt udviklingsområde at finde en bedre indikator for mental sundhed hos børn og unge – baseret på kommunale trivselsdata • opmærksomhed på økonomi i den fremadrettede implementering • konkret input medtages i det videre arbejde |
|--------------------------------|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>I afsnittet " Sammen om ældre borgere" formuleres at det tværsektorielle samarbejde skal bidrage til "rette borger i rette seng på rette tid". Denne formulering bør overvejes, da den kan lyde indforstået og floskelbetonet.</p> <p>De praktiserende læger og præhospitalet spiller ligeledes en vigtig rolle i forebyggelse af akutte indlæggelser. Samarbejdet mellem læger, præhospitalet og akutindsatser i det kommunale, skal spille bedre sammen, så ressourcerne udnyttes optimalt og indlæggelser forebygges.</p> <p>I afsnittet "Udviklingen af den nære psykiatri" nævnes den fælles alliance om den nære psykiatri, som Syddjurs Kommune imødekommer som et positivt tiltag. Dog kunne sammenhængen imellem denne alliance og sundhedsaftalen ønskes beskrevet kort i afsnittet.</p> <p>I afsnittet om den mentale sundhed hos børn og unge bør nødvendigheden af et tværgående samarbejde og forpligtende aftaler benævnes, så det sikres, at udredning og indsatser spiller sammen.</p> <p>Det er ikke tydeligt, at der fra start både er fokus på mental sundhed hos børn og svært psykisk syge voksne. Årsagen er, at der i det sidste afsnit omhandlende voksne med svær psykisk sygdom er formuleret "Vi vil derfor starte med at finde løsninger for denne målgruppe". Målsætningerne for dette indsatsområde er, modsat de to andre indsatsområder, ikke konkrete og målbare. Der findes fx eksisterende data, herunder trivselsundersøgelser i dagtilbud, skole og psykiatri, som vil kunne bidrage til at måle på den mentale sundhed.</p> <p><i>Bærende principper for samarbejdet</i></p> <p>I afsnittet omkring økonomi står der følgende: "Vi er enige om at udviklingen af det samlede sundhedsvæsen kan finansieres ud fra et princip omkring "gynger og karruseller" mellem kommuner og region..." Denne formulering kunne med fordel ændres til en beskrivelse af, at vi også tænker økonomien omkring det samlede sundhedsvæsen i et samfundsmæssigt perspektiv. Endvidere bør det overvejes at bruge en anden</p> | <p>eksisterende data, herunder trivselsundersøgelser i dagtilbud, skole og psykiatri, som vil kunne bidrage til at måle på den mentale sundhed</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Vi er enige om at udviklingen af det samlede sundhedsvæsen kan finansieres ud fra et princip omkring "gynger og karruseller" mellem kommuner og region..." Denne formulering kunne med fordel ændres til en beskrivelse af, at vi også tænker økonomien omkring det samlede sundhedsvæsen i et samfundsmæssigt perspektiv. Endvidere bør det overvejes at bruge en anden formulering end, "Vi er enige om", når nogle kommuner har meldt sig ud af IV-aftalen • fremadrettet skal være bedre til at præcisere, hvor og hvornår der er tale om ændringer i opgavevaretagelse fx fra region til kommune + ligeledes tydeliggøres, hvilke afledte økonomiske konsekvenser og muligheder som opgavevaretagelsen medfører og for hvem • ønsker en mere konkret beskrivelse af de fælles normkrav. Hvordan effektueres normkravene? Er der normkrav for henholdsvis indsatsområder, bærende principper etc? • evaluering af tværsektorielle tiltag bør ske på tværs af sektorgrænserne • konkretiseres, hvordan vi bliver bedre til at videndele og sprede gode erfaringer • hvor fremgår de udpegede | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>formulering end, "Vi er enige om", når nogle kommuner har meldt sig ud af IV-aftalen.</p> <p>Syddjurs Kommune mener, at vi fremadrettet skal være bedre til t præcisere, hvor og hvornår der er tale om ændringer i opgavevaretagelse fx fra region til kommune. Dette bør tydeliggøres, så alle parter er afklarede om, hvem der varetager hvilke opgaver. Derudover vil det skabe tydelighed omkring, hvilke ændringer der skal iværksættes for, ar opgaven løses på bedst mulig vis. Det er nødvendigt at region, kommuner og praktiserende læger har et fælles afsæt med tillid til, at opgaven kan løses hos de relevante aftaleparter. I denne forbindelse skal det ligeledes tydeliggøres, hvilke afledte økonomiske konsekvenser og muligheder som opgavevaretagelsen medfører og for hvem.</p> <p>I afsnittet omkring kvalitet ønsker Syddjurs Kommune en mere konkret beskrivelse af de fælles normkrav. Hvordan effektueres normkravene? Er der normkrav for henholdsvis indsatsområder, bærende principper etc? Høj og ensartet kvalitet er et vigtigt bærende element i den nye Sundhedsaftale. Evaluering af effekt er nødvendig for at understøtte fremdrift og kvaliteten af de indsatseer, som iværksættes. Evalueringen af tværsektorielle tiltag bør ske på tværs af sektorgrænserne.</p> <p>Syddjurs Kommune er positiv over, at der i udspillet opfordres til at bryde med vanetænkningen og udfordre de nuværende rammer, når der skal findes nye og bedre løsninger.</p> <p>I afsnittet "Videndeling og spredning" bør det konkretiseres, hvordan vi bliver bedre til at videndele og sprede gode erfaringer.</p> <p>Det beskrives, at "til hver målsætning er der udpeget få målbare indikatorer med henblik på løbende, at kunne følge op på Sundhedsaftalen". Det er Syddjurs Kommune positivt stemte over, men hvor fremgår de udpegede indikatorer? Det vil give mening, at tydeliggøre disse indikatorer, så</p> | <p>indikatorer? Det vil give mening, at tydeliggøre disse indikatorer, så alle parter ved, hvilken retning der ønskes</p> | |
|--|--|---|--|

| | | | |
|--|---|---|---|
| | <p>alle parter ved, hvilken retning der ønskes.</p> <p>Endvidere ønsker vi en dynamisk aftale, som kan tilpasses nye nationale politikker og mål.</p> | | |
| <p>Viborg Kommune</p> <ul style="list-style-type: none"> relevante politiske udvalg, handicapråd, ældreråd og medarbejderorganer. På baggrund af svarene herfra fremsender Social- og Sundhedsudvalget | <p>Der kvitteres for en god involverende proces, som der er kommet et godt udkast til sundhedsaftale ud af.</p> <p><i>Visioner</i> Sundhedsaftalens vision om, at borgerne inddrages i så høj grad som muligt i behandlings, pleje- og rehabiliteringsforløb deles af Viborg Kommune. Vi ser dog gerne, at Sundhedsaftalen præciserer de pårørendes rolle og inddragelse. Herunder bør borgere med handicaps nævnes, da de kan have behov for særlig opmærksomhed i deres møde med sundhedsvæsenet.</p> <p><i>Indsatsområder og fælles målsætninger</i> Det er positivt, at sundhedsaftalen har et markant fokus på forebyggelsesindsatser og på rygning i første fase. Det bør overvejes at fastsætte et måltal for nedbringelsen af antallet af dagligrygere fremfor blot en målsætning om at nedbringe antallet af dagligrygere i Region Midtjylland.</p> <p><i>Bærende principper for samarbejdet</i> Det er positivt, der lægges op til, at samarbejdet på tværs af sektorer styrkes. Det er i den forbindelse særligt vigtigt, at alle områder tilegner sig et større kendskab til, hvad der leveres i praksis på hospitalet og i det nære sundhedsvæsen i kommunen. Dette for at personalet er bedre klædt på til at formidle, hvad der skal ske i borgerens forløb og forventes på tværs af sektorer. Sundhedsaftalen bør præcisere behovet for fælles rammer for uddannelse og vidensdeling på tværs af sektorer, herunder oplæring af kommunale medarbejdere, når regionale opgaver overgår til kommunen.</p> <p><i>Nationale mål og lokale målsætninger</i> Samarbejdspartnerne bør have opmærksomhed på, at nationale mål ikke alle steder kan overføres direkte til målsætninger, der arbejdes med i</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> at Sundhedsaftalen præciserer de pårørendes rolle og inddragelse. Herunder bør borgere med handicaps nævnes, da de kan have behov for særlig opmærksomhed i deres møde med sundhedsvæsenet at fastsætte et måltal for nedbringelsen af antallet af dagligrygere at Sundhedsaftalen præciserer behovet for fælles rammer for uddannelse og vidensdeling på tværs af sektorer, herunder oplæring af kommunale medarbejdere, når regionale opgaver overgår til kommunen | <ul style="list-style-type: none"> betone pårørendes rolle og inddragelse under visionen 'På borgerens præmisser' tilføje 'kompetenceudvikling' i afsnit 5/s.13 |

| | | | |
|-----------------------|--|---|---|
| | kommunalt regi. I arbejdet med nationale mål og lokale målsætninger, kan der også være udfordringer med retvisende dokumentation og dataunderstøttelse. | | |
| Aarhus Kommune | <p>Enig i visioner, prioriterede indsatsområder og bærende samarbejdsprincipper (konkrete bemærkninger nedenfor).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udkast til Sundhedsaftale 2019-2023 er sendt i høring få uger før Regeringen har spillet ud med forslag til sundhedsreform. Der er nu politiske drøftelser og forhandlinger i gang om sundhedsreformudspillet. Udfaldet kendes ikke endnu, men der vil der i de kommende år være endnu større fokus på udviklingen af det nære sundhedsvæsen mellem hospital, almen praksis og kommuner; bl.a. med flere opgaver til almen praksis og kommuner. Aarhus Kommune mener, at det fordrer et mere forpligtende samarbejde; herunder med fælles ledelse og fælles økonomi på nogle områder. Aarhus Kommune finder, at det forpligtende samarbejde bedst sker i klyngerne. • Set i det lys, er det ikke hensigtsmæssigt, at almen praksis fortsat ikke er aftalepart i sundhedsaftalen. Arbejde med populationsdata, mere forebyggelse og tættere samarbejde mellem almen praksis og kommuner f.eks. i sundhedshuse bliver fremtiden. Det bør en ny sundhedsaftale kunne rumme • Aarhus Kommune er enig i de overordnede visioner for sundhedsaftalen • Aarhus Kommune er enig i de prioriterede indsatsområder, men har supplerende kommentarer, som er uddybet nedenfor • Aarhus Kommune kan støtte op om de bærende principper for samarbejdet, men at økonomien bør følge opgaven frem for, at det samlede sundhedsvæsen skal finansieres ud fra et princip om "gynger og karruseller" • Aarhus Kommune er enig i, at det er | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jf. sundhedsreform -> det fordrer et mere forpligtende samarbejde; herunder med fælles ledelse og fælles økonomi på nogle områder. Aarhus Kommune finder, at det forpligtende samarbejde bedst sker i klyngerne • spørgsmål om udkast til sundhedsaftale 2019-2023 er tilstrækkelig visionær og dækkende for de omlægninger, der må forventes at skulle ske med en sundhedsreform • at sundhedsaftalen kan rumme et tættere samarbejde mellem almen praksis og kommune (uhensigtsmæssigt at almen praksis ikke er aftalepart) • under 'Sammen om ældre' er det vigtigt at se på den samlede kapacitet på akutområdet; herunder også vagtlæge, den præhospital indsats og de kommunale akutfunktioner • at KOL og diabetes bliver prioriterede indsatsområder • at økonomien følger opgaven fremfor 'gynger og karruseller' • at indikatorerne under målsætningen om at samarbejde om akut syge ældre omfatter data fra den præhospital indsats, vagtlæger og de kommunale akutfunktioner, så der gives et mere samlet billede over indsatsen • at region og kommuner i samarbejde forbedrer indikatorerne, så de bedre viser udviklingen i at mindske mistrivsel blandt børn og unge | <ul style="list-style-type: none"> • forsøg med fælles ledelse og fælles økonomi indarbejdes i 'at bryde med vanetænkningen' s. 9 • notere ønske om tættere og mere forpligtende samarbejde med almen praksis • samarbejde på akutområdet konkretiseres i udmøntning af indsatsområdet 'Sammen om ældre' • KOL og diabetes noteres som potentielt fremtidigt prioriteret indsatsområde • opmærksomhed på økonomi i den fremadrettede implementering • planlagt udviklingsområde at finde en bedre indikator for mental sundhed hos børn og unge – baseret på kommunale trivselsdata |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>vigtigt, at de lokale mål for sundhedsaftalesamarbejdet mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen skal ses i sammenhæng</p> <p><i>Regeringens udspil til sundhedsreform</i> Udspil til sundhedsreform antyder, at der kommer til at ske større ændringer bl.a. i opgavefordelingen mellem nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Der kommer flere opgaver til det nære sundhedsvæsen. Udkast til sundhedsaftale skal ses i dette lys. En ny sundhedsaftale skal jf. den nuværende Sundhedslov, gælde for 4 år. Spørgsmålet er, om udkast til sundhedsaftale 2019-2023 er tilstrækkelig visionær og dækkende for de omlægninger, der må forventes at skulle ske?</p> <p><i>Almen praksis er ikke aftalepart i sundhedsaftalen</i> Flere opgaver og større ansvar til det nære sundhedsvæsen. Det vil i høj grad kræve et endnu tættere samarbejde mellem kommuner og almen praksis. Det er derfor ikke hensigtsmæssigt, at almen praksis ikke er aftalepart i sundhedsaftalen. Sundhedsaftale 2019-2023 bør i højere grad afspejle udviklingen af det nære sundhedsvæsen; herunder et tættere (opgave-)samarbejde mellem almen praksis og kommunerne. Aarhus Kommune mener, at udviklingen af det nære sundhedsvæsen fordrer et mere forpligtende samarbejde; herunder med fælles ledelse og fælles økonomi på nogle områder. Aarhus Kommune er af den opfattelse, at det forpligtende samarbejde bedst sker i klyngerne.</p> <p><i>Udkast til prioriterede indsatsområder i sundhedsaftalen</i> Når der skal ses på målgruppen "den ældre borger", er det vigtigt at se på den samlede kapacitet på akutområdet; herunder også vagtlæge, den præhospitale indsats og de kommunale akutfunktioner. Sundhedsstyrelsen har netop publiceret en rapport om ældres sundhed. Rapportens konklusioner er, at de ældre måske ikke er så sunde, som vi tror. Data herom bør også tages med i arbejdet med det kommende arbejde med målgruppen "den ældre borger".</p> | | |
|--|---|--|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>I arbejdet med "den nære psykiatri" er det vigtigt ikke alene at have fokus på borgerens sygdom. Der skal arbejdes med en helhedsorienteret indsats, som i langt højere grad omfatter rehabilitering, det, at være en del af et fællesskab samt et uddannelses-og/eller beskæftigelsesmæssigt perspektiv. Der er behov for at styrke den mentale sundhed blandt børn og unge. Der bør også være fokus på de voksne, som omgiver børnene og de unge samt inddragelse af en bred vifte af aktører. Samlet set bør der prioriteres ressourcer til den borgernære psykiatri.</p> <p>I Regeringens udspil til sundhedsreform nævnes yderligere 2 målgrupper: borgere med diabetes og borgere med KOL. Det skyldes bl.a. opgaveomlægningerne mellem hospitaler og almen praksis, hvor almen praksis nu skal varetage hovedparten af kontrol/opfølgning af disse patientgrupper. For at sikre "den røde tråd" for disse målgrupper, anbefales det, at de medtages som obligatoriske/prioriterede målgrupper for det kommende sundhedsaftalesamarbejde.</p> <p><i>Udkast til bærende principper for samarbejdet på sundhedsområdet</i> Aarhus Kommune kan støtte op om forslag til bærende principper for samarbejdet, men har kommentarer vedr. økonomien. I takt med, at udviklingen af det nære sundhedsvæsen kræver større opgaveomlægninger mellem sektorerne, skal der være sikret økonomisk dækning af merudgifterne. Alternativt kan sundhedsvæsenet udhule en stor del af det øvrige kommunale velfærdsområde. Et bærende princip for samarbejdet kan derfor ikke være baseret på en finansiering ud fra "gynger og karruseller", men derimod et princip om, at økonomien følger opgaven.</p> <p>Aarhus Kommune støtter ønsket om at arbejde databaseret, men der opleves uoverensstemmelse mellem dette og de aktuelle stramninger i forhold til at kunne anvende data på tværs.</p> <p><i>De nationale mål på sundhedsområdet og de lokale</i></p> | | |
|--|---|--|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| | <p><i>mål for sundhedsaftalesamarbejdet</i></p> <p>Det er vigtigt, at der kan ses en sammenhæng mellem de nationale mål på sundhedsområdet og de lokale mål, der sættes i sundhedsaftalen for 2019-2023.</p> <p>Det er også vigtigt, at der som udgangspunkt tages afsæt i de data, der allerede er tilgængelige, så der ikke bruges for mange ekstra ressourcer på dette administrative arbejde. Aarhus Kommune kan jf. ovenstående anbefale, at indikatorerne under målsætningen om at samarbejde om akut syge ældre bør omfatte data fra den præhospitale indsats, vagtlæger og de kommunale akutfunktioner, så der gives et mere samlet billede over indsatsen.</p> <p>Ligeledes skal region og kommuner i samarbejde forbedre indikatorerne, så de bedre viser udviklingen i at mindske mistrivsel blandt børn og unge.</p> | | |
| ANDRE UDVALG | | | |
| <p>Patientinddragelsesudvalget (PIU)</p> | <p>(forkortet)</p> <p>I PIU vægter vi, at man som patient kan være tryk ved, at man får en sammenhængende, værdig og patientsikker behandling og pleje. Beslutninger skal træffes i samarbejde med patient og pårørende. Sundhedsaftaler bør indeholde konkrete aftaler for samarbejde og arbejdsdeling om fælles patienter. Vi lægger vægt på, at man får ensartet og fagligt høj kvalitet uanset, hvor man behandles eller bor.</p> <p><i>Visioner</i></p> <p>PIU opfordrer til samarbejde med både patient og pårørende.</p> <p><i>På borgerens præmisser</i></p> <p>PIU finder det positivt, at der i visionen ligeledes peges på inddragelse af patienten via gensidig dialog, samt at der sættes fokus på borgeren som aktiv samarbejdspartner, da det er et område med behov for en styrket indsats.</p> <p>PIU vil anbefale, at det præciseres yderligere, således at det står tydeligt, at borgeren skal inddrages, eksempelvis i forbindelse med rehabilitering. Det skal således altid være</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anbefaler at samarbejdet med pårørende og frivillige indgår i aftalen. PIU anbefaler, at det præciseres yderligere, således at det står tydeligt, PIU finder det vigtigt, at det også i sundhedsaftalen er en målsætning at involvere pårørende i behandlingsforløbet med patientens samtykke • præcisering af at borgeren skal inddrages, eksempelvis i forbindelse med rehabilitering • tilføjelse af målsætning om at involvere pårørende i behandlingsforløbet med patientens samtykke • at befordring inkl. ledsagelse prioriteres • at PIUs perspektiver inddrages, når sundhedsaftalen skal konkretiseres i en implementeringsplan • at sundhedsaftalen i højere grad | <ul style="list-style-type: none"> • betone pårørendes rolle og inddragelse under visionen 'På borgerens præmisser' • betone borgerens inddragelse under visionen 'På borgerens præmisser' • formulering om at der ved udarbejdelse af samarbejdsaftaler inddrages relevante parter indskrives i afsnit 5 • forsøg med fælles ledelse og fælles økonomi tilføjes under 'at bryde med vanetænkningen' s. 9 • løbende opmærksomhed på behovet for tydelighed på, hvem der har initiativpligten, så borgeren ikke kommer i klemme • konkrete forslag kan indtænkes i udmøntning af indsatsområdet 'Sammen om ældre' hvor relevant • medicinering/polyfarmaci |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>borgerens egne mål, motivation og ressourcer, der er styrende for en rehabiliteringsindsats. Når en person står overfor et rehabiliteringsforløb, skal sundhedsvæsenet være opmærksom på og lydhør overfor de individuelle ønsker og behov under hele processen. Der kan være eventuelle psykiske og sociale problemstillinger, som kræver opmærksomhed og støtte.</p> <p>Målsætningen om at behandle borgere forskelligt for at opnå mere lighed i sundhed påkræver ligeledes en stor lydhørhed over for borgerens egne behov. Det er derfor vigtigt med fokus på god kommunikation. Det er essentielt, at borgeren inddrages aktivt og bliver lyttet til, så den sundhedsprofessionelle behandler ikke overser væsentlige faktorer.</p> <p>PIU finder det vigtigt, at det også i sundhedsaftalen er en målsætning at involvere pårørende i behandlingsforløbet med patientens samtykke. Det er særligt relevant for ældre svækkede patienter, samt psykiatriske patienter og patienter med alvorlig sygdom og demens, at der skabes rammer, så pårørende kan deltage i eksempelvis udskrivningsforløb og -samtaler og videre behandlingsforløb.</p> <p>Mange stærkt svækkede borgere kan ikke selv tage offentlig transport til sygehuset og er afhængige af befordring. Det er samtidigt ofte meget belastende at skulle alene afsted til behandling eller samtaler på hospitalet - og for svækkede borgere er det vigtigt at kunne have pårørende med. For mange svækkede ældre borgere er deres pårørende desværre også ofte afhængige af befordring. Det er derfor afgørende, at ledsagelse tænkes ind som en del af befordringen, og at området opprioriteres.</p> <p>I PIU finder vi det således afgørende, at både ledsagelse og befordring ses i forlængelse af behandlingen, hvilket kræver et tæt samarbejde imellem aktørerne bag sundhedsaftalen. Dette vil sikre større lighed i adgangen til sundhedsydelser, og at flest mulige kan få den nødvendige hjælp og støtte fra pårørende. Desuden vil det understøtte det aftalte mål i sundhedsaftalen om, at borgere og pårørende kan være aktive samarbejdspartnere.</p> | <p>dannede rammen for forpligtende aftaler om samarbejde og konkret arbejdsdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • at afprøvning af konkrete modeller for fælles ledelse og finansiering bliver en del af sundhedsaftalen • indføre et generelt princip for ansvarsfordeling, såfremt der opstår tvivl - fremhæve at den myndighed, som har kontakt til borgeren, har ansvaret for at handle • fokus på indsats for at øge sikkerheden om medicinering, fx polyfarmaci • forslår en række konkrete aftaler, der kan indtænkes i udmøntning af indsatsområdet 'Sammen om ældre' • at der i implementeringen af telemedicinske løsninger tages hensyn til den enkelte persons udgangspunkt, ønsker og behov | <p>noteres som muligt kommende indsatsområde</p> |
|--|--|--|--|

Vi vil ligeledes foreslå, at patientinddragelsesudvalget, herunder patienters og pårørendes perspektiver inddrages, når sundhedsaftalen skal konkretiseres i en implementeringsplan. Vi er parate til dialog om sundhedsaftalen i den videre implementering.

*Indsatsområder og fælles målsætninger
Ryging*

Omkring fælles investering i forebyggelse er vi i PIU meget enige bl.a. i prioriteringen omkring nedbringelse af antallet af daglige rygere, hvilket medfører mange af de multisygdomme vi oplever, så også rygerne kan få flere gode leveår. Ligeledes er vi enige i behovet for udvikling af Den nære psykiatri, da vi i hverdagen møder mange af disse borgere, hvor der er stort behov for støtte og inddragelse af pårørende, så støtten også omfatter disse.

Sammen om ældre borgere

Her er der behov for et styrket samarbejde og sundhedstilbud tæt på borgeren. Der er brug for dette fokus, for som patient skal man kunne være tryk ved, at de forskellige systemer taler sammen. Der er fortsat problemer med sammenhæng. Det rammer alle, men det er især afgørende for ældre medicinske patienter, der ofte lider af to eller flere kroniske sygdomme, såkaldt multisygdom, og som ofte både er i kontakt med kommune, almen praksis og hospital i deres sygdomsforløb, samt psykiatriske patienter. Der må f.eks ikke være tvivl om, hvorvidt det er hospitalet eller kommunen, der har ansvaret, når patienten sendes hjem efter operation. I dag bliver f.eks. ældre medicinske patienter alt for ofte sendt ud og ind af hospitalerne. De bliver sendt rundt mellem eget hjem, praktiserende læge, diverse sygehusafdelinger og tilbage til rehabiliteringstilbud eller akutpladser i kommunen. Vi så i PIU gerne, at sundhedsaftalen i højere grad dannede rammen for forpligtende aftaler om samarbejde og konkret arbejdsdeling. Desuden opfordrer vi til, at muligheden for at afprøve konkrete modeller for fælles ledelse og finansiering bliver en del af sundhedsaftalen. Særligt i forbindelse med sektorovergange og samarbejde

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>om behandling og pleje af bl.a. ældre medicinske patienter samt psykiatriske patienter.</p> <p>Et positivt tiltag kunne være fleksibel indlæggelse for kronikere, hvilket har vist sig at minimere antallet af indlæggelser med 50 pct. (Silkeborg model).</p> <p>Yderligere er det vigtigt, at der med aftalen i højere grad sikres tydelig ansvarsfordeling samt principper for handling i forbindelse med tvivlsspørgsmål. I sundhedsaftalen ville dette kunne fremmes ved at indføre et generelt princip for ansvarsfordeling, såfremt der opstår tvivl. Et eksempel på dette kan være, at det blev fremhævet, at den myndighed, som har kontakt til borgeren, har ansvaret for at handle.</p> <p>Det kunne desuden være relevant med konkrete aftaler, f. eks vedrørende udskrivningsforløb eller tværsektoriel eller tværfaglig indsats til særligt svage patientgrupper. For at sikre bedst mulig sammenhæng og tilgængelighed mellem de forskellige instanser vil vi foreslå, at der laves konkrete aftaler om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - én person, der tager den enkelte patient i hånden og sikrer et værdigt og sammenhængende forløb fra start til slut – på tværs af sygehus, praktiserende læge og kommunale tilbud (forløbskoordinator). - en individuel forløbsplan med tværfaglig og tværsektoriel planlægning af det samlede forløb omfattende udredning, behandling, rehabilitering og pleje (herunder fokus på bl.a. medicin, mad og genoptræning). For den ældre medicinske patient bør der ligeledes være en tværgående geriatrisk/medicinsk opfølgning hurtigt efter at være blevet udskrevet. - Denne tovholderfunktion bør også omfatte psykiatriske patienter, så disse ikke overlades til sig selv uden en livline. - For ældre medicinske patienter bør der også være fast tilknyttede plejehjems-læger og opfølgende hjemmebesøg, hvor praktiserende læge og hjemmesygeplejerske umiddelbart efter udskrivning sikrer opfølgning i borgerens eget hjem – eller på akutpladser. Opfølgende hjemmebesøg er en af de indsatser, som handleplan for den ældre medicinske patient anbefaler, at der indgås sundhedsaftaler omkring. | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>- kommunale visitatorer på sygehusene, der allerede før udskrivningen vurderer behov og igangsætter indsatser for borgeren, når vedkommende udskrives. Fremskudt kommunal visitation er tidligere positivt evalueret, og Sundhedsstyrelsen har i regi af implementeringen af handlingsplanen anbefalet, at alle landets kommuner og hospitalsafdelinger prioriterer udskrivningsansvarlige brobyggere.</p> <p>I forhold til den nuværende nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er der lagt op til, at der i regi af sundhedsaftaler skal være fokus på udvikling af hhv. akutfunktioner i kommuner og for udgående funktioner og rådgivning fra hospitaler. På denne baggrund opfordrer vi derfor til, at dette er en mere konkret del af sundhedsaftalen, gerne i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> - udgående funktioner og/eller geriatriiske teams fra hospitalerne, der understøtter indsatsen på f. eks akutpladser i kommunerne. - tilgængelig telefonrådgivning fra stamafdeling på hospitalet. - videreudvikling af samarbejdet omkring kommunale akutfunktioner. <p>Derudover vil PIU anbefale, at der med sundhedsaftalerne gøres en ekstra indsats for at øge sikkerheden om medicinering. Langt størstedelen af de utilsigtede hændelser, der rapporteres, vedrører medicin, hvilket tydeliggør behovet for at sætte yderligere fokus på eksempelvis polyfarmaci, ved overgange eller forskellige højrisikosituationer, ved udskrivelse fra hospital eller lign.</p> <p>Ligeledes vil vi fra PIU anbefale, at oprydning i Det fælles medicinkort (FMK) adresseres i sundhedsaftalen, da der fortsat er problemer med, at FMK ikke altid er opdateret.</p> <p><i>Mental sundhed</i> Øget mental sundhed er afgørende for gode leveår. Ifølge Sundhedsprofilens måling af dårligt mentalt helbred i befolkningen ses det i alle aldre at mange borgere har et dårligt mentalt helbred. Desuden er ensomhed et betydeligt folkesundhedsproblem, og i følge byrdemål fra Sundhedsstyrelsen har almen</p> | | |
|--|---|--|--|

| | | | |
|-------------------------------|--|---|---|
| | <p>praksis hvert år 400.000 ekstra kontakter grundet ensomhed.</p> <p>PIU finder det derfor positivt, at der er fokus på øget mental sundhed i sundhedsaftalen, og at der er fokus på et tættere samarbejde med eksempelvis civilsamfund. Civilsamfundet kan hjælpe med at inddrage folk i eksisterende eller ny fællesskabsaktiviteter og blandt andet at have fokus på at bekæmpe ensomhed.</p> <p>Med den ny ramme for tilskud til psykologhjælp af depression og angst (uden aldersloft) er det oplagt også at medtænke psykologer som en aktør, der kan bidrage til mental sundhed, udover de aktører, der allerede er nævnt i teksten under pejlemærket.</p> <p><i>IT, data og telemedicin på tværs</i></p> <p>For at øge tilgængeligheden til sundhedstilbud prioriteres telemedicinske løsninger som bærende principper for arbejdet. PIU finder det positivt, at der udvikles nye og smarte løsninger for at øge tilgængeligheden til sundhedstilbud. Det er dog væsentligt, at udgangspunktet for disse tiltag er forbedring af borgerens tilværelse og adgang til sundhedstilbud, og at der i implementeringen af telemedicinske løsninger tages hensyn til den enkelte persons udgangspunkt, ønsker og behov. Derudover er det vigtigt at inkludere berørte borgere i udarbejdelsen af nye teknologiske løsninger og samtidig have sig for øje, at visse grupper af borgere kan være afskåret fra at benytte IT, men stadig skal modtage samme høje service.</p> <p>Det er meget visionært men nødvendigt på sigt at kunne dele data på tværs, hvilket vi ser frem til. Med udmøntningen af den kommende sundhedsaftale ser vi frem til at se, hvor vi i Region Midt er i forhold til de 8 nationale mål i 2023.</p> | | |
| FAGLIGE ORGANISATIONER | | | |
| PLO-Midtjylland | PLO-M bakker op om sundhedsaftalen og lægger vægt beskrivelsen vedr. aftaler gældende for almen praksis. Det vil sige, at for nye aktiviteter, der ikke er omfattet af landsoverenskomsten for de | Konkrete input til omsætning af sundhedsaftalens indsatsområder | <ul style="list-style-type: none"> • konkrete input til omsætning af sundhedsaftalen tænkes ind i kommende samarbejdsaftaler |

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|
| | <p>praktiserende læger, skal der forhandles i Praksisplanudvalget. Vi håber på, at man i det konkrete arbejde vil inddrage PLO-Ms indspark, og at der kan laves nogle fornuftige aftaler i Praksisplanudvalget. PLO-Ms indspark er vedhæftet.</p> | | <p>hvor relevant</p> |
| <p>Danske Fysioterapeuter</p> | <p>Der ligger en række fine visioner, indsatsområder og målsætninger i den nye sundhedsaftale.</p> <p>Danske Fysioterapeuter kan kun bakke op om de udvalgte indsatsområder, der sætter fokus på forebyggelse, ældre og den nære psykiatri. Men værdien af sundhedsaftalen skal måles på, om den rent faktisk løfter samarbejdet mellem regionen, kommunerne og den private praksissektor. Derfor ser vi frem til at indgå i den kommende udmøntning af ambitionerne i konkrete samarbejdsaftaler. Danske Fysioterapeuter har tre konkrete forslag til, hvordan nogle af målene i sundhedsaftalen kan opnås:</p> <p><i>1. Bedre samarbejde om genoptræningsplaner:</i> Med den nye lov om frit valg til genoptræning opstår der et påtrængende behov for at sikre kvalificerede genoptræningsplaner og en let og gnidningsfri dialog mellem kommunale og regionale terapeuter. Derfor vil det være oplagt, at der indledes et forpligtende samarbejde mellem hospitaler og kommuner i regionen om, hvordan man kan løfte samarbejdet om genoptræningsplanerne.</p> <p><i>2. Mere målrettet fysisk træning:</i> Hvis man ønsker at løfte sundhedsadfærden blandt befolkningen generelt og almentilstanden blandt de mange kronisk syge, er det oplagt, at man i højere grad end i dag tilbyder borgerne at deltage i målrettet fysisk træning. Forskningen viser igen og igen, at målrettet fysisk træning som er superviseret af en fysioterapeuter gavner KOL-patienter, patienter med diabetes, patienter med depression, patienter med hjertekarlidelser etc. En tilbagevendende udfordring er imidlertid, hvordan man bedst tilrettelægger træningsforløb med høj og vedvarende deltagelse. Parterne bag sundhedsaftalen kunne derfor med fordel iværksætte projekter, som kunne øge</p> | <p>Konkrete input til omsætning af sundhedsaftalen vedr.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedre samarbejde om genoptræningsplaner • Mere målrettet fysisk træning • Fysioterapeuter i lægepraksis | <ul style="list-style-type: none"> • konkrete input til omsætning af sundhedsaftalen tænkes ind i kommende samarbejdsaftaler hvor relevant |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | <p>deltagelsesgraden i træningsforløb, da det vil have væsentlig betydning for borgernes sundhedsadfærd, muligheder for forebyggelse og kroniske patienters behov for behandling, omsorg og pleje.</p> <p><i>3. Fysioterapeuter i lægepraksis:</i></p> <p>En af de store udfordringer i sundhedsvæsenet er den store mangel på alment praktiserende læger. Det problem er også udbredt i Region Midtjylland, hvor den gennemsnitlige praktiserende læge har over 1.600 patienter tilknyttet sin praksis. I takt med, at befolkningssammensætningen ændrer sig og stadigt flere opgaver bliver flyttet ud i det nære sundhedsvæsen, vil presset på de praktiserende læger stige. Dermed risikerer lægerne at få vanskeligt ved at imødekomme patienternes berettigede krav og forventninger til deres egen læge. En mulig løsning på dette påtrængende problem er, at parterne bag sundhedsaftalen forpligter sig på at udbrede de gode erfaringer, som nogle praktiserende læger har med at ansætte fysioterapeuter i deres lægepraksis. Her står fysioterapeuterne for udredning og diagnosticering af de mange patienter, som henvender sig i den almene praksis med smerter i muskler og led. Erfaringerne viser, at det ikke går ud over patientsikkerhed, men derimod giver højere patienttilfredshed, lavere omkostninger og kortere behandlingsforløb. Brug for alle Når man læser udkastet til en sundhedsaftale, kan man få det indtryk, at sundhedsvæsenets eneste aktører er regionerne, kommuner og de praktiserende læger. Det er imidlertid ikke dækkende og Danske Fysioterapeuter skal derfor opfordre regionen til i højere grad at inddrage de mange andre aktører, som indgår som led i det sundhedsvæsen som danskerne møder i dagligdagen, i sundhedsaftalen. Det gælder blandt andet de lokale fysioterapeuter, psykologer, tandlæger og fodterapeuter. Kun ved at inddrage alle parter kan det lykkes at skabe den sammenhæng i sundhedsvæsenet, som alle er enige om, at der er brug for.</p> | | |
| <p>Dansk Kiropraktorforening</p> | <p>Det fremgår i sundhedsaftalen 2019-2023, at et af de bærende principper for samarbejdet omkring aftalen er digital kommunikation på tværs af sundhedssektoren. Dansk Kiropraktor Forening og</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at der udvikles og forbedres smidige arbejdsgange for udvekslingen af billeddiagnostisk | <ul style="list-style-type: none"> • borgere med kroniske muskel- og ledsmerter noteres som muligt kommende |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | <p>Kiropraktorkredsforeningen i Region Midtjylland vil i den forbindelse gøre opmærksom på at udvikle og forbedre smidige arbejdsgange for udvekslingen af billeddiagnostisk materiale mellem kiropraktorer og sygehuse i regionen, der lige nu foregår gennem post.</p> <p>Hertil fremgår et fokus på at videreudvikle det tværsektorielle samarbejde omkring ældre borgere med kroniske sygdomme. Dansk Kiropraktor Forening og Kiropraktorkredsforeningen i Region Midtjylland vil i den forbindelse henlede opmærksomheden på den store gruppe borgere med kroniske muskel- og ledsmerter, der er i berøring med kiropraktorer. Vi vil henstille til, at Regionen også har denne gruppe for øje, når de henviser til borgere med kroniske sygdomme og dermed også, at disse patienters overgang mellem sygehuse, kommune, almen praksis og kiropraktorer styrkes. Vi vil gøre opmærksom på kiropraktorenes unikke kompetencer i forhold til at kunne varetage diagnostik og behandling af patienter med kroniske smerter i bevægeapparatet og den aflastning, det kan give sekundærsektoren og almen praksis at anvende kiropraktorenes kompetencer dertil.</p> | <p>materiale mellem kiropraktorer og sygehuse i regionen, da det lige nu foregår gennem post</p> <ul style="list-style-type: none"> • at der ift tværsektorielt samarbejde også er fokus på borgere med kroniske muskel- og ledsmerter og kiropraktorens kompetencer til at varetage diagnostik og behandling og dermed aflastning af sekundærsektor og almen praksis -> at disse patienters overgang mellem sygehuse, kommune, almen praksis og kiropraktorer styrkes | <p>indsatsområde</p> |
| <p>Danske Lægesekretærer/HK Region Midtjylland</p> | <p>Udkastet har gode mål og visioner, som tydeligt bygger videre på Sundhedsaftalen for 2015-2018. Vi vil dog gerne udtrykke vores bekymring hvad angår økonomien, som baseres på gynger og karruseller- kan det virkelig være den mest optimale løsning/fordeling af økonomiske ressourcer. Vi finder det meget nødvendigt med helt klare linjer, idet vi ellers kan forudse udfordringer mellem regioner og kommuner i forhold til, hvem der "skal betale/tage opgaven". I forlængelse af afsnittet omkring kvalitet er det helt nærliggende for Danske lægesekretærer, at "brug af rette kompetencer til rette opgaver" også bliver et fokusområde for på den måde, at udnytte ressourcer bedst muligt. Som eksempel kan vi pege på lægesekretærernes store IT-kompetencer, som vil være oplagt at bruge i forbindelse med IT, data og telemedicin. Vores kommunikative kompetencer vil kunne bruges i opgaveløsningen med patienter, borgere, interne og eksterne</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • helt klare linjer om økonomi, idet vi ellers kan forudse udfordringer mellem regioner og kommuner i forhold til, hvem der "skal betale/tage opgaven". • lægesekretærernes store IT-kompetencer anvendes i forbindelse med IT, data og telemedicin • lægesekretærernes kommunikative kompetencer bruges i opgaveløsningen med patienter, borgere, interne og eksterne samarbejdspartnere | <ul style="list-style-type: none"> • løbende opmærksomhed på behovet for tydelighed på, hvem der har initiativpligten, så borgeren ikke kommer i klemme • formulering om at der ved samarbejdsaftaler inddrages relevante parter indskrives i afsnit 5 |

| | | | |
|---------------------------|---|---|--|
| | samarbejdspartnere. Vi anerkender, at der nu skal arbejdes med fælles normkrav fremfor minimumskrav, det mener vi er et løft til gavn for alle parter. | | |
| Dansk Sygeplejeråd | <p>Dansk Sygeplejeråd bakker op om visionerne for sundhedsaftalen. Dog skal det bemærkes, at med de økonomiske samordninger og effektiviseringer, der lægges an til i sundhedsaftalen, er det nødvendigt også at have fokus på, at budgetterne skal kunne følge med. I hverdagens praksis er der en række eksempler, hvor det ikke lader sig gøre med de nuværende budgetter. Dette gælder eksempelvis på de områder, hvor der vil forekomme opgaveflytning fra regionalt til kommunalt regi. Derfor ønsker vi at understrege, at der på det politiske niveau bør følges op i form af mere ledelse og økonomi på tværs af sektorerne. Når der sker direkte opgaveflytning mellem region og kommuner, er det vigtigt, at der følger ressourcer med derhen, hvortil opgaven flyttes. F.eks. i forhold til intravenøs behandling, blodtransfusioner m.v.</p> <p>Dansk Sygeplejeråd mener, det er oplagt, at der investeres i forebyggelse. Hverdagens praksis opleves ofte af sundhedspersonalet som værende præget af her-og-nu-opgaveløsning uden det vigtige fokus på forebyggende eller sundhedsfremmende pleje og omsorg. Vi kan derfor ikke understrege nok, hvor vigtigt det er, at borgere og patienter modtager den fornødne omsorg, som gør dem i stand til at tage vare på, og mestre, eget liv og sygdom. Det er derfor vigtigt, at der i de politiske visioner for fælles investering i forebyggelse også handles derefter.</p> <p>Med intentionen om høj kvalitet i sundhedsvæsenet er det vigtigt at pointere, at følge-hjem-teams og akutteams ansættes i kommunerne for at skabe bedre sammenhæng imellem sektorovergangene for borgerne. Intentionen er god, men desværre foranlediget af de accelererede patientforløb og for hurtige udskrivelser. Indsatsen fortsætter hermed at være sektoropdelt, og der er dermed et entydigt fokus på nedsættelse af genindlæggelser og ikke helhedstænkning. Der er brug for mere fokus på</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at budgetterne kan følge med ved opgaveflytning fra regionalt til kommunalt regi • opfølgning på det politiske niveau i form af mere ledelse og økonomi på tværs af sektorerne • bedre normeringer og mindre arbejdspress, så sundhedspersonalet kan give borgere og patienter den fornødne tid, omsorg og sygepleje, der er så betydningsfuld for at forhindre unødige genindlæggelser • fokus på at borgeren får indsigt i og forståelse for den sygdom, pågældende er ramt af -> investere i patientskoler af hensyn til omsorg og kvalitet i det levede liv for kronikeren • der skal være de rette kompetencer tilstede, hvor opgaveløsningen skal varetages • der er brug for langt mere fælles ledelse og fælles økonomi • at give borgerne; såvel børn og unge som borgere med kroniske lidelser, tilbud om sundhedssamtaler og hjælp i hverdagslivets praksis -> der skal afsættes ressourcer - både økonomisk og kompetencemæssigt - til koblingen mellem mental sundhed og fysisk trivsel | <ul style="list-style-type: none"> • opmærksomhed på økonomi i den fremadrettede implementering • tilføj ordet 'kompetenceudvikling' i afsnit 5/s. 13 • forsøg med fælles ledelse og fælles økonomi tilføjes under 'at bryde med vanetænkningen' s. 9 • konkrete forslag kan indtænkes i udmøntning af indsatsområdet 'Den nære psykiatri' |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>omsorg til borgeren; omsorg forstået ved at borgeren får indsigt i og forståelse for den sygdom, pågældende er ramt af. For særligt borgere med kroniske lidelser, hvad enten det er den psykiatriske eller ældre syge borger, er der brug for indsigt og redskaber til at leve med sygdom. Dette taler ind i intentionen om mere lighed i sundhed og om et økonomisk og effektivitet sundhedsvæsen. Vi foreslår derfor, at man investerer i patientskoler af hensyn til omsorg og kvalitet i det levede liv for kronikeren.</p> <p>Medarbejdere, der skal kunne levere høj kvalitet i fremtidens sundhedsvæsen, har brug for fælles sprog og fælles skolebænk. Viden, kompetencer og beføjelser skal modsvare virkeligheden. I takt med at flere opgaver flyttes over i kommunalt regi, er det vigtigt at understrege, at der skal være de rette kompetencer tilstede, hvor opgaveløsningen skal varetages. I dag er indsatsen sektoropdelt, uden at der er nogen, der har det overordnede eller samlede ansvar. Derfor mener vi fra Dansk Sygeplejeråd, at der er brug for langt mere fælles ledelse og fælles økonomi. Det har været omdrejningspunktet, at der skal være bedre og mere koordinering imellem to indsatser, men vi mener, det er tid til, at man i stedet begynder at tale om, at indsatsen skal integreres kvalitativt økonomisk, administrativt, dokumentationsmæssigt og ledelsesmæssigt.</p> <p>Vi bakker fra Dansk Sygeplejeråd fuldt ud op om en fælles retning i udviklingen af den nære psykiatri. Derfor undrer vi os over den manglende kobling mellem den mentale og fysiske sundhed. Det taler lige ind i intentionen om et mere sammenhængende sundhedsforløb med integreret borger- og patientforløb. Den nære psykiatri er i dag præget af socialpsykiatriske tilbud om aktiviteter, strukturering af hverdagslivet og om at hjælpe borgeren i samspil med omgivelserne. Dansk Sygeplejeråd mener, at der er behov for at give borgerne; såvel børn og unge som borgere med kroniske lidelser, tilbud om sundhedssamtaler og hjælp i hverdagslivets praksis. Når den politiske vision skal konkretiseres, mener vi derfor, at der skal afsættes ressourcer - både økonomisk og</p> | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| | <p>kompetencemæssigt - til koblingen mellem mental sundhed og fysisk trivsel. Sundhedsfremme og forebyggelse for denne gruppe er meget væsentlige elementer og vigtige i håndteringen af mental sundhed.</p> | | |
| <p>Ergoterapeutforeningen</p> | <p>Rigtig meget i udkastet bygger på de tidligere sundhedsaftaler og videreudvikles derfra. Det er godt og giver et solidt fundament for samarbejdet. De fire visioner for det fælles sundhedsvæsen i Midtjylland: lighed i sundhed, på borgerens præmisser, tæt på borgeren og mere sundhed for pengene giver god mening og er yderst relevante i forhold til de nationale mål på sundhedsområdet.</p> <p>Det svære bliver at sikre, at der kommer de rette handlinger på, at de rette kompetencer er til stede der hvor opgaverne skal løses, og ikke mindst at økonomien følger med opgaverne. Der er flere udfordringer som skal tænkes ind i aftalen, bl.a. at have den fornødne arbejdskraft til rådighed, sikring af smidige overgange mellem sektorerne. En styrkelse af det samarbejde der allerede i dag fungerer med udgående teams gennem tværgående økonomi med tværgående personale, kunne være en del af løsningen. En endnu bedre udnyttelse af tværfaglige kompetencer, ikke mindst der hvor det kan være svært at rekruttere en bestemt faggruppe, hvor man kan kigge på andre grupper med beslægtede kompetencer, for eksempel koordinering af udskrivelser fra hospital til kommune, kunne være en anden mulighed. Det er vigtigt at have øje for at sundhedsvæsenet består af mange forskellige faggrupper som supplerer hinanden til gavn for borgerne og den samlede opgaveløsning.</p> <p>Sikring af kvalificerede genoptræningsplaner og tæt samarbejde med borger og aftagere har stor betydning i forhold til løsninger, der giver mindst mulig indgriben i borgerens liv. Hvis kontinuiteten og den rehabiliterende indsats er til stede, er mulighederne for at minimere den fremtidige indsats størst. Det er godt beskrevet med indikatorer for målsætningen, som vil fungere i det system vi kender i dag, men meget bliver usikkert, hvis den påtænkte sundhedsreform med</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at de rette kompetencer er til stede, der hvor opgaverne skal løses • at økonomien følger med opgaverne • endnu bedre udnyttelse af tværfaglige kompetencer, ikke mindst der hvor det kan være svært at rekruttere en bestemt faggruppe | <ul style="list-style-type: none"> • tilføje ordet 'kompetenceudvikling' i afsnit 5/s. 13 • opmærksomhed på økonomi i den fremadrettede implementering |

| | | | |
|------------|--|---|---|
| | nedlæggelse af regionerne, som vi kender dem i dag, bliver til virkelighed. I så fald vil det blive nødvendig at se på aftalen på ny. | | |
| FOA | <p>Udkastet til Sundhedsaftale er udsendt 12 dage, før regeringen fremlagde sit udspil til en ny sundhedsreform og har af gode grunde ikke kunnet tage højde for de forslag til markante strukturelle ændringer, der indgår i reformudspillet. Uanset, om der indgås politisk aftale om det foreliggende udspil, kan det forventes, at der i en eller anden form politisk vil blive vedtaget større ændringer indenfor rammen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Vi skal derfor opfordre til, at Sundhedskoordinationsudvalget enten foreslår en kortere aftaleperiode eller i den endelige Sundhedsaftale indfører en revisionsklausul.</p> <p><i>Visioner</i> FOA-afdelingerne er enige i udpegningen af de fire visionsområder. Med henvisning til Rigsrevisionens beretning (januar 2019) til Statsrevisorerne om Forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene med fokus på forskelle begrundet i sociale forhold, finder vi det endog meget centralt, at sundhedsaftalen via de underliggende konkrete sundhedsplaner præciserer, hvor der i behandlingen kan rettes op på de dokumenterede socialt betingede forskelle.</p> <p>Vi finder det indlysende rigtigt, at borgerne inddrages mest muligt i egen behandling. Men har stadig til gode at se, hvordan denne vision skal praktiseres, herunder hvordan den private lægepraksis integreres i virkeliggørelse af visionen i hele regionen. Det samme forbehold gælder for så vidt sundhedsløsninger tæt på borgeren. Ud fra udkastet til aftale er det ikke muligt at danne sig et indtryk af, hvordan visionen skal implementeres og udvikles indenfor aftaleperioden, herunder graden af aftaleparternes forpligtethed.</p> <p>De tre foregående visioner skal vurderes i forhold til visionen om, at løsningerne skal være i økonomisk balance i forhold til konsekvenser for den enkelte kommune, det enkelte hospital og den</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • præcisering af hvor der i behandlingen kan rettes op på de dokumenterede socialt betingede forskelle • præcisering af hvordan praksisplanen forpligtende inddrages i den samlede plan -> ikke hensigtsmæssigt at almen praksis ikke er integreret aftalepart i sundhedsaftalen • en præciserende sondring mellem normkrav og minimumskrav, og hvad det konkret får af betydning, når aftalen skal bygge på normkrav og ikke minimumskrav -> frygter at det har for lange udsigter, før de enkelte samarbejdsaftaler reelt bliver regionsdækkende forventes, at rammen formuleres så stramt, at den kan lægges til grund for den videre implementering gennem konkrete planer og styring gennem Sundhedsstyregruppen og på en sådan måde, at indsatsen kan følges og vurderes af samtlige inviterede høringsparter. | <ul style="list-style-type: none"> • notere ønske om tættere og mere forpligtende samarbejde med almen praksis |

enkelte praksis. Med de stramme budgetter med krav om skarpe prioriteringer bl.a. i kommunerne og hospitalernes løbende effektiviseringskrav, kan vi have vores tvivl om, hvorvidt der bliver økonomisk grundlag for realiseringen af de ovennævnte visioner.

Indsatsområder

FOA-afdelingerne er enige i, at sundhedsaftalen skal være dynamisk, som det angives først i afsnittet om de tre indsatsområder, hvorfor vi heller ikke har væsentlige indvendinger mod udvælgelsen af indsatsområder og det beskrevne indhold. Vi er enige i tankegangen bag udvælgelsen af nogle få (tre) indsatsområder, som dels skal være højtprioriterede og dels så tilpas konkret beskrevet, at indsatsen efterfølgende kan evalueres. Vi forventer også, at rammen formuleres så stramt, at den kan lægges til grund for den videre implementering gennem konkrete planer og styring gennem Sundhedsstyregruppen og på en sådan måde, at indsatsen kan følges og vurderes af samtlige inviterede høringsparter.

Omvendt mener FOA-afdelingerne, at de tre indsatsområder, Fælles investering i forebyggelse, Sammen om ældre borgere og Udvikling af den nære psykiatri i sig selv er så omfattende og indgribende både i hospitalsbehandlingen, i kommunernes sundhedsområde og i praksissektoren, at det i aftalen bør præciseres, hvordan praksisplanen forpligtende inddrages i den samlede plan. Det forekommer ikke hensigtsmæssigt, at almen praksis ikke er integreret aftalepart i sundhedsaftalen.

Bærende principper for samarbejdet

FOA-afdelingerne har ikke mange bemærkninger til afsnittet om principper bortset fra, at vi kunne ønske os indføjet en præciserende sontring mellem normkrav og minimumskrav, og hvad det konkret får af betydning, når aftalen skal bygge på normkrav og ikke minimumskrav. Hvis ikke der indføres en præcisering, kan vi frygte, at det har for lange udsigter, før de enkelte samarbejdsaftaler reelt bliver regionsdækkende, hvilket blandt andet af hensyn til indsatsen mod

| | | | |
|------------------------------------|---|--|---|
| | <p>ulighed i sundhed kan have stor betydning, idet der også henvises til geografisk ulighed. Kort sagt forventer vi, at det bliver præciseret, hvordan summen af de indgåede samarbejdsaftaler skal bidrage til den kendte geografiske ulighed i sundhed. Det skal ikke og bør ikke være den enkelte kommunes/hospitals problem.</p> <p><i>Afsluttende bemærkninger</i> FOA-afdelingerne har ikke flere bemærkninger til det foreliggende aftaleudkast. Men vi er generelt betænkelige ved aftaleperioden, al den stund aftalen skal træde i kraft inden 1. juli 2019 samtidig med, at de overordnede politiske ramme- og strukturbetingelser sandsynligvis ikke kendes på det givne tidspunkt, hverken aftalemæssigt eller lovgivningsmæssigt.</p> | | |
| <p>Jordemoderforeningen</p> | <p>Jordemoderen har et positivt navn og har dermed en enkel adgang til at styrke familiernes sundhedskompetencer. Derfor skal jordemoderindsatsen medtænkes i Sundhedsaftalens satsninger. Vi ser, at der er stor motivation for livsstilsændringer mht. KRAM faktorerne, særligt rygning og forebyggelse af overvægt. Erfaringen er, at op mod 70 % af de gravide rygere stoppede med at ryge, og op mod 50 % fastholdt rygestoppet, da tilbuddet lå i forbindelse med jordemoderkonsultationerne. Ligeledes er der god effekt af tilbud om hjælp til livsstilsændringer for kvinder, der allerede før graviditet slås med overvægt, ligesom for høj vægtstigning under graviditet øger risikoen for vedvarende overvægt efter graviditet. Alt i alt er jordemoderens indsats vigtig at medinddrage i de satsninger, som sundhedsaftalen lægger op til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fælles investering i forebyggelse – først med fokus på rygning • Sammen om ældre borgere – først med fokus på akutområdet • Den nære psykiatri – først med fokus på mental sundhed hos børn og unge samt voksne borgere med svær psykisk sygdom. <p>Jordemoderen er en uundværlig brik i rygestopindsatsen, en brik som man har valgt at nedtone over de seneste år. Vi ser en stigning af antallet af</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jordemoderindsatsen medtænkes i Sundhedsaftalens satsninger • at man indarbejder modellen for fordeling af udgifter til rygestop til gravide familier i sundhedsaftalen • at de nødvendige ressourcer sættes ind på akutområdet, og i den sammenhæng vil jordemoderens kompetencer der, hvor netop vi kan gøre en markant forskel, i nogle sammenhænge kunne frigøre andre kompetencer til akutområdet • potentiale for kommunerne i anvendelse af jordemoderkompetencer i forbindelse med unges seksuelle og reproduktive sundhed | <ul style="list-style-type: none"> • formulering om at der ved udarbejdelse af samarbejdsaftaler inddrages relevante parter indskrives i afsnit 5 • konkrete input til omsætning af sundhedsaftalen tænkes ind i kommende samarbejdsaftaler hvor relevant |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>unge rygere, og vi har som samfund ikke råd til ikke også at anvende jordemoderindsats i kampen mod såvel her og nu sundhedskonsekvenser – rygning er den største samlede enkeltfaktor for fatal eller sygeligt forløb for fostret – som den langsigtede sundhedskonsekvens. I rygestopindsats via jordemoder motiveres forældrene højt, og vi undgår, at de holder sig borte fra tilbuddet af frygt for det stigma, der ligger i at være gravid ryger i de brede rygestop-tilbud – ligesom den kritiske masse er til stede omkring jordemodercentre frem for fordelt på boligområder/kommuner. Jordemoderforeningens kreds Midtjylland opfordrer til, at man indarbejder modellen for fordeling af udgifter til rygestop til gravide familier i sundhedsaftalen, gerne med kvantificerede mål for indsatsen: hvor er vi henne med antallet af gravide rygende kvinder og deres partnere, og hvad vil vi gerne opnå?</p> <p>Akutområdet er ramt af travlhed og underbemanding. Vi opfordrer til, at de nødvendige ressourcer sættes ind, og i den sammenhæng vil jordemoderens kompetencer der, hvor netop vi kan gøre en markant forskel, i nogle sammenhænge kunne frigøre andre kompetencer til akutområdet. Og så er der langsigtet, langt ud over rammen for sundhedsaftalen, en gevinst ved den gode familiedannelsesproces, støttet af jordemødre: den mindsker familieopbrud og ensomhed, forhold, der på langt sigt fører til øget sygelighed.</p> <p>Først med fokus på mental sundhed hos børn og unge: Dette er ligeledes et sted, hvor jordemoderindsatsen skal inddrages. Forældres og i særdeleshed mors mentale sundhed har stor betydning for barnets start i livet, og dermed også for hvilke mentale ressourcer børnene har med sig. Der er glimrende eksempler på, at det betaler sig at samarbejde tværfagligt og tværsektorielt omkring sårbare familier, der vel at mærke diagnosticeres i hele det sociale spektrum, og for de ekstremt udsatte, f.eks. i familieambulatoriet. Hvad angår de sårbare familier, så løfter vores 'kendt jordemoder' team en vigtig opgave med at inddrage borgeren og borgerens</p> | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|-----------------------------|--|---|---|
| | <p>sundhedskompetencer i graviditeten og fødslen og familiens etablering, allerbedst i samarbejde og overlap med sundhedsplejen. Der skal med andre ord tænkes aktivt i at sætte ressourcer af til denne vigtige forebyggelse i jordemoderarbejdet. Tværfaglig indsats kræver fælles tid mellem kommunens og regionens medarbejdere, et forhold, der undertiden opleves skævt. Det kan lattes gennem jordemoderkonsultationer i tæt naboskab med kommunal sundhedsforvaltning, hvor også andre fagpersoner kan kontaktes uden forsinkelse. Derudover, så ser vi et stort og påfaldende udfoldet potentiale for kommunerne i forbindelse med unges seksuelle og reproduktive sundhed. Et fremragende eksempel til udbredelse er Ungdoms Modtagelsen i Herning. Meget oplagt ligger alle tre punkter i høringsmaterialets satsning langsigtet gemt i Ungdoms Modtagelsen:</p> <p>forebyggelse i forhold til valg af levevis, langsigtet bæredygtighed i familiedannelse med deraf følgende forebyggelse af ensomhed og sygelighed, og endelig styrket mental sundhed ved indsats mod sygdom og undertrykt opfattelse af seksualitet.</p> | | |
| <p>Pharmadanmark</p> | <p>For ældre borgere er medicinrelaterede fejl en af årsagerne til både indlæggelser og genindlæggelser. Sundhedskoordinationsudvalget bør derfor i udmøntningen af sundhedsaftalen have fokus på initiativer rettet mod nedbringelse af medicinrelaterede fejl. Pharmadanmark har allerede kendskab til igangsatte initiativer på udvalgte hospitalsafdelinger, hvor lægemiddeleksperterne, som eksempelvis farmaceuter og farmakonomer, er inddraget. Blandt andet har Syddansk Universitet og Odense Universitetshospital gennemført et omfattende studie med fokus på effekterne af inddragelse af kliniske farmaceuter i behandlingen af ældre medicinske patienter – det såkaldte OPTIMIST-studie. Studiet viser, at involvering af en farmaceut ift. ældre medicinske patienter kan reducere antallet af medicinrelaterede genindlæggelser. Ved at patienten i forbindelse med en indlægning udfører en medicingennemgang, en motiveret samtale under indlæggelsen, en medicinafstemning ved</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fokus på initiativer rettet mod nedbringelse af medicinrelaterede fejl | <ul style="list-style-type: none"> • medicin noteres som muligt kommende indsatsområde |

| | | | |
|----------------------------------|--|--|---|
| | <p>udskrivelsen samt skriftlig overlevering til almen praksis og opfølgning med henholdsvis primærsektor og patient efter udskrivelsen, kan man opnå en 17 procent reduktion i indlæggelsesdage og 10 procent omkostningsreduktion. Dele af disse projekter vil med fordel kunne blive udbredt til både primær- og sekundærsektoren.</p> | | |
| <p>Tandlægeforeningen</p> | <p>Tandlægeforeningen har med glæde læst, at man ønsker et nært og sammenhængende sundhedsvæsen. Grundlæggende er de mange tiltag interessante og bliver først rigtig spændende i den praktiske implementering.</p> <p>Det kan imidlertid undre Tandlægeforeningen, at tandplejen ikke er nævnt med et ord i sundhedsaftalen idet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tandplejen har i mange år haft stor fokus på rygningens skadelidende virkning og arbejdet tæt på borgeren for at ændre adfærd. Det var en integreret del af den tidligere overenskomst med RLTN og indgår også nu i lovgivningen for voksentandplejen. Tandlægeforeningen har iværksat anti-rygekampagner i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse med stor bevågenhed. 2. Ældre borgere har særlige tandplejebehov som beviseligt kan mindske alvorlige problemer med hjerte/karsygdomme og diabetes ved behandling. Identifikation af den potentielt truede ældre til visitation til omsorgstandpleje eller almen praksis er derfor vigtig. 3. Den stigende brug af medicin af mange typer særligt inden for det psykiatriske spektrum giver anledning til betydelige tandproblemer som den psykiatriske patient ofte ikke får behandlet. Et samarbejde mellem egen læge, psykiater, tandlæge (privat praksis, kommunal eller regional specialtandpleje) og en afbureaukratisering af de økonomiske barrierer står højt på ønskesedlen. 4. Omsorgstandpleje er ikke nævnt som et stort potentiale til at forebygge indlæggelser hos ældre. Der er masser af undersøgelser som viser, at | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at foreslåede konkrete indsatser om tandpleje tages med i betragtning i udformningen af Sundhedsaftalen 2019-2023 | <ul style="list-style-type: none"> • konkrete input til omsætning af sundhedsaftalen tænkes ind i kommende samarbejdsaftaler hvor relevant |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | <p>lungebetændelser er en af de hyppigste årsager til indlæggelser hos ældre. Dels som følge af mal synkning af mad dels som følge af dårlig mundhygiejne. Noget som tandplejen kan være en væsentlig aktør i at nedbringe.</p> <p>Det er Tandlægeforeningens forhåbning, at ovenstående vil blive taget med i betragtning i udformningen af Sundhedsaftalen 2019-2023. Tandlægeforeningen stiller sig naturligvis til rådighed for en uddybning af ovenstående.</p> | | |
| <p>Yngre Læger Region Midtjylland og Regionsoverlægerådet Region Midtjylland</p> | <p>Vi tilslutter os de umiddelbare visioner i form af fokus på forebyggelse, bedre sammenhæng i akutte behandlingsforløb for ældre medborgere samt styrket psykiatri. Vi har dog også visse generelle bemærkninger og bekymringer. I forhold til de økonomiske forhold bemærkes det, at der ønskes en "fair balance" i økonomien mellem de relevante parter. Der er ingen bemærkninger eller overvejelser ift. den samlede økonomiske ramme, og hvad denne måtte betyde for det samlede tilbud. Som medarbejdere spredt ud over hele regionen og med talrige forskellige funktioner opleves det dagligt, at det generelle sundhedstilbud er under pres, og flere steder, at det vedvarende forringes. Dette skyldes ikke manglende evner, vilje eller forståelse, men reduceret økonomisk råderum. Dette står i stærk kontrast til de visioner, der anføres i aftalen. Der savnes anerkendelse fra det politiske niveau for, at medarbejderne i regionen kan og vil tilbyde det ønskede, men at det i ringe grad praktisk lader sig gøre uden øget økonomisk råderum.</p> <p>Vedrørende visionen om forebyggelse, er det selvfølgelig ganske velunderbygget, at forebyggelse af rygning og fedme generelt har sundhedsfremmende effekter. Vi savner dog, at det tydeliggøres, at man ønsker at bruge evidensbaserede metoder i arbejdet.</p> <p>Indsatsen mod rygning er multifacetteret og har desværre ganske lav succesrate, hvorfor mere konkrete overvejelser ift. hvilke behandlingstilbud, man ønsker at satse på, er afgørende. Det samme er gældende for forebyggelse af fedme. Derudover bemærkes at rygning og fedme også var</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anerkendelse fra det politiske niveau for, at medarbejderne i regionen kan og vil tilbyde det ønskede, men at det i ringe grad praktisk lader sig gøre uden øget økonomisk råderum • at det tydeliggøres, at man ønsker at bruge evidensbaserede metoder i arbejdet med forebyggelse • inddragelse af medarbejdere, deres og andres erfaringer og løsningsforslag i arbejdet med at udmønte aftalen • bud på hvorledes personale udvikler og vedligeholder deres kompetencer | <ul style="list-style-type: none"> • formulering om at der ved udarbejdelse af samarbejdsaftaler inddrages relevante parter indskrives i afsnit 5 • tilføje ordet 'kompetenceudvikling' i afsnit 5 |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>fokusområder i forudgående Sundhedsaftale 2015-2018, hvorfor refleksioner omkring hvad, der konkret har virket i den tidligere indsats, synes relevante.</p> <p>I forhold til optimering af akutte behandlingsforløb for ældre medborgere står visionerne i skarp kontrast til de faktisk forhold, vi oplever som medarbejdere. I praksis har vi færre hospitalssenge kombineret med flere patienter, hvorfor indlæggelsestiden er faldet dramatisk, og overbelægning er et vedvarende problem. Vi står ofte i situationer, hvor vi må udskrive tidligt for at kunne hjælpe en anden borger med et aktuelt større behov. Hertil opleves stort pres på korttidspladser, lang ventetid til plejehjem og lang afstand til almen praksis, som ofte, fuldt forståeligt, har besvær ved at efterkomme tættere opfølgning efter udskrivelser. Konkret har man også afskaffet det udkørende team på Afdeling for Ældre-sygdomme på AUH på baggrund af, hvad der kun kan antages at være økonomiske grunde. Dette til trods for, at det netop var medvirkende til at sikre svage ældre medborgere en sikker overgang fra sygehus til eget hjem. Det var et tilbud, som var højt værdsat af patienter, plejepersonale og læger.</p> <p>De indsats, der lægges op til i Sundhedsaftalen, vil uvægerligt alle bygge på medarbejdernes deltagelse og indsats. Der fremgår dog intet, hverken på visions eller praktisk plan i aftalen, ift. inddragelse af medarbejdere, deres og andres erfaringer og løsningsforslag i dette arbejde. Ligeledes savnes konkrete bud på, hvorledes personale udvikler og vedligeholder deres kompetencer, med henblik på at løfte de opgaver og visioner, der ligger i Sundhedsaftalen.</p> <p>Generelt fremstår Sundhedsaftalen 2019-2023 som et politisk visionspapir, som det også er, men savner kobling til det daglige arbejde i sundhedsvæsenet, samt anerkendelse af, at det er medarbejderne i form af deres kompetencer og indsats, der løfter denne opgave ude i almen praksis, på plejehjemmet eller på sygehuset.</p> | | |
|--|---|--|--|

| INTERESSEORGANISATIONER | | | |
|----------------------------------|--|--|--|
| <p>Bedre Psykiatri</p> | <p>Visionerne er rigtige. Der skal være mere lighed i sundhed både socialt og geografisk. En forudsætning for at opfylde denne vision er, at der i alle led er tilstrækkeligt med sundhedsfagligt personale til rådighed. Det er ikke tilfældet i dag.</p> <p>Den borger, der får brug for sundhedsvæsenet, har et stort ønske om, at den nødvendige behandling sker på borgerens præmisser – og gerne så tæt på borgeren som sundhedsfagligt forsvarligt. Under den forudsætning ser vi den mindst mulige indgriben i den enkelte borgers hverdag som positivt. Det fremmer rehabiliteringen, at borgeren og de pårørende tages med i behandlingen. De pårørende må dog ikke blive en forudsætning for behandling helt tæt på borgeren. De pårørende skal først og fremmest være pårørende.</p> <p>Særlig interesse for Lokalafdelingerne i Bedre Psykiatri Region Midtjylland har indsatsområdet om UDVIKLING AF DEN NÆRE PSYKIATRI og de tilknyttede målsætninger. Det glæder os, at der er sat fokus på psykiatrien, både når det gælder børn, unge og voksne i mistrivsel, og når det drejer sig om børn, unge og voksne med svær psykisk sygdom. Vi glæder os over at se, at resultaterne af arbejdet i alliancen for den nære psykiatri er implementeret i sundhedsaftalen. Det bliver spændende at se, om det er muligt at opretholde kvaliteten med den kendte økonomi, når princippet om "gynger og karruseller" indtænkes. Vi har vores tvivl, da der efter vores mening generelt mangler ressourcer i sundhedsvæsenet.</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tilstrækkeligt med sundhedsfagligt personale til rådighed i alle led • positivt at borgeren og de pårørende tages med i behandlingen. De pårørende må dog ikke blive en forudsætning for behandling helt tæt på borgeren. | <ul style="list-style-type: none"> • betone pårørendes rolle og inddragelse under visionen 'På borgerens præmisser' |
| <p>Diabetesforeningen</p> | <p>Diabetesforeningen er overordnet positiv stemt overfor Region Midtjyllands visioner med fokus på mere lighed gennem forskelsbehandling af borgere.</p> <p>Derudover er det positivt, at regionen har en ambition om 'fælles investering i forebyggelse'. Sundhedsaftalen er en oplagt mulighed for regionalt at følge op på regeringens nationale diabetesbehandlingsplan fra 2017, som har sat</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at der i alle led er tilstrækkeligt med sundhedsfagligt personale til rådighed • større fokus på kroniske sygdomme, herunder særligt diabetes • opmærksomhed på at skabe ensartet adgang til teknologisk udstyr for patienterne | <ul style="list-style-type: none"> • diabetes noteres som muligt kommende indsatsområde • kost og motion noteres som mulige kommende indsatsområder • at ordet 'kompetenceudvikling' tilføjes i afsnit 5/s. 13 • opmærksomhed på økonomi i den fremadrettede |

| | | | |
|--|---|--|----------------|
| | <p>nationalt fokus på diabetes og indeholder konkrete initiativer til at forbedre behandlingen af diabetes. Det er afgørende at koordinere med initiativerne i handlingsplanen samt Steno Diabetes Center Midtjylland.</p> <p>Diabetesforeningen har følgende bemærkninger:</p> <p>1. Diabetesforeningen mener, der mangler større fokus på kroniske sygdomme, herunder særligt diabetes, i sundhedsaftalen. Prognosen peger på, at Region Midtjylland forsat vil opleve en stigning fra 48.575 i dag til 91.792 borgere med diabetes i 2030. Denne udvikling skaber udfordringer for det enkelte menneske med diabetes, men også for hele samfundet. I 2012 kostede diabetes det danske samfund knap 32 mia. kr. hvert år. Såfremt der ikke sættes ind med målrettet forebyggelse og tidlig opsporing i risikogrupper, vil sundhedsudgifterne i regionen stige markant til diabetes og følgesygdomme. Der er således behov for, at diabetesudfordringen bliver adresseret i sundhedsaftalen eller i et nyt forløbsprogram for type 2-diabetes.</p> <p>2. Mange mennesker med diabetes oplever at komme i klemme i systemet, når de har brug for det nødvendige teknologiske udstyr, som kan bidrage til bedre behandling og egenomsorg. Der er ligeledes stor forskel kommunerne imellem ved tildeling af hjælpemidler. Det kan have store konsekvenser for den enkeltes livskvalitet og diabetesbehandling, hvis adgangen til det nødvendige teknologiske udstyr begrænses. Vi opfordrer derfor til, at der kommer opmærksomhed på at skabe ensartet adgang til teknologisk udstyr for patienterne. Diabetesforeningen påpeger, at der er behov for sygdomsspecifik patientuddannelse, som er tilpasset den enkeltes behov for viden og støtte. Der er i dag stor forskel imellem kommunerne på kvaliteten af patientrettede uddannelsesstilbud. Diabetesforeningen mener, at der bør laves kvalitetsstandarder for den sygdomsspecifikke patientuddannelse samt udbrede de gode eksempler, der eksisterer i dag.</p> <p>3. Region Midtjyllands sundhedsaftale for 2019-2023 har særligt fokus på rygning i</p> | <ul style="list-style-type: none"> • sygdomsspecifik patientuddannelse, som er tilpasset den enkeltes behov for viden og støtte, herunder kvalitetsstandarder herfor • at kost og motion også prioriteres • at den tidlige opsporing opprioriteres gennem fokus på risikogrupper • at tilbud til mennesker med diabetes i indhold og kvalitet ikke forringes ved opgaveflytning fra hospitaler til kommuner og almen praksis, herunder at der er tilstrækkelige ressourcer til at varetage opgaverne | implementering |
|--|---|--|----------------|

| | | | |
|------------------------------|---|--|---|
| | <p>forebyggelsesindsatsen. Diabetesforeningen bakker om at mindske antallet af rygere. Det er samtidig nødvendigt, at forebyggelsesindsatsen også prioriterer andre faktorer som kost og motion, hvis man vil vende udviklingen i type 2-diabetes. Udvikling af type 2-diabetes og følgesygdomme til diabetes kan forbygges med den rette livsstil, men det kræver ligeledes en målrettet, tidlig opsporing og indsats både overfor de midtjyder, der lever med prædiabetes og uopdaget diabetes. Det vurderes, at en optimal behandling af diabetes kan forlænge patientens liv med 8 år og halvere antallet af patienter med hjertekarsygdom. Desværre oplever vi en skævvridning, hvor de borgere med færrest ressourcer ikke modtager behandling eller oplyses om risikoen for diabetes. Diabetesforeningen anser det for afgørende at den tidlige opsporing opprioriteres gennem fokus på risikogrupper. Det er nødvendigt med en særlig indsats for at nå borgere med kort uddannelse, især mænd samt etniske minoriteter. Der er således behov for at tænke i opsøgende aktiviteter for at undgå en social skævvridning i brugen af patientuddannelse.</p> <p>4. Der flyttes en række områder fra sygehusregi over i kommunalt regi i disse år, der er b.la. igangsat udflytninger af patienter med type 2-diabetes til almen praksis, jf. den seneste overenskomstaftale med PLO. Det bliver væsentligt at sikre at tilbud til mennesker med diabetes i indhold og kvalitet ikke forringes, og at der er tilstrækkelige ressourcer til at varetage opgaverne.</p> | | |
| <p>Gigtforeningen</p> | <p>Fra Gigtforeningens side finder vi det meget relevant at have fokus på at få større lighed i sundhed, og vil også her understrege behovet for at øge fokus på muskel- og skeletsygdomme.</p> <p>Smerter i bevægeapparat spiller en stor rolle for ulighed i sygdomsbyrden. Den sociale ulighed i arbejdsmiljørelaterede sygdomme skyldes, at kortuddannede oftere har job med dårligere arbejdsmiljø. Det fysiske arbejdsmiljø i job til kortuddannede og med lav løn er præget af forhold, der forårsager arbejdsulykker og muskel- og skeletlidelser. Det psykiske arbejdsmiljø er karakteriseret af lav grad af indflydelse, ringe</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • øget fokus på muskel- og skeletsygdomme – både ift. at mindske ulighed i sundhed, forebyggelse og forbedring af livet for borgere med muskel- og skeletsygdomme | <ul style="list-style-type: none"> • muskel- og skeletsygdomme noteres som muligt kommende indsatsområde |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>udviklingsmuligheder og større usikkerhed i ansættelsen.</p> <p>Dertil kommer at muskel- og skeletsygdomme er den største kilde til tabte gode leveår.</p> <p>Danskernes stigende levealder betyder, at antallet af ældre stiger, og en konsekvens heraf er en vækst i forekomsten af muskel- og skeletlidelser. Derudover betyder ændringer i arbejdsforhold, motionsvaner og kostvaner, at flere og flere danskere påvirkes af muskel- og skeletlidelser. Danmark er i den forbindelse en del af en international udvikling, hvor den moderne livsstil medfører, at de vestlige befolkninger i stigende grad rammes af smerter i muskler og led. Det betyder også, at det er et område, som har fået stor opmærksomhed internationalt, og at der er stor viden tilgængeligt omkring årsagerne til den stigende forekomst. Og det betyder, at vi ved, at der er et stort potentiale i forebyggelse af muskel- og skeletlidelser.</p> <p>Gigtforeningen kan ikke understreget behovet nok for, at der i sundhedsaftalen inkluderes indsatser der direkte sigter på at forbedre livet for de alt for mange, der har en muskel- og skeletsygdom.</p> | | |
| Handicaprådet i Horsens Kommune | DH-medlemmerne i Handicaprådet mener, at Sundhedsaftalen 2019-2023 er en rigtig god aftale, men udtrykker bekymring vedrørende muligheden for at skaffe de nødvendige ressourcer til at føre Sundhedsaftale 2019-23 ud i praksis. | | <ul style="list-style-type: none"> • opmærksomhed på økonomi i den fremadrettede implementering |
| Handicaprådet i Randers Kommune | <p>Handicaprådet bemærker, at sundhedsaftalen primært henvender sig til politikere samt ledelsessystemet i kommunerne, regionen og praksissektoren. Fra nationalt hold udarbejdes der løbende mål, programmer og handlingsplaner for sundhedsområdet, som skal udmøntes i regi af sundhedsaftalen. Rådet ønsker at blive holdt løbende orienteret om</p> <p>justeringer/samarbejdsaftaler, og gerne inden den endelige godkendelse af disse, samt Sundhedskoordinationsudvalgets halvårligenafrapportering samt midtvejs- og slutstatus.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • ønsker at blive holdt løbende orienteret om justeringer/samarbejdsaftaler, og gerne inden den endelige godkendelse af disse • anbefale, at man snarest muligt får dækket det aktuelle behov for bedre sundhed hos alle fysisk-psykisk handicappede borgere – både for de, der bor i bofællesskaber og de, der bor for sig selv. | <ul style="list-style-type: none"> • formulering om at der ved udarbejdelse af samarbejdsaftaler inddrages relevante parter indskrives i afsnit 5 |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Et vigtigt fokus for os er et nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor der arbejdes på at fremme lighed i sundhed, tage udgangspunkt i den enkeltes behov og så tæt på borgeren som muligt. Vi har noteret os de 3 udvalgte fokusområder: forebyggelse – samarbejdet om den ældre borger og udvikling af den nære psykiatri. Det er alle fokusområder som Rådet også finder relevante, men vi mener, at alle skal have mulighed for et sundt og langt liv og gør opmærksom på, at mennesker med fysisk-psykisk handicap er særlig udfordret bl.a. af manglende viden/fokus på sund kost og motion. (ex. lever gruppen af udviklingshæmmede 14 år kortere end befolkningen generelt). Da sundhedsaftalen er dynamisk og man udvælger og går videre med nye indsatser, vil vi derfor gerne anbefale, at man snarest muligt får dækket det aktuelle behov for bedre sundhed hos alle fysisk-psykisk handicappede borgere – både for de, der bor i bofællesskaber og de, der bor for sig selv. Det er vigtigt også at vide, at denne gruppe af borgere har brug for særlig opmærksomhed omkring deres sundhed, da mange ikke kan udtrykke og forklare deres sygdom. Der bør derfor være mulighed for, at de kan tage en nær kontaktperson med ved alle sundhedsbesøg, så man undgår misforståelser og der bliver mulighed og tid til at forklare og fortælle om den sundhedsmæssige tilstand. Der skal også være en tættere opfølgning på sygdomsforløbene hos denne gruppe. Hele proceduren i forbindelse med indkaldelse til undersøgelse etc. skal gentænkes i forhold til fysisk-psykisk handicappede og der skal hele tiden være en tæt kontakt med borgerens nærmeste kontaktperson, da der kan være mange borgere i denne gruppe som ikke er i stand til at kommunikere med det offentlige på samme måde, som vi andre er. Det er Handicaprådets indtryk, at mange fysisk-psykisk handicappede kan "gå rundt" og være syge, uden at sundhedssystemet har opdaget det – netop af ovennævnte årsager. Der er brug for en organiseret og målrettet indsats for denne gruppe, snarest muligt – før vi kan tale om fuldstændig lighed i sundhed. Samtidig skal rådet</p> | | |
|--|---|--|--|

| | | | |
|---|---|--|--|
| | <p>henlede opmærksomheden på, at alle samfundets minoritetsgrupper af resourcesvage, udsatte, diagnosticerede som ikke diagnosticerede borgere har krav på, at være omfattet af det danske sundhedsvæsen.</p> <p>Herudover vil Rådet gerne tilslutte sig, det af Ældrerådet afgivne hørings svar af 13.02.19 til Sundhedsaftalen. Her peges der på en række væsentlige forhold og præciseringer der er nødvendige at medtænke, før endelig indgåelse og udmøntning af en samarbejdsaftale.</p> | | |
| Handicaprådet i Syddjurs Kommune | <p>Handicaprådet i Syddjurs Kommune bemærker, at der bør være fokus på sammenhæng i behandling både internt på sygehuse og mellem øvrige aktører. Der bør desuden være fokus på en plan for at sikre, at handicappede, sent udviklede og kronikere kommer tids nok til læge for at opnå lighed i sundhed.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ønske om fokus på sammenhæng i behandling både internt på sygehuse og mellem øvrige aktører. • Ønske om fokus på en plan for at sikre, at handicappede, sent udviklede og kronikere kommer tids nok til læge for at opnå lighed i sundhed. | <ul style="list-style-type: none"> • input til omsætning af sundhedsaftalen tænkes ind i kommende samarbejdsaftaler hvor relevant |
| Kræftens Bekæmpelse | <p><i>Forebyggelse- hvad er ambitionen?</i> Vi hilser indsatsområdet "Fælles investering i forebyggelse- først med fokus på rygning" velkommen, da der er et stort potentiale i at sætte massivt fokus på området. Imidlertid forekommer målet uambitiøst og umåleligt. Målsætningen er, at antallet af daglig-rygere skal nedbringes, men hvor meget? I Røgfri Fremtid er vores mål, at vi når ned på 5 % rygere i 2030. Vi så gerne tal på regionens målsætning, samt et mere målrettet fokus på at forebygge at børn og unge begynder at ryge. Her vil vi opfordre til at se på Region Syddanmarks tværsektorielle indsats, hvor regionen målrettet går efter unge og rygeforebyggelse på ungdomsuddannelserne – mens kommunerne sætter ind i grundskolen.</p> <p><i>På borgernes præmisser- hvor er de pårørende?</i> I visionen er det et overordnet politisk mål at inddrage pårørende. Vi savner noget mere konkret om medinddragelse af pårørende i tilrettelæggelse af borgerens plan for forebyggelse af sygdom, sundhedsfremmetiltag, behandling, rehabilitering og palliativ indsats. Hvis borgere og pårørende skal være</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ønske om tal på regionens målsætning, samt et mere målrettet fokus på at forebygge at børn og unge begynder at ryge. • Forslag om tværsektoriel indsats, hvor regionen målrettet går efter rygeforebyggelse på ungdomsuddannelser, og kommunerne i grundskolen (som Region Syddanmark) • Savner noget mere konkret om medinddragelse af pårørende i tilrettelæggelse af borgerens plan for forebyggelse af sygdom, sundhedsfremmetiltag, behandling, rehabilitering og palliativ indsats • at pårørende bør inddrages på to måder: 1. Inddrage pårørende som ressourceperson og støtte til en patient/borger 2. Tilbyde pårørende støtte i forhold til den pårørendes egne behov • undrer sig over, at palliation ikke omtales i udspillet til Sundhedsaftalen | <ul style="list-style-type: none"> • monitorering – der laves opfølgning på de konkrete samarbejdsaftaler (herunder også på samarbejdsaftalen om rygestop) – tilføjes i afsnit 4 nationale mål og lokale målsætninger samt afsnit 5 implementering og opfølgning • forslag om tværsektoriel indsats ift. børn og unge – f.eks. rygeforebyggelse på ungdomsuddannelser og i grundskolen noteres • inddragelse af pårørende betones i visionen på borgerens præmisser • formulering om at der ved udarbejdelse af samarbejdsaftaler inddrages relevante parter indskrives i afsnit 5 |

| | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|
| | <p>medproducenter af egen sundhed, kræver det en systematisk tilrettelagt plan for inddragelse af begge parter.</p> <p>Særligt hos de borgere som er ressourcetsvage og svært syge er tidlig pårørendeinddragelse helt afgørende i en proaktiv planlægning af den professionelle indsats. Denne gruppe borgere kan ofte ikke forventes at have tilstrækkelig viden, overblik og overskud til at varetage egne behov. Kræftens Bekæmpelse mener, at pårørende bør inddrages på to måder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inddrage pårørende som ressourceperson og støtte til en patient/borger 2. Tilbyde pårørende støtte i forhold til den pårørendes egne behov. <p><i>Mere sundhed for pengene- er der tilstrækkelig fokus på kvalitet?</i></p> <p>Vi efterlyser, at der i visionen om "Mere sundhed for pengene" er fokus på kvalitet som andet og mere end et økonomisk parameter. Herunder, at indsatsen skal være af højeste evidensbaserede standard og ens for borgerne uanset, hvor i regionen de bor.</p> <p><i>Palliation- et overset område i aftalen?</i></p> <p>Vi undrer os over, at palliation ikke omtales i udspillet til Sundhedsaftalen. Denne indsats er og bliver en større udfordring for sundhedsvæsenet. Vi ved, at de fleste borgere ønsker at dø i eget hjem. Derfor må indlæggelser på sygehus i forbindelse med den sidste levetid undgås, blandt andet ved udbygning af en palliativ indsats på det basale niveau i det nære sundhedsvæsen.</p> <p>Delaftale om Palliativ Indsats er sidst revideret i 2011. Vi vil gerne opfordre til at den revideres igen og tilbyder meget gerne at indgå i dette arbejde. Vi tilbyder- og forventer medinddragelse i samarbejdsfora hvor det forekommer at være relevant.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • tilbyder medinddragelse i samarbejdsfora hvor det forekommer at være relevante | |
| <p>Osteoporoseforeningen</p> | <p>Vi er overordnet positive over for sundhedsaftalens visioner og indsatsområder. Vi ser indsatsområderne fælles investering i forebyggelse og sammen om ældre borgere som tæt knyttet til indsatsen mod osteoporose, ikke mindst på grund af sygdommens udbredelse blandt den ældre del af</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • større fokus på viden om osteoporose blandt borgere og sundhedsprofessionelle. | <ul style="list-style-type: none"> • osteoporose noteres som muligt kommende indsatsområde |

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|
| | <p>befolkningen samt de åbenlyse muligheder der er for forebyggelse. I forhold til mere lighed i sundhed – socialt og geografisk vil vi gøre opmærksom på, at kun nogle af regionens kommuner har rehabiliteringsforløb for osteoporoseramte. Noget som står i stærk kontrast til Region Nordjylland, hvor samtlige kommuner har etableret rehabiliteringsforløb for osteoporoseramte. I kommuner uden rehabilitering, er der naturligvis en væsentligt ringere understøttelse af den enkelte borgers styrkelse af egne sundhedskompetencer. Den geografiske ulighed øges selvsagt også som konsekvens af dette. Vedrørende mere sundhed for pengene håber vi, at man vil tænke forebyggelse og opsporing af de største kroniske sygdomme ind i arbejdet. For osteoporose vil en indsats reducere antallet af alvorlige osteoporotiske brud - som rygsammenfald og hoftebrud – som fører til indlæggelser og stærkt forøget plejebehov. Netop forebyggelse og opsporing af disse brud er også med til at hjælpe borgerne med at forblive i eget hjem i væsentligt længere tid. Vi glæder os over ønsket om at "samarbejde med pårørende, foreninger og frivillige om opgaveløsningen." Vi ser desværre et stort behov for viden om osteoporose blandt regionens sundhedsprofessionelle. En undersøgelse blandt osteoporoseramte, som foreningen netop har gennemført, har vist, at en række faggrupper kun i lav eller meget lav grad har tilstrækkelig viden om osteoporose. Dette må forventeligt have en negativ effekt på både forebyggelse, opsporing, behandling og rehabilitering. Sundhedsstyrelsen har for nyligt forsøgt at løfte dette problem ved at rette fokus på osteoporose, bl.a. i Rationel Farmakologi. Vi kunne derfor ønske et større fokus på viden om osteoporose blandt borgere og sundhedsprofessionelle. Konkret kunne dette ske ved, at lægepraksis og sundhedscentre gjorde brug af Sundhedsstyrelsens eller Osteoporoseforeningens oplysningsmateriale og stillede dette til rådighed for borgerne.</p> | | |
| Regionsældrerådet Midtjylland | (forkortet udgave) Regionsældrerådet vil indledningsvist slå fast, at dokumentet giver indtryk af mange rigtig gode | Ønsker: <ul style="list-style-type: none"> • ønsker, at samarbejdsaftaler bliver meldt ud, så snart de aftales, og | <ul style="list-style-type: none"> • formulering om at der ved udarbejdelse af samarbejdsaftaler inddrages |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>intentioner, som regionens 19 ældre- og seniorråd kun kan bifalde – især fordi forhold omkring den svageste del af (ældre)befolkningen har fået særlig opmærksomhed.</p> <p>Sundhedsaftalen er (kun) en rammeaftale om principper for fremtidige samarbejdsaftaler, der endnu ikke er udarbejdet. Ifølge planen vil den blive fulgt op af en række konkrete aftaler med region, kommuner og praktiserende læger som aktører. Disse aftaler kan forventes løbende over den kommende fireårs periode. Vi ønsker, at disse aftaler bliver meldt ud, så snart de aftales, og at de kommer til at fremstå tydelige og let tilgængelige. Alle snitflader mellem sundhedslov og servicelov må afklares i samarbejdsaftalerne, herunder økonomien, dels for kommunernes voksende opgaver, dels for borgerne m.h.t. egenbetaling.</p> <p><i>Behandlingsovergange</i> Selv om flere og flere opgaver i de kommende år vil holde flyttested til det nære sundhedsvæsen, så må nærhed ikke blive et isoleret mål. Uanset om der er tale om en behandling i regions regi, kommunalt regi eller i hjemmet, er det vigtigt, at patienten får relevante og kompetente tilbud, samt at der sikres øget patient- og pårørendeinddragelse. Det kræver fælles retningslinjer, så man kan forvente samme kvalitet og samme forløb, uanset hvor man bor. I sundhedsaftalen skal der derfor præciseres patientoverskuelige initiativer, som tager tilstrækkeligt hensyn til, at en stor del af ældrebefolkningen har kroniske sygdomme, lider af multisygdom og tilhører gruppen "den ældre medicinske patient". Der er også behov for etablering af flere udgående geriatriske teams og følge- hjem- ordninger.</p> <p><i>Aftaleparter</i> Samarbejdsaftaler, der involverer almen praksis, forhandles i Praksisplanudvalget, inden de kan vedtages. Det forudsættes, at aftaler indgås med det fornødne økonomiske grundlag.</p> <p><i>Geografisk lighed i sundhed</i></p> | <p>at de kommer til at fremstå tydelige og let tilgængelige</p> <ul style="list-style-type: none"> • at snitflader mellem sundhedslov og servicelov afklares i samarbejdsaftaler, herunder økonomi • præciseres patientoverskuelige initiativer • Geografisk lighed: OBS. på de befodringsproblemer for ældre/svage, der følger af de senere års centralisering, og som nødvendigvis må løses, hvis lighed i sundhed skal opnås. Der bør derfor være et godt flow i undersøgelser og udredning, så man ikke skal af sted flere gange. • at behandlings- og tovholderansvar altid præciseres • Det er vigtigt, at der i forhold til hver enkelt patient/borger tages hensyn til, i hvilket omfang pårørende, foreninger og frivillige kan/skal påtage sig opgaver og tage ansvar for syge medborgere • at der præciseres og fordres, at alle kommuner har en kommunal akutfunktion, som kan levere specialiseret og kompleks sygepleje. | <p>relevante parter indskrives i afsnit 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • løbende opmærksomhed på behovet for tydelighed på, hvem der har initiativpligten, så borgeren ikke kommer i klemme • konkrete forslag medtages i det videre arbejde |
|--|---|--|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p> Dette anføres under visionerne som et mål. Det fremgår ikke, om man har tænkt på de befordringsproblemer for ældre/svage, der følger af de senere års centralisering, og som nødvendigvis må løses, hvis lighed i sundhed skal opnås. </p> <p> Der bør derfor være et godt flow i undersøgelser og udredning, så man ikke skal af sted flere gange. Regionen har med Silkeborg-modellen vist, at udredning ikke behøver at føre til adskillige besøg i sundhedsvæsenet, ofte forskellige steder. Lighed i geografi er vel også, at man ophæver ulighed – dvs. at en borger i Hvide Sande ikke skal være 10 timer undervejs til det samme, som en borger i Odder kan klare på 2 timer. </p> <p> <i>Lighed i sundhed</i> Lighed kræver forskellighed, dvs. individuelle hensyn. Det skal for de mest svage ældre med lang afstand til sygehus og kommunalt behandlingscenter være muligt, at undersøgelse og behandling kan foregå i eget hjem, hvis det behandlingsmæssigt og etisk er forsvarligt. Generelt skal sundhedsaftalen afspejle, at de ældre medicinske patienter har behov for individuelle og tydelige tilbud, og at sundhedsaftalen er med til at strukturere og sikre borgeren den rette behandling, uden unødvendige dobbeltkontroller, herunder at skulle forholde sig til mange læger og andre fagpersoner. </p> <p> <i>Behandlingsansvar</i> Hvis det skal lykkes at undgå, at syge eller svage borgere "falder mellem to stole (og her er der endda tre!), skal det altid præciseres, hvem der har behandlings- eller tovholderansvaret. Det sker netop alt for ofte, at ingen ved, hvad andre aktører gør eller har gjort. Det er vigtigt, at der udarbejdes klare retningslinjer for udskrivningen fra sygehuset til kommunen. Det præciseres, om den udskrevne borger har et behandlings- eller et plejebestov. Sygehuslægen har behandlingsansvaret ind til der via en læge-til læge-kontakt er truffet aftale om det videre forløb. </p> <p> <i>Fælles om forebyggelse</i> </p> | | |
|--|---|--|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p> Dette kræver først og fremmest: <ul style="list-style-type: none"> • enkel henvisningsprocedure fra part til part • gennemsigtighed og konsistens i (kommunale) tilbud • ensartethed på tværs af kommunegrænser • samme tilbud til kronikere/livsstilssygdomme i alle kommuner • at almen praksis, sygehus og vagtlæger kender tilbuddene i den enkelte kommune. </p> <p> <i>Samarbejde med pårørende, foreninger og frivillige</i> Sundhedsaftalen lægger op til at borgerne skal være medproducenter af sundhed, både egen og andres. Det er vigtigt, at der i forhold til hver enkelt patient/borger tages hensyn til, i hvilket omfang pårørende, foreninger og frivillige kan/skal påtage sig opgaver og tage ansvar for syge medborgere. </p> <p> <i>Videndeling og kommunikation</i> Klynge-projekter i regionen, hvor der ofte er involveret både kommunalt sundhedspersonale og læger, bør videndeles, ikke kun til det sundhedsfaglige personale i regionen, men i høj grad også til kommunernes sundhedsafdelinger, praktiserende læger og andre relaterede, der arbejder med sundhedsfremme. </p> <p> <i>Kommunikation til borgerne</i> Videndeling har i høj grad også at gøre med kommunikation til borgerne. Her har borgerne behov for et sprog, som de forstår, bl.a. på hjemmesider og i indkaldelsesbreve (e-journalen). Skiltning på sygehusene til de forskellige afdelinger (specialer) udformes, så borgerne har nemmere ved at forstå, hvor de skal hen. </p> <p> <i>Digitaliseringsstrategi</i> Regionen arbejder med en digitaliseringsstrategi, og her bør der tages hensyn til følgende: <ul style="list-style-type: none"> • Borgeren, der ikke modtager digital post, skal have de fysiske breve med samme tidsfrist • Afklaring af forholdene ved fuldmagt for eksempelvis demente borgere, herunder også pårørendes muligheder for at følge forløbet digitalt • Borgere, der er ordblinde </p> | | |
|--|---|--|--|

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|--------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Borgere med psykiske sygdomme. <p><i>Akutområdet</i> Dette område skal via samarbejdsaftaler og "charmeoffensiver" gøres langt bedre kendt og "deklareret" blandt praktiserende læger/vagtlæger. De skal overbevises om, at de rette kompetencer er til stede, idet de ellers vil afholde sig fra at henvise. Der er store forskelle på akutfunktionerne i de forskellige kommuner, trods nationale kvalitetsstandarder for akutfunktioner i hjemmesygeplejen. Derfor må det fremgå klart af sundhedsaftalerne, at alle kommuner lever op til standarderne. Man kunne forestille sig, at mindre kommuner fandt sammen om fælles løsninger for at leve op til de nationale krav. Men generelt skal der i Sundhedsaftalen præciseres og fordres, at alle kommuner har en kommunal akutfunktion, som kan levere specialiseret og kompleks sygepleje. Det er væsentligt, at kommuner, praktiserende læger og hospitaler har en klar viden om, hvilke opgaver kommunen med sikkerhed kan udføre.</p> <p><i>Psykisk sygdom</i> Det er vores indtryk, at der i behandlingen af voksne med manifest psykisk sygdom, er alt for mange forskellige aktører, som kender for lidt til hinanden, og at området har været økonomisk udsultet i en lang årrække. Der er brug for en generel oprustning, en klar ansvarsfordeling og en tovholder i alle enkeltforløb, der ofte er livslange. Ligeledes her er samarbejdet med pårørende og frivillige nødvendigt.</p> | | |
| Ældrerådet i Horsens Kommune | <p>Ældrerådet hæfter sig ved, at sundhedsaftalen understøtter det nære sundhedsvæsen, ved at give plads til, at beslutninger og arbejdsgange tages så tæt på borgeren som muligt.</p> <p>Ældrerådet værdsætter, at PLO er medunderskriver på aftalen og dermed også har været inddraget i udarbejdelse og drøftelse af indhold og form. Ældrerådet anerkender den korte og overordnede version af sundhedsaftalen, som er langt mere overskuelig og anvendelig end tidligere versioner.</p> | | ingen bemærkninger |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>Ældrerådet i Randers Kommune</p> | <p><i>Samarbejdsaftaler</i> Sundhedsaftalen er en rammeaftale om principper for fremtidige samarbejdsaftaler, der endnu ikke er udarbejdet. Ifølge planen vil den blive fulgt op af en række konkrete aftaler med region, kommuner og praktiserende læger som aktører. Disse aftaler kan forventes løbende over den kommende fireårs periode. Ældrerådet ønsker at blive hørt, inden disse aftaler bliver endeligt godkendt. Alle snitflader mellem sundhedslov (gratis) og servicelov (egenbetaling) må afklares i samarbejdsaftalerne.</p> <p><i>Behandlingsovergange</i> Selv om flere og flere opgaver i de kommende år vil holde flyttedag til det nære sundhedsvæsen, så må nærhed ikke blive et isoleret mål. Uanset om der er tale om en behandling i regions regi, kommunalt regi eller i hjemmet, er det vigtigt, at patienten får relevante og kompetente tilbud, samt at der sikres øget patient- og pårørendeinddragelse. Det kræver fælles retningslinjer, så man kan forvente samme kvalitet og samme forløb, uanset hvor man bor. I sundhedsaftalen skal der derfor præciseres patientoverskuelige initiativer, som tager tilstrækkeligt hensyn til, at en stor del af ældrebefolkningen har kroniske sygdomme, lider af multisygdom og tilhører gruppen "den ældre medicinske patient". Der er også behov for etablering af flere udgående geriatriske teams og følge- hjem- ordninger.</p> <p><i>Lighed i sundhed</i> Lighed kræver forskellighed, dvs. individuelle hensyn. Det skal for de mest svage ældre med lang afstand til sygehus og kommunalt behandlingscenter være muligt, at undersøgelse og behandling kan foregå i eget hjem, hvis det behandlingsmæssigt og etisk er forsvarligt. Generelt skal sundhedsaftalen afspejle, at de ældre medicinske patienter har behov for individuelle og tydelige tilbud, og at sundhedsaftalen er med til at strukturere og sikre borgeren den rette behandling, uden unødvendige dobbeltkontroller, herunder at skulle forholde sig til mange læger og andre</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at blive hørt inden samarbejdsaftaler bliver endeligt godkendt. • præcision af patientoverskuelige initiativer i forbindelse med behandlingsovergange • præcisering af hvem der har behandleransvar hvornår • Det er vigtigt, at der i forhold til hver enkelt patient/borger tages hensyn til, i hvilket omfang pårørende, foreninger og frivillige kan/skal påtage sig opgaver og tage ansvar for syge medborgere • at der præciseres og fordres, at alle kommuner har en kommunal akutfunktion, som kan levere specialiseret og kompleks sygepleje. | <ul style="list-style-type: none"> • formulering om at der ved udarbejdelse af samarbejdsaftaler inddrages relevante parter indskrives i afsnit 5 • løbende opmærksomhed på behovet for tydelighed på, hvem der har initiativpligten, så borgeren ikke kommer i klemme • konkrete forslag medtages i det videre arbejde |
|--|--|---|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>fagpersoner.</p> <p><i>Behandlingsansvar</i> Hvis det skal lykkes at undgå, at syge eller svage borgere "falder mellem to stole", skal det altid præciseres, hvem der har behandlings- eller tovholderansvaret. Det sker netop alt for ofte, at ingen ved, hvad andre aktører gør eller har gjort. Det er vigtigt, at der udarbejdes klare retningslinjer for udskrivningen fra sygehuset til kommunen. Det præciseres, om den udskrevne borger har et behandlings- eller et plejebehov. Sygehuslægen har behandlingsansvaret indtil der via en læge-til-lægekontakt er truffet aftale om det videre forløb.</p> <p><i>Fælles om forebyggelse</i> Dette kræver først og fremmest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • enkel henvisningsprocedure fra part til part • gennemsigtighed og konsistens i kommunale tilbud • ensartethed på tværs af kommunegrænser • samme tilbud til kronikere/livsstilssygdomme i alle kommuner • at almen praksis, sygehus og vagtlæger kender tilbuddene i den enkelte kommune. <p><i>Samarbejde med pårørende, foreninger og frivillige</i> Sundhedsaftalen lægger op til at borgerne skal være medproducenter af sundhed, både egen og andres. Det er vigtigt, at der i forhold til hver enkelt patient/borger tages hensyn til, i hvilket omfang pårørende, foreninger og frivillige kan/skal påtage sig opgaver og tage ansvar for syge medborgere.</p> <p><i>Kommunikation til borgerne</i> Videndeling har i høj grad også at gøre med kommunikation til borgerne. Her har borgerne behov for et sprog, som de forstår, bl.a. på hjemmesider og i indkaldelsesbreve (e-journalen). Skiltning på sygehusene til de forskellige afdelinger (specialer) udformes, så borgerne har nemmere ved at forstå, hvor de skal hen.</p> <p><i>Digitaliseringsstrategi</i></p> | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Regionen arbejder med en digitaliseringsstrategi, og her skal der tages hensyn til følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borgeren, der ikke modtager digital post, skal have de fysiske breve med samme tidsfrist. • Afklaring af forholdene ved fuldmagt for eksempelvis demente borgere, herunder også pårørendes muligheder for at følge forløbet digitalt. • Borgere, der er ordblinde. • Borgere med psykiske sygdomme. <p><i>Akutområdet</i> Dette område skal via samarbejdsaftaler og "charmeoffensiver" gøres langt bedre kendt og "deklareret" blandt praktiserende læger/vagtlæger. De skal overbevises om, at de rette kompetencer er til stede, idet de ellers vil afholde sig fra at henvise. Der er store forskelle på akutfunktionerne i de forskellige kommuner, trods nationale kvalitetsstandarder for akutfunktioner i hjemmesygeplejen. Derfor må det fremgå klart af sundhedsaftalerne, at alle kommuner lever op til standarderne. Man kunne forestille sig, at mindre kommuner fandt sammen om fælles løsninger for at leve op til de nationale krav. Men generelt skal der i Sundhedsaftalen præciseres og fordres, at alle kommuner har en kommunal akutfunktion, som kan levere specialiseret og kompleks sygepleje. Det er væsentligt, at kommuner, praktiserende læger og hospitaler har en klar viden om, hvilke opgaver kommunen med sikkerhed kan udføre.</p> <p><i>Psykisk sygdom</i> Det er Ældrerådets indtryk, at der i behandlingen af voksne med manifest psykisk sygdom, er alt for mange forskellige aktører, som kender for lidt til hinanden, og at området har været økonomisk udsultet i en lang årrække. Der er brug for en generel oprustning, en klar ansvarsfordeling og en tovholder i alle enkeltforløb, der ofte er livslange. Ligeledes her er samarbejdet med pårørende og frivillige nødvendigt.</p> | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---------------------------|---|--|--|
| <p>Ældre Sagen</p> | <p>(Forkortet udgave) Sundhedsaftaler bør indeholde konkrete målsætninger for samarbejde og arbejdsdeling om fælles patienter.</p> <p>Vi lægger vægt på, at man kan få samme kvalitet uanset, hvor man behandles.</p> <p><i>Visioner</i> Meget positivt, at der med sundhedsaftalens visionsafsnit sættes fokus på mere lighed i sundhed – både socialt og geografisk, at fokus er på borgernes præmisser (differentierede indsatser) og at der arbejdes for at give en behandling, der griber mindst muligt ind i hverdagen. Ældre Sagen finder det ligeledes meget positivt at der med sundhedsaftalen sættes fokus på at ingen borgere må falde mellem to stole samt at der med sundhedsaftalen er øget fokus på samarbejde med civilsamfund.</p> <p><i>Fælles investering i forebyggelse og Udvikling af den nære psykiatri</i> Ældre Sagen foreslår et øget fokus på mental sundhed. Ældre Sagen finder det positivt, at der med sundhedsaftalen sættes fokus på forebyggelse. Ældre Sagen havde dog gerne set, at mental sundhed havde været et prioriteret område også som et led i en forebyggelsesindsats og ikke kun som udvikling af den nære psykiatri. Særligt unge og ældre mennesker over 75 år er i risiko for ensomhed. Ifølge Sundhedsprofilens måling af dårligt mentalt helbred i befolkningen i Region Midt er der 11,7 % kvinder over 75 år med dårligt mentalt helbred, og et estimat på baggrund af regionale sundhedsprofiler viser, at der på landsplan er omkring 50.000 ældre mennesker, der føler sig ensomme. Det er derfor særligt vigtigt også at sætte ind for disse to grupper i forhold til mental sundhed. Ældre Sagen foreslår desuden, at der er fokus på et tættere samarbejde med eksempelvis civilsamfund, som kan hjælpe med at inddrage folk i eksisterende fællesskabsaktiviteter. Ældre Sagen har bl.a. en større indsats for at bekæmpe ensomhed og er del af Folkebevægelsen mod</p> | <ul style="list-style-type: none"> • bør indeholde konkrete målsætninger for samarbejde og arbejdsdeling om fælles patienter. Eksempelvis med målsætninger for konkrete modeller for fælles ledelse og finansiering. • Foreslår et øget fokus på mental sundhed også som et led i en forebyggelsesindsats og ikke kun som udvikling af den nære psykiatri. Særligt unge og ældre mennesker over 75 år er i risiko for ensomhed. • Både rygning og overvægt meget relevante områder også for ældre mennesker. Fokusområdet bør udvides med mundhygiejne, hygiejne i al almindelighed herunder fodpleje. • Håber, at der vil blive indgået samarbejdsaftaler vedrørende forebyggelse for ældre borgere, f.eks. i forbindelse med kost og motion • Forslag til en række konkrete aftaler for at sikre bedst mulig sammenhæng og tilgængelighed mellem de forskellige instanser • at sundhedsaftalen også har fokus på borgere og pårørende som aktive samarbejdspartnere - At der skabes rammer for involvering af pårørende med patientens samtykke • opfodre sundhedskoordinationsudvalget til generelt at samarbejde med borgere, pårørende og frivillige i den videre udvikling af sundhedsaftalen | <ul style="list-style-type: none"> • ensomhed samt kost og motion for ældre noteres som mulige kommende indsatsområder • forslag til en række konkrete aftaler medtages som input til det videre arbejde med at omsætte aftalen • betone pårørendes inddragelse under visionen 'På borgerens præmisser' • betone borgerens inddragelse under visionen 'På borgerens præmisser' • formulering om at der ved udarbejdelse af samarbejdsaftaler inddrages relevante parter indskrives i afsnit 5 |
|---------------------------|---|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Ensomhed.</p> <p>Sundhedskoordinationsudvalget har valgt at sætte fokus på rygning og overvægt. Begge meget relevante områder også for ældre mennesker. Fokusområdet bør udvides med mundhygiejne, hygiejne i al almindelighed herunder fodpleje. I forhold til fokus på overvægt, så viser en undersøgelse fra DTU Fødevareinstituttet blandt 55-75-årige danskere, at såkaldt højrisiko overvægt er den mest udbredte risikofaktor i aldersgruppen. Den type overvægt er forbundet med en høj risiko for at udvikle sygdomme som type 2-diabetes og hjerte-karsygdomme. Ældre Sagen håber derfor, at der ligeledes vil blive indgået samarbejdsaftaler vedrørende forebyggelse for ældre borgere, f.eks. i forbindelse med kost og motion, som begge er væsentlige faktorer i et sundt ældreliv.</p> <p><i>Sammen om ældre borgere</i> Ældre Sagen foreslår forpligtende aftaler om samarbejde og arbejdsdeling samt fælles ledelse og finansiering. Ældre Sagen finder det positivt at sundhedsaftalen sætter særligt fokus på at tilbyde indsatser, som kan medvirke til, at en del af de forløb, der i dag er akutte ikke udvikler sig hertil. Et godt eksempel på godt samarbejde, der understøtter disse principper er fleksible indlæggelser i Silkeborg og udgående geriatrisk team i Aarhus. Det er dog med alvorlig bekymring i Ældre Sagens sygehusudvalg i Region Midt, at vi bemærker den store geografiske ulighed i det geriatriske tilbud. Kun en lille del af regionens svage, ældre medicinske patienter kan reelt nås af et udkørende geriatrisk team. Der må ikke være tvivl om, hvorvidt det er hospitalet eller kommunen, der skal sørge for en rollator, når den ældre medicinske patient sendes hjem efter operation. I dag bliver ældre medicinske patienter alt for ofte sendt ud og ind af hospitalerne. De bliver sendt rundt mellem og tilbage til rehabiliteringstilbud eller akutpladser i kommunen. Ældre Sagen så derfor gerne, at sundhedsaftalen i højere grad dannede rammen for og satte</p> | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>konkrete mål for forpligtende aftaler om samarbejde og konkret arbejdsdeling. Eksempelvis med målsætninger for konkrete modeller for fælles ledelse og finansiering. Særligt i forbindelse med sektorovergange, som for eksempel udskrivning og samarbejde om behandling og pleje til ældre medicinske patienter eller mennesker med demens.</p> <p>For at sikre bedst mulig sammenhæng og tilgængelighed mellem de forskellige instanser vil Ældre Sagen foreslå, at der i regi af sundhedsaftalen laves konkrete aftaler om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • én person, der tager den enkelte patient i hånden og sikrer et værdigt og sammenhængende forløb fra start til slut – på tværs af sygehus, praktiserende læge og kommunale tilbud (forløbskoordinator). • en individuel forløbsplan med tværfaglig og tværsektoriel planlægning af det samlede forløb omfattende udredning, behandling, rehabilitering og pleje (herunder fokus på bl.a. medicin, mad og genoptræning). Den ældre medicinske patient bør ligeledes have en tværgående geriatrisk/medicinsk opfølgning hurtigt efter at være blevet udskrevet. • fasttilknyttede plejehjems-læger og opfølgende hjemmebesøg, hvor praktiserende læge og hjemmesygeplejerske umiddelbart efter udskrivning sikrer opfølgning i borgerens eget hjem – eller på akutpladser. Opfølgende hjemmebesøg er en af de indsatser, som handleplan for den ældre medicinske patient anbefaler, at der indgås sundhedsaftaler omkring. • kommunale visitatorer på sygehusene, der allerede før udskrivningen vurderer behov og igangsætter indsatser for borgeren, når vedkommende udskrives. Fremskudt kommunal visitation er tidligere positivt evalueret, og Sundhedsstyrelsen har i regi af implementeringen af handlingsplanen for den ældre medicinske patient anbefalet, at alle landets kommuner og hospitalsafdelinger prioriterer udskrivningsansvarlige brobyggere. • Konkrete mål for den palliative indsats. • Mange ældre svækkede mennesker kan ikke | | |
|--|---|--|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>selv tage offentlig transport til behandling eller samtaler, og er afhængige af befordring. Det er ofte meget belastende at skulle på eksempelvis hospitalet for ældre svækkede mennesker. Det er derfor afgørende at befordringsområdet ses i forlængelse af behandlingen, og at der er et tæt samarbejde aktørerne bag sundhedsaftalen imellem i forhold til befordring. Dette vil sikre større lighed i adgangen til sundhedsydelser og at flest mulige kan få den nødvendige hjælp.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konkrete mål for medicingennemgang og medicinafstemning. Særligt med fokus på polyfarmacipatienter i overgange eksempelvis udskrivelse fra hospital samt oprydning i Det fælles medicinkort (FMK), da der fortsat er problemer med, at FMK ikke altid er opdateret. <p>I forhold til den nuværende nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er der lagt op til, at der i regi af sundhedsaftaler skal være fokus på udvikling af hhv. akutfunktioner i kommuner og for udgående funktioner og rådgivning fra hospitaler. På denne baggrund opfordrer vi derfor til, at dette er en mere konkret del af sundhedsaftalen, gerne i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • udgående funktioner og/eller geriatriske teams fra hospitalerne, der understøtter indsatsen på fx akutpladser i kommunerne. Et godt eksempel herpå er geriatrisk team fra Aarhus universitetshospital. • tilgængelig telefonrådgivning fra stamafdeling på hospitalet • videreudvikling af samarbejdet omkring kommunale akutfunktioner. <p><i>Bærende principper for samarbejdet</i> Ældre Sagen havde gerne set, at sundhedsaftalen også havde fokus på borgere og pårørende som aktive samarbejdspartnere, da det er et område med behov for en styrket indsats.</p> <p>At der skabes rammer for involvering af pårørende med patientens samtykke i eksempelvis udskrivningsforløb og -samtaler og videre behandlingsforløb er særligt relevant for ældre</p> | | |
|--|---|--|--|

| | | | |
|---------------------------------|---|--|--|
| | <p>svækkede patienter. Ligesom det er vigtigt, at det er borgerens egne mål, motivation og ressourcer, der er styrende for en evt. rehabiliteringsindsats, da der kan være eventuelle psykiske og sociale problemstillinger, som kræver opmærksomhed.</p> <p><i>IT, data og telemedicin på tværs</i> Ældre Sagen finder det positivt, at flere borgere ved hjælp af telemedicinske løsninger skal understøttes i at klare mest muligt selv. Det er dog væsentligt, at udgangspunktet for disse tiltag er forbedring af borgerens tilværelse og adgang til sundhedstilbud, og at der i implementeringen af telemedicinske løsninger tages hensyn til den enkelte persons udgangspunkt, ønsker og behov. Derudover er vigtigt at inkludere berørte borgere i udarbejdelsen af nye teknologiske løsninger og samtidig have sig for øje, at visse grupper af borgere kan være afskåret fra at benytte IT, men stadig skal modtage samme høje service.</p> <p><i>Implementering og opfølgning</i> Ældre Sagen finder det positivt, at der med inddragelse af patientinddragelsesudvalget lægges vægt på, at patienters og pårørendes perspektiver inddrages, når sundhedsaftalen skal implementeres og evalueres undervejs. Vi vil endvidere opfordre sundhedskoordinationsudvalget til generelt at samarbejde med borgere, pårørende og frivillige i den videre udvikling af sundhedsaftalen. I Ældre Sagen er vi ligeledes parate til fremtidig dialog om sundhedsaftalen.</p> | | |
| UDDANNELSESINSTITUTIONER | | | |
| VIA University College | <p>VIA finder, at sundhedsaftalen helt overordnet udgør et godt grundlag for den fortsatte positive udvikling af et nært og sammenhængende sundhedsvæsen. VIA kan samtidig konstatere, at uddannelse og efter- og videreuddannelse ikke står stærkt i 'Sundhedsaftalen 2019-2023 – Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance'. Vi ser uddannelse og efter- og videreuddannelse af medarbejdere i sundhedsvæsenet som en altafgørende forudsætning for den fortsatte udviklingen af et velfungerende sundhedsvæsen, og derfor</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at uddannelse, efter- og videreuddannelse og kompetencer får en tydeligere plads i sundhedsaftalen. | <ul style="list-style-type: none"> • kompetenceudvikling tilføjes på side 13 i afsnit 5 om implementering og opfølgning |

| | | | |
|-----------------------------|--|--|---|
| | <p>anbefaler vi at uddannelse, efter- og videreuddannelse og kompetencer fremhæves yderligere i aftalen. Idet VIA er med til at uddanne fremtidens kernemedarbejdere til sundhedsvæsenet og er med til at efter- og videreuddanne de nuværende medarbejdere ser vi os selv som en aktør, der kan bidrage til implementeringen og opfølgningen på sundhedsaftalen. Vi vil hermed gerne sende et utvetydigt signal om at vi stiller vores kompetencer til rådighed, vi indgår gerne i samarbejde om de konkrete indsatsområder og udvikling og evaluering af prøvehandlinger. Vi deltager også gerne i en nærmere dialog om, hvordan vi kan bidrage på de forskellige niveauer i den skitserede organisering. VIA arbejder aktuelt på at styrke sit aktivitetsniveau på psykiatriområdet, både på FoU-delen, uddannelsesdelen og efter- og videreuddannelsesområdet, og derfor er det glædeligt at det nære psykiatri er et af de prioriterede indsatsområder.</p> | | |
| Aarhus Universitet | <p>Finder de tre prioriterede områder vedr. forebyggelse, sammen om den ældre borger og udvikling af den nære psykiatri både væsentlige og relevante. I afsnit om arbejdet med at sikre høj kvalitet i det samlede sundhedsvæsen står der, at udvikling af indsatser og aftaler om normkrav sker på grundlag af viden, forskning og data. Vi vil fra universitetets side understrege vigtigheden af, at der investeres i denne vidensudvikling og forskning som et fundament for udvikling af sundhedsvæsenet. Uddannelse og kompetenceudvikling er centralt i forhold til at sprede viden i og på tværs af organisationerne.</p> | <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at sundhedsaftalen mere konkret forholder sig til, hvordan parterne vil arbejde for at bevare og udbygge vidensudvikling og forskning som fundament for udvikling af sundhedsvæsenet • at uddannelse får en tydeligere plads i sundhedsaftalen. Uddannelse og kompetenceudvikling er centralt i forhold til at sprede viden i og på tværs af organisationerne. | <ul style="list-style-type: none"> • kompetenceudvikling tilføjes på side 13 i afsnit 5 om implementering og opfølgning |
| ØVRIGE | | | |
| Fælles ServiceCenter | <p>Indledningsvis bifaldes intentionerne i den kommende sundhedsaftale, som ligger i fint tråd med tidligere sundhedsaftale. Fælles Servicecenter for Telesundhed bifalder de fire visioner for det fælles sundhedsvæsen i Midtjylland og ambitionsniveauet i dem. I</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales at tydeliggøre, at det ofte kræver en ret omfattende set-up for at støtte borgerne i opfølgning på eventuelt indlæggelse eller | <ul style="list-style-type: none"> • opmærksomhed på set-up medtages i selve udmøntningen • hjælp til medicintagning og forebyggende indsats for hjertepatienter noteres på liste |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>særlig grad bifaldes betoningen af "geografisk lighed, hvor borgerne får høj kvalitet i tilbuddene, uanset hvor de bor" og visionen om at understøtte "borgeren i at klare mest muligt selv med tilbud om brugerstyring og telemedicinske løsninger, der understøtter egen mestring, egen træning mv."</p> <p>Endvidere ser Fælles Servicecenter det som en stærk konstatering i den kommende sundhedsaftale om at "Der er meget livskvalitet at hente ved at modtage behandling i de nære omgivelser". Det anbefales dog at tydeliggøre at det ofte kræver en ret omfattende set-up for at støtte borgerne i opfølgning på eventuelt indlæggelse eller behandling i eget hjem. Fælles Servicecenter er ligeledes på målsætningsniveau enig i, at der bør være fælles investeringer i forebyggelse. Her kunne med fordel arbejdes på flere målsætninger for den forebyggende indsats fx omkring hjælp til medicintagning, samt en forebyggende indsats for hjertepatienter. Begge indsatsområder vil medvirke til at støtte borgernes egen mestring, samt at forebygge indlæggelser og antagelig også akutte (gen)indlæggelser, og vil formentligt også bidrage til målsætning "sammen om ældre borgere". Som nystartet tværsektorielt center til understøttelse af borgerrettede telesundhedsløsninger opleves et behov for at ændre vanetænkningen omkring lokale arbejdsgange for at øge borgerrettede telesundhedstilbud. Fælles Servicecenter ser derfor meget positivt på det bærende princip med brug af prøvehandlinger samt muligheden for at udfordre gældende praksis og lovgivning. Fælles Servicecenter oplever at begge elementer er centrale for at kunne tilbyde flere borgerne støtte, opfølgning og behandling i eget hjem og samtidig at give det sundhedsfaglige personale et større repertoire af muligheder for at understøtte borgerne i egen behandling og evt. gribe borgerne inden de får behov for fysisk kontakt med sundhedsvæsenet. Fælles Servicecenter ønsker generelt, at der i sundhedsaftalens ambitionsniveau betones en større forpligtende fælles ambition omkring opbygning og evt.</p> | <p>behandling i eget hjem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forslag til kommende prioriteringer som retter sig både til forebyggelse og sammen ældre – hjælp til medicintagning og forebyggende indsats for hjertepatienter • at der i sundhedsaftalens ambitionsniveau betones en større forpligtende fælles ambition omkring opbygning og evt. (re)organisering af det nære sundhedsvæsen. • Peger på at der bør skabes en større forpligtelse omkring: <ol style="list-style-type: none"> 1. Høj ensartet kvalitet i tilbuddene 2. Tidlig understøttelse af og investering i understøttende tiltag af egen mestring, 3. Fælles udvikling og forpligtende udbredelse af tilbud til opfølgning og behandling i borgernes eget hjem til understøttelse af videndeling og spredning 4. Udvikling og benyttelse af fælles funktioner (fx fælles indkøb, lager, logistik, support og service) der findes til understøttelse af IT, data og telemedicin på tværs | <p>over fremtidige prioriteringsmuligheder</p> |
|--|---|---|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>(re)organisering af det nære sundhedsvæsen. En større forpligtelse omkring fælles visioner, principper, målsætninger og indsatsområder vil medvirke til en stærkere sammenhæng for borgere i de løsningsmodeller der vælges i realisering af sundhedsaftalen 2019-2023 i Midtjylland. Fælles Servicecenter peger på at der bør skabes en større forpligtelse omkring:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Høj ensartet kvalitet i tilbuddene til understøttelse af visionen for sundhedsaftalen2. Tidlig understøttelse af og investering i understøttende tiltag af egen mestring, herunder inddragelse af borgerens netværk, når borgeren identificeres sårbar med udsigt til at sårbarheden vil forværres over tid til understøttelse af tidlig og rettidig indsats og indsatsområdet sammen om ældre borgere3. Fælles udvikling og forpligtende udbredelse af tilbud til opfølgning og behandling i borgernes eget hjem til understøttelse af videndeling og spredning4. Udvikling og benyttelse af fælles funktioner (fx fælles indkøb, lager, logistik, support og service) der findes til understøttelse af IT, data og telemedicin på tværs | | |
|--|--|--|--|