



## Bemærkninger til høringsudkast Sundhedsaftalen 2024-2027

**Læsevejledning:** Høringssvarene findes gengivet i tilnærmelsesvis fuld længde i skemaets anden kolonne. Tabeller, grafikker, fodnoter mv. er udeladt. I skemaets tredje kolonne er høringssvarene opsummeret i punktform med fokus på fremtrædende bemærkninger og/eller specifikke ønsker til ændringer, tilføjelser mv. I tredje kolonne fremgår også sekretariatets forslag til håndtering af bemærkninger og ønsker i den videre proces.

Part	Bemærkninger	Opsummering af bemærkninger samt sekretariatets bemærkninger
<b>REGION MIDTJYLLAND</b>		
<b>Regionsrådet</b>	<p>Regionsrådet vil først og fremmest kvittere for et godt og fokuseret udkast til Sundhedsaftalen 2024-2027.</p> <p>En sundhedsaftale som Region Midtjylland ser frem til at indgå i og implementere i et tæt samarbejde med de 19 kommuner og de praktiserende læger.</p> <p>Regionsrådet vil også rose processen med en bred politisk inddragelse hele vejen. Det er med til at sikre et bredt politisk ejerskab - noget der er helt afgørende for den efterfølgende udmøntning af aftalen.</p> <p>Det er et stærkt signal, at PLO-Midtjylland fortsat er medafsender på aftalen.</p> <p>Engagement og opbakning til aftalens rammer for den fælles udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er vigtigt på tværs af både almen praksis, kommuner og region.</p> <p>Regionsrådet bakker op om visioner, indsatsområder og samarbejdsprincipper.</p> <p>Regionsrådet hilser det velkomment, at der endnu engang har været mod til at prioritere få og vigtige indsatsområder og dermed sætte en fokuseret ramme for arbejdet. Og herunder også at der er fastholdt sidste periodes fokus på psykiatri og trivsel.</p> <p>Det er et vigtigt område, som der fortsat er behov for en fælles prioritering af for sammen at finde gode løsninger på et voksende problem.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Godt og fokuseret aftaleudkast.</li> <li>• Inddragende proces – vigtigt ift ejerskab.</li> <li>• Stærkt signal, at PLO-M fortsat er medafsender.</li> <li>• Opbakning til visioner, indsatsområder og samarbejdsprincipper.</li> <li>• Anerkendelse af prioritering af få, men vigtige indsatsområder – herunder fortsat fokus på psykiatri og trivsel.</li> <li>• Afsnit om mennesker med svær psykisk sygdom kan med fordel udfoldes. Det kan tilføjes på s. 6, at det ift. at sikre sammenhængende løsninger både gælder psykiatriske og somatiske problemstillinger</li> <li>• Ønsker, at forebyggelse, reduktion af ulighed i sundhed og inddragelse af civilsamfundet indtænkes, hvor det er muligt ifm. udmøntning. Disse områder kan med fordel fremhæves yderligere i aftaleteksten. Drøftes på SSG og SSU</li> <li>• Ift. velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling: Bør fremgå, at det søges at sikre hjælp til borgere med begrænsede digitale kompetencer.</li> </ul>

Afsnit om mennesker med svær psykisk sygdom kan med fordel udfoldes.

Ved en prioritering er der naturligt også noget, der ikke fremstår så tydeligt.

Samtidig med at regionsrådet støtter op om prioriteringen, er det regionsrådets ønske, at forebyggelse, reduktion af ulighed i sundhed og inddragelse af civilsamfundet tænkes ind, hvor det er muligt, når aftalen udmøntes – og disse områder kan med fordel fremhæves yderligere i aftaleteksten.

Hvor der står 'psykisk lidelse', bør det ændres til 'psykisk sygdom'.

Under afsnittet om indsatsområder bør det fremgå, at det i forhold til velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling søges at sikre hjælp til borgere med begrænsede digitale kompetencer.

Vi skal nu i fællesskab i gang med 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 finder det væsentligt, at Sundhedsarbejdsudvalget og klyngernes politiske niveau løbende følger op på aftalens mål, og at Sundhedsarbejdsudvalget aktivt igangsætter indsatser, der sikrer udvikling i den ønskede retning.

Regionsrådet finder det positivt, at sundhedsaftalen fremhæver høj og mere ensartet kvalitet i tilbud, uanset hvor borgeren bor. Vi skal bruge vores fælles udviklingsressourcer fornuftigt, og de gode løsninger skal rulles ud i hele regionen.

Regionsdækkende samarbejdsaftaler er til gavn for både borgere og det frontpersonale, der skal få indsatserne til at give værdi.

Udmøntningen af vores fælles aftale vil kræve en betydelig og vedholdende indsats af alle parter i de kommende år – og ikke mindst et stærkt samarbejde, hvor vi bruger de fælles ressourcer fornuftigt.

Fornuftig brug af de fælles ressourcer indebærer også en forventningsafstemning i forhold til, hvad sundhedsvæsenet kan levere, og herunder også hvordan civilsamfund og borgerens egne ressourcer kan komme i spil.

Det, og aftalens prioritering af velfærdsteknologi og digitalisering,

Der kan tilføjes på s. 7 under afsnit om hjemmemonitorering mv., at 'Der skal være fokus på at tilbyde hjælp til borgere med begrænsede digitale kompetencer, så de også kan få glæde af digitaliseringens bidrag til reduktion af geografisk og social ulighed'.

- Væsentligt, at SSU og klyngernes politiske niveau løbende følger op på aftalens mål. Kan præciseres på s. 13 i afsnit om implementering og opfølgning.
- Væsentligt, at SSU aktivt igangsætter indsatser mhp. ønsket udvikling.
- Sikre, at gode løsninger rulles ud i hele regionen. Fornuftig fælles ressourcebrug indebærer forventningsafstemning ift., hvad sundhedsvæsenet kan levere - herunder også hvordan civilsamfund og borgerens egne ressourcer kan komme i spil. Drøftes på SSG og SSU

	skal bidrage til, at vi finder nye og holdbare løsninger i en tid, hvor den demografiske udvikling skaber et stort pres på alle dele af sundhedsvæsenet.	
<b>KOMMUNER</b>		
<b>Favrskov Kommune</b>	<p>Byrådet tilslutter sig de visioner, indsatsområder og målsætninger, der fremgår af aftaleudkastet.</p> <p>Dog er der en enkelt formulering i visionerne, der ønskes ændret. Under overskriften "På borgerens præmisser" står der: "Vi inddrager borgeren og de pårørende i behandlings- og rehabiliteringsforløb". Byrådet finder det vigtigt, at borgeren ikke kun inddrages i egen situation, men også skal være med til at træffe beslutninger om sit forløb. Derfor ønskes formuleringen ændret til "Vi inddrager borgeren og de pårørende, så de medvirker i beslutninger vedrørende behandlings- og rehabiliteringsforløb".</p> <p>Byrådet bemærker, at fokusområdet omkring forebyggelse er taget ud af sundhedsaftalen på trods af, at de nationale og regionale sundhedsprofiler viser en forværret sundhedstilstand i befolkningen på flere parametre.</p> <p>I indsatsområdet omkring "sammenhæng for borgere med kronisk sygdom" står, at samarbejde om de borgere, der har størst behov og kompleksitet skal have særlig prioritet. Favrskov Kommune ser dog også gerne, at der sættes fokus på borgere, som ikke er så hårdt ramt af kronisk sygdom. Der er et stort potentiale i at hjælpe borgerne med at opnå bedre egenomsorg og dermed forebygge, at sygdommen udvikler sig unødigt med tilstødende komplikationer. Her spiller almen praksis en central rolle først og fremmest i behandlingen af borgerne, men også i forhold til at vejlede borgere til at deltage i kommunale forebyggelsestilbud eller sundhedsfremmende tilbud i foreningsregi.</p> <p>I indsatsområdet omkring svær psykisk sygdom kan man med fordel fokusere mere på forebyggelse af somatisk sygdom for målgruppen, der også ofte har en tung somatisk sygdomsbyrde.</p> <p>Angående børn og unges trivsel står der i udkast til sundhedsaftalen, at der "målrettet sættes ind med indsatser til børn og unge, der udviser tegn på psykisk mistrivsel". Favrskov Kommuner finder, at der med fordel kan tilføjes en formulering om, at der også skal arbejdes pædagogisk med læringsmiljøer og fokus på sunde fællesskaber rundt om børn og unge, i tråd med hvordan kommunerne arbejder. En stigning i antallet af børn og unge, der</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilslutter sig visioner, indsatsområder og målsætninger.</li> <li>• Formuleringen: "Vi inddrager borgeren og de pårørende i behandlings- og rehabiliteringsforløb" bør ændres til "Vi inddrager borgeren og de pårørende, så de medvirker i beslutninger vedrørende behandlings- og rehabiliteringsforløb". <i>Kan tilrettes på s. 4</i></li> <li>• Fokusområdet omkring forebyggelse er taget ud af sundhedsaftalen – trods forværret sundhedstilstand i befolkningen.</li> <li>• Fokus på borgere, som ikke er så hårdt ramt af kronisk sygdom – stort potentiale ift. forebyggelse. <i>SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan.</i></li> <li>• Under indsatsområdet svær psykisk sygdom: Mere fokus på forebyggelse af somatisk sygdom for målgruppen. <i>SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan</i></li> <li>• Under børn og unge i psykisk mistrivsel står: "målrettet sættes ind med indsatser til børn og unge, der udviser tegn på psykisk mistrivsel" - ønske om suppl. formulering om, at der skal arbejdes pædagogisk med læringsmiljøer og fokus på sunde fællesskaber rundt om børn og unge.</li> <li>• Følge op på antallet af henvisninger til PPR som en af målsætningerne i sundhedsaftalen. <i>Umiddelbart vanskeligt at trække data på – undersøges nærmere.</i> <i>Opfølgning på aftalen drøftes på SSG og SSU</i></li> <li>• Indsatsområdet velfærdsteknologi: Bruttolisten på side 11 kan med fordel tilføjes mere konkrete indikatorer ift.</li> </ul>

	<p>indstilles til PPR kan være udtryk for, at der i højere grad arbejdes forebyggende med børn og unges mistrivsel. Der kan med fordel følges op på antallet af henvisninger til PPR som en af målsætningerne i sundhedsaftalen.</p> <p>Angående indsatsområdet vedr. velfærdsteknologi er det positivt, at der sættes særlig fokus på, hvordan velfærdsteknologi kan bidrage til større fleksibilitet for borgeren, bedre samarbejde mellem sektorer og bedre udnyttelse af medarbejderressourcer. Til bruttolisten med mulige indikatorer på side 11 i sundhedsaftalen kan der med fordel tilføjes nogle mere konkrete indikatorer for indsatsområdet om velfærdsteknologi. Det kunne fx være indikatorer vedr. tele-KOL og telehjerte eller kigge-adgang for kommunalt personale i sygehusjournaler.</p> <p>Der bør være en opmærksomhed på løbende at sikre, at borgerne understøttes i håndteringen af digitale værktøjer.</p> <p>Favrskov Kommune henleder opmærksomheden på, at socialområdet ofte bruger nogle andre fagsystemer end det somatiske område. For at sikre sammenhængende forløb for borgere på socialområdet, er der brug for at have dette i mente, hvis der skal sikres effektiv datadeling mellem sektorerne. Dette gælder også i koblingen til sundhed.dk.</p> <p>Byrådet bakker op om de beskrevne samarbejdsprincipper. Det er særligt vigtigt, at det fortsat er beskrevet i aftalen, at der skal være økonomisk klarhed og en fair balance, når vi ændrer på opgavefordelingen mellem region og kommuner.</p> <p>Byrådet har 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.</p>	<p>velfærdsteknologi. Fx indikatorer vedr. tele-KOL og telehjerte eller kigge-adgang for kommunalt personale i sygehusjournaler.</p> <p>Undersøges nærmere – kan måske være en mulighed på sigt.</p> <p>Opfølgning på aftalen drøftes på SSG og SSU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikre, at borgerne løbende understøttes i håndtering af digitale værktøjer. Kan tilføjes på s. 7</li> <li>• Ift. effektiv datadeling: Obs. på, at Socialområdet anvender andre fagsystemer end de somatiske områder.</li> <li>• At det fortsat fremgår, at der skal være økonomisk klarhed og fair balance, når opgavefordeling mellem region og kommuner ændres. Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.</li> </ul>
<p><b>Hedensted Kommune</b> Udvalget for Social Omsorg</p>	<p>Hedensted Kommune anerkender, at der i Sundhedsaftalen 2024-2027 prioriteres følgende tre indsatsområder; <b>psykiatri og trivsel, sammenhæng for borgere med kronisk sygdom</b> samt <b>velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling</b>.</p> <p>Indsatsområderne er i tråd med fokusområderne i regi af Sundhedsklyngen, hvilket skaber gode muligheder for sammenhæng i initiativer og indsatser på tværs af kommuner, hospitaler og praktiserende læger.</p> <p>Hedensted Kommune ønsker sammenhæng mellem Sundhedsaftalen og arbejdet i Sundhedsklyngerne, hvorfor vi</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anerkender prioritering af de tre indsatsområder – disse er i tråd med fokusområderne i regi af Sundhedsklyngen.</li> <li>• Opfordring til, at konkrete indsatser udvikles i regi af Sundhedsklyngerne – ikke i omtalte nye arbejdsgrupper. Klyngerne kan indskrives tydeligere i opfølgningssafsnittet</li> <li>• Bemærker, at indikatorer for opfyldelse af målsætninger udelukkende baseres på kvantitative data.</li> </ul>

	<p>opfordrer til, at de konkrete indsatser udvikles i regi af Sundhedsklyngerne og ikke i nye arbejdsgrupper, som nævnes som mulighed på side 16 i høringsversionen.</p> <p>Hedensted kommune anerkender målsætningerne for de tre indsatsområder, men bemærker i denne sammenhæng, at indikatorerne for hvorvidt målsætningerne opfyldes udelukkende bygger på kvantitative data i form af antal og ikke kvalitative målinger i form af, hvorvidt borgerne faktisk oplever målsætningerne opfyldt. Hedensted kommune stiller derfor spørgsmål til, om patientrapporterede (PRO) data i denne sammenhæng kan bidrage til indikatorerne for målopfyldelse?</p> <p>Hedensted Kommune tilslutter sig Samarbejdsaftalen 2024-2027 som helhed og ser frem til, at de prioriterede indsatsområder udmøntes via konkrete handlingsorienterede samarbejdsaftaler med konkrete indsatser og initiativer. I forbindelse med udmøntningen af konkrete indsatser og initiativer forventer Hedensted Kommune, at der vil være en opmærksomhed på de økonomiske ressourcer og kompetencer.</p>	<p><b>Drøftes på SSG og SSU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan patientrapporterede (PRO) data bidrage til indikatorerne for målopfyldelse? <b>Opfølgning på aftalen drøftes på SSG og SSU</b></li> <li>• Imødeser, at indsatsområderne udmøntes via konkrete handlingsorienterede samarbejdsaftaler med konkrete indsatser og initiativer.</li> <li>• Fortsat opmærksomhed på økonomiske ressourcer og kompetencer ifm. udmøntning af indsatser/initiativer. <b>Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.</b></li> </ul>
<p><b>Herning Kommune</b></p>	<p>Social- og Sundhedsudvalget har drøftet indholdet i udkast til Sundhedsaftalen.</p> <p>Udvalget hilser initiativerne i høringsudkastet velkommen og ser frem til samarbejdet om Sundhedsaftalen 2024-2027.</p> <p>Der indsendes ikke høringssvar fra Herning Kommune.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilser initiativerne i høringsudkastet velkommen</li> </ul>
<p><b>Holstebro Kommune</b></p>	<p><i>Generelle betragtninger:</i> Sundhedsaftalen fremstår som en meget ambitiøs plan med store visioner.</p> <p>De signaler, som sendes med aftalen, er med til at skabe forventninger hos borgerne. I en tid med demografi og rekrutteringsudfordringer, er det en opmærksomhed, om man er i stand til at leve op til de forventninger, som stilles i udsigt til borgerne.</p> <p>De inputs, som Udsatterådet har givet, tyder på, at de oplever, at der stadig er et stykke vej at gå. Når man læser aftalen, er det samtidig ikke tydeligt, hvilke indsatser som skal nedprioriteres</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meget ambitiøs plan med store visioner.</li> <li>• Kan de forventninger/signaler, der gives med aftalen, efterleves i lyset af udfordringer med demografi og rekruttering?</li> <li>• Hvilke indsatser skal nedprioriteres for, at andet kan opprioriteres? – fremgår ikke tydeligt</li> </ul> <p>Under Visioner:</p> <p><i>Sammenhæng og tryghed</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus på at sikre dette for borgere med forløb i både somatik og psykiatri <b>Kan præciseres på s. 6</b></li> </ul>

for at andet kan opprioriteres.

*Visioner:*

Sammenhæng og tryghed:

I forhold til sammenhæng og tryghed må der være et fokus på også at sikre dette for borgere, som har forløb i både psykiatrien og somatikken.

På borgerens præmisser:

I relation til den generelle betragtning omkring de forventninger aftalen giver over for borgeren, kan det overvejes om "Aktivt i eget forløb" vil være en bedre overskrift end "På borgerens præmisser". Det er i forhold til involvering af borgerne vigtigt at være opmærksom på, at der er forskel på hvilken tilgang, der skal vælges alt efter om det børn, unge eller voksne, som skal involveres.

Et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen:

I Holstebro Kommune oplever vi i lighed med en række af vore nabokommuner udfordringer i forhold til lægedækning. Hvis visionen om et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen skal blive udlevet vil adgang til egen praktiserende læge være afgørende. Derfor bør arbejdet med at sikre dette være en topprioritet i forhold til Sundhedsaftalen.

På samme vis synes at være en skævvridning i forhold til adgangen til speciallæger. Her er afstanden og ventetiden i Holstebro Kommune til en række speciallægefunktioner markant større og længere, end i Århus. Her synes derfor også at være et potentiale, hvis man vil leve op til ambitionen om geografisk lighed i et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen.

I forhold til såvel børn, unge og voksne med psykiske lidelser er det en udfordring, at borgeren har svært ved at komme til behandling, og derfor i

*På borgerens præmisser*

- Overvej om "Aktivt i eget forløb" er en bedre overskrift end "På borgerens præmisser"
- Tilgang til involvering afh. af, om der er tale om børn, unge el. voksne.

*Et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen:*

- Arbejde med at sikre adgang til egen prakt. læge bør være en topprioritet ift. Sundhedsaftalen.
- Samme ift. adgang til speciallæger.
- Ønskeligt om behandlingspsykiatrien i højere grad kommer ud til borgere med psykiske lidelser  
**Opmærksomhedspunkter ifm. udmøntning af aftalen.**

Indsatsområder og fælles målsætninger

*Psykiatri og trivsel*

- Vigtigt, at der skelnes mellem mistrivsel og bekymrende mistrivsel hos børn og unge.  
**Kan præciseres på s. 6.**
- Ift. mistrivsel hos børn og unge: Obs. på italesættelse og årsager.
- Opfordrer til at almen praksis og kommuner involveres i tilrettelæggelsen af indholdet i det integrerede behandlingsforløb for dobbelt diagnosticerede, som regionerne har ansvar for.

*Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom*

- Modsatrettet, at man på den ene side ønsker at styrke ensartetheden i indsatsen til borgere med kroniske lidelser og samtidig vil have fokus på borgere med størst kompleksitet.

*Velfærdsteknologi mv.*

- Obs. på at få implementeret velfærdsteknologiske løsninger i bund, før der laves nye, store investeringer.
- Obs. på borgere med dårlige forudsætninger ift. IT-færdigheder/

	<p>mange tilfælde vælger at udeblive. For at imødekomme dette vil det være ønskeligt om behandlingspsykiatrien i højere grad kommer ud til borgerne, frem for at borgeren skal fragte sig (langt) til behandlingspsykiatrien.</p> <p>Indsatsområder og fælles målsætninger</p> <p><i>Psykiatri og trivsel</i> Holstebro Kommune bakker op om indsatsområdet, og sammenhængen ind til tiltag, som følger i forlængelse af den nationale 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed.</p> <p>I forhold til børn og unge er det vigtigt, at der skildres mellem mistrivsel og bekymrende mistrivsel. Der er således her forskel på, hvordan håndteringen skal være og hvem der skal involveres.</p> <p>Hele sproget omkring børn og unges mentale sundhed kan ligeledes overvejes. Der er en tendens til, at man ofte kommer til at tale i "diagnose-sprog" - men er dette gavnligt over for børn og unge?</p> <p>Et sted at starte i forhold til børn og unges mistrivsel er at være undersøgende på, hvad det er som skaber denne mistrivsel. På den måde undgår man symptombehandling, men kan i stedet tage fat ved roden af udfordringerne.</p> <p>Omkring indsatsen overfor mennesker med svær psykisk sygdom har regionerne fået ansvaret for tilblivelsen af et integreret behandlingsforløb for dobbeltdiagnosticerede (psykiatrisk diagnose med samtidig misbrug). Der opfordres til at almen praksis og kommuner involveres i tilrettelæggelsen af indholdet i det integrerede behandlingsforløb.</p> <p><i>Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom</i></p>	<p>køb af IT-udstyr. Kan præciseres på s. 7 under afsnit om hjemmemonitorering mv.</p> <p>Bærende principper for samarbejdet</p> <p><i>Fælles tidlige</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den almene forebyggelse fylder kun lidt i Sundhedsaftalen – gælder såvel kommunal sundhedsfremme som det, der foregår i civilsamfund/foreningsliv SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan</li> </ul> <p><i>Implementering og opfølgning</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interessant, hvordan de fine ord omsættes i konkrete handlinger ud hos borgeren.</li> <li>• Ønske om en indikator vedr. ventetid for udredning af psykiske lidelser hos børn og unge Kan trækkes og kan indarbejdes på s. 11 Opfølgning på aftalen drøftes på SSG og SSU</li> </ul>
--	--	---

Her synes at være noget modsatrettet i, at man på den ene side ønsker at styrke ensartetheden i indsatsen til borgere med kroniske lidelser (nederst side 6), samtidig med at man vil have fokus på borgere med størst kompleksitet, (øverst side 7), og derved signalerer en differentieret indsats. Læg dertil visionen om, at indsatsen skal være på borgerens præmisser, hvilket yderligere lægger op til differentieret indsats. Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling Med demografi- og rekrutteringsudfordringer er det oplagt at tænke i velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling, som en del af løsningen på disse udfordringer.

Der skal være en særlig opmærksomhed på at få implementeret velfærdsteknologiske løsninger i bund, førend man laver store investeringer i nye løsninger. Eksempelvis er der stadig et stykke at gå i forhold til implementering af TELEKOL og virtuelle møder.

I relation til lighed i sundhed bør der være en opmærksomhed på de borgere, som har de dårligste forudsætninger i forhold til IT-færdigheder og køb af IT-udstyr. Det er vigtigt, at man ikke får koblet disse borgere af. Såvel Ældreråd som Udsatteråd i Holstebro Kommune understreger vigtigheden heraf i de inputs, de har givet til høringssvaret.

Bærende principper for samarbejdet

*Fælles tidligere*

Generelt fylder den almene forebyggelse kun lidt i Sundhedsaftalen.

Det

gælder både sundhedsfremme i form af kommunale tilbud, men i lige så

høj grad den forebyggelse, som sker i idrætten, kultur og fritidsområdet.

Noget af dette er forankret i kommunerne, men størstedelen er forankret i

civilsamfundet og foreningslivet, som spiller en stor rolle i borgernes sundhed. Ældrerådet nævner ligeledes det i de inputs, de har givet til høringssvaret.



	<p>Det er i den forbindelse værd at huske, at sundhed skal ses bredere end blot fraværet af sygdom.</p> <p><i>Implementering og opfølgning</i> I og med at en sundhedsaftale er formuleret i generelle termer og på et overordnet niveau, er det selvsagt interessant, hvordan de fine ord bliver omsat i konkrete handlinger ud hos borgeren. Det er således i de enkelte borger/patientforløb, at aftalen skal vise sit værd for at komme borgeren til gavn.</p> <p>I forhold til målsætninger og underliggende indikatorer savnes en indikator omkring ventetiden for udredningen af psykiske lidelser hos børn og unge. Den synes vigtig i forhold til indsatsområdet omkring psykiatri og trivsel.</p>	
<b>Horsens Kommune</b>	Byrådet har godkendt høringssvar til Sundhedsaftalen uden kommentarer.	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aftaleudkastet er godkendt uden kommentarer.</li> </ul>
<b>Ikast-Brande Kommune</b>	<p><b>Psykiatri og trivsel</b> Positivt, at man fastholder fokus på psykiatri og trivsel. Dette hænger godt sammen med 10-års planen for Psykiatrien og det aktuelle arbejde i de nye sundhedsklynger.</p> <p>Ikast-Brande Kommune opfordrer til, at man i arbejdet med trivsel og psykiatri anlægger en bred sundhedsforståelse, hvor der er fokus på det gode liv i fællesskaber og ikke kun fraværet af klinisk sygdom. Det gælder ikke mindst, når man skal udvælge indikatorer til følge udviklingen med.</p> <p>Det er generelt positivt, at man ønsker at undgå parallelle forløb. Ikast-Brande Kommune må dog gøre opmærksom på, at særligt når det gælder børn og unge, der er omfattet af Børne og Ungdomspsykiatrien, er erfaringerne indtil nu, at det er svært få behandling og indsatser til at være integreret.</p> <p>Ikast-Brande Kommune opfordrer videre til, at man i arbejdet med psykiatri og trivsel foruden børn og unge og mennesker med svær</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <p><i>Ift. trivsel og psykiatri:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positivt at fokus på psykiatri og trivsel fastholdes</li> <li>• Vigtigt med bred sundhedsforståelse (ikke kun fokus på fravær af klinisk sygdom) – herunder ift. udviklingsindikatorer.</li> <li>• Foreløbige erfaringer ift. børn og unge omfattet af Børne og Ungdomspsykiatrien: Svært at få behandling og indsatser integreret.</li> <li>• Inkludering af tredje målgruppe: ældre borgere med demenssygdomme og behov for hjælp fra gerontopsykiatrien, i arbejdet med psykiatri og trivsel. <b>Forslag om 3. målgruppe (ældre med demens) under psykiatri og trivsel</b></li> <li>• Oplagt at klyngerne tager populationsansvar for mennesker med demens ifm. implementering af sundhedsaftalen.</li> </ul>

psykisk sygdom også inkluderer en tredje målgruppe bestående af ældre borgere med demenssygdomme og behov for hjælp fra gerontopsykatrien. Målgruppen er i hastig vækst, og adskiller sig fra den almene psykiatri, bl.a. fordi ældre reagerer anderledes på medicin og hyppigere har somatiske sygdomme. De fleste borgere med demens klarer sig med støtte og hjælp fra kommunerne, men da ventetiderne på udredning er voldsomme, mister de udsatte borgere mulighed for afhjælpende og forebyggende indsatser. I implementeringen af sundhedsaftalen vil det være oplagt at klyngerne tager et populationsansvar for mennesker med demens – både i forhold til at sikre sammenhængende tværsektorielle forløb (mennesker med demens er ekstra udsatte for at opleve utryghed og mangel på sammenhæng), relevante tilbud på tværs af kommuner (måske særligt ift. udvalgte grupper, fx yngre med demens) og ift. forebyggelse af udvikling og forværring af demens.

#### **Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling**

Positivt, at velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling løftes op som et fælles indsatsområde. Med velfærdsteknologi kan man rykke udvalgte indsatser helt ud i borgerens hjem, hvilket ofte vil være til gavn for både borgeren og den samlede ressourceudnyttelse. I en tid med ressourceknaphed i sundhedsvæsenet er det dog vigtigt, at velfærdsteknologi tjener begge formål.

Det samme gælder, når Sundhedssamarbejdsudvalget lægger op til et større fokus på at borgeren skal støttes i at klare mest muligt selv. Dette handler om, at vi skal have et sundhedsvæsen på borgernes præmisser, men det handler også om at sikre en forventningsafstemning med borgerne om, hvad de selv skal gøre, og hvilken service de kan forvente fra hospital, kommuner og almen praksis inden for den ressourceramme, det samlede sundhedsvæsen har til rådighed.

I det daglige kunne vi som kommune eksempelvis håbe, at det slår igennem i udskrivelsesprocessen ved en italesættelse fra hospitalets side af, at borgeren kan forvente at skulle i kommunal sygeplejeklinik frem for altid at modtage besøg fra hjemmesygeplejen.

Det er også positivt, at datadeling indgår som et element i ovenstående indsatsområde, da alle parter har brug for mest mulig viden om de borgere, som man skal pleje og behandle. Ikast- Brande Kommune er dog nødt til at gøre opmærksom på, at vi som kommuner aktuelt er meget dårligt stillet på dette punkt, da Sundhedsdatastyrelsen kun stiller et minimum af data om sygehusbehandlinger til rådighed for kommunerne. Det er godt med regionale ambitioner, men vi er afhængige af, at der fra statslig side

#### *Ift. Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling:*

- Positivt at velfærdsteknologi mv. gøres til fælles indsatsområde
  - Velfærdsteknologi skal tjene både borgeren og den samlede ressourceudnyttelse.
  - Forventningsafstemning med borgerne om, hvad de selv skal gøre, og hvilken service de kan forvente inden for den samlede ressourceramme.
  - Obs. på, at kommunerne aktuelt er dårligt stillet ift. datadeling. Minimum af data om sygehusbehandlinger stilles til rådighed for kommunerne.
  - Obs. på den ressourcemæssige betydning for kommunerne, når opgaverne i sundhedsvæsenet i større omfang skal løses tættere på borgeren. Forventning om, at princippet om fair balance i økonomien mellem kommuner og region efterleves i det daglige samarbejde.
- Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.**

	<p>bliver leveret på de aftaler om datadeling, der tidligere er blevet indgået som led i bl.a. økonomiaftalerne.</p> <p><b>Fair balance i økonomien mellem kommuner og region</b>  Afslutningsvis er Ikast-Brande Kommune meget opmærksom på, hvilken ressourcemæssige betydning det kan få for kommunerne, at opgaverne i sundhedsvæsenet i større omfang skal løses tættere på borgeren. Det er i den forbindelse Ikast-Brande Kommunes klare forventning, at princippet om fair balance i økonomien mellem kommuner og region vil blive efterlevet i det daglige samarbejde.</p>	
<p><b>Lemvig Kommune</b>  Social- og Sundhedsudvalget</p>	<p>Gode og relevante visioner og målsætninger i aftalen.</p> <p>Stort arbejde i at få vision og målsætninger udmøntet i konkrete handlinger.</p> <p>Handlinger bør defineres med øje for allerede igangværende indsatser samt de ressourcer, der er til rådighed i det samlede sundhedsvæsen.</p> <p>Foreslår, at en del af arbejdet med at give Sundhedsaftalen 2024-2027 "ben at gå på" kan placeres i det eksisterende klyngesamarbejde, som allerede er i gang med at løfte indsatser, der taler ind i Sundhedsaftalen.</p> <p>Det sammenhængende sundhedsvæsen kræver et samlet fokus på ressourcer, kompetencer og ansvarsområder. Ved ændring i opgavefordelingen bør ressourcerne medtænkes.</p> <p>Følgende mere konkrete opmærksomheder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedsaftalen har fokus på geografisk lighed og på at skabe tilgængelighed, uanset hvor borgeren bor. Lemvig er en geografisk stor kommune placeret i vandkanten, og nærhed i sundhedstilbud er derfor et vedvarende fokusområde. Fra Lemvig Kommunes perspektiv er geografisk lighed derfor et fokus, der hilses velkomment. Lemvig Kommune og regionen har med en investering i det tidligere Lemvig Sygehus fået mulighed for at bringe en række kommunale og regionale tilbud under samme tag. Det har medført et styrket samarbejde på tværs af sektorer. Lemvig Kommune ser mulighed i at udvide dette samarbejde yderligere til gavn og glæde for både borgere og fagpersonale.</li> <li>• Indsatsområdet omkring "Psykiatri og trivsel", hvor fokus er at udvikle og forbedre den nære psykiatri. Et fokus, som Lemvig</li> </ul>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gode og relevante visioner og målsætninger i aftalen.</li> <li>• Vision og målsætninger skal udmøntes i konkrete handlinger.</li> <li>• Handlinger bør defineres med øje for igangværende indsatser og tilgængelige ressourcer i det samlede sundhedsvæsen.  Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen</li> <li>• Ressourcer skal følge med i tilfælde af ændret opgavefordeling.  Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.</li> <li>• Gi' Sundhedsaftalen "ben at gå på" ved at placere i det eksisterende klyngesamarbejde.  Kan præciseres i boksen med overordnede rammer på s. 2 + på s. 13 i afsnit om implementering og opfølgning</li> <li>• Hvis aftale indebærer, at nogle borgere skal tilbydes mindre, ønskes tydeligere formulering af dette.</li> </ul>

	<p>Kommune mener der er behov for, om end vi ved, at det kan blive en svær opgave.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Af høringsudkastet fremgår "Samtidig har vi øje for at tilbyde mere støtte og koordinering til de borgere, der har behov for det". Hvis det i praksis betyder, at andre skal tilbydes mindre, så ønskes der en tydeligere formulering af dette. Eventuel med henvisning til, at for at skabe lighed i sundhed, vil der nogle borgere, der fremover ikke får de tilbud, de modtager nu.</li> </ul> <p>Nysgerrighed på hvilke konkrete handlinger, der ligger under initiativerne.</p>	
<p><b>Norrdjurs Kommune</b> Voksen- og plejeudvalget</p>	<p>Overordnet vurderer Norrdjurs Kommune, at udkast til sundhedsaftalen danner en god ramme for den videre udvikling af et nært, tilgængeligt og sammenhængende sundhedsvæsen i balance.</p> <p>Norrdjurs Kommune kan tilslutte sig de centrale omdrejningspunkter i sundhedsaftalen; dets visioner, de aktuelle indsatsområder og fælles målsætninger, de bærende principper for samarbejdet, de nationale mål og lokale målsætninger samt implementeringsdelen og opfølgningen heraf.</p> <p>Vedrørende "Bærende principper for samarbejdet" (afsnit 4), er der i delafsnittet "Fælles tidlige" beskrevet en ambition om at styrke indsatsen i det nære sundhedsvæsen, så borgerne modtager behandling, pleje og rehabilitering tæt på eller i eget hjem. Norrdjurs Kommune foreslår, at der sættes mere fokus på tidlige forebyggelsestiltag, så borgere kan få den rette hjælp, inden de bliver gjort til patienter.</p> <p>Ser frem til den videre proces med den konkrete udmøntning og implementering af sundhedsaftalen.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• God ramme for den videre udvikling af et nært, tilgængeligt og sammenhængende sundhedsvæsen i balance.</li> </ul> <p>Bærende princip for samarbejdet – Fælles tidlige</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ønske at der sættes mere fokus på tidlige forebyggelsestiltag, så borgere kan få den rette hjælp, inden de bliver gjort til patienter. <b>SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan</b></li> </ul>
<p><b>Odder Kommune</b> Seniorrådet, Handicaprådet, fagområder samt Udvalget for Sundhed og Voksne.</p>	<p><b>Generelle bemærkninger</b></p> <p>Odder Kommune ser gode og relevante visioner, indsatser og målsætninger samt bærende principper for samarbejdet i høringsversionen af Sundhedsaftalen 2024-2027.</p> <p>Høringsversionen af Sundhedsaftalen 2024-2027 synes at føre flere intentioner videre fra den nuværende sundhedsaftale, fx visionen om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gode og relevante visioner, indsatser og målsætninger samt bærende principper for samarbejdet</li> <li>• At vision om 'lighed i sundhed' samt indsatsområdet 'fælles investering i forebyggelse' i nuv. sundhedsaftale adresseres tydeligere i den kommende sundhedsaftale. <b>SSU drøfte om lighed i sundhed og forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan.</b></li> </ul>

Odder Kommune kunne ønske sig, at visionen om 'lighed i sundhed' samt indsatsområdet 'fælles investering i forebyggelse' i den nuværende sundhedsaftale blev adresseret tydeligere i den kommende sundhedsaftale.

Lighed i sundhed samt forebyggelse er fortsat områder, som bør prioriteres, for at imødekomme udviklingen med stadigt stigende udgifter til behandling, pleje, sygefravær og overførselsindkomster.

#### **Bemærkninger til visioner**

Odder Kommune bakker op om de beskrevne visioner.

Odder Kommune kunne tilføje "et sundhedsvæsen i forandring" for på den måde at støtte op om frontmedarbejderne, når de møder borgernes og pårørendes nuværende måde at anskue den hjælp, man traditionelt har fået fra det offentlige sundhedsvæsen.

Odder Kommune anerkender behovet for og ambitionen om sundhedsaftalens vision om et sammenhængende sundhedsvæsen. Odder Kommune genkender, at der i dag er flere ældre, flere med kroniske sygdomme og især flere med psykiatriske problemstillinger, som ofte har behandlingsforløb på tværs af specialer og sektorer. Samtidig møder Odder Kommune flere borgere med misbrug og sociale udfordringer, som påvirker deres fysiske trivsel og sundhed. Det kræver sammenhæng i indsatserne og fælles koordinering på tværs af sektorer og fagområder at sikre trygge forløb for borgerne.

#### **Bemærkninger til indsatsområder**

Odder Kommune ser positivt på sundhedsaftalens intention om at lade velfærdsteknologi og digitalisering indgå som en større del af opgaveløsningen.

Odder Kommune har gode erfaringer med teknologiske løsninger, som tages godt i mod af borgerne og som opleves at understøtte borgernes selvstændighed.

Kvaliteten af de teknologiske løsninger

- Tilføje "et sundhedsvæsen i forandring" til de allerede beskrevne visioner mhp. at støtte frontmedarbejdere i mødet med borgere og pårørende.  
*Kan tilføjes i visionen 'Et sundhedsvæsen i balance'.*
- Tydeligere fremhævelse af velfærdsteknologi og digitalisering som en prioritet i opgaveløsningen.
- Målsætning kunne være, at velfærdsteknologi og digitalisering er førstevalg.  
*Forslag til ny målsætning*
- Samtidig obs. på potentiel ulighed i sundhed.  
*Kan tilføjes på s. 7*
- Mere ambitiøs målsætning om at arbejde mere målrettet, forpligtende og tværgående mhp. forebyggelse af kroniske lidelser.  
*SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan*  
Gavnligt for samarbejdet mellem psykiatri og kommune, hvis parterne får større kendskab til hinandens arbejdsgange og tilbud.  
*Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen*
- Ensretning af forløb og udskrivninger på det psykiatriske område med det somatiske område. Fx ift. hjemsendelse fra hospital med behandlingsplan og elektronisk overlevering.  
*Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen*
- Større grad af skelnen mellem psykiatri og mistrivsel i afsnittet om børn og unges trivsel.  
*Kan præciseres på s. 6.*
- Afsnit side 6 "Vi sætter i vores samarbejde særligt fokus på..." kan med fordel udelades.
- Rekruttering og fastholdelse af medarbejdere på sundhedsområdet bør indgå som fokusområde i sundhedsaftalen.  
*Drøftes på SSG og SSU*

Sundhedsaftalens princip om at sikre fair balance i økonomien mellem kommuner og region hilses velkomment – pengene bør følge opgaven, uanset sektor.

	<p>øges for både borgere og medarbejdere, når løsninger understøttes af et fagligt funderet servicecenter, der letter brugen af løsninger, hvilket bør tænkes med, når ny teknologi tages i brug.</p> <p>Odder Kommune kunne ønske, at sundhedsaftalen tydeligere fremhæver velfærdsteknologi og digitalisering som en prioritet i opgaveløsningen.</p> <p>Målsætningen under dette indsatsområde kunne være, at velfærdsteknologi og digitalisering er første valg. Samtidig bør der være opmærksomhed på, at ældre borgere, som ikke er fortrolige med tekniske hjælpemidler og digitalisering, kan få den samme behandling og det samme tilbud som andre borgere, og derved sikre lighed i sundhed.</p> <p>Under indsatsområdet vedrørende sammenhæng for borgere med kronisk sygdom bifalder Odder Kommune sundhedsaftalens målsætning om at nedbringe antallet af akutte indlæggelser for målgruppen. Odder Kommune savner dog en mere ambitiøs målsætning om at arbejde mere målrettet, forpligtende og tværgående for at forebygge, at kroniske lidelser opstår.</p> <p>Odder Kommune anerkender sundhedsaftalens fokus på indsatsområdet psykiatri og trivsel, som adresserer et stigende problem. Odder Kommune bemærker, at det vil gavne samarbejdet mellem psykiatri og kommune, hvis parterne får større kendskab til hinandens arbejdsgange og tilbud.</p> <p>Odder Kommune ser gerne, at forløb og udskrivninger på det psykiatriske område ensrettes med det somatiske område. For eksempel at borgere indlagt på psykiatrisk afdeling på sygehuset hjemsendes med en behandlingsplan og med en elektronisk overlevering som på somatiske afdelinger.</p> <p>Odder Kommune fremfører et ønske om, at sundhedsaftalen i større grad skelner mellem psykiatri og mistrivsel. I afsnittet om børn og unges trivsel bør der skelnes tydeligere mellem</p>	<p>Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.</p>
--	---	---

	<p>børn og unge med mistrivsel, og børn og unge med en psykisk lidelse, i stedet for at beskrive dem som en samlet gruppe.</p> <p>Afsnittet på side 6 "Vi sætter i vores samarbejde særligt fokus på..." kan med fordel udelades.</p> <p>Odder Kommune ønsker desuden at gøre opmærksom på, at rekruttering og fastholdelse af medarbejdere på sundhedsområdet er afgørende for at indsatsernes målsætninger nås, og derfor bør dette indgå som et fokusområde i sundhedsaftalen.</p> <p><b>Bemærkninger til bærende principper</b> Sundhedsaftalens princip om at sikre fair balance i økonomien mellem kommuner og region hilses velkomment ud fra den forventning, at pengene følger borgeren og opgaven, som det for eksempel skete i forbindelse med IV-aftalen og opgaveoverdragelsen til kommunerne i forbindelse hermed. Pengene bør følge opgaven, uanset hvilken sektor det omhandler: kommune, region eller almen praksis.</p>	
<p><b>Randers Kommune</b> Sundheds- idræts- og kulturudvalget samt omsorgsudvalget</p>	<p>Randers kommune bakker op om det fremsendte høringsudkast til ny sundhedsaftale mellem kommunerne og Region Midtjylland.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opbakning til aftaleudkastet.</li> </ul>
<p><b>Ringkøbing-Skjern Kommune</b> Børne- og Familieudvalget, Social- og Sundhedsudvalget og Handicaprådet</p>	<p><u>Børne- og Familieudvalget</u></p> <p>Børne- og Familieudvalget bemærker, at Sundhedsaftalen indeholder relevante og centrale samarbejdsflader på tværs af hospitaler, kommuner og praksissektor. Udvalget har derudover følgende bemærkninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ift. datadeling ønskes en opmærksomhed på, hvordan vi undgår dobbeltregistreringer (hvis data skal registreres i både det kommunale fagsystem samt i et system, der kan dele informationer på tværs af sektorer).</li> <li>• Der gøres samtidig opmærksom på, at målsætningen omkring datadeling ikke får økonomiske konsekvenser for kommunerne fx i form af licenser til et tværfagligt registreringssystem.</li> <li>• Ift. virtuelle løsninger bemærkes en bekymring for vægtning af borgernes behov.</li> </ul>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <p>B&amp;F-udvalget:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aftaleudkastet indeholder relevante og centrale samarbejds/snitflader mellem sektorerne.</li> <li>• Ift. datadeling: Obs. på at undgå dobbeltregistrering.</li> <li>• Målsætning vedr. datadeling: Må ikke få kommunale, økonomiske konsekvenser.</li> <li>• Obs. på vægtning af borgernes behov ift. virtuelle løsninger.</li> <li>• Obs. på merforbrug ell. reduktion i nuv. opgaveportefølje, hvis kommunerne får nye opgaver.</li> </ul> <p>Opmærksomhedspunkter ifm. udmøntning af aftalen.</p> <p>S&amp;S-udvalget:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opbakning til visioner og indsatsområder.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvalget anerkender afsnittet om økonomisk klarhed og fair balance, som er et vigtigt element i Sundhedsaftalen og afledte samarbejdsaftaler. Det er usikkert, hvilken økonomisk betydning Sundhedsaftalen får for kommunerne. Faktum er, at når kommunen skal løse opgaver, de ikke plejer at løse, vil det give et merforbrug eller medføre en reduktion i nuværende opgaver.</li> </ul> <p><u>Social- og Sundhedsudvalget</u></p> <p>Social- og Sundhedsudvalget kvitterer for muligheden for at afgive høringsvar til Sundhedsaftalen 2024-2027.</p> <p>Social- og Sundhedsudvalget bakker op om visionerne og indsatsområderne i Sundhedsaftalen 2024-2027.</p> <p>Social- og Sundhedsudvalget ønsker imidlertid et mere konkret fokus på forebyggelse og tidlig indsats, da det betragtes som en grundlæggende nødvendighed for at få vendt udviklingen, så der i fremtiden kommer færre med alvorlig kronisk og multisygdom og med psykiske lidelser. En vinkel i den forebyggende indsats kan også være et øget fokus på pårørende.</p> <p><u>Handicaprådet</u></p> <p>Handicaprådet har på deres møde den 8. juni 2023 behandlet materialet vedr. Sundhedsaftalen og udtaler, at det er godt, at der er fokus på borgerne, og at der er gode elementer i aftalen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ønske om mere konkret fokus på forebyggelse og tidlig indsats – herunder mulig vinkel på de pårørende.</li> </ul> <p>SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan</p> <p>Handicaprådet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gode elementer i aftalen. Positivt med borgerfokus.</li> </ul>
<p><b>Samsø Kommune</b></p>	<p>Samsø Kommune bakker generelt op om udkastet til Sundhedsaftalen 2024-2027 og de indsatsområder, som aftalen kredser om.</p> <p>Det er vigtigt, at vi tager afgørende skridt i retning af at arbejde mere på tværs og bekæmpe ulighed i sundhed.</p> <p>Vi skal sikre, at sundheds- og samarbejdsaftaler har et prioriteret fokus, og at de implementeres i bund før nye projekter igangsættes.</p> <p>Der er grænser for, hvor mange sundheds- og samarbejdsaftaler særligt de mindste kommuner, kan implementere</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generel opbakning til aftaleudkastet og skitserede indsatsområder.</li> <li>• Vigtig med afgørende skridt ift. at arbejde mere på tværs og bekæmpe ulighed i sundhed SSU drøfte om lighed i sundhed skal fremhæves yderligere – og hvordan.</li> <li>• Fokus på at sikre, at sundhedsftaler gives prioriteret fokus og implementeres tilbundsgående. Opmærksomhedspunkter ifm. udmøntning af aftalen.</li> </ul>



samtidigt.

Som ø-kommune har vi nogle særlige rammevilkår, der udfordrer løsningen af visse sundhedsopgaver og fordrer en klar prioritering i opgaveløsningen.

Trods det, at Sundhedsaftalen primært henvender sig til politikere samt ledelsessystemet i kommuner, region og praksissektor, mener vi, at Sundhedsaftalen med fordel kan skrives mere borgerrettet eller med borgeren i centrum.

Ift. indsatsområdet om børn og unges trivsel bifalder Samsø Kommune

visionen om et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen, hvor behandlinger griber så lidt som muligt ind i den unges hverdag. Det vil være et velkomment fremskridt, at behandlingen foregår i nære omgivelser, på Samsø, eller digitalt i den unges eget hjem.

Forebyggelse og sammenhængende indsatser er vigtige parametre for at nå frem til målsætningen om at mindske mistrivsel og forbedre den mentale sundhed hos børn og unge, herunder unge med psykiske handicap. Dette sammenholdt med Sundhedsaftalens vision om, sammen med b.la. kommunerne i regionen, at initiere en ekstra indsats med fokus rettet mod børn og unges mistrivsel, bifalder vi og ser frem til at tage del i.

Samsø Kommune bakker også op om sundhedsaftalens fokus på samarbejde om velfærdsteknologi og digitale løsninger. Der er behov for en styrkelse af virtuelle konsultationer til yderområderne i Region Midt, ligesom det er vigtigt at alle borgergrupper, herunder ældre borgere, støttes til at benytte sig af virtuelle løsninger.

Det er vigtigt, at der er overensstemmelse mellem de forventninger Regionen stiller på området og det niveau af digitaliseringstilbud, som kommunerne kan leve op til. Der er en grænse for hvor specialiserede

- Obs. på de mindste kommuners kapacitet ift. antal sundhedsaftaler, der skal impl. samtidigt.
- Aftalen kan med fordel skrives mere borgerrettet/med borgere i centrum.
- Ift. børn og unges trivsel: Kærkomment hvis behandlingen kan foregå i nære omgivelser eller digitalt i den unges eget hjem.
- Behov for en styrkelse af virtuelle konsultationer til yderområderne i regionen ligesom det er vigtigt at alle borgergrupper, herunder ældre borgere, støttes til at benytte sig af virtuelle løsninger.  
*Kan tilføjes på s. 7*
- Vigtigt med forventningsafstemning mellem region og kommuner ift. det niveau af digitaliseringstilbud, kommunerne kan leve op til.

	digitale løsninger de mindste kommuner i regionen kan tilbyde.	
<p><b>Silkeborg Kommune</b></p>	<p>Aftalen ligger i tydelig forlængelse af den nuværende aftale med prioritering af få, klare indsatsområder og med fokus på at optimere snitfladen mellem sundhedsvæsenets parter til gavn for borgerne.</p> <p>Endelig har aftalen en klar ambition om at nedbringe den sociale ulighed i sundhed – en ambition som Silkeborg Kommune deler, og som fordrer endnu større grad af differentierede indsatser.</p> <p>Samtidig glæder Silkeborg Kommune sig over, at børn træder tydeligere frem i aftalen, ligesom civilsamfundet også inviteres ind i opgaveløsningen, hvilket dog gerne må fremgå endnu tydeligere.</p> <p>Silkeborg Kommune savner, at aftalen tydeliggør de ændringer, der i øjeblikket sker i sundhedsvæsenet. Det gælder hastigheden i accelererede forløb samt kompleksiteten i de borgere, der modtages i kommunerne. Det fordrer et skarpt blik for at fremme planlagt opgaveoverdragelse, der hvor det er relevant. Derfor er kommunen også glad for afsnittet om, at de økonomiske konsekvenser skal indgå i et fælles beslutningsgrundlag, når opgaver skifter sektor.</p> <p>Silkeborg Kommune bakker op om aftalens tre indsatsområder med følgende bemærkninger:</p> <p><b>Psykatri og trivsel</b> Mange borgere med psykiatriske lidelser har samtidig somatisk sygdom, og konsekvenserne af de somatiske sygdomme er ofte årsagen til en væsentlig kortere middellevetid end resten af befolkningen. Derfor bør aftalen adressere, at der tværsektorielt tages hånd om både psykiatriske og somatiske problemstillinger for voksne med svær psykisk lidelse.</p> <p><b>Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom</b> Silkeborg Kommune savner i aftalen en klar og gensidigt forpligtende indsats i forhold til forebyggelse. Det foreslås, at forebyggelse skrives ind i indsatsområdet: Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom. Det er relevant at fokusere på borgere med kroniske sygdomme, og særligt set i lyset af demografi bør region og kommuner og almen praksis i fællesskab satse mere på forebyggelse. Ingen af aftalens parter kan lykkes med opgaven alene – derfor bør</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klar videreføring af nuv. aftale med prioritering af få, klare indsatsområder.</li> <li>• Deler den klare ambition om at nedbringe ulighed i sundhed.</li> <li>• Generel opbakning til indsatsområder.</li> <li>• Må gerne fremgå endnu tydeligere, at civilsamfundet inviteres ind i opgaveløsningen. <i>Drøftes på SSG og SSU</i></li> <li>• Savner, at aftalen tydeliggør de ændringer, der i øjeblikket sker i sundhedsvæsenet (hastighed og kompleksitet). <i>Formuleringen 'et sundhedsvæsen i forandring' kan indarbejdes i visionen om 'et sundhedsvæsen i balance.</i></li> <li>• Aftalen bør adressere, at der tværsektorielt tages hånd om både psykiatriske og somatiske problemstillinger for voksne med svær psykisk lidelse. <i>Kan præciseres på s. 6</i></li> <li>• Savner klar og gensidigt forpligtende indsats i forhold til forebyggelse.</li> <li>• Foreslår, at forebyggelse skrives ind i indsatsområdet: <i>Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom.</i></li> <li>• Forebyggelse bør fremgå som fælles indsats med klare og forpligtende mål i det tværsektorielle samarbejde. <i>SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan</i></li> <li>• Ift. at tænke i nye tilgange – herunder i nye digitale løsninger: Opmærksomhed på, at de nye tilgange også implementeres inden for det kommunale socialområde.</li> <li>• Vanskeligt at sikre sammenhæng mellem målsætninger og indikatorer - fx svært at måle på styrket samarbejde om borgere med størst behov for støtte.</li> <li>• Bemærkes, at enkelte målsætninger ikke har tilhørende indikatorer. <i>Opfølgning på aftalen drøftes på SSG og SSU</i></li> </ul>

	<p>forebyggelse fremgå som fælles indsats med klare og forpligtende mål – uagtet at kommuner og region har forskellige roller i forhold til forebyggelse. Fx har rygere og eksrygere 2,6 mio. ekstra kontakter til alment praktiserende læge om året og 150.000 ekstra somatiske indlæggelser om året. Det kan ændres ved en fælles satsning på forebyggelse.</p> <p><b>Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling</b>  Det er positivt, at aftalen adresserer behovet for at tænke i nye digitale løsninger – et emne som Silkeborg Kommune er meget optaget af i forsøg på at finde nye veje for at imødekomme de demografiske udfordringer og honorere borgernes forventninger.</p> <p>Teknologi, digitalisering og datadeling er nødvendigt for at imødegå vækst af opgaver, der skal løses i kommunerne og det flow, opgaver skal løses i. Det fordrer, at både kommuner og hospitaler finder nye måder at løse opgaverne på – fx hospitalsindlæggelse i eget hjem, hjemmemonitorering og digitale konsultationer.</p> <p>Der bør være opmærksomhed på at sikre, at de nye tilgange også implementeres inden for socialområdet i kommunerne.</p> <p><b>Mål:</b>  Det er positivt, at der også i denne sundhedsaftale er udarbejdet målsætninger og indikatorer i sammenhæng med de 8 nationale mål for sundhedsvæsenet. Dog kan det være vanskeligt at sikre sammenhæng mellem målsætninger og indikatorer, hvilket kan gøre det svært at følge udviklingen og dermed gøre de fælles målsætninger forpligtende. Fx kan det være svært at måle på styrket samarbejde om borgere med størst behov for støtte. Det bemærkes da også, at enkelte målsætninger ikke har tilhørende indikatorer.</p>	
<p><b>Skanderborg Kommune</b></p>	<p>Skanderborg Kommune ser overordnet meget positivt på forslaget til Sundhedsaftalen 2024-2027 "Nærhed, tilgængelighed og sammenhæng for borgeren – et sundhedsvæsen i balance", og støtter op om aftalens visioner, indsatsområder, målsætninger og principper.</p> <p>Dog mener Skanderborg Kommune, at en ny sundhedsaftale bør have et større fokus på forebyggelse og dermed afspejle et bredt sundhedsbegreb.</p> <p>Hermed følger Skanderborg Kommunes bemærkninger og</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser overordnet meget positivt på aftaleudkastet.</li> <li>• Ønske om større fokus på forebyggelse og dermed afspejle et bredt sundhedsbegreb.  SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan</li> </ul> <p><i>Ift. forebyggelse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsat vigtigt at prioritere borgerrettet og patientrettet forebyggelse i en ny sundhedsaftale.</li> </ul>

opmærksomhedspunkter samt forslag til tilføjelser til en ny sundhedsaftale.

### Forebyggelse

I gældende sundhedsaftale er forebyggelse et selvstændigt indsatsområde. Skanderborg Kommune mener, at det fortsat er vigtigt at prioritere borgerrettet og patientrettet forebyggelse i en ny sundhedsaftale. Bl.a. ved fortsat at investere i forebyggelse i forhold til borgere i alle aldre og i forhold til fysisk og mental sundhed kan vi imødekomme udviklingen med stadigt stigende udgifter i sundhedsvæsenet.

En tværgående forebyggelsesindsats vil kunne understøtte tidlig opsporing af borgere i risiko for at udvikle mistrivsel og sygdom samt forbygge yderligere sygdom hos borgere med kronisk sygdom.

Borgernes sundhed er et fælles ansvar, og alle parter har et ansvar, når det drejer sig om forebyggelse. Kommunerne står for de enkelte sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser og hospitalerne og praktiserende læger har en vigtig rolle i forhold til at agere proaktivt og forebyggende ved tidlig opsporing og henvisning, bl.a. til kommunale forebyggelses-, sundheds- og rehabiliteringstilbud. Derudover understøtter hospitaler med specialiseret ekspertise og sparring til kommuner og praktiserende læger.

Skanderborg Kommune lægger vægt på, at den seneste befolkningsundersøgelse, Hvordan Har Du Det? 2021, understreger behovet for en tværgående forebyggelsesindsats, og at vi også i Skanderborg Kommune står overfor tværgående udfordringer, bl.a. i forhold til den mentale trivsel og ensomhed. Derfor ønsker Skanderborg Kommune et øget fokus på forebyggelse af stress, angst og depression samt et styrket samarbejde om målgrupperne.

Skanderborg Kommune stiller sig gerne til rådighed som pilotkommune i forhold til kommende tiltag på forebyggelsesområdet.

### Specifikke bemærkninger til udvalgte afsnit

#### Forord

Skanderborg Kommuner opfordrer til, at "borgerbegrebet" præciseres, så det tydeligt fremgår, at børn og unge er inkluderet i sundhedsaftalen og de prioriterede indsatsområder. Dette for at understøtte en lighed i prioriteringer og målgrupper, der udarbejdes indsatser for.

#### Visioner

- Behov for en tværgående forebyggelsesindsats.
  - Øget fokus på forebyggelse af stress, angst og depression samt et styrket samarbejde om målgrupperne.
- SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan**

*Under "Forord":*

- Præcisering af "borgerbegrebet" - skal fremgå, at børn og unge er inkluderet i sundhedsaftalen og de prioriterede indsatsområder.

*Under "Visioner":*

- anbefaler, at den nye definition af rehabilitering fra Hvidbog om rehabilitering, udgivet af Rehabiliteringsforum Danmark 2022, skrives ind i visionen.
  - Vigtigheden af at arbejde mod større lighed i sundhed kan med fordel tydeliggøres.
- SSU drøfte om lighed i sundhed skal fremhæves yderligere – og hvordan.**
- Særlig opmærksomhed på borgere med begrænsede sundhedskompetencer.
  - Særlig opmærksomhed på borgere med flygtninge- og indvandrerbaggrund – pga. mulige sprogvanskeligheder.
  - Opmærksomhed på, at digitalisering ikke bidrager til lighed i sundhed for alle borgere.
- Kan tilføjes på s. 7**
- Mere konkret beskrivelse af indholdet af et styrket samarbejde med civilsamfundet.

*Under indsatsområder:*

*Psykisatri og Trivsel:*

- Ny sundhedsaftale skal knytte an til eksisterende udviklingsarbejde – henviser særligt til implementering af Samarbejdsaftale om børn og unge i psykisk mistrivsel.
  - Bør præciseres med konkrete initiativer i beskrivelsen af indsatsen, hvordan indsatsen udmøntes.
- SSU udarbejder løbende handleplan for udmøntning af sundhedsaftalen det kommende år.**

Skanderborg Kommune påskønner, at sundhedsaftalen lægger op til, at indsatser tager udgangspunkt i borgerens mestringsevne, egen træning m.v. og derved understøtter borgerens mulighed for indflydelse på og ansvar for eget liv og sundhed.

Kommunen anbefaler, at den nye definition af rehabilitering fra Hvidbog om rehabilitering, udgivet af Rehabiliteringsforum Danmark 2022, skrives ind i visionen.

I forhold til visionen om et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen kan digitale løsninger være en god indgang til sundhedsvæsenet for at øge tilgængeligheden.

I afsnittet om et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen, kan vigtigheden af at arbejde mod større lighed i sundhed med fordel tydeliggøres.

Det er vigtigt at have en særlig opmærksomhed på borgere med begrænsede sundhedskompetencer, f.eks. borgere med kognitive og psykiske funktionsnedsættelser samt borgere med udviklingshæmning. Der bør også være en særlig opmærksomhed på borgere med flygtninge- og indvandrerbaggrund, idet de kan opleve sproglige udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet.

Ligeledes ønskes en opmærksomhed på, at digitalisering ikke bidrager til lighed i sundhed for alle borgere.

Skanderborg Kommune finder det positivt, at der i sundhedsaftalen også opfordres til at tænke nyt, herunder en større grad af inddragelse af civilsamfundet.

Der er et stort potentiale i et stærkere samarbejde med civilsamfundet. Indholdet af et styrket samarbejde kan med fordel beskrives mere konkret. Når civilsamfundet inviteres ind til at medvirke til at løfte opgaver, er det vigtigt, at alle parter sikres gode og tydelige rammer for samarbejdet.

#### **Indsatsområder**

Ift. indsatsområdet Psykiatri og trivsel – børn og unges trivsel - er det vigtigt, at en ny sundhedsaftale knytter an til det eksisterende udviklingsarbejde. Her tænkes særligt på implementering af Samarbejdsaftale om børn og unge i psykisk mistrivsel, som trådte i kraft pr. 1. maj 2023, herunder implementering af anbefalinger i forløbsprogrammer for børn og unge med psykisk sygdom, der vedrører det tværsektorielle samarbejde.

#### *Bærende principper for samarbejdet*

Opmærksomhed på, hvordan der tages hånd om kommunernes økonomiske og ressourcemæssige realiteter – ikke allokeret ressourcer i eksisterende budgetramme til yderligere initiativer i regi af sundhedsaftalen.

**Opmærksomhedspunkter ifm. udmøntning af aftalen.**

#### *Nationale mål og lokale målsætninger*

- Hensigtsmæssigt at gøre sig overvejelser om succeskriterier for målsætningerne.
- Oplagt med indikator ift. børn med kronisk sygdom. Kommunerne har tidl. haft adgang til data herom.

**Opfølgning på aftalen drøftes på SSG og SSU**

#### *Implementering og opfølgning:*

- Opmærksomhed på strukturer, der understøtter intentionerne og klyngesamarbejdet, herunder udmøntning af samarbejdsaftaler (fx varetager RH ikke alle specialer – kan udfordre Horsensklyngen ift. spec. forløbsprogrammer og impl. af samarb.aftaler indenfor disse).
- Bør arbejdes fokuseret og specifikt med, hvordan målsætningerne indfries, bl.a. i klyngesammenhæng.
- Ønsker yderligere præcisering af klyngernes rolle og deres forpligtelse.

**Opmærksomhedspunkter ifm. udmøntning af aftalen**  
**Klyngerne kan indskrives tydeligere i opfølgningssafsnittet**

Der er stort potentiale i at styrke samarbejdet om mennesker med svær psykisk sygdom – både hos børn, unge og voksne. I beskrivelsen af indsatsen ønskes det præciseret med konkrete initiativer, hvordan indsatsen udmøntes. Det er vigtigt med et stærkere tværsektorielt samarbejde mhp. at sikre, at borgere med svær psykisk sygdom tilbydes den rette behandling, rehabilitering og støtte. Blandt andet er der i forlængelse af indlæggelser eller som forebyggelse af indlæggelser oftest behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats.

#### **Bærende principper for samarbejdet**

Ift. princippet Økonomisk klarhed og fair balance har Skanderborg Kommune stor opmærksomhed på, hvilke økonomiske konsekvenser aftalen og de deraf forventede indsatser får. Der er ikke allokeret ressourcer i eksisterende budgetramme i forhold til yderligere initiativer i regi af sundhedsaftalen. Der skal således være opmærksomhed på, hvordan der i sundhedsaftalen tages hånd om de økonomiske og ressourcemæssige realiteter i kommunerne.

#### **Nationale mål og lokale målsætninger**

Med henblik på Sundhedssamarbejdsudvalgets løbende opfølgning og evalueringer på aftalens målsætninger vil det være hensigtsmæssigt at gøre sig overvejelser om succeskriterier for målsætningerne.

Skanderborg Kommune bemærker desuden, at kommunerne tidligere har haft adgang til data på børn med kronisk sygdom, som det aktuelt er tilfældet på voksenområdet. Denne mulighed for kvalificeret planlægning på baggrund af data er ikke længere en mulighed i den kommunale praksis på børneområdet, hvilket er en stor mangel. Det kunne være en oplagt indikator at tilføje.

#### **Implementering og opfølgning**

Det er vigtigt med opmærksomhed på strukturer, der understøtter intentionerne og klyngesamarbejdet, herunder udmøntning af samarbejdsaftaler. Eksempelvis varetager Regionshospitalet Horsens ikke alle specialer, hvilket kan udfordre Horsens-klyngen i samarbejdet om forløbsprogrammer og implementering af samarbejdsaftaler for de pågældende områder.

I implementering af sundhedsaftalen bør der arbejdes fokuseret og specifik med, hvordan målsætningerne indfries, bl.a. i klyngesammenhæng. Herudover ønskes en yderligere præcisering af klyngernes rolle og deres forpligtigelse.

	<p>Skanderborg Kommune står naturligvis til rådighed for uddybning af høringssvaret.</p> <p>Skanderborg Kommune ser frem til samarbejdet om en nye sundhedsaftale og til at bidrage aktivt ind i samarbejdet om i fællesskab at løfte borgernes sundhed og trivsel og sikre et nært og sammenhængende sundhedsvæsen.</p>	
<p><b>Skive Kommune</b></p>	<p>Vi har følgende bemærkninger til materialet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedsaftalen sætter retning og rammer for samarbejdet omkring borgere og patienter, i snittet mellem hospital, almen praksis og kommunale sundhedsopgaver.</li> </ul> <p>I afsnittet om børn og unges trivsel finder Skive Kommune dog, at der meget entydigt sættes fokus på den rent kommunale opgave i forhold til tidlig forebyggelse – frem for på snitfladen mellem de forskellige aktører.</p> <p>Vi vil derfor opfordre til at afsnittet omskrives, således at hurtig adgang til udredning og behandling også bliver en del af målsætningen for samarbejdet – og fokus dermed både bliver på tidlig forebyggelse og på tidlig indsats, hvis forebyggelsen ikke i sig selv slår til.</p> <p>I forlængelse af dette vil vi foreslå, at der kommer to yderligere indikatorer på side 11, første boks:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ventetid på udredning for børn og unge under 18 år</li> <li>- Ventetid på behandling for børn og unge under 18 år, henvist til psykiatrien</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtidig opfordrer Skive Kommune til en særlig opmærksomhed på, at den store forskel i befolkningssammensætning og størrelse på kommunerne også giver forskellige forudsætninger for at kunne indgå i aftaler, der forsætter stor kapacitet og specialisering.</li> <li>• Generelt opleves sproget i aftalen som mere tungt og svært tilgængeligt end i den eksisterende aftale. Nogle afsnit kan med fordel gennemskrives med det fokus, f.eks.:</li> </ul> <p>”Udmøntningen af den overordnede fælles retning i sundhedsaftalen til konkrete initiativer aftales og udvikles mellem parterne i aftaleperioden. Dette via udmøntning i konkrete samarbejdsaftaler for specifikke målgrupper/indsatser, prøvehandling mv. Hvis det besluttes, at almen praksis skal varetage nye opgaver, vil det</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meget entydigt fokus på den rent kommunale opgave i forhold til tidlig forebyggelse – frem for på snitfladen mellem de forskellige aktører.</li> <li>• Omskrivning af afsnit vedr. børn og unges trivsel, så hurtig adgang til udredning og behandling bliver en del af målsætningen for samarbejdet – fokus på både tidlig forebyggelse og tidlig indsats. <b>Forslag til målsætning</b></li> <li>• Tilføjelse af 2 indikatorer: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ventetid på udredning for børn og unge under 18 år.</li> <li>- Ventetid på behandling for børn og unge under 18 år, henvist til psykiatrien.</li> </ul> <b>Det er muligt at følge op de to foreslåede indikatorer. Opfølgning på aftalen drøftes på SSG og SSU</b> </li> <li>• Obs. på stor forskel i befolkningssammensætning og størrelse på kommunerne – forskellige forudsætninger for aftaleindgåelse.</li> <li>• Aftaleudkastets sprog er tungere og sværere tilgængeligt end i nuv. aftale – på den baggrund kunne nogle afsnit have gavn af gennemskrivning.</li> </ul>

	eventuelt forudsætte, at der indgås en underliggende aftale, hvor implementering og ressourcer aftales”	
<p><b>Struer Kommune</b></p>	<p>Struer kommune anerkender Sundhedsaftalens visioner, fokusområder, målsætninger og bærende principper for samarbejdet parterne i mellem.</p> <p>Vi vurderer, at Sundhedsaftalen danner et godt fundament for at videreudvikle det nære sundhedsvæsen.</p> <p>Et nært sundhedsvæsen i nærmiljøet er noget af det, som ligger Struer Kommune særligt på sinde. Derfor hilser vi i særdeleshed ambitionerne med at skabe geografisk lighed velkommen, så borgerne har lige adgang til sundhedsydelser uagtet, hvor man er bosat.</p> <p>Borgere i Struer Kommune har, med etablering af Regionshospitalet i Gødstrup, fået længere til flere sundhedsydelser. Med baggrund heri, ser vi frem til at indgå i dialog om, hvordan vi kan genvinde nærhedsprincippet i det nære sundhedsvæsen, bl.a. ved at benytte flere digitale og fleksible løsninger til de borgere, som kan tage vare på egen sundhed og mestre egen sygdom.</p> <p>Udviklingen af det nære sundhedsvæsen, bør også rette en særlig opmærksomhed på det fælles populationsansvar, som de nye sundhedsklynger har forpligtet sig på.</p> <p>Derudover hæfter Struer Kommune sig ved visionen om at sikre social lighed i sundhed, hvor differentierede indsatser skal være et bærende element. Differentierede indsatser, som tilbyder mere støtte og koordinering til de borgere med størst behov og et komplekst sygdomsbillede. En vision, som vi i særdeleshed bakker op om. Men hvis det i praksis betyder en vision, hvor andre borgere i højere grad kan og skal klare mere på egen hånd, kræver det også mod til at prioritere og forventningsafstemme med borgerne.</p> <p>Struer Kommune ser frem til at være en del af den kommende proces med udmøntning og implementering af konkrete initiativer i henhold til realisering af denne overordnede politiske sundhedsaftale.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anerkender visioner, fokusområder, målsætninger og bærende principper for samarbejdet parterne imellem. Ambitionerne om at skabe geografisk lighed hilses velkommen.</li> <li>• Ser frem til at indgå i dialog om, hvordan nærhedsprincippet i det nære sundhedsvæsen kan genvindes - bl.a. vha. digitale og fleksible løsninger til de borgere, der kan.</li> <li>• Særlig opmærksomhed på det fælles populationsansvar, som sundhedsklyngerne har forpligtet sig på. <i>Er nævnt i 'Fælles tidligere'</i></li> <li>• Opbakning til vision, der indebærer diff. indsatser, hvor borgere med størst behov tilbydes mere støtte og koordinering.</li> <li>• Hvis det indebærer, at andre borgere skal klare mere selv, så fordrer det prioritering og forventningsafstemning.</li> </ul>
<p><b>Syddjurs Kommune</b></p>	<p><b>Generelle bemærkninger:</b></p> <p>Syddjurs Kommune bakker overordnet set op om aftaleudkastet, som synes at videreføre gode intentioner fra den forrige Sundhedsaftale.</p> <p>Syddjurs Kommune anerkender forslaget om at lade</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <p><i>Generelle bemærkninger</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overordnet opbakning til aftaleudkastet - viderefører gode intentioner.</li> </ul>



velfærdsteknologi, digitale løsninger og datadeling være et bud på løsningen af nogle af problemstillingerne.

Syddjurs Kommune anerkender samtidig også et styrket fokus på borgernes muligheder for indflydelse på og ansvar for eget liv og sundhed i mødet med sundhedsvæsenet.

Syddjurs Kommune bemærker i den sammenhæng, at det er væsentligt, at økonomien også følger borgeren, og i forlængelse heraf bør økonomien i Sundhedsaftalen følge den demografiske udvikling.

Syddjurs Kommune finder det problematisk, at forebyggelsesvisionerne er fraværende særligt i sammenligning med den nuværende Sundhedsaftale.

Forebyggelse er fortsat afgørende for at kunne imødekomme de stigende udfordringer og udgifter forbundet med pleje, omsorg, behandling, sygefravær og i arbejdet med at nedbringe ulighed i sundhed blandt andet blandt borgere udenfor arbejdsmarkedet.

Forebyggelse står centralt i flere kommunale kerneopgaver. Derfor er det nødvendigt, at det er en del af samarbejdet og koordineringen på tværs af region, kommune og almen praksis via Sundhedsaftalen.

Sundhedsaftalen beskriver i flere dele ønsket om aktiv inddragelse af borgeren. Syddjurs Kommune ønsker en præcisering af, hvordan denne inddragelse opnås og på hvilket niveau. Forventes det på regionalt niveau eller på klyngeniveau.

Ligeledes ønskes en præcisering af om inddragelsen sker via samtale i det enkelte borgerforløb eller ved dataindhentning/datadeling.

Syddjurs Kommune har i forhold til overskriften på Sundhedsaftalen om

"Nærhed, tilgængelighed og sammenhæng for borgeren" en nysgerrighed på, hvordan fokus på *nærhed* og *tilgængelighed* kobles sammen med det nye behandlingstilbud til borgere med dobbeltdiagnoser, som er vedtaget i Aftalen om kommunernes økonomi for 2024.

Syddjurs Kommune bifalder, at der sættes fokus på denne behandlingskrævende målgruppe, og vil følge tæt, hvordan det nye tilbud påvirker målgruppen i Syddjurs Kommune, og deres muligheder for at være en del af et samlet tilbud, som ikke er beliggende i Syddjurs Kommune.

- Væsentligt, at økonomien følger borgeren - økonomien i Sundhedsaftalen bør følge den demografiske udvikling.  
*Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.*
- Problematisk, at forebyggelsesvisionerne er fraværende - nødvendigt, at det er en del af det tværgående samarbejde og koordinering via Sundhedsaftalen.  
*SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan*
- Præcisering af, hvordan borgerinddragelse opnås og på hvilket niveau (regionalt- eller klyngeniveau?).  
*Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.*
- Præcisering af om inddragelse sker via samtale i borgerforløbet eller ved dataindhentning/datadeling.
- Nysgerrig ift., hvordan fokus på *nærhed* og *tilgængelighed* sammenkobles med det nye behandlingstilbud til borgere med dobbeltdiagnoser.
- Mere afstemt koordinering mellem den faglige bedste løsning og den økonomisk mest fordelagtige løsning.

*Afsnitvisse bemærkninger:*

*Bemærkning til indsatsområdet "Psykiatri og trivsel":*

- Manglende sammenhæng mellem målsætning og indikatorerne særligt ift. målsætningen "*Vi vil forbedre sundheden og sikre sammenhængende patientforløb for børn, unge og voksne med svær psykisk sygdom*".

*Bemærkning til indsatsområdet "Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom":*

- Også her manglende sammenhæng mellem målsætning og indikatorer. Indikatorer synes mangelfulde.

*Forslag:*

- Fokus på kvalitetssikring af patientens plejeforløbsplaner og den øvrige kommunikation på tværs af sektorer

	<p>Syddjurs Kommune bemærker, at Sundhedsaftalen bør indeholde et sigte omkring fair balance mellem faglighed og økonomi, og at der bør ses på de to aspekter samtidig for at sikre både bedste tilbud til borger, men også bedste økonomiske ramme for kommunerne. I aftaleudkastets bærende principper for samarbejde anføres primært et blik på den bedste løsning for borgerne og derefter et blik på økonomien.</p> <p>På det kommunale børneområde opleves ofte situationer, hvor der er enighed om rette tilbud til barnet/den unge, men hvor der på tværs af region og kommune kan blive foreslået tilbud, der rækker ind i et andet ressortområde, og dermed med risiko for at påvirke økonomien hos en samarbejdspartner.</p> <p>Der ønskes en mere afstemt koordinering mellem den faglige bedste løsning og den økonomisk mest fordelagtige løsning.</p> <p><b>Afsnitsvise bemærkninger:</b>  <i>Bemærkning til indsatsområdet "Psykiatri og trivsel":</i></p> <p>Syddjurs Kommune bemærker en manglende sammenhæng mellem målsætning og indikatorerne særligt på målsætningen "Vi vil forbedre sundheden og sikre sammenhængende patientforløb for børn, unge og voksne med svær psykisk sygdom". De anførte indikatorer understøtter ikke i sig selv målsætningen om sammenhængende patientforløb.</p> <p><i>Bemærkning til indsatsområdet "Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom":</i></p> <p>Syddjurs Kommune oplever lignende manglende sammenhæng mellem målsætning og indikatorer i dette afsnit. En måling på antallet af akutte indlæggelse sikrer ikke nødvendigvis bedre samarbejde om borgere med kronisk sygdom, som målsætningen foreskriver. Et forslag til indikatorer kunne være et blik på kvalitetssikring af patientens plejeforløbsplaner og den øvrige kommunikation på tværs af sektorer.</p> <p>Desuden foreslås det, at involvering af praktiserende læges overblik over patientens situation styrkes yderligere, for eksempel via styrkede kommunikationsværktøjer.</p> <p>Indikatorerne i afsnittet synes mangelfulde og foreslås styrket særligt i forhold til, hvordan samarbejdet om borgere med kronisk sygdom kan løftes f.eks. i klyngesamarbejdet. Erfaringer fra blandt andet "fælles skolebænk" i klyngesamarbejdet vil kunne inddrages heri.</p>	<p>- At involvering af praktiserende læges overblik over patientens situation styrkes, fx via styrkede kommunikationsværktøjer.</p> <p>-Styrkelse af indikatorerne, særligt ift., hvordan samarbejdet om borgere med kronisk sygdom kan løftes fx i klyngesamarbejdet. Erfaringer fra blandt andet "fælles skolebænk" i klyngesamarbejdet kan inddrages.</p> <p><i>Bemærkning til indsatsområdet "Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling":</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikatorerne kan med fordel udvides med antal konkrete borgerkontakter og måling på antal virtuelle, tværgående møder.</li> <li>• Foreslås, at sammenhænge mellem målsætningen "Vi vil sikre lettere og mere fleksible adgange til sundhedsvæsenet for borgeren gennem hjemmemonitorering og digitale konsultationer" og indikatorerne herunder præciseres yderligere. Herunder ift. præcisering af, hvilke virtuelle kontakter der omtales og kvaliteten heraf.</li> <li>• Præcisér sammenhæng mellem Sundhedsaftalens målsætning om at behandle borgere så tæt som muligt på eget hjem og behandlingsansvaret på 72 timer, jf. akutplanen for sygehusvæsenet.</li> </ul> <p>Opfølgning på aftalen drøftes på SSG og SSU</p>
--	---	---

	<p><i>Bemærkning til indsatsområdet "Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling":</i></p> <p>Syddjurs Kommune bifalder, at arbejdet med velfærdsteknologi og digitalisering sættes endnu mere på dagsorden i arbejdet med omstillingen af sundhedsvæsenet generelt. Indikatorerne i dette afsnit kunne med fordel udvides med antallet af konkrete borgerkontakter og måling på antallet af virtuelle tværgående møder på tværs af sektorer.</p> <p>Det foreslås, at sammenhænge mellem målsætningen "Vi vil sikre lettere og mere fleksible adgange til sundhedsvæsenet for borgeren gennem hjemmemonitorering og digitale konsultationer" og indikatorerne hertil præciseres yderligere.</p> <p>Det foreslås herunder, at det præciseres, hvilke virtuelle kontakter der omtales og kvaliteten heraf. Dette skal ske med henblik på, at det datamæssigt kan følges tæt, herunder hvem der er i dialog med hvem; f.eks. dialog mellem praktiserende læger, dialog mellem sygehus og kommune, dialog mellem borger og behandler, etc.</p> <p>En af målsætningerne med Sundhedsaftalen er at behandle borger så tæt på eget hjem som muligt, hvilket har en stærk sammenhæng til behandlingsansvaret på 72 timer, jf. akutplanen for sygehusvæsenet. Denne sammenhæng kunne med fordel præciseres.</p>	
<p><b>Viborg Kommune</b> Ældre- og Aktivitetsudvalget, Børne- og Ungdomsudvalget og Social- og Sundhedsudvalget (afsender)</p>	<p>Kvitterer for en involverende proces med god mulighed for dialog og indflydelse.</p> <p>Det samlede sundhedsvæsen står med store udfordringer, og der er behov for radikalt nye løsninger. Samarbejde på tværs af sektorerne er helt afgørende for, at den opgave kan løftes, til gavn for borgerne.</p> <p>Vi har i Region Midtjylland et stærkt og velfunderet tværsektorielt samarbejde. Udkastet til ny sundhedsaftale er et godt fundament for det videre samarbejde, og Viborg Kommune bakker op om aftalens visioner, indsatsområder og principper.</p> <p>Vi ser især et behov for, at vi sammen arbejder med en mere differentieret tilgang til borgerne og den indsats, borgeren modtager. Vi ved, at mange borgere både kan og vil være aktive i håndteringen af eget sygdomsforløb, og det skal vi blive bedre til at understøtte, bl.a. gennem velfærdsteknologiske løsninger. Vi noterer derfor med tilfredshed, at velfærdsteknologi og digitalisering nu er et prioriteret indsatsområde i udkastet til ny sundhedsaftale.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behov for i fællesskab at arbejde med en mere differentieret tilgang til borgerne og den indsats, borgerne modtager.</li> <li>• Blive bedre til at understøtte borgere, der kan og vil være aktive i håndteringen af eget sygdomsforløb - bl.a. gennem velfærdsteknologiske løsninger.</li> <li>• Arbejdet med at styrke forebyggelsesindsatsen skal fastholdes og udvikles i fællesskab. Samme gælder samarbejdet med borgere, forældre, pårørende og civilsamfund om at skabe de rette tilbud.</li> </ul> <p><b>SSU drøfte om forebyggelse og inddragelse af civilsamfundet skal fremhæves yderligere – og hvordan.</b></p>

Vi har ligeledes en særlig opmærksomhed på forebyggelse. En styrket forebyggelsesindsats er helt afgørende for, at vi kan imødekomme sundhedsvæsenets udfordringer og øge borgernes sundhed og trivsel - både fysisk og mentalt. Vi har et fælles ansvar for at sikre en forebyggende tilgang i mødet med borgeren. Og alle sundhedsaktører har et ansvar for at agere proaktivt, så borgeren modtager den rette hjælp, på rette tid. Det arbejde skal fastholdes og udvikles i fællesskab, ligesom vi skal udbygge samarbejdet med borgere, forældre, pårørende og civilsamfund om at skabe de rette tilbud.

Social- og Sundhedsudvalget ser frem til at fortsætte samarbejdet om udvikling af de nære sundhedstilbud.

PRÆUDKAST

<p><b>Aarhus Kommune</b></p>	<p>I forbindelse med udsendelsen af debatoplæg til ny sundhedsaftale 2024-2027, afholdt Aarhus Byråd en temadrøftelse d. 18. januar 2023. Her blev udkast til visioner, indsatsområder og de bærende principper for samarbejdet drøftet.</p> <p>Hovedpointerne fra temadrøftelsen var,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der overordnet set var tilslutning til forslag til visioner, bærende principper for samarbejdet samt forslag til indsatsområder</li> <li>• At der dog var et ønske om et supplere med et indsatsområde "Forebyggelse i et 0-100 års perspektiv", hvis vi skal "knække kurven" i forhold til udvikling af kronisk sygdom, dårlig mental og fysisk sundhed og trivsel</li> <li>• At der blev foreslået endnu en vision "lighed i sundhed"</li> </ul> <p>Af udkast til sundhedsaftale 2024-2027 er fastholdt de oprindelige visioner, bærende principper for samarbejdet og indsatsområder.</p> <p>Perspektiverne vedr. forebyggelse samt lighed i sundhed fremgår implicit af den fremsendte høringsudgave. Det ses bl.a. i afsnittet om visioner – under "borgerens præmisser" og i afsnittet om bærende principper, "fælles tidligere". Af sidst nævnte fremgår, <i>vi har et fælles populati-ansvar – også inden borgerne bliver patienter</i>".</p> <p>Aarhus Kommune fastholder dog ønsket om, at sundhedsaftalen 2024-2027 skal omfatte et selvstændigt indsatsområde med fokus generelt på forebyggelse, og at visionen om lighed i sundhed bliver meget tydeligere. Begge områder er centrale i den omstilling, der skal ske på sundhedsområdet i de kommende år.</p> <p>Nedenfor fremgår nogle af de supplerende bemærkninger, der blev samlet sammen under Aarhus Byråds temadrøftelse i januar 2023:</p> <p><b>Visioner</b> <i>Sammenhæng og tryghed</i> Borgerne skal opleve sammenhæng og tryghed. Det er vigtigt. Borgerne kan f.eks. også blive utrygge, hvis de venter på udredning og behandling. Det kan f.eks. give u hensigtsmæssigt mange kontakter til andre aktører i sundhedsvæsenet at få afklaret utrygheden. Her kan vi spille sammen om at give borgerne bedre information og evt. nogle redskaber, så de selv kan gøre noget i ventetiden.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overordnet tilslutning til visioner, samarbejdsprincipper og indsatsområder – dog ønske om at:</li> <li>• Supplere med indsatsområdet "Forebyggelse i et 0-100 års perspektiv" <i>SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan.</i></li> <li>• Supplere med vision "lighed i sundhed". <i>SSU drøfte om lighed i sundhed skal fremhæves yderligere – og hvordan.</i></li> </ul> <p>Under "visioner":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sammenhæng og tryghed:</i> Samarbejde om at gi' borgere bedre information og evt. redskaber, når de fx venter på udredning og behandling. <i>Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.</i></li> <li>• <i>På borgernes præmisser:</i> Overskrift har været brugt i mange år – lykkes det eller tager systemerne for meget over? Der er mange ressourcestærke borgere – kræfterne skal gemmes til de sårbare.</li> <li>• <i>Et nært og tilgængeligt Sundhedsvæsen</i> Omlægninger af indsatser i sundhedsvæsenet skal også være digitale. I den forbindelse obs. på ikke-digitale borgere og medarbejdere. <i>Der kan tilføjes på s. 7, at 'Der skal være fokus på at tilbyde hjælp til borgere med begrænsede digitale kompetencer, så de også kan få glæde af digitaliseringens bidrag til reduktion af geografisk og social ulighed'.</i></li> <li>• <i>Et sundhedsvæsen i balance</i> Vigtigt, at opgaver ikke skubbes over på hinanden pga. mangel på ressourcer/medarbejdere. Ikke altid nødvendigt med nye tilbud - blive bedre til at binde eksisterende tilbud sammen og i spil.</li> </ul>
------------------------------	--	---

	<p><i>På borgernes præmisser</i> Vi har brugt denne overskrift i mange år. Arbejder vi reelt efter borgernes præmisser? Tager vi som system for meget over? Der er mange ressourcestærke borgere, der kan selv. Vi skal gemme kræfterne til at støtte de sårbare borgere.</p> <p><i>Et nært og tilgængeligt Sundhedsvæsen</i> Omlægning af indsats i sundhedsvæsenet skal ikke alene være fysisk for at komme tættere på borgerne. Det skal også være digital omlægning. Her skal vi være opmærksomme på, at ikke alle borgere har digitale kompetencer. Vi skal også være opmærksomme på, at ikke alle borgere har pårørende/netværk.</p> <p><i>Et sundhedsvæsen i balance</i> Det er vigtigt, at vi ikke skubber opgaver over på hinanden, fordi vi mangler ressourcer og/eller medarbejdere. Det er ikke altid nødvendigt at opfinde/opbygge nye tilbud. Vi har mange tilbud allerede. Vi skal bare blive bedre til at binde dem sammen og bringe dem i spil.</p> <p><i>Forslag: ny vision Lighed i sundhed</i> Vi skal arbejde mere med differentiering. Hvordan hjælpes vi ad med at finde de borgere, der kan selv, og de, der skal have mere støtte. Vi skal støtte borgere, der ikke har sundhedskompetencer. Som "systemer" skal vi blive bedre til at kommunikere klart og tydeligt og med mindst mulig brug af fagudtryk.</p> <p><b>Bærende principper</b></p> <p><i>Fælles tidlige</i> Vi er enige i, at region og kommuner har et fælles populationsansvar også inden borgerne bliver til patienter. Vi hæfter os ved, at regionen også har et ansvar på forebyggelsesområdet. Det vil vi meget gerne have mere i spil. Der må være et økonomisk rationale i, at region og kommuner "blander blod" og samarbejder mere om at forebygge udvikling af mental og/eller fysisk sygdom</p> <p><i>Virtuelt hvor det er muligt</i> Vi ser et stort potentiale i at arbejde videre af det spor. Vi skal dog fortsat have for øje, at ikke alle borgere (eller medarbejdere) har digitale kompetencer.</p>	<p>Kan præciseres på s. 8 under samarbejdsprincippet Kvalitet hele vejen rundt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Forslag: ny vision Lighed i sundhed</i> Arbejde mere med differentiering. Hjælpe hinanden med at finde borgere, der kan selv hhv. dem, der skal have støtte. <b>SSU drøfte om lighed i sundhed skal fremhæves yderligere – og hvordan.</b> Borgere uden sundhedskompetencer, skal støttes – der skal kommunikeres klart og tydeligt med mindst mulig fagudtryk. <b>Input der hvor relevant kan inddrages ifm. udmøntning af aftalen.</b></li> </ul> <p>Under "Bærende principper":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Fælles tidlige</i> Regionen har også har et ansvar på forebyggelsesområdet. Ønske om, at det bringes mere i spil. Økonomisk rationale i, at region og kommuner samarbejder mere om at forebygge udvikling af mental og/eller fysisk sygdom. <b>SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan.</b></li> <li>• <i>Virtuelt hvor det er muligt</i> Stort potentiale. Obs. på, at ikke alle borgere el. medarbejdere har digitale kompetencer. <b>Der kan tilføjes på s. 7, at 'Der skal være fokus på at tilbyde hjælp til borgere med begrænsede digitale kompetencer, så de også kan få glæde af digitaliseringens bidrag til reduktion af geografisk og social ulighed'.</b></li> <li>• <i>Økonomisk klarhed og fair balance</i> Ønskeligt, at region og kommuner arbejder med større risikovillighed.</li> <li>• Gå sammen om fælles investeringer i sundhed.</li> <li>• Der skal investeres meget mere i forebyggelse og rehabilitering. Regionen har også en opgave/ansvar i den forbindelse. <b>Opmærksomhedspunkter ifm. udmøntning af aftalen</b></li> </ul>
--	--	--

	<p><i>Økonomisk klarhed og fair balance</i></p> <p>Det er ønskeligt, at både region og kommuner arbejder med større risiko- villighed, og at vi går sammen om fælles investeringer i sundhed.</p> <p>Der skal investeres meget mere i forebyggelse og rehabilitering – og regionen har også en opgave/ansvar her. Vi kan ikke vente, til skaden er sket. Vi skal forebygge, at det sker.</p>	
<b>ANDRE UDVALG</b>		
<p><b>Patientinddragelsesudvalget (PIU)</b></p>	<p>Patientinddragelsesudvalget ser med tilfredshed på såvel overskriften "Nærhed, tilgængelighed og sammenhæng for borgeren – et sundhedsvæsen i balance" som indholdet i den fremsendte høringsversion vedrørende Sundhedsaftalen 2024 - 2027.</p> <p>Vi finder det helt afgørende for borgerne, at de oplever et sundhedsvæsen, der hænger solidt sammen, hvor tryghed og kvalitet er i højsædet. Derfor er en fælles retning med en tilhørende tids- og handleplan en god indikator for at sikre at der bygges videre på det nuværende fundament.</p> <p>De tre indsatsområder, der udpeges, er af stor vigtighed. Vi ønsker dog at påpege, at en fokuseret indsats på børn og unge i mistrivsel og borgere med svær psykisk sygdom bør ses som to indsatsområder. De indsatser og handlinger, der skal sættes ind med, er vidt forskellige; omend der kan være en fælles kerne i de to grupper. Vi foreslår derfor, at der opregnes fire indsatsområder.</p> <p>Endvidere vil vi gerne fastholde nødvendigheden af, at indsatsområdet, der omhandler en styrket velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling også forholder sig til den kendsgerning, at en ikke ubetydelig del af regionens borgere af helt forskellige årsager ikke kan eller ikke ønsker at være med i en omfattende digitaliseringsstrategi. Ligesom der er ulighed i sundhed, er der også ulighed i hele IT- komplekset. Vi må ikke glemme at tage et behørigt hensyn til denne gruppe.</p> <p>Vi konstaterer, at udkastet til en ny sundhedsaftale lever op til de otte nationale mål og med de fire formulerede visioner er der lagt en god ramme for det fælles sundhedsvæsen i regionen, men vi mangler konkrete indsatser i sundhedsaftalen. Derfor vil vi gerne understrege vigtigheden af, at implementeringsfasen og opfølgningen af resultaterne af indsatserne skal følge en tids- og handleplan. Dermed gives borgerne mulighed for at følge processerne og se at det nære daglige samarbejde bærer frugt. Det er vigtigt, at der ligger</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser med tilfredshed på overskrift og indhold i aftaleudkastet.</li> <li>• Vigtigt at implementeringsfasen og opfølgning af resultaterne af indsatserne følger tids- og handleplan. <b>Der er lagt op til, at SSU laver handlingsplaner for det kommende års udmøntning af sundhedsaftalen, fx på SSU-mødet i december 2023 aftales indhold i handleplan for 2024.</b></li> <li>• PIU foreslår, at der opregnes fire indsatsområder: Fokuseret indsats på børn og unge i mistrivsel og borgere med svær psykisk sygdom bør ses som to indsatsområder.</li> <li>• Obs. på gruppe af borgere, der ikke kan/vil "digitaliseres" - ulighed. <b>Der kan tilføjes på s. 7, at 'Der skal være fokus på at tilbyde hjælp til borgere med begrænsede digitale kompetencer, så de også kan få glæde af digitaliseringens bidrag til reduktion af geografisk og social ulighed'.</b></li> <li>• Vigtigt, at der ligger beskrivelser af i hvilke sammenhænge civilsamfundet kan og bør inddrages. <b>SSU drøfte om inddragelse af civilsamfundet skal fremhæves yderligere – og hvordan. Derudover er det en del der kan indtænkes ifm. udmøntning af aftalen.</b></li> </ul> <p><b>Specifikt ift. de tre indsatsområder:</b> <i>Psykisatri og trivsel</i></p>

beskrivelser af i hvilke sammenhænge civilsamfundet kan og bør inddrages.

#### **Korte bemærkninger til de tre indsatsområder:**

##### *Psykatri og trivsel*

- At der er et stærkt fokus på samarbejdet og samarbejdsaftalerne mellem hospitaler, kommuner og praksissektoren.
- Hvis der opstår tvivl om samarbejdet, er det borgerens sagsbehandler, der skal handle.

##### *Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom*

- Borger og pårørende inddrages i behandlings- og rehabiliteringsforløb i en gensidig forpligtende dialog.
- Vi må se på rette patient i rette tilbud, på rette tid, med fokus på både social og geografisk ulighed.

##### *Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling*

- Der er behov for et større fokus på deling af og adgang til relevante patientdata på tværs af sektorerne. Dette er nødvendigt for at lette arbejdsgangene omkring patienterne og ikke mindst for at sikre en styrkelse af patientforløbene. Deling af data er væsentligt for flere diagnosegrupper, hvor der i dag gøres brug af behovsvurderinger, som indsamles systematisk ved brug af PRO-data (Patient-Reported Outcome). PRO-data på hospitalerne og i kommunerne bør kunne tilgås på tværs af sektorerne, så det sikres, at patienternes forløb baseres på en aktuel information.
- Der bør oprettes et fælles et center, hvor alle fagpersoner kan hente viden, så de kan videreføre teknologien i praksis.
- Ikke-digitale borgere bør indtænkes i samarbejdsaftaler med særlige procedurer.

Samlet set er det vigtigt, at vi indtænker forebyggelse i alt, hvad vi igangsætter og udvikler. Her tænkes især på de ældre medborgere med kroniske sygdomme. Der skal være et stort fokus på indlæggelser og udskrivninger med et godt samarbejde mellem sektorer. Også her kan de pårørende være en vigtig brik. Forebyggelse af mistrivsel blandt børn og unge samt forebyggelse af livsstilssygdomme bør generelt prioriteres højt.

Endvidere kan borgere instrueres (gerne sammen med de pårørende) konstruktivt i at blive aktive medspillere, hvis sygdom skal helbredes i eget hjem. Her tænkes bl.a. på "Hospital i hjemmet". Der

- Stærkt fokus på samarbejdet og samarbejdsaftalerne mellem hospitaler, kommuner og praksissektoren.
- Ved tvivl om samarbejdet er det borgerens sagsbehandler, der skal handle.

##### *Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom*

- Borger og pårørende inddrages i behandlings- og rehabiliteringsforløb i en gensidig forpligtende dialog.
- Rette patient i rette tilbud, på rette tid, med fokus på både social og geografisk ulighed.

##### *Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling*

- Større fokus på datadeling- og adgang på tværs af sektorerne.
- PRO-data på hospitalerne og i kommunerne bør kunne tilgås på tværs af sektorerne.
- Oprettelse af et fælles et center, hvor alle fagpersoner kan hente viden, så de kan videreføre teknologien i praksis.
- Ikke-digitale borgere bør indtænkes i samarbejdsaftaler med særlige procedurer.

*Der kan tilføjes på s. 7, at 'Der skal være fokus på at tilbyde hjælp til borgere med begrænsede digitale kompetencer, så de også kan få glæde af digitaliseringens bidrag til reduktion af geografisk og social ulighed'.*

- Kontinuerlig indtænkning af forebyggelse - især ift. ældre med kroniske sygdomme.  
*SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan.*
- Stort fokus på samarbejde mellem sektorer ifm. indlæggelser og udskrivninger.
- Fokus på de pårørende som en vigtig brik.
- Forebyggelse af mistrivsel blandt børn og unge samt forebyggelse af livsstilssygdomme bør generelt prioriteres højt.  
*SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan.*
- Borgere/pårørende som aktive medspillere, hvis sygdom skal helbredes i eget hjem (fx "Hospital i hjemmet").
- Fokus på, at faste læger i almen praksis er dækkende for hele Region Midt.



	<p>skal være fokus på, at faste læger i almen praksis er dækkende for hele Region Midt.</p> <p>Klyngesamarbejdet er i ny form opstartet på forskellige niveauer for at styrke brugerperspektivet i de grupper nedsat af klyngerne, hvor patient- og borgerinddragelse skulle sikre et sammenhængende patientforløb mellem hospitaler, praksissektor og kommuner. I klyngesamarbejdet efterlyser vi et større fokus på lægelige tilsyn og muligheden for palliativ pleje og behandling i hjemmet og på kommunernes plejecentre.</p> <p>Afslutningsvis skal Patientinddragelsesudvalget anbefale, at forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler bør være regionsdækkende og opdateres løbende.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I klyngesamarbejdet: Større fokus på lægelige tilsyn og muligheden for palliativ pleje og behandling i hjemmet og på kommunernes plejecentre.</li> <li>• Anbefaler, at forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler bør være regionsdækkende og opdateres løbende.</li> </ul>
<b>FAGLIGE ORGANISATIONER</b>		
<b>PLO-Midtjylland</b>	<p><b>Generelle bemærkninger</b></p> <p>De Praktiserende Lægers Organisation i Region Midtjylland (PLO-Midtjylland) ser overordnet positivt på udkastet til Sundhedsaftalen for 2024 – 2027.</p> <p>PLO-Midtjylland støtter op om aftalens visioner, principper og indsatsområder og hilser desuden den klare politiske prioritering af indsatsområder velkommen.</p> <p>PLO-Midtjylland anerkender og bifalder præciseringen af, at gode sundhedstilbud ofte skabes i et samarbejde på tværs af sektorerne. Det er prisværdigt, at aftalen anerkender, at nye opgaver i almen praksis skal defineres så præcist, at ansvarsområder og økonomiramme til opgaverne kan forhandles.</p> <p><b>Specifikke bemærkninger</b></p> <p>Aftalens overskrift "Nærhed, tilgængelighed og sammenhæng for borgeren – et sundhedsvæsen i balance" er mere borgerrettet. Illustrationerne, med flere forskellige aldersgrupper end i den nuværende aftale, henleder opmærksomheden på, at aftalen også omfatter andre end ældre medicinske patienter.</p> <p><b>Overordnede rammer</b></p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser overordnet positivt på aftaleudkastet.</li> <li>• Hilser politisk prioritering af indsatsområder velkommen.</li> <li>• Prisværdigt med anerkendelse af, at nye opgaver i AP skal defineres præcist, så opgavernes ansvarsområder og økonomiramme kan forhandles.</li> </ul> <p><i>Ift. visioner:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Må fastholdes at den behandlingsansvarlige instans, er den, der har kontakten til patienten. Overdragelse af behandlingsansvaret skal ske ved skriftlig overlevering.</li> </ul> <p><i>Ift. Indsatsområder og fælles målsætninger:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forebyggelse skal have større fokus - gerne som selvstændigt indsatsområde, der får større opmærksomhed i det tværsektorielle samarbejde. <b>SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan.</b></li> </ul>

Den indledningsvise konkretisering af formålet med aftalen ”..at bidrage til sammenhæng og koordinering af de forløb der går på tværs af regioner, kommuner og almen praksis med fokus på kvalitet, effekt og patienttilfredshed” er medvirkende til at tydeliggøre, hvorfor en sundhedsaftale er relevant i det tværsektorielle samarbejde (s.2).

### **Visioner**

I afsnittet ”Sammenhæng og tryghed” (s.4) beskrives det, at borgere i Midtjylland skal opleve et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor forløbet ses som en helhed.

I aftalen står der desuden: ”Opstår der tvivl, er det den af os, der har kontakten med borgeren, der handler.

Det må fastholdes at den instans, der har behandlingsansvaret for en given sygdom, også er den, der har kontakten til patienten.

Overdragelse af behandlingsansvaret skal ske ved skriftlig overlevering.

### **Indsatsområder og fælles målsætninger**

Forebyggelse og tidlige indsatser er væsentlige elementer i at understøtte befolkningens trivsel og imødekomme den stigende efterspørgsel på sundhedsydelse.

Forebyggelse skal have et større fokus, gerne som et selvstændigt indsatsområde, der får større opmærksomhed i det tværsektorielle samarbejde.

Forebyggelse på tværs af sektorgrænserne omhandler sundhedsområdet, men det er også relevant at indtænke andre tæt forbundne velfærdsområder såsom social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet.

### **Psykisatri og trivsel**

Mulighederne for forebyggelsen af bl.a. psykisk mistrivsel blandt børn og unge findes i høj grad i barnets hverdag fx indenfor skole- og dagtilbudsområdet. Derfor vil det være hensigtsmæssigt, hvis ønsket om samarbejde med andre velfærdsområder, indskrives i Sundhedsaftalen, da tidlige indsatser omkring barnet kan modvirke, at kompleksiteten øges, og mistrivsel bliver til mentale helbredsproblemer.

Erfaringer og anbefalinger fra fx Vidensrådet for forebyggelse, kan med fordel inddrages i det videre arbejde.

### **Bærende principper**

I afsnittet ”Sammen med borgerne” beskrives det, at borgerne ønskes inddraget i udviklingen af indsatser (s.8). Det giver anledning

- Relevant at indtænke forbundne velfærdsområder som social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. I afsnittet *overordnede rammer* står: *Samtidig skal aftalen understøtte sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne velfærdsområder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet.*

#### *Ift. Psykiatri og trivsel:*

- Hensigtsmæssigt, hvis ønsket om samarbejde med andre velfærdsområder indskrives - fx skole- og dagtilbudsområdet ift. børn og unge.
- Erfaringer og anbefalinger fra fx Vidensrådet for forebyggelse kan med fordel inddrages i det videre arbejde.

#### *Ift. Bærende principper:*

- Anledning til at genoverveje, om sundhedsvæsenet er gode nok til at bringe borgerne/patienterne i spil.
- Gode erfaringer med inddragelse af borgere/patienter bl.a. fra prøvehandlinger i Randersklyngen og Aarhus Kommune.

#### *Ift. nationale mål og målsætninger:*

- Essentielt at effektmålene siger noget om de målsætninger, de er knyttet til.
- Effektmål ser ikke på, om man i det tværsektorielle samarbejde, når i mål med sundhedsaftalen indenfor de udvalgte fokusområder.
- Effektmålene omkring psykiatri og trivsel siger ikke noget om de yngste børn.
- Vigtigt, at borgere/patienter inddrages i udviklings- og evalueringsarbejdet.
- Kvantitative effektmål kan ikke alene bidrage med viden til, om vi lykkes med indsatserne - bør overvejes, om det er rette måde at evaluere på.
- Styrket fokus på evaluering og skalering af de konkrete projekter og prøvehandlinger i klyngerne - bedre mulighed for at lave specifikke målbare effektmål - bedre mulighed for at se, om iværksat handling bidrager til forbedret indsats.

til at genoverveje, om vi i sundhedsvæsenet er gode nok til at bringe borgerne/patienterne i spil.  
Der er gode erfaringer med inddragelse af borgere/patienter bl.a. fra prøvehandlinger i Randersklyngen og Aarhus Kommune.

#### **Nationale mål og målsætninger**

Det er essentielt, at de valgte effektmål siger noget om de målsætninger, de er knyttet til.

Det kan være svært at forholde sig til den sundhedsmæssige udvikling i en population, når der som her, tages afsæt i meget specifikke effektmål (s.11).

Hvordan kan effektmålet "antal kontakter til psykiatrien blandt børn og unge" være brugbart i forhold til forbedring af sundheden og sikring af sammenhængende patientforløb hos børn og unge med svær psykisk sygdom.

Færre henvisninger siger heller ikke nødvendigvis noget om efterspørgslen, da der ofte er lange ventetider i kommunernes PPR.

Effektmålene omkring psykiatri og trivsel er desuden knyttet op på data fra "Hvordan har du det-undersøgelsen", der er designet til unge fra 16 år og voksne og derfor ikke giver en indikation på de yngste børn.

De udvalgte effektmål ser ikke på, om vi, i det tværsektorielle samarbejde, når i mål med sundhedsaftalen indenfor de udvalgte fokusområder, hvor formålet er "*at bidrage til sammenhæng og koordinering af de forløb der går på tværs af regioner, kommuner og almen praksis med fokus på kvalitet, effekt og patienttilfredshed*".

Patienterne/borgerne nævnes flere gange i aftalen, hvilket er glædeligt, ikke desto mindre, er det vigtigt at huske at inddrage dem i udviklings- og evalueringsarbejdet.

De valgte kvantitative effektmål kan ikke alene bidrage med viden til, om vi lykkes med indsatserne. Det gør sig gældende for samtlige indsatsområder og indikatorer, hvorfor det bør overvejes, om det er den rette måde at evaluere på.

PLO foreslår et styrket fokus på evaluering og skalering af de konkrete projekter og prøvehandlinger i klyngerne.  
Herved er der bedre mulighed for at lave specifikke målbare effektmål. Det vil give bedre mulighed for at se, om den iværksatte handling reelt set bidrager til en forbedret indsats.

Drøftes i SSG og SSU. Det afklares, om der med afsæt i eksisterende tilgængelige data kan udvides med flere/andre indikatorer. Der er lagt op til, at indikatorer kan opdateres i løbet af aftalen, hvis der bliver nye/bedre data til rådighed. Derudover er det input til ved den konkrete udmøntning af aftalen at indtænke effektevaluering af samarbejdsaftaler mm.

<p><b>Apotekerne i Region Midtjylland</b></p>	<p>Apotekerne i regionen bakker op om de fire visioner for det fælles sundhedsvæsen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sammenhæng og tryghed</li> <li>- På borgernes præmisser</li> <li>- Et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen</li> <li>- Og et sundhedsvæsen i balance.</li> </ul> <p>Med ønsket om at fastholde den fælles retning om at skabe mest mulig sundhed for de ressourcer, der er, hvor tryghed, tilgængelighed og nærhed er i højsæde. Hvor alle inddrages aktivt i egen sundhed, og hvor alle har lige mulighed for, at leve et sundt og langt liv mener apotekerne, at det er afgørende, at nedbryde traditionelle sektor- og faggrænser og tænke mere tværsektorielt for at opnå en effektiv ressourceudnyttelse og et mere sammenhængende sundhedsvæsen til gavn for borgerne.</p> <p>Sundhedsvæsenet er mere end den traditionelle sundhedstrekant, som omfatter sygehuse, kommuner og praktiserende læger. Vi skal samle alle aktører i <u>en cirkel omkring patienten</u>, også private aktører. Vi er mange aktører, der besidder kompetencer og viden, som i langt højere grad kan nyttiggøres til gavn for patienterne end det er tilfældet i dag.</p> <p>Apotekerne er en integreret del af sundhedsvæsenet med 111 apoteker fordelt over Region Midtjylland. 95 procent af alle voksne danskere kommer på apoteket mindst én gang om året og får uden tidsbestilling udleveret lægemidler og modtager sundhedsfaglig rådgivning om korrekt anvendelse, køber plejeprodukter til egenomsorg eller modtager en sundhedsydelse som fx Tjek på inhalationsmedicin, medicinsamtaler, compliancesamtaler, vaccination mv.</p> <p>Men apotekernes sundhedsfaglige kompetencer kan udnyttes i langt videre udstrækning end i dag til at aflaste det øvrige sundhedsvæsen og styrke kvaliteten.</p> <p>I sundhedsreformen fra maj 2022 besluttede aftalepartierne at nedsætte en hurtigt arbejdende arbejdsgruppe, der netop har haft til opgave at identificere områder, hvor apotekernes kompetencer kan komme yderligere i spil. Anbefalingerne kan læses <a href="#">her</a></p> <p>En af anbefalingerne omhandler involvering af apotekerne i sundhedsklyngerne.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opbakning til de fire visioner for det fælles sundhedsvæsen.</li> <li>• Afgørende, at traditionelle sektor- og faggrænser nedbrydes - at der tænkes mere tværsektorielt mhp. effektiv ressourceudnyttelse og et mere sammenhængende sundhedsvæsen – alle aktører skal samles "i en cirkel" omkring patienten.</li> <li>• Apotekerne som en integreret del af sundhedsvæsenet</li> <li>• Apotekernes sundhedsfaglige kompetencer kan udnyttes i langt videre udstrækning end nu.</li> <li>• Henvielse til anbefalinger fra arb.gr. nedsat med Sundhedsreformen 2022, der beskriver, hvordan apotekernes kompetencer kan bringes yderligere i spil.</li> <li>• Herunder ift. involvering af apotekerne i sundhedsklyngerne, bla. ift. arbejdet med medicinsikkerhed over sektorovergange. <b>Der kan indsættes en formulering i afsnittet Implementering og opfølgning om, at relevante parter inddrages i udmøntning af sundhedsaftalen.</b></li> <li>• Opfordrer til, at der ifm. visioner om balance, tryghed og sammenhæng arbejdes med målsætning om, at klyngerne struktureret prioriterer medicin og rationelt lægemiddelbrug og involverer alle relevante faggrupper for at skabe mere medicinsikre sektorovergange. <b>Forslag: i visioner skal fremhæves yderligere om medicin</b></li> <li>• Apotekerne kan hjælpe med at indfri besparelspotentiale, fx hvis apotekerne får mulighed for – efter en protokol – at udlevere det billigste lægemiddel, der dækker samme behov.</li> <li>• Opfordres til at se mod regionens apoteker, når de konkrete initiativer skal beskrives: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicinsamtaler til flere</li> <li>- Dosispakket medicin – Sundhedsaftalen bør støtte op om og fremme samarb. omkring dette.</li> <li>- Opstart af simple behandlinger mhp. at mindske pres på AP og vagtlæge</li> <li>- Udl. af vederlagsfri sygehusmedicin (lovforslag herom er i øjeblikket i høring)</li> </ul> </li> </ul>
---	---	--

Medicinsikkerhed er en udfordring ved sektorovergange, og arbejdsgruppen anbefaler, at apotekerne på ad hoc basis inddrages i samarbejdet i sundhedsklyngerne for at bidrage til bedre tværsektoriel dialog. Herunder dialog om de lægemiddelrelaterede udfordringer, som patienter oplever, når de befinder sig i sektorovergange.

Regionen opfordres derfor til, at der i sundhedsaftalens visioner om balance, tryghed og sammenhæng i sundhedsvæsenet også arbejdes med en målsætning om, at klyngerne på en struktureret måde prioriterer medicin og rationelt lægemiddelbrug og involverer alle relevante faggrupper for at skabe mere medicinsikre sektorovergange. Regionens apoteker er klar til at bidrage.

Apotekerne kan også bidrage til besparelser for regionerne. Ved restordre på lægemidler eller ved store prisforskelle over længere tid, kan der være et stort besparelspotentiale i, at lægerne udskriver mere rationelt eller ved at apotekerne får mulighed for – efter en protokol – at udlevere det billigste lægemiddel, der dækker samme behov (fx billigste penicillinvariant). Med de store og stigende udgifter regioner har til for eksempel Ozempic, er der behov for nye løsninger, der sikrer et rationelt lægemiddelforbrug.

De tre indsatsområder i Sundhedsaftalen indbyder også til samarbejde med andre aktører, og regionen opfordres til at se mod regionens apoteker, når de konkrete initiativer skal beskrives:

**Medicinsamtaler til flere** – apotekerne afholder i dag medicinsamtaler med borgere med ny kronisk sygdom og borgere der har complianceudfordringer. Endnu flere medicinbrugere kan få gavn af en medicinsamtale, så flere bliver trygge og mere selvhjulpne i forhold til deres medicin og får færre problemer, der sender dem til lægen eller giver indlæggelser.

**Dosispakket medicin** – der er et stort uudnyttet potentiale ved at frigøre ressourcer fra manuelle processer over til omsorg og pleje via øget brug af maskinel dosis-dispensering (ny velfærdsteknologi) og samtidig øges medicinsikkerheden. Sundhedsaftalen bør derfor støtte op om og fremme samarbejdet omkring maskinel dosisdispensering af borgernes medicin.

**Opstart af simple behandlinger**, når symptomer er klare eller en test har vist behov – så fx smitte med børneorm og klamydia stoppes hurtigt, og læge og vagtlæge ikke belastes unødigt. Noget lignende findes i England, hvor borgere ved syv mindre sygdomme som

Input der hvor relevant kan inddrages ifm. udmøntning af aftalen.

	<p>ørepine, urinvejsinfektion og ondt i halsen sparer lægebesøget, og behandling opstartes på apotek. Receptfornyelse til p-pillebrugere – og senere også opstart af brug af p-piller – bliver også lagt ud til apoteker i England.</p> <p><b>Udlevering af vederlagsfri sygehusmedicin</b> – patienter i regionen, der er i behandling med sygehusmedicin, kan have langt til hospitalet, og det vil give mening og øget livskvalitet samt være en økonomisk gevinst, hvis de patienter i stedet kan hente sygehusmedicinen på det lokale apotek. Logistik, kvalitet og fleksibilitet skal gå op i en højere enhed, således at rette pille kommer i rette mund uden spild og med fokus på faglig kvalitet og holdbarhed og med fokus på den enkelte borger. Det er med til at give lighed i sundhed. Et lovforslag om ændringer af apotekerloven, er i øjeblikket i høring, der åbner for, at apotekerne kan udlevere vederlagsfri medicin til patienter i sygehusbehandling på vegne af regionerne.</p> <p>Apotekerne ser frem til at følge arbejdet med visioner og målsætninger i Sundhedsaftalen og bidrage til opbygningen af et sundhedsvæsen i balance, hvor kompetencer hos alle aktører udnyttes til større gavn for borgerne.</p>	
<p><b>Danske Bioanalytikere i Midtjylland</b></p>	<p>Danske Bioanalytikere i Midtjylland hilser det velkomment, at formålet i udkast til Sundhedsaftalen 2024-2027 er at bidrage til sammenhæng og koordinering af de forløb, der går på tværs af regioner, kommuner og almen praksis med fokus på kvalitet, effekt og patienttilfredshed.</p> <p>Herudover at det i aftalen anføres, at der ses på kvalitet i det samlede forløb og hvordan vi hver især bidrager til det.</p> <p>I en tid, hvor der er mangel på mange forskellige faggrupper indenfor sundhedsvæsenet, og hvor man i dag ansætter medarbejdere med forskellige uddannelsesmæssige baggrunde i stillinger, der traditionelt har været tiltænkt én faggruppe, så finder Danske Bioanalytikere det glædeligt, at det anerkendes, at hver faggruppe har sin unikke faglighed.</p> <p>Bioanalytikerens (professionsbachelor i biomedicinsk diagnostik) kernekompetencer ligger i at udføre og kvalitetssikre de tre faser af analyseprocessen: prøvetagning, analyse og svarafgivelse.</p> <p><b>Anbefaling</b>  <b>Af hensyn til patienternes tryghed og ensartet kvalitet i diagnostikken i kommunerne anbefaler Danske Bioanalytikere,</b></p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilser formål og at der skal ses på kvalitet i det samlede forløb velkomment.</li> <li>• Godt, at faggruppers unikke faglighed anerkendes.</li> <li>• Afgørende, at kvaliteten af de laboratoriemedicinske analyser sikres (fremgår tillige af bemærkninger i fremsendte høringssvar til "kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner").</li> <li>• Anbefaler, at der stilles krav om, at der indgås samarbejdsaftaler om kvalitetssikring af laboratoriemedicinske analyser mellem de biokemiske afdelinger og samtlige 19 kommuner i Region Midtjylland.  Forslaget er indsendt til det nationale arbejde med kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, og det kan afventes, om det effektueres i det regi.</li> <li>• Er aktuelt indgået aftaler med 8 kommuner (i RHG og HE Midts optageområder)</li> </ul>

**at der stilles krav om, at der indgås samarbejdsaftaler om kvalitetssikring af laboratoriemedicinske analyser mellem de biokemiske afdelinger og alle 19 kommuner i Region Midtjylland.**

**Geografisk lighed – uanset postnummer**

Af udkastet til sundhedsaftale fremgår det bl.a.:

- *"Alle borgere skal opleve et sundhedsvæsen, der hænger godt sammen, og hvor tryghed og kvalitet er i højsæde"*
- *"Der er meget livskvalitet at hente ved at modtage behandling i de nære omgivelser, så behandlingen griber mindst muligt ind i borgerens hverdag"*
- *"Vi kan understøtte et godt liv med kronisk sygdom samt undgå forværring og akutte indlæggelsesforløb ved at styrke kvaliteten, sammenhængen og ensartetheden i indsatsen til borgere med kroniske lidelser"*

I dag er aftaler om kvalitetssikring ikke regionsdækkende, og det betyder derfor, at det er postnummeret i Region Midtjylland, som er afgørende for, hvorvidt borgerne i det nære sundhedsvæsen får udført laboratoriemedicinske analyser, der er kvalitetssikrede af de biokemiske afdelinger.

På baggrund af pilotprojekter udført i hhv. Holstebro, Struer, Viborg og Silkeborg kommuner (se vedhæftede bilag) er der i dag etableret samarbejdsaftaler (eksempler vedhæftet som bilag) mellem de biokemiske afdelinger på RHG og HE Midt samt 8 ud af 9 kommuner i deres optageområde.

Mens der ikke er indgået aftaler mellem de biokemiske afdelinger på hhv. AUH, Randers og Horsens og kommunerne i deres optageområde.

Undersøgelser viser, at op til 75% af usikkerheden i et blodprøvesvar kan tilskrives fejl i den præanalytiske fase (dvs. fasen fra prøven tages til den kommer i analyseudstyret). Fejlene kan betyde, at blodprøver må kasseres og imødegås med ny prøvetagning. I værste fald kan fejlene medføre, at borgeren pga. et ukorrekt svar overbehandles eller underbehandles.

Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at aftaler om kvalitetssikring også skal indeholde kvalitetssikring af den præanalytiske fase og ikke kun selve fasen, hvor analysen udføres.

Danske Bioanalytikere vil derudover gerne henlede opmærksomheden på, at internationale undersøgelser viser, at 70 – 80% af alle kliniske diagnoser bygger på laboratorie-medicinske analyser. Herudover vil en stor del af den behandling, der påtænkes

- Enig i, at man i høj grad skal gøre brug af såvel den teknologiske og den digitale udvikling.
- Ift. hjemmemonitorering: Helt afgørende, at borgeren får den nødvendige undervisning.
- Bioanalytikere fra biokemiske afdelinger kan med fordel stå for uddannelse af patienter og andre faggrupper i korrekt brug heraf mv.

Der kan tilføjes på s. 7, at 'Der skal være fokus på at tilbyde hjælp til borgere med begrænsede digitale kompetencer, så de også kan få glæde af digitaliseringens bidrag til reduktion af geografisk og social ulighed'.

Der kan indsættes en formulering i afsnittet Implementering og opfølgning om, at relevante parter inddrages i udmøntning af sundhedsaftalen.

at skulle foregå i de nære omgivelser blandt borgere med f.eks. kroniske lidelser ligeledes kræve, at borgeren forud for behandlingens gennemførelse har fået foretaget laboratoriemedicinske analyser. Pålideligheden af analyser af blodprøver er som nævnt altafgørende, da fejlkonklusioner kan medføre alvorlige konsekvenser for den enkelte borger som forkert diagnose og behandling – eller mangel på nødvendig behandling med fatale konsekvenser. Ligesom det kan medføre unødigt sygeliggørelse og behandling af raske.

Danske Bioanalytikere finder det derfor afgørende, at kvaliteten af de laboratoriemedicinske analyser sikres, hvilket også fremgår af de bemærkninger Danske Bioanalytikere tidligere på året fremsendte, da "kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner" var i høring (vedhæftet som bilag).

For at de praktiserende læger kan modtage honorering for udførelse af laboratoriemedicinske analyser, så kræver det, at de er omfattet af den laboratoriefaglige konsulentordning, hvor bioanalytikere fra de biokemiske afdelinger står for kvalitetssikring af analyserne. Der stilles i dag ikke samme krav til kvalitetssikring af laboratoriemedicinske analyser, som foretages i det kommunale regi.

Med opmærksomhed på, at der forventes en godkendelse af lovforslag om, at sygeplejersker skal have forbeholdt virksomhedsområde for blodprøvetagning, så finder Danske Bioanalytikere ligeledes, at det vil være afgørende, at samarbejdsaftaler om kvalitetssikring er udbredt til alle kommuner, hvis man skal kunne gøre brug af det forbeholdte virksomhedsområde samtidig med, at der sikres en ensartet kvalitet.

#### **Udvikling af hjemmemonitorering**

Af udkastet til sundhedsaftale er indskrevet en målsætningen om, at sikre lettere og mere fleksible adgange til sundhedsvæsenet for borgeren gennem hjemmemonitorering og digitale konsultationer.

Danske Bioanalytikere er enige i, at man i høj grad skal gøre brug af såvel den teknologiske og den digitale udvikling.

Når man med aftalen vil prioritere udviklingen af hjemmemonitorering, så er det naturligvis helt afgørende, at borgeren får den nødvendige undervisning i at udføre denne hjemmemonitorering, så der også sikres høj kvalitet i disse målinger.



	<p>Bioanalytikere fra biokemiske afdelinger kan med fordel stå for uddannelse af patienter og andre faggrupper i korrekt brug af analyseudstyret samt i andre forhold, der kan påvirke analyseresultaternes pålidelighed.</p>	
<p><b>Danske Fysioterapeuter</b></p>	<p>Der er mange positive hensigter, takter og visioner i sundhedsaftalen. Noget er nyt og noget står tydelig vis på skuldrene af allerede eksisterende tænkning og arbejdsgange.</p> <p>Der skal mod til at løse kendte opgaver på helt nye måder, hvis vi i fremtiden skal sikre, at borgerne får de rigtige forløb med høj kvalitet.</p> <p>Først og fremmest vil Danske Fysioterapeuter gerne rose sundhedsaftalens fokus på indsatsområdet "Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom".</p> <p>For at regionen kan være rustet til stigningen i antallet af ældre og kronikere, er det helt afgørende, at de forebyggende initiativer med fysisk aktivitet og bevægelse styrkes, med henblik på at begrænse eller udskyde kroniske sygdomme.</p> <p>Vi ved, at bevægelse forhindrer sygdom i at opstå. Her er fysioterapeuterne eksperter i den del af forebyggelsen, der handler om bevægelse, som vi ved er et nøgleredskab til at forebygge sygdom. Vi har således kompetencerne til at motivere, stimulere, aktivere og promovere bevægelse bredt set over for såvel børn som voksne, raske som syge.</p> <p>Fysioterapeuter kan derfor bidrage til at fremme forebyggelsesindsatserne, skabe sammenhæng for borgere med kronisk sygdom i regionen og dermed bidrage til borgernes mestring af egen sundhed og trivsel.</p> <p>Udkastet til sundhedsaftalen bærer tydeligvis præg af rekrutteringsudfordringerne som sundhedsvæsenet står overfor og dermed flytning af opgaver.</p> <p>Danske Fysioterapeuter savner, at der kommer fokus på flytning af andre opgaver end pleje fordi ressourcerne kan bruges bedre. I forbindelse med opgaveflytning, kunne man i stedet fokuserer på et større øje for rehabilitering i forbindelse med udredning og diagnosticering, som vil sparre kommunen for penge pga. færre genindlæggelser mm.</p> <p><b>Indikatorer</b></p> <p>Danske Fysioterapeuter er begejstret for, at Region Midtjylland har tilkøbt indikatorer til løbende at vurdere status på de regionale mål.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mange positive hensigter, takter og visioner i sundhedsaftalen.</li> <li>• Savner fokus på flytning af andre opgaver end pleje. Mere øje for rehabilitering ifm. udredning og diagnosticering.</li> </ul> <p><i>Yderligere kvalificering af indikatorer:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uforstående over for, at indikatorerne på indsatsområdet "Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom" kun forholder sig til akutte indlæggelser.</li> <li>• Ønske om, at der inkluderes indikatorer, der kan måle på nedbringelsen af kronisk syge, før de bliver akut indlagt.</li> </ul> <p>Under indsatsområde "Psykiatri og trivsel" foreslås suppl. indikator:  <i>"Antal af borgere der henvises til og benytter sig af kommunale forebyggelsestilbud (jf. servicelovens §83, §86, §119 og sundhedslovens §140).  Undersøges nærmere.  Opfølgning på aftalen drøftes på SSG og SSU</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Under indsatsområde "Psykiatri og trivsel" foreslås suppl. indikator:  <i>"Antal genoptræningsplaner for psykiatriske patienter"  Antal genoptræningsplaner for psykiatriske patienter er ikke umiddelbart noget vi har nemt tilgængelige data på.  Opfølgning på aftalen drøftes på SSG og SSU</i></li> </ul> <p><i>Involver den fysioterapeutiske praksissektor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foreslår, at det tydeligt fremgår, at fysioterapipraksissektoren involveres ifm. planlægning</li> </ul>

I det følgende vil Danske Fysioterapeuter komme med vores bud på en yderligere kvalificering af Region Midtjyllands indikatorer.

#### **Henvi sning til de kommunale forebyggelsestilbud**

Under indsatsområdet "Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom" fremgår det, at Region Midtjylland prioriterer sammenhæng for borgere med kroniske sygdom, da der er potentiale i at forebygge, at kronisk sygdom opstår og udvikler sig.

Danske Fysioterapeuter er fuldstændig enig i, at der ligger et stort potentiale i at forebygge kroniske sygdomme. Vi stiller os derfor uforstående over for, at indikatorerne på indsatsområdet kun forholder sig til akutte indlæggelser.

Selvom vi påskønner, regionens målsætning om at nedbringe antallet af akutte indlæggelser, bør Region Midtjylland dog inkludere indikatorer der kan måle på nedbringelsen af kronisk syge, før de bliver akut indlagt.

Danske Fysioterapeuter foreslår at tilføje følgende indikator under indsatsområdet "Borgere med kronisk sygdom – fokus på dem med størst behov og størst kompleksitet":

Under det regionale indsatsområde "psykiatri og trivsel" foreslår Danske Fysioterapeuter, at tilføje indikatoren:

"Antal af borgere der henvises til og benytter sig af kommunale forebyggelsestilbud (jf. servicelovens §83, §86, §119 og sundhedslovens §140).

Det er vigtigt, at en opfølgning er konkret og ikke blot måler på, hvor mange der henvises til et forebyggelsestilbud, men også hvor mange borgere der benytter sig af de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud og derved får en samlet rehabiliterende indsats med udgangspunkt i borgers behov.

Danske Fysioterapeuter mener, at disse tilbud om fysioterapi bør inkluderes i indikatoren, da de alle er med til at fremme bevægelse, som der er evidens for, fremmer rehabiliteringsindsatsen og samtidig forebygger en lang række sygdomme.

#### **Genoptræningsplaner for psykiatriske patienter**

Under det regionale indsatsområde "psykiatri og trivsel" foreslår Danske Fysioterapeuter, at tilføje indikatoren:

"Antal genoptræningsplaner for psykiatriske patienter"

Psykiske lidelser har stor betydning for det enkelte menneske og medfører en markant statistisk overdødelighed. Samtidig er langvarig psykisk lidelse og indlæggelse ofte forbundet med funktionstab på

og implementering af initiativer, der skal fremme borgernes sundhed.

Der kan indsættes en formulering i afsnittet Implementering og opfølgning om, at relevante parter inddrages i udmøntning af sundhedsaftalen.

*Fast fora for samarbejde med SSU og resten af praksissektoren:*

- Foreslår, at relevante faggrupper bliver en del af Region Midtjyllands sundhedsklynger el. at der oprettes et fast forum for samarbejdet med SSU og den samlede praksissektor, som har til opgave at bistå med at kvalificere sundhedsaftalen.  
Drøftes i SSU.

grund af inaktivitet og uhensigtsmæssigt brug af kroppen. Mange mennesker med psykiske lidelser kan derfor have behov for genoptræningstilbud, som imødekommer de funktionsnedsættelser, som psykisk lidelse kan medføre. Dette gælder for både børn, unge og voksne patienter med psykiske lidelser.

Med en indikator på genoptræningsplaner for både børn, unge og voksne vil regionen i højere grad, end tilfældet er i dag, kunne sikre alle borgeres ret til en genoptræningsplan.

Fysioterapeuter har kompetencer til at tilpasse og graduere træning med udgangspunkt i det enkelte menneskes unikke oplevelse af egen krop og bevægefunktion og er i stor udstrækning anvendt indenfor somatikken til behandling og til rettidigt at sikre borgerne en genoptræningsplan med et fagligt indhold, der sikrer det gode sammenhængende forløb.

#### **Involver den fysioterapeutiske praksissektor**

Med sundhedsvæsenets udfordringer i forhold til at rekruttere og fastholde medarbejdere, er det ærgerligt, at udkastet ikke nævner den fysioterapeutiske praksissektor som samarbejdspartner i den forebyggende indsats.

Ikke at involvere den fysioterapeutiske praksissektor er en tabt mulighed for at mindske ulighed i sundhed og samtidig bidrage til, at den forebyggende og rehabiliterende indsats kommer tættere på borgeren.

Danske Fysioterapeuter foreslår derfor, at det i Region Midtjyllands Sundhedsaftale 2024-2027 tydeligt fremgår, at man vil involvere fysioterapipraksissektoren ifm. planlægning og implementering af initiativer der skal fremme borgernes sundhed.

#### **Fast fora for samarbejde med SSU og resten af praksissektoren**

Med et udkast til en sundhedsaftale, der bl.a. har fokus på forebyggelse af kroniske sygdomme, er Danske Fysioterapeuter uforstående over for, hvorfor regionen ikke i arbejdet med Sundhedsaftalen 2024-2027, har inkluderet fysioterapeuter, hvis kernefaglighed bl.a. er forebyggelse. Hvis regionen vil komme i mål med sin vision, er det vigtigt at inddrage alle aktører, der har den rette viden og som i mange tilfælde kender og er tæt på borgerne i forvejen.

Danske Fysioterapeuter foreslår derfor, at relevante faggrupper bliver en del af Region Midtjyllands sundhedsklynger, eller der oprettes et

	<p>fast forum for samarbejdet med SSU og den samlede praksissektor, som har til opgave at bistå med at kvalificere sundhedsaftalen. Vi står selvfølgelig til rådighed, hvis I ønsker høringssvaret uddybet.</p>	
<p><b>Danske Psykolog Forening</b></p>	<p>Dansk psykolog Forening er positive over for Sundhedsaftalens visioner om, at sundhedsvæsenet skal tilbyde sammenhængende og trygge forløb, være på borgernes præmisser samt være nært, tilgængeligt og i balance.</p> <p>Prioriteringen i visionerne er vi også positive overfor; særligt indsatsområdet 'Psykiatri og trivsel' med fokus på børn og unges trivsel og fokus på mennesker med svær psykisk lidelse.</p> <p>I Dansk Psykolog Forening er vi enige i, at disse udfordringer og områder bør håndteres og udvikles gennem en ekstra indsats, hvor tværfaglighed samt behovet for ressourcetilførsel også adresseres.</p> <p>Dansk Psykolog Forening har dog også en række nedslagspunkter i Sundhedsaftalen, som er problematiske.</p> <p>Her følger en række konkrete bemærkninger:</p> <p><b>Psykiatri og trivsel</b> I Sundhedsaftalen står, at Regionen vil forbedre sundheden og sikre sammenhængende patientforløb for børn, unge og voksne med svær psykisk sygdom. At forbedre sundheden hos borgere med psykisk sygdom bør ikke <i>kun</i> omhandle mere sammenhæng, men også være lydhør over for brugerperspektivet.</p> <p>Patienter drager fordel af non-farmakologisk behandling enten i stedet eller som supplement til farmakologisk behandling. Vi har behov for opprioritering af tværfaglig og psykosocial behandling i fremtidens indsatser for borgere med psykisk sygdom.</p> <p>Derfor foreslår Dansk Psykolog Forening, en sidestilling af non-farmakologisk og farmakologisk behandling medtages i Sundhedsaftalen.</p> <p><b>Et sundhedsvæsen med ressourcemangel</b> Det er positivt, at der i Sundhedsaftalen adresseres, at sundhedsvæsenet mangler ressourcer og herunder særligt manglen</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generelt positive overfor aftalens visioner og prioritering heri.</li> <li>• Anbefales, at ambitionen om helhedssyn afspejles i indsatsområderne, herunder at nonfarmakologisk og farmakologisk behandling sidestilles i afsnittet om psykiatri og trivsel.</li> <li>• Psykiatrien og PPR i kommunerne har brug for et kapacitetsløft, hvis sundhedsaftalens visioner og principper skal realiseres. Udfordringer med udviklingen i antal borgere med psykiske problemstillinger og sårbarheder er adresseret i sundhedsaftalen, men løsningerne er fraværende.</li> <li>• Positivt, at Regionen vil udvikle den nære psykiatri og bygge videre på arbejdet med udgangspunkt i 10-årsplanen.</li> <li>• Mangler dog en konkretisering af målsætningerne for psykiatrien.</li> <li>• Anbefaler derfor tydeligere anvisning af vej til udvikling og implementering af aftalens ambitioner, fx. ift. hvilke målrettede forebyggelsestiltag der fremover skal være i Regionen. <i>Aftalen sætter en fælles politisk retning og skal efterfølgende udmøntes i konkrete initiativer. SSU laver løbende handlingsplaner for det kommende år.</i></li> <li>• Opfordring til, at også psykologer indgår i de arbejdsgrupper, der løbende etableres. <i>Ved nedsættelse af arbejdsgrupper tages konkret stilling til sammensætning af gruppen. Der kan indsættes en formulering i afsnittet Implementering og opfølgning om, at relevante parter inddrages i udmøntning af sundhedsaftalen.</i></li> </ul>

på sundhedspersonale. Desværre er det urealistisk, at dette kan løses ved blot at tænke i nye løsninger og optimeret brug af eksisterende ressourcer.

Sundhedsvæsenet er presset, hvilket bl.a. ses ved udskudte behandlinger og lange ventetider. Løsninger på kapacitetsudfordringer er desværre fraværende i Sundhedsaftalen.

Der er behov for en generel ressource tilførsel i både psykiatrien og PPR, hvis vi skal tilbyde både hurtigere og bedre hjælp til borgere som mistrives eller som udvikler en psykisk lidelse.

Dansk Psykolog Forening foreslår, at der investeres i det forebyggende område i PPR, at psykiatrien får et kapacitetsløft, der modsvarer udviklingen i antallet af borgere med psykiske udfordringer, og at der indføres psykologbehandling efter behov, så den praktiserende læge skal have mulighed for at henvise på baggrund af et vurderet behov for psykologhjælp.

At tilføre ressourcer til PPR stemmer desuden godt overens med Sundhedsaftalens målsætning om at sørge for, at der er en rettidig indsats for børn og unge, der rammes af mistrivsel og psykisk lidelse.

#### **Et fravær af konkrete tiltag**

Hele Sundhedsaftalen er på et højt abstraktionsniveau, hvorfor det kan være svært at gennemskue, hvordan regionen konkret vil sikre et løft af sundhedsvæsenet.

Hvad angår psykiatrien er det positivt, at Regionen vil udvikle den nære psykiatri og bygge videre på arbejdet med udgangspunkt i 10-årsplanen for psykiatrien. Der mangler dog en konkretisering af målsætningerne for psykiatrien, og Dansk Psykolog Forening anbefaler derfor, at der tydeligere anvises en vej til udvikling og implementering af aftalens ambitioner, f.eks. ift. hvilke målrettede forebyggelsestiltag der fremover skal være i Regionen.

Afslutningsvist vil opfordre Regionen til, at også psykologer skal være en del af de arbejdsgrupper, der løbende etableres.

	<p>Dansk Psykolog Forening hjælper gerne med at finde medlemmer, der besidder de relevante psykologfaglige kompetencer til at sidde i fremtidige arbejdsgrupper i regionen.</p>	
<p><b>Dansk Sygeplejeråd, Kreds Midtjylland</b></p>	<p>Sundhedsvæsenet står overfor massive udfordringer. Løsningerne skal findes i fællesskab på tværs af sundhedsvæsenet. Sundhedsaftalen er et vigtigt redskab hertil. Her kan vi adressere de fælles udfordringer, som sundhedsområdet repræsenterer.</p> <p>Vi deler sundhedssamarbejdsudvalgets ambition om et sundhedsvæsen med tryghed, kvalitet, nærhed, tilgængelighed, sammenhæng, inddragelse og lige muligheder for sunde liv. Men vi oplever desværre ikke, at det er i den retning, sundhedsvæsenet bevæger sig.</p> <p>Det sundhedsvæsen, vi som sygeplejersker kender og arbejder i, er presset – både på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet og i de tilstødende velfærdsområder.</p> <p>Vi deler derfor desværre også sundhedssamarbejdsudvalgets konstatering af udfordringen med at sikre kvalificeret arbejdskraft. Den udfordring har været både kendt og tiltagende længe. Det gælder ikke mindst for sygeplejersker, og vi ser i disse år alvorlige konsekvenser for patienter, pårørende, personale og organisationer. Vi ser det tydeligst på hospitalerne, men bestemt også i stigende grad i den kommunale del af sundhedsvæsenet. Derfor er en samling af kræfterne og et ønske om at gøre tingene på nye og mere effektive måder desværre langt fra tilstrækkeligt. Sundhedssamarbejdsudvalget vil ikke kunne realisere et sundhedsvæsen i balance med de redskaber, der præsenteres i udkastet, herunder at undlade at opbygge parallelle tilbud, inddrage andre aktører og arbejde med forebyggelse ved nye indsatser.</p> <p>Vi skal tage meget mere grundlæggende fat. Vores fælles offentlige sundhedsvæsen skal være en attraktiv arbejdsplads, der formår at fastholde de sygeplejersker, som allerede bidrager, og som de unge kan se en fremtid i at være en del af. Det gælder for såvel det specialiserede som for det nære – hver femte sygeplejerske ansat i en region eller kommune forventer at være ansat i det private eller som andet end sygeplejerske indenfor tre år.</p> <p>Sundhedsvæsenet skal være et sted, som man vil være ansat, og det skal være en arbejdsplads, som man er stolt af. Uanset om man er</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deler ambitionen om et sundhedsvæsen med tryghed, kvalitet, nærhed, tilgængelighed, sammenhæng, inddragelse og lige muligheder for sunde liv.</li> <li>• Ikke den retning, sundhedsvæsenet bevæger sig i – under stort pres.</li> <li>• Udfordring med at sikre kvalificeret arbejdskraft – ikke mindst sygeplejersker.</li> <li>• SSU kan ikke realisere et sundhedsvæsen i balance pba. de redskaber, der præsenteres i aftaleudkastet – der skal tages mere grundlæggende fat.</li> <li>• Sundhedsaftalen bør derfor også fokusere på samarbejde mellem sektorerne ift. forbedret fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker til sundhedsvæsenet.</li> <li>• Rekruttering og fastholdelse bør indgå i den overordnede fælles politiske retning for udviklingen af sundhedsvæsenet i Midtjylland. <b>Drøftes SSG/SSU.</b></li> <li>• Udfordringerne med rekruttering og fastholdelse bør adresseres konkret i handlingsorienterede samarbejdsaftaler i aftaleperioden. <b>Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.</b></li> <li>• Der bør i aftaleperioden iværksættes konkrete initiativer for yderligere systematisering og formalisering af sygeplejerskernes bidrag til koordinering af de tværgående patient- og borgerforløb. <b>Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.</b></li> <li>• Ser frem til at bidrage til den prioriterede udvikling af hjemmemonitorering, digitale konsultationer og platforme samt deling af data på tværs af sektorer.</li> </ul>

ansat på et af hospitalerne, i hjemmesygeplejen, i præhospitalet, i almen praksis, på et af de sociale tilbud eller på en af de andre arbejdspladser i og omkring sundhedsvæsenet.

Sundhedsaftalen bør derfor inddrage et stærkt fokus på, at sektorerne skal samarbejde om forbedret fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker til sundhedsvæsenet.

Rekruttering og fastholdelse skal indgå i den overordnede fælles politiske retning for udviklingen af sundhedsvæsenet i Midtjylland, og udfordringerne bør blive adresseret konkret i handlingsorienterede samarbejdsaftaler i aftaleperioden.

Det er nødvendigt for at kunne sikre en fremdrift, der gør en forskel for borgerne, og det er forudsætningen for at kunne indfri sundhedsaftalens visioner for sundhedsvæsenet i Midtjylland og bidrage til realiseringen af de nationale mål for sundhedsvæsenet.

#### **Koordinering af patient- og borgerforløb**

Samarbejde og sammenhæng er gennemgående i målsætningerne for de tre indsatsområder i udkastet til sundhedsaftalen.

Sygeplejerskerne har en vigtig rolle i koordineringen af forløb på tværs af sektorerne. Det gælder såvel i forhold til borgere med kronisk sygdom som i forhold til psykiatri og trivsel blandt børn, unge og voksne.

Koordinering er en integreret del af sygeplejerskernes virke, og forløbsbevidstheden afspejler sig i de indsatser, som sygeplejerskerne leverer, hvad enten udgangspunktet er region, kommune eller praksisområdet. Kandidatuddannelsen i Advanced Practice Nursing og specialuddannelsen i borgernær sygepleje er gode eksempler på nogle af de oplagte muligheder, der er for at styrke koordineringen af de komplekse patient- og borgerforløb på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet og de tilstødende velfærdsområder.

Der bør i aftaleperioden iværksættes konkrete initiativer for yderligere systematisering og formalisering af sygeplejerskernes bidrag til koordineringen af de tværgående patient- og borgerforløb.

Vi står midt i en udvikling, hvor opgaverne både regionalt, kommunalt og i almen praksis bliver både flere og mere komplekse. De velfærdsteknologiske løsninger og digitaliseringen kan hjælpe os, hvis vi formår at sikre fagligheden i anvendelsen af de nye teknologiske og digitale muligheder. Vi ser frem til at bidrage til den prioriterede udvikling af hjemmemonitorering, digitale konsultationer og platforme samt deling af data på tværs af sektorer i omstillingen mod et mere fleksibelt og nært sundhedsvæsen.

<p><b>Danske Tandplejere</b></p>	<p>Danske Tandplejere støtter op om visionerne for at skabe mere nærhed, tilgængelighed og sammenhæng for patienter/borgere. Af den grund finder Danske Tandplejere det også beklageligt, at mund- og tandområdet ikke er tænkt ind i Sundhedsaftalens gode tiltag og visioner.</p> <p>Det har længe været kendt, at sygdom i mund og tænder hænger sammen med sygdom i resten af kroppen og har tilmed stor betydning for den enkeltes psykiske tilstand og sociale velvære. En sund mund og sunde tænder er en afgørende faktor for, om man psykisk og fysisk har det godt.</p> <p>Tandplejere gør allerede i dag en afgørende forskel på sygehuse/hospitaler, i kommunerne og i praksissektoren. Men antallet af tandplejere tåler at blive skaleret op, hvis den forskel skal udbredes til endnu flere og være endnu større. Det kan ske, hvis regioner og kommunerne vil bruge tandplejernes kompetencer fuldt ud. Det handler bl.a. om at sikre, at der ansættes flere tandplejere på sygehuse/hospitaler til at sikre indlagte patienters mund- og tandsundhed. I dag er der kun ca. en håndfuld tandplejere på landsplan, der har den funktion. Og det handler om at udbrede flere tandplejerklinikker i praksissektoren, så flere borgere kan vælge at få forebyggelse og nænsomme tandbehandlinger på en tandplejerklinik fremfor at frekventere de traditionelle tandlægeklinikker. Det vil tilmed skabe mere konkurrence mellem de to kliniktyper på tandområdet til fordel for patienterne.</p> <p>Derudover har brugere af psykiatrien ofte store problemer med mund- og tandsundheden, hvilket bl.a. kan skyldes stort medicinindtag. En tandplejer tilknyttet det socialpsykiatriske / psykiatriske område kan gøre en afgørende forskel for brugerne. Faktisk kan tandplejerne gøre en forskel for alle borgergrupper – børn, unge, ældre, folk med kroniske sygdomme osv. Men det kræver, at man fra politisk side anerkender vigtigheden af mund- og tandsundhed samt prioriterer at få tandplejerfagligheden ind de rigtige steder i sundhedsvæsenet.</p> <p>Er det et ønske, så bistår Danske Tandplejere gerne hermed. Og vi står naturligvis også til rådighed for at uddybe ovenstående.</p> <p>Forebyggelse, sundhedsfremme og sygdomskontrol med et sundhedspædagogisk afsæt, hvor borgerne mødes, der hvor de er,</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Støtter op om visionerne for at skabe mere nærhed, tilgængelighed og sammenhæng.</li> <li>• Men beklageligt, at mund- og tandområdet ikke indtænkes i et sammenhængende sundhedsvæsen:</li> <li>• Opskalering i antallet af tandplejere</li> <li>• Ansættelse af flere tandplejere på sygehuse/hospitaler til at sikre indlagte patienters mund- og tandsundhed</li> <li>• Udbredelse af tandplejerklinikker i praksissektoren,</li> <li>• Tandplejer tilknyttet det socialpsykiatriske / psykiatriske mhp. at gøre en forskel for brugere af psykiatrien, som ofte har store problemer med mund- og tandsundheden.</li> <li>• Kræver politisk anerkendelse af vigtigheden af mund- og tandsundhed samt prioritering af at få tandplejerfagligheden ind de rigtige steder i sundhedsvæsenet.</li> </ul> <p>Ønske om anerkendelse af vigtigheden af mund- og tandsundhed</p>



	<p>er tandplejernes kernekompetence og ligger dybt indlejret i tandplejernes DNA.</p> <p>Vi håber på at høre fra jer samt at mund- og tandområdet indtænkes i et sammenhængende sundhedsvæsen.</p>	
<p><b>Ergoterapeutforeningen</b></p>	<p>Vi er i Ergoterapeutforeningen Region Midt-Nord enige i, at samfundsudviklingen stiller nye krav til den måde, som kommuner, praksissektoren og regionen samarbejder på. Vi skal sammen tænke nyt og videreudvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.</p> <p><b>Ergoterapeutforeningen Region Midt-Nord anerkender visioner i aftalen</b></p> <p>Ergoterapeutforeningen Region Midt-Nord anerkender Sundhedssamarbejdsudvalgets overordnede vision om at udvikle det samlede sundhedsvæsen samt de fire underlæggende visioner "Sammenhæng og tryghed", "På borgerens præmisser", "Et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen", "Et sundhedsvæsen i balance".</p> <p>Det er positivt, at borgerperspektivet, forebyggelse og rehabilitering har fået en mere tydelig plads i aftalen, da rehabilitering kun kan ske i samspil mellem borgerne og fagpersonerne i sundhedsvæsenet.</p> <p>Det springende punkt bliver, hvordan Sundhedssamarbejdsudvalget sikre sig, at visionerne i denne aftale omsættes til handling og implementeres i hele Midtjylland.</p> <p><b>Fokus på faglighed</b></p> <p>Ergoterapeutforeningen Region Midt-Nord anerkender de tre indsatsområder og hæfter sig særligt ved, at der skal arbejdes for at skabe sammenhængende patientforløb på tværs af diagnoser og sektorer. Opgaverne i sundhedsvæsenet kræver øget fokus på og brug af tværfaglighed.</p> <p>Ergoterapeuter bidrager gerne som en del af løsningen, og vi har gode forudsætninger for at gøre det. Ergoterapeuter er mestre i rehabilitering, og ergoterapeuters kernekompetencer vil understøtte mange af de gode visioner i udkast til Sundhedsaftalen 2024-2027, både hos kronikere, børn og indenfor psykiatrien.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anerkender aftaleudkastets visioner.</li> <li>• Positivt, at borgerperspektivet, forebyggelse og rehabilitering har fået en mere tydelig plads.</li> <li>• Springende punkt: Hvordan omsættes visionerne i aftalen til handling og implementeres i hele Midtjylland. <b>Aftalen sætter en fælles politisk retning og skal efterfølgende udmøntes i konkrete initiativer. SSU laver løbende handlingsplaner for det kommende år.</b></li> <li>• Fremhæver to konkrete nedslagspunkter, hvor ergoterapi med fordel kan styrkes:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>ergoterapeuter som udskrivningskoordinatorer</i> mhp. at mindske risikoen for genindlæggelser og styrke rehabilitering.</li> <li>- ift. andelen af genindlæggelser i psykiatrien - der er brug for at bringe ergoterapeutiske kernekompetencer bedre i spil.</li> </ul> </li> <li>• Ift. sidstnævnte: Behov for at øge anvendelsen af ergoterapeutiske kompetencer inden for rehabilitering (og recovery).</li> <li>• Ergoterapeuterne er centrale ift. vurdering af borgernes funktionsevne kognitivt og digitalt, men også i at finde løsninger, som understøtter hverdagsteknologi og i relation til at styrke og evt. træne borgerens digitale formåen. <b>Opmærksomhedspunkter ifm. udmøntning af aftalen.</b></li> </ul>

Ergoterapeuter er uddannet til at understøtte, at mennesker, uanset alder, sygdom eller funktionsnedsættelse, bliver i stand til at leve et aktivt liv med meningsfulde aktiviteter på arbejde, i fritid og også under sygdomsbehandling, hvor det at kunne selv er helt afgørende.

Ergoterapi udgør et vigtigt bidrag, og både i rehabilitering og ved sektorovergange er der et stort potentiale i at bruge ergoterapeuter.

Vi vil fra Ergoterapeutforeningen Region-Midt nord gerne fremhæve *to konkrete nedslagspunkter, hvor vi mener ergoterapi med fordel kan styrkes.*

*Det ene* eksempel er som udskrivningskoordinatorer, hvor ergoterapeuters helhedsorienterede tilgang mindsker risikoen for genindlæggelser og styrker borgers efterfølgende rehabilitering. Disse stillinger er historisk set blevet besat af sygeplejersker, som der er stor mangel på. Men stillingerne kan ligeledes besættes af ergoterapeuter.

*Det andet* eksempel vedrører andelen af genindlæggelser i psykiatrien, hvor der er brug for at ergoterapeutiske kernekompetencer bringes bedre i spil. Sammenligner man andel af genindlæggelser indenfor 30 dage i psykiatrien i Regionerne, ligger Region Midtjylland højt. Og den generelle udvikling i andel af genindlæggelser går i den forkerte retning.

Her er der blandt andet behov for at øge anvendelsen af ergoterapeutiske kompetencer inden for rehabilitering (og recovery) til fordel for både den enkelte, for pårørende og for samfundet som helhed. *Nødvendige* genindlæggelser bør altid ske i de enkelte konkrete tilfælde, *men udviklingen kan og skal vendes* mere langsigtet og strukturelt med fagligt funderet indsats.

Ergoterapeutforeningen Region-Midt kvitterer i forlængelse af arbejdet med at styrke rehabilitering og recovery i psykiatrien i regionen for den gode dialog, store interesse og den samarbejdsvilje, vi mødte under vores foretræde for Region Midtjyllands psykiatri- og socialudvalg sidste år.

- Vigtigt, at sundhedsklyngerne også har et udsnit af faglige stemmer, herunder stemmer med både et behandlende og rehabiliterende fokus.  
*Drøftes i SSG.*
- Anbefaler derfor en tværfaglig sammensætning, som favner både lægelige, sygeplejefaglige samt fysio- og ergoterapeutiske kompetencer.  
*Der kan indsættes en formulering i afsnittet Implementering og opfølgning om, at relevante parter inddrages i udmøntning af sundhedsaftalen.*

### **Velfærdsteknologi og digitalisering.**

Som ergoterapeuter bidrager vi til at gøre menneskers hverdag mulig. Vi hjælper mennesker til at kunne mestre eget liv, vi har fokus på og træner med den enkelte gennem hverdagsaktiviteter, vi arbejder med motivation og mestring, hjælpemidler og velfærdsteknologi.

På den måde understøtter vi det enkelte menneskes mulighed for at få et så selvstændigt og godt liv på trods af alder, sygdom og funktionsnedsættelse samt mulighed for at forebygge sygdom, undgå forværring af sygdom samt motivation og evne til at ændre livsstil.

I Ergoterapeutforeningen har vi et målrettet fokus på vores fælles opgave i at styrke borgernes **digitale kompetencer** jf.

Sundhedsaftalens tredje indsatsområde om *"at prioritere fokus på samarbejde om digitale løsninger"* på side 7.

Her er ergoterapeuter ikke kun centrale, når det kommer til vurderinger af borgernes funktionsevne kognitivt og digitalt, men også i at finde løsninger, som understøtter hverdagsteknologi.

Med øget brug af telemedicinske løsninger er det uhyre vigtigt, at vi vælger løsninger, der matcher borgerens funktionsevneniveau. Det er også nødvendigt, at vi får muligheder for at styrke og evt. træne borgerens digitale formåen, hvis det skulle vise sig påkrævet.

### **Husk den tværfaglige repræsentation og inddragelse i sundhedsklyngernes fagligt-strategiske niveau**

Fra Ergoterapeutforeningens side mener vi, at det er vigtigt at sikre, at sundhedsklyngerne også har et udsnit af faglige stemmer, herunder stemmer, der har både et behandlende og rehabiliterende fokus. Derfor anbefaler vi en tværfaglig sammensætning, som favner både lægelige, sygeplejefaglige samt fysio- og ergoterapeutiske kompetencer.

Gennemgående peger vi fra Ergoterapeutforeningen Region Midt-Nord i nærværende høringsvar på områder, hvor vi gerne vil byde os til og være en del af løsningen.

Ergoterapi har en dokumenteret effekt i forhold til mange af de indikatorer, der oplystes på side 11 i det udsendte udkast til

	<p>Sundhedsaftalen 2024-2027. Både i forhold til 'Psykiatri og trivsel', 'Borgere med kroniske sygdom' og 'Velfærdsteknologi'.</p> <p>Ergoterapeutforeningen Region Midt-Nord står til rådighed for kommentarer og spørgsmål.</p>	
<p><b>Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS)</b></p>	<p>De praktiserende speciallæger er ikke nævnt i regionens udkast til Sundhedsaftale. Dette kan undre, da speciallægepraksis er en integreret del af det offentlige sundhedsvæsen og indgår som det borgernære specialiserede sundhedstilbud i et forpligtende samarbejde med resten af sundhedsvæsenet.</p> <p>Det fremgår således af Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, at formålet med sundhedsaftaler er "at bidrage til sammenhæng og koordinering af forløb, der går på tværs af regioner og kommuner, med fokus på kvalitet, effekt og patienttilfredshed." Speciallægepraksis spiller en væsentlig rolle i denne sammenhæng, idet speciallægepraksis har en central placering som det nære sundhedstilbud og i mange tilfælde som alternativ til ambulante sygehusbehandling. Det betyder, at speciallægepraksis har et tæt samarbejde med både almen praksis, hvorfra patienter henvises, og sygehussektoren.</p> <p>Det fremgår af overenskomsten, at det er målsætningen "at speciallægepraksis i fremtiden skal indgå i et endnu tættere samarbejde med resten af sundhedsvæsenet." Derudover fremgår det af "En fælles retning - en fælles vision for speciallægepraksis" mellem FAPS og Danske Regioner, at man med visionen vil "forme vejen for en udvikling af speciallægepraksis i samarbejde med hospitalerne, almen praksis og resten af sundhedsvæsenet." I forlængelse af ovenstående intentioner skal FAPS kraftigt opfordre til, at speciallægepraksis indtænkes i aftalen.</p> <p>Speciallægepraksis bør fremgå helt overordnet som en væsentlig aktør og mere specifikt fx under indsatsområdet "Psykiatri og trivsel". Under dette indsatsområde er der bl.a. fokus på børn og unges mistrivsel og psykisk lidelse. Regionen har netop oprettet et nyt ydernummer til en praktiserende børne- og ungdomspsykiater, hvorfor det igen kan undre, at speciallægepraksis ikke nævnes som en vigtig aktør i forhold til regionens ambition om "en rettidig og sammenhængende indsats for børn og unge, der bliver ramt af bekymrende mistrivsel og psykisk lidelse".</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Undren over, at speciallægepraksis ikke nævnes i aftaleudkastet, da speciallægepraksis er en integreret del af det offentlige sundhedsvæsen. <b>I aftalen på s. 2 under 'overordnede rammer' er 'praksissektoren nævnt.</b></li> <li>• Speciallægepraksis spiller en væsentlig rolle som nært sundhedstilbud og alternativ til ambulante sygehusbehandling.</li> </ul> <p>Ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FAPS opfordrer derfor kraftigt til, at speciallægepraksis indtænkes i aftalen, dels overordnet som en væsentlig aktør. <b>Der kan indsættes en formulering i afsnittet Implementering og opfølgning om, at relevante parter inddrages i udmøntning af sundhedsaftalen.</b></li> <li>• Dels mere specifikt fx under indsatsområdet "Psykiatri og trivsel" – herunder ift. det underliggende fokus på børn og unges mistrivsel og psykisk lidelse. <b>Drøftes af SSG/SSU.</b></li> </ul>

**HK MidtVest**

Der er tale om fine intentioner på et meget højt politisk abstraktionsniveau.

Al ære og respekt for, at man vil skabe balance i sundhedsvæsenet ved at fokusere kræfterne på indsatser målrettet: Børn og unge i mistrivsel og borgere med svær psykisk sygdom, borgere med stort behov og stor kompleksitet som følge af kronisk sygdom og styrket velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling.

Men jeg har meget svært ved at se, hvordan man vil lykkes med det, særligt med den meget skræbete økonomiaftale, der er lavet for både region og kommuner.

I den aftale, Regeringen og Danske Regioner har indgået om næste års økonomi, er rammeløftet til sundhed 1,35 mia. kr. i 2024, hvilket skal holdes op imod et skønnet udgiftspres på ca. 1 mia. kr. fra demografien og cirka 1 mia. kr. fra stigende medicin-udgifter. Med andre ord er rammeløftet mere end spist op. Hertil kommer et problem med manglende kompensation for inflation i 2022, der koster regionerne ca. 1 mia. kr. varigt på driftsrammen, og som regeringen ikke har villet løse. Oveni kommer så kravene om administrative besparelser og effektiviseringer.

Godt nok har regeringen præsenteret en sundhedspakke, der løfter sundhedsvæsenet med 5 mia. kr. Men det er penge, der først kommer på den lange bane, og som indføres gradvist frem mod 2030.

Så mit spørgsmål er: Hvordan hænger økonomien sammen med de ambitiøse målsætninger i Sundhedsaftalen?

Jeg kunne også godt tænke mig at vide, hvordan administrationen og læge-sekretærene er tænkt ind i Sundhedsaftalen?

Hvordan vil man sikre fastholdelse og rekruttering, når der af regeringen er varslet besparelser på det administrative personale frem mod 2030?

Besparelser, der må siges at være direkte selvmodsiggende i forhold til at løse de regionale rekrutteringsudfordringer, hvor administrativt personale med de rigtige kompetencer er en del af løsningen også jævnfør en passus i regeringsgrundlaget.

Hvis det er så enkelt at sikre balance i sundhedsvæsenet, som man

Fremtrædende bemærkninger/ønsker:

- Fine intentioner på et meget højt politisk abstraktionsniveau.
- Vanskeligt at se, hvordan de gode intentioner og ambitiøse målsætninger skal indfries i lyset af stramme økonomiaftaler for såvel region som kommuner.
- Hvordan er administrationen og lægesekretærene tænkt ind i Sundhedsaftalen?
- Hvordan vil man sikre fastholdelse og rekruttering, når der er varslet besparelser på det administrative personale frem mod 2030?  
**Rekruttering og fastholdelse drøftes på SSG og SSU**
- Hvis det er så enkelt at sikre balance i sundhedsvæsenet, som man lægger op til i Sundhedsaftalen, hvorfor har man så ikke sikret fornuftig overgang fra primær til sekundær sektor (og omvendt) for længe siden?  
**Ønske om, at Sundhedssamarbejdsudvalget vender tilbage med svar på de bekymringer og opmærksomhedspunkter, der fremgår af høringsvaret.**

	lægger op til i Sundhedsaftalen, hvorfor har man så ikke sikret fornuftig overgang fra primær til sekundær sektor (og omvendt) for længe siden?	
<b>Kost- og Ernæringsforbundet</b>	<p>Kost og Ernæringsforbundet anerkender presset på det samlede sundhedsvæsen pga. den ændrede demografi, flere borgere med kroniske sygdomme og psykiske lidelser, ulighed i sundhed samt manglen på medarbejdere i sundhedsvæsenet.</p> <p>Kost og ernæring bør udnyttes langt bedre – både fsva sundhedsfremme, forebyggelse og behandling. Kost og Ernæringsforbundets medlemmer kan bidrage til gode løsninger ift. indsatsområderne i Region Midtjylland i Sundhedsaftalen 2024–2027.</p> <p><b>Borgere med psykiske lidelser</b> I sundhedsaftalen beskrives, at psykiske lidelser tegner sig for 25% af den samlede sygdomsbyrd i Danmark</p> <p>I psykiatrien er der generelt meget få kliniske diætister ansat på trods af, at nogle patienter lider af spiseforstyrrelser som fx anoreksi og tvangsoverspisning, og andre har kraftige vægtøgninger pga. deres medicinske behandling. Det øger risikoen for andre somatiske sygdomme. Og behovet og potentialet er stort, for risikoen for somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser er 40 procent højere end for mennesker uden psykisk sygdom.</p> <p>Vi anbefaler derfor, at patienter med psykisk sygdom, der har behov, skal have tilbud om kostvejledning eller diætbehandling af en professionsbachelor i ernæring og sundhed eller klinisk diætist således, at der sættes fokus på at forebygge somatisk sygdom som fx hjertekarsygdomme og diabetes samt mindske bivirkninger af psykofarmaka.</p> <p><b>Sammenhæng for borgere med kroniske sygdomme</b> I Sundhedsaftalen beskrives et ønske om at sikre sammenhæng på tværs af sektorer i borgernes forløb, samt at forebygge forværring og akutte indlæggelsesforløb.</p> <p>Borgere med kroniske sygdomme kan have brug for en klinisk diætist, der kan udføre vejledning eller diætbehandling, der tager højde for borgerens individuelle behov og tilstand. Denne indsats kan fx ske i forløb med patientuddannelse, hvor fokus er på, at patienten lærer at mestre egen sygdom.</p> <p>Fx er det for borgere med type 2-diabetes afgørende for deres sygdomsmestring, at de får vejledning i, hvordan kost og motion</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kost og ernæring bør udnyttes langt bedre – både fsva. sundhedsfremme, forebyggelse og behandling.</li> <li>• Anbefaler, at patienter med psykisk sygdom, der har behov, skal have tilbud om kostvejledning eller diætbehandling mhp. at sætte fokus på at forebygge somatisk sygdom som fx hjertekarsygdomme og diabetes samt mindske bivirkninger af psykofarmaka.</li> <li>• Borgere med kroniske sygdomme (fx type 2 diabetikere) kan have brug for en klinisk diætist, der kan udføre vejledning eller diætbehandling.</li> <li>• Fokus på, at almen praksis kender til kommunernes forskellige tilbud om kostvejledning og diætbehandling.</li> <li>• Opsporing og behandling af underernæring særligt vigtigt for sårbare ældre - herunder også i den tværsektorielle indsats.</li> <li>• Bør være særligt fokus på overdragelse af oplysninger om den ældre borgers ernæringsstatus og plan for behandling.</li> </ul> <p><b>Opmærksomhedspunkter ifm. udmøntning af aftalen.</b></p>

	<p>påvirker deres langtidsblodsukker. 71 procent af borgere med type 2-diabetes oplyser, at de ikke har modtaget hjælp til at ændre deres spisevaner inden for de sidste 5 år. Derfor kan der sættes fokus på, at almen praksis kender til kommunernes forskellige tilbud om kostvejledning og diætbehandling.</p> <p>Især for ældre borgere, der har mange indlæggelser og lange behandlings- og plejeforløb, er der behov for at sætte fokus ældres risiko for underernæring. Ældre bliver ofte indlagt i længere tid, bliver oftere genindlagt og har større behov for hjælp efter udskrivelse. Et dansk studie viser eksempelvis, at 60 procent af medicinske patienter over 65 år var i ernæringsrisiko. En norsk rapport viser, at underernæring hvert år koster det norske samfund 22 mia. DKK. i tab af livskvalitet og for tidlig død. Der er ingen grund til at tro, at det står bedre til i Danmark.</p> <p>Derfor er opsporing og behandling af underernæring særligt vigtigt for sårbare ældre, herunder også i den tværsektorielle indsats.</p> <p>Der bør være et særligt fokus på overdragelse af oplysninger om den ældre borgers ernæringsstatus og plan for behandling af fx underernæring og/eller dysfagi (tygge-synkebesvær). Det er Kost og Ernæringsforbundets vurdering, at det generelt ikke sker i tilstrækkelig grad i dag.</p>	
<p><b>Lægeforeningen Midtjylland</b></p>	<p>Velvalgte indsatsområder, der dog kræver et særligt fokus på den eksisterende økonomiske incitamentsstruktur og den massive mangel på arbejdskraft, herunder af speciallæger.</p> <p><i>Generelle bemærkninger</i> Lægeforeningen Midtjylland bakker op om de valgte indsatsområder og fælles målsætninger i høringsversionen af den kommende sundhedsaftale. Indholdet er velvalgt, relevant og har potentiale til at bidrage til at mindske den sociale ulighed i sundhed i Midtjylland.</p> <p>Det vil imidlertid på alle områder kræve en ekstraordinær indsats og anvendelse af såvel kendte som nye virkemidler for at nå målsætningerne.</p> <p>Det er især den eksisterende økonomiske incitamentsstruktur og den massive mangel på arbejdskraft, herunder også af speciallæger, som vi forudser, bliver nogle af sundhedsaftalens væsentligste barrierer for at nå i mål.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Velvalgte indsatsområder og målsætninger – kræver dog særligt fokus på den eksisterende økonomiske incitamentsstruktur og den massive mangel på arbejdskraft – herunder af speciallæger.</li> <li>• Opfordrer på det kraftigste til, at indsats og økonomi beskrives præcist og konkret ift. de opstillede målsætninger i det administrative tillæg til sundhedsaftalen og i praksisplanen - og ikke mindst implementeringen af de kommunale kvalitetsstandarder. <b>Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen</b></li> <li>• Bringe fokus på det kapacitetsmæssige potentiale, der ligger i endnu tættere og mere udbygget samarbejde med de praktiserende speciallæger i den kommende sundhedsaftale – dels ift. behandling i nærområdet, dels ift. uddannelseskapaletet.</li> </ul>

I Lægeforeningen Midtjylland vil vi desuden på det kraftigste opfordre til, at indsatser og økonomi beskrives præcist og konkret i forhold til de opstillede målsætninger i det administrative tillæg til sundhedsaftalen og i praksisplanen og ikke mindst implementeringen af de kommunale kvalitetsstandarder.

Derudover vil vi også benytte høringssvaret til at bringe fokus på det kapacitetsmæssige potentiale, der ligger i et endnu tættere og mere udbygget samarbejde med de praktiserende speciallæger i den kommende sundhedsaftale – både i fht. mere lige fordeling af speciallægepraksis og dermed behandling i nærområdet samt i fht. uddannelseskapacitet.

De praktiserende speciallæger er allerede i dag en integreret del af det offentlige sundhedsvæsen og indgår som det borgernære specialiserede sundhedstilbud i et forpligtende samarbejde med resten af sundhedsvæsenet.

#### *Specifikke bemærkninger*

I det følgende kommenteres udvalgte delelementer af sundhedsaftalen:

#### *Et stærkt borgerperspektiv i visionerne*

Lægeforeningen Midtjylland støtter op om det stærke borgerperspektiv, der fremføres i sundhedsaftalens visioner.

Herunder den præmis, at hvis der opstår tvivl, er det den aktør, der har kontakten med borgeren, der handler (s. 4), samt at der lægges op til en fælles beslutningstagen i dialog med borgeren, hvor der udvælges den fagligt bedste løsning ud fra borgerens situation, ønsker og præmisser (s. 4).

Det er gode takter. Men for at denne vision kan føres ud i livet, er det imidlertid afgørende, at frontpersonalet frisættes af den økonomiske incitamentsstruktur, der er fremherskende i det nære sundhedsvæsen i øjeblikket.

#### *Udvikling af den nære psykiatri*

Psykiatrien er et andet område, der særligt optager og bekymrer os på tværs af den midtjyske lægestand.

I Lægeforeningen Midtjylland bifalder vi derfor også, at den kommende sundhedsaftale prioriterer psykiatrien som et af de tre udvalgte indsatsområder (s. 6). Omend vi ser positivt på ønsket om at

#### **Forslag om fokus på mere udbygget samarbejde med de praktiserende speciallæger**

- Opbakning til visionernes fokus på et stærkt borgerperspektiv.
  - Afgørende for visionens realisering, at frontpersonalet frisættes af den økonomiske incitamentsstruktur, der aktuelt er fremherskende i det nære sundhedsvæsen.
  - Ift. udvikling af den nære psykiatri: Må ikke ignoreres, at der er en bekymrende mangel på de nødvendige speciallæger i børne- og ungepsykiatri-, voksenpsykiatri- og almen medicin.
  - Stort potentiale i større samarbejde mellem kommune, egen læge og speciallægepraksis, fx ved at øge mulighederne for samarbejde mellem egen læge og PPR, PPR og speciallæger i børne- og ungepsykiatrien – såvel på hospitaler som speciallægepraksis.
  - Ift. forebyggelse af akutte indlæggelser – henviser til egen analyse af forebyggelsesindsatser
  - Ift. digitalisering – henviser til eget Digitaliseringsudspil samt analyse over digitale løsninger til aflastning af sundhedspersonale
- Opmærksomhedspunkter ifm. udmøntning af aftalen.**

#### *Tekstnær kommentar:*

Formuleringen: "*Vi vil forbedre den mentale sundhed og mindske mistrivsel hos børn og unge i Midtjylland.*" (s. 6)

foreslås ændret til:

*"Vi vil forbedre den mentale sundhed og øge trivsel hos børn og unge i Midtjylland."*

**Kan justeres på s.6.**



udvikle den nære psykiatri mellem kommuner, region, almen praksis og civilsamfund, må det ikke ignoreres, at der er en bekymrende mangel på de nødvendige speciallæger i børne- og ungepsykiatri-, voksenpsykiatri- og almen medicin, hvilket fortsat er en barriere for at kunne realisere ønsket om en forbedret nær psykiatri i Region Midtjylland.

Også her ser vi et stort potentiale i at arbejde for et større samarbejde mellem kommune, egen læge og speciallægepraksis ved fx at øge mulighederne for samarbejde mellem egen læge og PPR, PPR og speciallæger i børne- og ungepsykiatrien – såvel på hospitaler som speciallægepraksis. Konkrete forslag hertil kan findes i udspillet 'En styrket indsats for børn og unge med psykisk lidelse i det nære sundhedsvæsen'.

#### *Forebyggelse af akutte indlæggelser*

I Lægeforeningen Midtjylland ser vi frem til sundhedsaftalens indsatsområde for større samarbejde og sammenhæng for borgere med kronisk sygdom, herunder fokus på forebyggelse af akutte indlæggelser (s. 6-7).

Lægeforeningen har for nyligt lavet en analyse over forebyggelsesindsatser, der har potentiale til at reducere antallet af indlæggelser og sengedage på hospitalerne. Disse indsatser kommer ikke kun målgruppen til gode, men kan også bidrage til at aflaste sundhedspersonalet i alle sektorer.

#### *Digitalisering er en fælles dagsorden*

I Lægeforeningen Midtjylland er vi meget interesserede i at bidrage til udbredelsen af velfærdsteknologi og digitalisering, jf. indsatsområde s.7.

Det er vores klare overbevisning, at en klog digitalisering af vores fælles sundhedsvæsen kan bidrage til aflastning af sundhedspersonalet og komme borgerne/patienterne til gavn.

Lægeforeningens har for nyligt lavet et Digitaliseringsudspil samt en analyse over digitale løsninger til aflastning af sundhedspersonale

#### *Tekstnære kommentarer*

side 6: boks med målsætning om børn og unges trivsel:

	<p>"Vi vil forbedre den mentale sundhed og mindske mistrivsel hos børn og unge i Midtjylland."</p> <p>Vi foreslår sætningen ændret til:</p> <p>"Vi vil forbedre den mentale sundhed og øge trivsel hos børn og unge i Midtjylland."</p>	
<b>INTERESSEORGANISATIONER</b>		
<p><b>Diabetesforeningen</b></p>	<p>Sundhedsaftalen er et vigtigt redskab for at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet, hvilket især er afgørende for borgere med komplekse forløb og kontakter på tværs af sundhedsvæsenet, som er tilfældet for personer med diabetes.</p> <p>Sundhedsaftalen indeholder gode visioner, som vi ser frem til omsættes til handling.</p> <p><b>Diabetes i Region Midtjylland</b> I Region Midtjylland er cirka 79.000 mennesker diagnosticeret med diabetes, hvoraf næsten 90 procent har type 2-diabetes. Herudover estimeres det, at i omegnen af 22.700 borgere i regionen har type 2-diabetes uden at vide det, og at over 100.000 lever med forstadier til type 2-diabetes.</p> <p>Således har en stor andel af befolkningen allerede i dag diabetes inde på livet, og dette tal forventes kun at stige de kommende år. Antallet af danskere med type 2-diabetes er stærkt stigende og fremskrivningerne viser, at vi kan forvente, at der i 2030 vil være 467.000 personer med diabetes, heraf minimum 420.000 med type 2-diabetes.</p> <p>Det er en stille sundhedskatastrofe, som kræver, at regioner og kommuner allerede i dag investerer i at forebygge og opspore type 2-diabetes, og sikre sammenhængende behandling af høj kvalitet, så udviklingen af følgesygdomme udsættes længst muligt.</p> <p><b>Indsatsområder</b> <i>Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom</i> Diabetesforeningen finder det positivt, at Sundhedssamarbejdet bl.a. har valgt at fokusere på at skabe sammenhæng for borgere med kronisk sygdom.</p> <p>Tidligere på året spurgte vi i Diabetesforeningen flere end 6.000 af vores medlemmer til deres oplevelse af deres diabetesbehandling.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser frem til at omsætte aftalens gode visioner til handling.</li> <li>• Udvikling i antal af personer med type 2-diabetes – stille sundhedskatastrofe.</li> <li>• Kræver region og kommuners fokus på/investering i forebyggelse og opsporing samt sammenhængende behandling. <b>SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan</b></li> <li>• Positivt med fokus på sammenhæng for borgere med kronisk sygdom – her er stadig store udfordringer i Region Midtjylland.</li> <li>• Ift. patientuddannelse: Opfordrer til, at der arbejdes for at sikre patientuddannelse af høj kvalitet til borgere med kronisk sygdom. <b>Input, der hvor relevant kan inddrages ifm. udmøntning af aftalen.</b></li> <li>• Kvaliteten heraf varierer aktuelt meget kommunerne imellem.</li> <li>• anbefaler derfor, at kommunerne afsøger muligheder for at samarbejde herom - fx inden for sundhedsklyngerne – mhp. at udbyde fælles patientrettet forebyggelse.</li> <li>• Opfordrer til, at kommunerne i Region Midtjylland kigger mod Syddanmark og patientuddannelsesstilbuddet "Lev livet med Type-2-diabetes", udviklet af Steno Odense og 5 kommuner.</li> <li>• anbefaler, at region og kommuner samarbejder om at sikre fodterapeutisk dækning i yderområderne, fx</li> </ul>

I Region Midtjylland svarede kun halvdelen, af dem der modtager behandling flere steder, at de er meget enige eller enige i udsagnet om, at de oplever en god sammenhæng mellem forskellige sektorer (hospital/ambulatorie, min læge i almen praksis og kommunen). Der er således fortsat store udfordringer med sammenhæng i Region Midtjylland, som skal løses på tværs af sektorer.

#### Patientuddannelse

Af udkastet til sundhedsaftalen fremgår det, at der er potentiale i at forebygge, at kronisk sygdom opstår og udvikler sig - både ift. at mindske sygdomsbyrden og undgå forringet livskvalitet og funktionsevne.

Dette er Diabetesforeningen meget enige i.

Derfor opfordrer vi til, at Sundhedssamarbejdsudvalget arbejder for at sikre patientuddannelse af høj kvalitet til borgere med kronisk sygdom.

En undersøgelse blandt Diabetesforeningens medlemmer viser, at kun 24 pct. med type 2-diabetes henvises til kommunale tilbud, som giver viden og vejledning om sygdomsmestring, kost og fysisk træning, har en god effekt på både livskvaliteten og på udviklingen af følgesygdomme for mennesker med type 2-diabetes.

Det er kommunernes opgave at tilbyde god patientuddannelse til deres borgere, men desværre er indholdet og kvaliteten af patientuddannelserne alt for forskellig fra kommune til kommune.

Diabetesforeningen anerkender, at kommunerne har forskellige forudsætninger for at løse opgaverne - eksempelvis kan mindre kommuner have vanskeligere ved at skaffe de rette specialiserede kompetencer, som er relevante og nødvendige for at sikre høj kvalitet og effekt i patientrettet forebyggelse til en bred målgruppe af diagnoser.

Derfor anbefaler vi, at kommunerne afsøger muligheder for at samarbejde - eksempelvis inden for sundhedsklyngerne – om at udbyde fælles patientrettet forebyggelse. Dermed kan man sikre både de rette specialiserede kompetencer samt opnå et passende borgergrundlag i både store og små kommuner, også på de diagnosespecifikke elementer.

ved at indføre fri nedsættelsesret for fodterapeuter.

- Opbakning til indsatsområde vedr. velfærdsteknologi mv.
- Region Midtjylland halter bagud ift. at få implementeret Behandlingsrådets anbefaling vedr. Sensorbaserede glukosemålere til blodsukkermåling hos type
- Store forskelle i kommunernes tildeling af sensorbaserede glukosemålere i Region Midtjylland.
- Opfordrer til, at SSU støtter op om implementering af Behandlingsrådets anbefaling og de lægefaglige anbefalinger.
- **Forslag om fokus på glukosemålere**
- Opfordrer til inddragelse af borgere og patienter i udviklingen af de konkrete målsætninger, aktiviteter og indsatser, som sundhedsaftalen sætter rammerne for.
- **Der kan indsættes en præcisering på s. 13 om, at relevante parter inddrages i udmøntning af sundhedsaftalen**
- Opfordrer til synlighed og transparens om sundhedsaftalens resultater og målopnåelse samt offentliggørelse af midtvejsstatus og slutstatus - opfordrer til, at sidstnævnte udsendes med høring af fremtidige sundhedsaftaler.
- **Opmærksomhedspunkt til fremtidige aftaler**
- Obs. på, at Diabetesforeningen har lanceret nyt dataværktøj [www.diabetestal.nu](http://www.diabetestal.nu)

Herudover vil vi opfordre til, at kommunerne i Region Midtjylland kigger mod Syddanmark og patientuddannelses tilbuddet Lev livet med Type-2- diabetes, udviklet af Steno Odense og 5 kommuner. Der er tale om et samarbejde om ét fælles patient-uddannelses tilbud af høj kvalitet til men-nesker med diabetes, der involverer almen praksis og viser at samarbejde om patienterne på tværs er muligt og højner kvaliteten og kan værne mod personalemangel.

En anden vigtig del af den patientrettede forebyggelse er adgang til **fodterapi**. Fodterapi er en vigtig del af behandlingen af diabetes, og at det er en omkostningseffektiv måde at reducere risikoen for fodsår og amputationer, som har store omkostninger for den enkelte og for samfundsøkonomien.

Derfor anbefaler Diabetesforeningen, at Region og kommuner samarbejder om at sikre fodterapeutisk dækning i yderområderne fri, fx ved at indføre fri nedsættelsesret for fodterapeuter som det bl.a. er blevet gjort i Region Sjælland.

#### *Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling*

Diabetesforeningen er også glade for, at Sundhedssamarbejdsudvalget har valgt Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling som indsatsområdet. Vi bakker op om udsagnet om, at Velfærdsteknologi kan give borgerne øget frihed og ansvar for egen sundhed, og det kan understøtte borgerne i at blive mest muligt selvhjulpne. Samtidig kan velfærdsteknologien også bidrage til bedre behandling og dermed forebygge forværring af sygdom og følgesygdomme.

Sensorbaserede glukosemålere er en metode til blodsukkermåling, som på den korte bane kan mindske risikoen for akutte komplikationer som hypoglykæmi og på den lange bane nedsætter risikoen for udvikling af følge-sygdomme, såsom hjerte, øjen-, nyre- og nervesygdomme og amputationer, som kræver mange ressourcer at behandle.

Behandlingsrådet anbefaler teknologien til alle voksne med type 1- diabetes, som en del af deres behandling, men denne anbefaling mangler fortsat at blive implementeret.

I dag har kun 52 % af Region Midtjyllands voksne med type 1- diabetes en sensorbaseret glukosemåler som et behandlingsredskab. Regionen halter efter både Region Syddanmark og Region Sjælland, hvor over 70 % har fået teknologien tildelt som et behandlingsredskab.

Hertil kommer, at de lægefaglige eksperter i Dansk Endokrinologisk selskab anbefaler sensorer til alle med insulinkrævende diabetes, der tager insulin flere gange dagligt, altså også en lille andel med type 2-diabetes. I Region Midtjylland er der tale om ca. 3.729 personer med type 2-diabetes, hvoraf ca. 316 har en sensor i dag.

Endelig vil vi gøre opmærksom på, at borgerne i regionen oplever store forskelle i kommunernes tildeling af sensorbaserede glukosemålere i Region Midtjylland. Diabetesforeningen har foretaget en aktindsigt i alle landets kommuner, der viser kæmpestore forskelle i bevillingsprocenten på tværs af kommunegrænser. I Horsens kommune har 59 procent af ansøgerne fået bevilliget en sensor, mens ingen af de 17 procent af ansøgere i Ringkøbing-Skjern kommune har fået tildelt en sensor.

Diabetesforeningen opfordrer til, at sundhedssamarbejdsudvalget støtter op om implementeringen af behandlingsrådets anbefaling, som vi forventer at Region Midtjylland, ligesom de andre regioner, implementerer.

Herudover bør beslutningstagere i region og kommuner lytte til de lægefaglige anbefalinger, for at sikre, at alle borgere med diabetes i regionen får adgang til behandling af samme høje kvalitet og et opgør med postnummerlotteriet.

#### **Brugerinddragelse og kommunikation:**

Det fremgår af udkastet, at et af de bærende principper for arbejdet med sundhedsaftalen er Sammen med borgerne, og at man vil udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen sammen med borgerne. I forlængelse af dette princip vil vi opfordre til, at borgere og patienter også inddrages i udviklingen af de konkrete målsætninger, aktiviteter og indsatser, som sundhedsaftalen sætter rammerne for.

Herudover vil vi opfordre til synlighed og transparens om sundhedsaftalens resultater og målopnåelse, og at midtvejsstatus og slutstatus offentliggøres, og udsendes med høring af fremtidige sundhedsaftaler.

#### **Data om diabetes:**

Afslutningsvis vil vi gøre opmærksom på, at Diabetesforeningen har lanceret et nyt dataværktøj [www.diabetestal.nu](http://www.diabetestal.nu), som samler omfattende data fra en række registre, blandt andet CPR-registret, Lægemiddelstatistikregistret, Sygesikringsregistret og Landspatientregistret. Her er det muligt at finde data om diabetes på

	<p>både nationalt, regionalt og kommunalt niveau om alt fra prævalens til lægemiddelbrug. Data bliver opdateret hvert kvartal. Skulle ovenstående medføre spørgsmål eller ønske om yderligere drøftelse, står vi naturligvis til rådighed.</p>	
<p><b>Kræftens Bekæmpelse (Regionsudvalg i Midt)</b></p>	<p>Regionsudvalget i Kræftens Bekæmpelse betragter denne Sundhedsaftale som en vigtig aftale set i lyset af de udfordringer, som det midtjyske sundhedsvæsen står overfor.</p> <p><i>Generelle bemærkninger</i> Høringssvaret indledes med generelle bemærkninger, som følges op med tre konkrete anbefalinger til det videre arbejde med Sundhedsaftalen.</p> <p><i>Behov for konkretisering</i> I Kræftens Bekæmpelse følger vi tæt udviklingen af det midtjyske sundhedsvæsen, som vi er bekendt med, står overfor nogle langsigtede demografiske udfordringer, imens de kapacitetsmæssige udfordringer, herunder særligt mangel på personale i de tre sektorer, presser sig på. Det ærgrer Regionsudvalget, at Sundhedssamarbejdsudvalget i høringsversionen adresserer en række forholdsvis overordnede men vigtige udfordringer og i mindre grad et fokus på konkrete initiativer og udfordringer, som kan løftes i det tværsektorielle samarbejde - f.eks. personalemangel.</p> <p>Regionsudvalget ser dermed et vigtigt behov for at delaftalerne under den kommende Sundhedsaftale har et stærkt fokus på løsninger og konkrete initiativer, som er en forudsætning for et sundhedsvæsen på "borgernes præmisser", som en af visionerne foreskriver - ellers risikerer det fortsat at være på sundhedsvæsenets præmisser.</p> <p><i>Et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen</i> I Sundhedsaftalen er en af visionerne "Et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen", men det står uklart i høringsversionen, hvad Sundhedssamarbejdsudvalget ønsker med denne vision.</p> <p>Der er i det midtjyske sundhedsvæsen et grundlæggende behov for at Sundhedsaftalen adresserer et stærkere fokus på, at det er patienterne, som skal opleve en nærhed, større sammenhæng og tilgængelighed i behandlingen.</p> <p>Regionsudvalget bemærker at ordninger så som den patientansvarlige læge og kommunernes koordinatører ikke nævnes, som konkrete greb, der kan styrkes, da disse netop er tiltænkt at</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <p><i>Under generelle bemærkninger:</i></p> <p><i>Behov for konkretisering</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ærgrelse over mindre fokus på konkrete initiativer og udfordringer, som kan løftes i det tværsektorielle samarbejde - f.eks. ift. personalemangel.</li> <li>• Brug for at delaftalerne har et stærkt fokus på løsninger og konkrete initiativer. <b>Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.</b></li> </ul> <p><i>Et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Står uklart, hvad Sundhedssamarbejdsudvalget ønsker med visionen om "Et nært og tilgængeligt sundhedsvæsen".</li> <li>• Bør fremgå, at det er patienterne, som skal opleve nærhed, større sammenhæng og tilgængelighed. <b>Kan præciseres på s. 4</b></li> <li>• Ordninger som patientansvarlig læge og kommunernes koordinatører kan nævnes som konkrete greb, der kan styrkes.</li> <li>• Sundhedsaftalen bør generelt have stærkere fokus på patient- og pårørendeinddragelse, herunder på tværs af sektorerne. <b>Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.</b></li> </ul> <p><i>Sammenhæng og tryghed</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vision om "Sammenhæng og tryghed" konkretiseres ikke i indsatsområderne.</li> <li>• Bekymrende, at livstruende sygdomme ikke berøres – brug for at styrke sammenhæng og tryghed i disse patientforløb. <b>Ønske om fokus på sammenhæng og tryghed for borgere med livstruende sygdomme</b></li> <li>• Brug for at Sundhedsaftalen gør visionen konkret, så det er patientens behov, der er i fokus - kan bl.a. sikres ved større fokus på deling af relevante patientdata.</li> </ul>

kunne bidrage til at skabe et tilgængeligt og ikke mindst sammenhængende sundhedsvæsen.

Regionsudvalget ser herudover, at der med visionens fokus "nærhed" er lagt en strukturel vinkel på begrebet frem for patienternes og de pårørendes behov i fokus. Sundhedsaftalen bør generelt have et stærkere fokus på patient- og pårørende inddragelse, herunder på tværs af sektorerne.

Regionsudvalget anser ovenstående for at være grundlæggende elementer, som sætter patienternes og de pårørendes behov før systemets.

#### *Sammenhæng og tryghed*

I Sundhedsaftalens vision om "Sammenhæng og tryghed" bemærkes det, at visionen ikke konkretiseres i indsatsområderne. Det er hertil bekymrende, at Sundhedsaftalen ikke berører livstruende sygdomme, som i de kommende år vil vedrøre en endnu større patientgruppe, og hvor der er et behov for en styrkelse af de grundlæggende elementer, som skal sikre sammenhæng og ikke mindst tryghed i patientforløbet.

Der er et behov for at Sundhedsaftalen gør visionen konkret, så det er patientens behov, som er i fokus. Dette kan blandt andet sikres ved et større fokus på deling af relevante patientdata, som kan lette arbejdsgangene i det tværsektorielle samarbejde, så indsatserne baseres på de aktuelle patientinformationer.

Det anbefales, at der i Sundhedsaftalen er et større fokus på ensartede og systematisk indsamling af patienternes behov ved brug af behovsvurderings-værktøjer (PRO-data: Patient-Reported Outcome) på sygehusene og i kommunerne.

Dette forudsætter en opmærksomhed på, at regionens PRO-data og kommunerne KPro-data kan sammenkøres, så sundhedsprofessionelle har adgang til data, og samtidig sikrer det, at det er patienternes behov, som er i fokus i indsatserne.

Der kan med fordel iværksættes pilotprojekter, som f.eks. en fælles adgang til patienternes Sundhed.dk, som vil kunne bidrage til en vigtig vidensdeling af patienternes informationer på tværs af sektorerne.

#### *Behov for en ambitiøs og bred Sundhedsaftale*

Som skitseret indledningsvis står det midtjyske sundhedsvæsen overfor grundlæggende udfordringer, som forudsætter en ambitiøs og bred Sundhedsaftale i det tværsektorielle samarbejde, hvis disse udfordringer skal løses.

- Anbefaler større fokus på ensartede og systematisk indsamling af patienternes behov ved brug af behovsvurderingsværktøjer (PRO-data) på sygehuse og i kommuner.
- Med fordel iværksættelse af pilotprojekter, fx fælles adgang til patienternes Sundhed.dk - vil kunne bidrage til en vigtig vidensdeling.

*Input der hvor relevant kan inddrages ifm. udmøntning af aftalen.*

#### *Behov for en ambitiøs og bred Sundhedsaftale*

- Undrer at de mange gode inputs og vigtige pointer på kick-off konferencen ikke er indarbejdet i høringsversionen.

#### *Under konkrete anbefalinger:*

### **1. Først og fremmest forebyggelse i et bredt perspektiv**

- Deler visionen om, at alle har lige mulighed for et sundt og langt liv.
- Kræver øget fokus på forebyggelse - særligt strukturel forebyggelse med bredt sigte – herunder for at bryde ulighed i sundhed.
- Særligt tobaksforebyggelse fylder forbavsende lidt – området kræver fornyet fokus.

*SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan*

#### ***Følgende to indsatser anbefales:***

- Styrket samarbejdet mellem kommuner, hospitaler, sundhedsklynger og almen praksis for at sikre en øget deltagelse i rygestoptilbud.
- Styrket fokus på, at sundhedsprofessionelle systematisk henviser alle patienter, der ryger, til et relevant rygestoptilbud.
- Ligeledes relevant med forebyggelsesperspektiv ift. børn og unges brug af andre tobaks- og nikotinholdige produkter.

*Fokusområde i nuværende SSU – den videre indsats vedr. forebyggelse af børn og unges forbrug af røgfri nikotinprodukter løftes i regi af lokale netværk og nationale tiltag. SSU følger udviklingen.*

Det undrer Regionsudvalget, at de mange gode inputs og vigtige pointer fra oplægsholderne og tilhørerne på kick-off konferencen d. 23. februar 2023 i Silkeborg tilsyneladende ikke er indarbejdet i høringsversionen.

Der er nedenfor samlet tre anbefalinger, som adresserer hvad Kræftens Bekæmpelse mener, at der med Sundhedsaftalens delaftaler bør være fokus på, hvis der i fremtiden skal rettes op på nogle af de problemstillinger, som det midtjyske sundhedsvæsen står overfor.

### 1. Først og fremmest forebyggelse i et bredt perspektiv

Kræftens Bekæmpelse deler visionen i Sundhedsaftalen om, at alle har lige mulighed for et sundt og langt liv, hvor alle borgere inddrages aktivt i egen sundhed. Den kræver dog et øget fokus på forebyggelse - særligt den strukturelle forebyggelse, som sigter bredt, i stedet for at lade sundhed være op til den enkelte. Det er desuden nødvendigt med et forebyggelsesfokus for at bryde med uligheden i sundhed, som er stigende og med til at sætte sundhedsvæsenet under et pres.

Forebyggelse - og særligt tobaksforebyggelse - fylder forbavsende lidt i høringsversionen. Rygning koster hvert år 13.000 danskere livet. Rygere lever i gennemsnit 10 år kortere end ikke-rygere, og har markant flere indlæggelser, hospitalsbesøg og lægekontakter i de år, de lever. Tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at 19% af den voksne befolkning i 2022 røg dagligt eller lejlighedsvist, hvilket er en stigning på 1 %-point sammenlignet med 2020. Denne bekymrende stigning kræver ikke bare et fortsat fokus, men også et fornyet fokus.

Tre ud af fire vil gerne stoppe - og lige så mange har forsøgt forgæves.

Rygestop kræver ofte hjælp, og med rygestop mindskes risikoen for at udvikle kræft, lunge- og hjerte-kar-sygdomme betydeligt. Rygestop bør derfor prioriteres højt i mødet med borgeren både i forebyggende og behandlingsmæssige sammenhænge. Kræftens Bekæmpelse anbefaler følgende to indsatser:

- Et styrket samarbejde mellem kommuner, hospitaler, sundhedsklynger og almen praksis for at sikre en øget deltagelse i rygestoptilbud.
- Et styrket fokus på at sundhedsprofessionelle systematisk henviser alle patienter, der ryger, til et relevant rygestoptilbud.

Kræftens Bekæmpelse ser desuden med stor bekymring på det stigende forbrug af øvrige tobaks- og nikotinholdige vanedannende

### 2. Senfølger kender ikke til diagnosegrupper og kan derfor have vidtgående konsekvenser

- Senfølger er et overset problem. Behov for oplysning til patienterne og ikke mindst de sundhedsprofessionelle om senfølger efter endt behandling.
- Brug for større fokus på diagnosticering og behandling af borgernes senfølger
- Området bør adresseres i en kommende Sundhedsaftale, som kan løfte den sundhedsfaglige behandling og socialfaglige rådgivning til borgere med senfølger.

**Input der hvor relevant kan indgå i forbindelse med udmøntning af sundhedsaftalen**

### 3. Børns sorg er de voksnes ansvar

- Positivt, at Sundhedssamarbejdsudvalgets har fokus på at forbedre børn og unges trivsel – men brug for konkretisering.
- Foreslår, at der indarbejdes større fokus på børn og unge som pårørende til alvorligt syge forældre eller søskende.
- Klar anbefaling, at der udarbejdes en delaftale med større fokus på børn og unge som pårørende på tværs af det regionale og kommunale sundhedsvæsen samt almen praksis.

**Input der hvor relevant kan indgå i forbindelse med udmøntning af sundhedsaftalen**

- Delaftalen kan f.eks. beskrive kompetenceløfte af sundhedsfagligt personale på hospitalerne og i kommunerne, krav om systematisk at anføre, hvorvidt der er børn i familien i patientens journal samt fokus på udbredelse af nogle af de allerede eksisterende tilbud til børn og unge som pårørende, der findes i Region Midtjylland og de midtjyske kommuner.
- Det palliative område nævnes ikke i høringsversionen.
- Anbefaler, at de gode takter og fokus på at iværksætte initiativer i samarbejdsaftalen "Palliative indsatser" under Sundhedsaftalen 2019-2023 fortsættes samt at disse videreføres i Sundhedsaftalen for 2024-2027.

**Eksisterende samarbejdsaftaler fortsætter**



produkter blandt børn og unge, og der er ligeledes et relevant forebyggende perspektiv, som bør indgå den kommende Sundhedsaftale.

## **2. Senfølger kender ikke til diagnosegrupper og kan derfor have vidtgående konsekvenser**

I Midtjylland lever 36.000 borgere med kræft, 2 som er tæt forbundet med en risiko for senfølger, såsom smerter, angst, vandladningsproblemer, usikker gang, talebesvær, tarmproblemer, mund- og tandproblemer mv.

Senfølger som kan have stor betydning for den enkeltes livskvalitet og funktionsevne.

Konsekvenserne kan ramme bredt - lige fra usammenhængende og dårligt koordinerede behandlingsforløb til patienter i den erhvervsaktive alder, som mister tilknytningen til arbejdsmarkedet eller sociale udfordringer for patienten og dennes familie.

Senfølger har i de senere år ikke haft et stort fokus i patienternes behandlingsforløb. Dette er blandt andet tydeliggjort med Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse (2019), hvor det er påvist, at 35% af kræftpatienterne ikke modtog hjælp til deres senfølger, selvom der var et behov herfor. 50% af patienterne ikke til tegnene på senfølger, og under 40% af de adspurgte oplyste, at de havde talt med en sundhedsprofessionel om deres behov for hjælp til senfølger. Senfølger er et overset problem, hvor der er behov for oplysning til patienterne og ikke mindst de sundhedsprofessionelle om senfølger efter endt behandling. Alternativet er, at patienternes senfølger ikke vurderes systematisk, og at patienterne ikke tilbydes den nødvendige hjælp, som kan skabe en utryghed og en risiko for forværring i senfølgerne.

Kræftens Bekæmpelses ser, at der er behov for et større fokus på diagnosticering og behandling af borgernes senfølger. Mange kræftpatienter og borgere med kroniske sygdomme, som også oplever senfølger, løber spidsrød i sundhedsvæsenet - på hospitalerne, i almen praksis og i kommunernes sundheds- og beskæftigelsesområde. Der er derfor et klart behov for at dette område adresseres i en kommende Sundhedsaftale, som kan løfte den sundhedsfaglige behandling og socialfaglige rådgivning til borgere med senfølger.

**3. Børns sorg er de voksnes ansvar** Regionsudvalget er positive overfor Sundhedssamarbejdsudvalgets fokus på at forbedre børn og unges trivsel set i lyset af Psykiatrifondens undersøgelse fra 2021,

som viser, at 25% af den samlede sygdomsbyrde i Danmark udgøres af psykiske sygdomme.  
Kræftens Bekæmpelse ser også her et behov for at indsatsområdet konkretiseres.

Det foreslås, at der med Sundhedsaftalen indarbejdes et større fokus på børn og unge som pårørende til alvorligt syge forældre eller søskende. I Danmark oplever ca. 35.000 børn i alderen 0-18 år hvert år, at deres mor eller far bliver indlagt med en alvorlig sygdom. Undersøgelser med børn til kræftsyge forældre viser samtidig, at børnene udsættes for et højt niveau af psykosocial stress, som gør, at de føler sig anderledes, at de er ensomme eller, at de har svært ved at klare en skoledag.

Det at leve som et pårørende barn kan have en række vidtgående konsekvenser for børnene og deres udvikling, hvis ikke de får den nødvendige hjælp og støtte til at håndtere det at leve med en forælder eller søskende med en alvorlig eller kronisk sygdom.

Forskning viser desuden, at børn som har mistet en forælder i barndommen, har sværere ved at starte på og gennemføre en uddannelse - for nogle uddannelsesniveauer er det i op til 26%.

Derudover er der en forhøjet risiko på 33% for at blive indlagt med en depression. Der er et større forbrug af psykofarmaka (20%) senere i livet.

Derudover er der større risiko for uhensigtsmæssige mestringsstrategier i pressede situationer f.eks. ved et højere forbrug af alkohol, rusmidler og trøstespisning. Fokusset på børn som pårørende er en tidlig forebyggende indsats.

Det er Kræftens Bekæmpelses klare anbefaling, at der udarbejdes en delaftale, som har et større fokus på børn og unge som pårørende på tværs af både det regionale og kommunale sundhedsvæsen samt almen praksis.

Delaftalen kan f.eks. beskrive et kompetenceløfte af sundhedsfagligt personale på hospitalerne og i kommunerne, et krav om systematisk at anføre, hvorvidt der er børn i familien i patientens journal samt at have et fokus på udbredelse af nogle af de allerede eksisterende tilbud til børn og unge som pårørende, der findes i Region Midtjylland og de midtjyske kommuner.

Afslutningsvis ser Regionsudvalget, at der et behov for, at de gode takter og fokusset på at iværksætte initiativer i samarbejdsaftalen "Palliative indsatser" under Sundhedsaftalen 2019-2023 samt at

	<p>disse videreføres i Sundhedsaftalen for 2024-2027. Det bemærkes nemlig, at det palliative område ikke nævnes i høringsversionen. Regionsudvalget anbefaler at fastholde fokus på denne samarbejdsaftale, samt de øvrige samarbejdsaftaler som endnu ikke er afsluttet under Sundhedsaftalen 2019-2023.</p> <p>Regionsudvalget ser frem til den endelige udgave af Sundhedsaftalen for 2024-2027, og stiller sig i mellemtiden til rådighed for uddybning af ovenstående bemærkninger. Kræftens Bekæmpelse deltager desuden gerne i de arbejdsgrupper, som nedsættes i forbindelse med delaftalerne.</p>	
<p><b>Osteoporoseforeningen</b></p>	<p>De politiske visioner og målsætninger for Sundhedsaftalen 2024-2027 er stærke og vigtige.</p> <p>Ét af tre prioriterede indsatsområder er "Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom", herunder de ældre borgere med kronisk sygdom og stor kompleksitet. Her er vi glade for at læse, at et af de bærende principper er "Fælles tidlige" – i fællesskab at sætte ind tidligt i forløbet, så kompleksiteten ikke øges.</p> <p>Som Sundhedsaftalen formidler, kan vi netop understøtte et godt liv med kronisk sygdom og undgå forværring og akutte indlæggelsesforløb ved at styrke kvalitet, sammenhæng og ensartethed i indsatsen til borgere med kroniske lidelser. Når det gælder folkesygdommen osteoporose, er forebyggelsespotentialet meget stort, og det vil vi gerne udfolde i dette høringssvar.</p> <p><b>Omfang, konsekvenser og muligheder</b>  Seneste tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at 49.200 borgere i Region Midtjylland har osteoporose (Sundhedsdatastyrelsen, Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, 2022).  I alt 198.225 danskere har fået stillet diagnosen, og Sundhedsstyrelsen anslår, at op mod 500.000 danskere har sygdommen uden at vide det.  Knoglebrud på grund af osteoporose kan give svære smerter og nedsætte mobiliteten, så det offentlige må træde til med støtte. Konsekvenserne for den enkelte borger er ikke alene fysiske, men også psykiske og sociale med bekymringer og ændringer i arbejds- og hverdagslivet og nedsat livskvalitet til følge. Der er imidlertid gode muligheder for at opdage sygdommen i tide og nedsætte risikoen for alvorlige knoglebrud som hoftebrud og rygsammenfald.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stærke og vigtige visioner og målsætninger.</li> <li>• Opbakning til princippet "Fælles tidlige".</li> <li>• Stort forebyggelsespotentialt ift. osteoporose.</li> <li>• Opfordrer til, at regionen sikrer fuld implementering af FLS (Frakturforebyggelsesprogrammet) på regionens akutsygehuse samt monitoring af resultater og vidensdeling på tværs, så det, der virker, deles mellem regionens hospitaler og afdelinger.</li> <li>• Ligeledes fokus på opsporing af andre gruppe med kendt øget osteoporoserisiko.</li> <li>• Øget opsporingsfokus ifm. de forebyggende helbredssamtaler og –undersøgelser, der allerede finder sted.</li> <li>• I Region Midtjylland har 5 kommuner forebyggelsesforløb for borgere med osteoporose, og AUH har et forløb for borgere med rygsammenfald. Opfordrer til, at borgere med osteoporose i de resterende kommuner i regionen fremover også får adgang til forløb.</li> <li>• Foreslår en differentieret, tværgående og samarbejdende tilgang med udgangspunkt i borgerens behov</li> <li>• Digital skræddersyet sundhedsfaglig rådgivning som muligt element i den kommunale patientrettede forebyggelse</li> <li>• Behov for fælles opmærksomhed omkring borgere med lav socioøkonomisk position, bl.a. pga. øget risiko for knoglebrud mv.</li> </ul>

Input der hvor relevant kan indgå i forbindelse med udmøntning af sundhedsaftalen

### **Vi kan finde borgere i høj risiko for knoglebrud**

Frakturforebyggelsesprogrammet FLS er idriftssat eller under implementering på flere af regionens sygehuse. FLS betyder i praksis, at en borger med knoglebrud kommer videre fra behandling af knoglebruddet til undersøgelse for osteoporose og om nødvendigt opstart af behandling. Programmet reducerer antal indlæggelser og udgifter til operationer, rehabilitering og tabt arbejdsevne.

Forebyggelsesprogrammet er således én vej til at bruge de samlede ressourcer mest fornuftigt.

Vi opfordrer hermed til, at regionen sikrer fuld implementering af FLS på regionens akutsygehuse samt monitoring af resultaterne og vidensdeling på tværs, så det, der virker, bliver delt mellem regionens hospitaler og afdelinger.

Andre borgere i høj risiko for osteoporose kan let identificeres. Det gælder fx borgere, der er i behandling med glukokortikoider og derfor har høj risiko for knogletab og knoglebrud. Det gælder også borgere med sygdomme, der øger risikoen for at udvikle osteoporose, blandt andet patienter med bindevævslidelser, KOL og inflammatoriske tarmsygdomme.

Endvidere kan læger og sundhedspersonale i det nære sundhedsvæsen systematisk spørge ind til risikofaktorer for osteoporose gennem de forebyggende helbredssamtaler og -undersøgelser, der i forvejen finder sted.

### **Vi kan hjælpe borgerne til et godt liv med sygdom**

Den patientrettede forebyggende indsats i kommunerne har stor betydning for borgere, der bliver diagnosticeret med en kronisk sygdom som osteoporose.

I Region Midtjylland har 5 kommuner forebyggelsesforløb for borgere med osteoporose, og AUH har et forløb for borgere med rygsammenfald.

Vi opfordrer til, at borgere med osteoporose i de resterende kommuner i regionen fremover også får adgang til forløb og derved får lige mulighed for støtte til at mestre egen sygdom.

På forløbene lærer borgerne om knoglevenlig livsstil: kost, motion, fysisk træning og ergonomi i hjemmet. De lærer også om vigtigheden

	<p>af at følge den medicinske behandling, som de måske ikke har forstået formålet med.</p> <p>Vi ved, at hvis borgerne følger anbefalingerne og den medicinske behandling, vil deres risiko for knoglebrud være mere end halveret. Vi ved også, at en kost med tilstrækkelig kalk og D-vitamin og en fysisk aktiv livsstil er med til at forebygge andre omkostningstunge sygdomme.</p> <p>De kommunale forløb bidrager således til at reducere risikoen for (flere) knoglebrud og til at understøtte flere gode leveår og færre kontakter til sundhedsvæsenet.</p> <p>Vi foreslår en differentieret, tværgående og samarbejdende tilgang med udgangspunkt i borgerens behov. Det vil vi gerne uddybe her: For borgere med osteoporose er der meget stor forskel på behovet for hjælp, når diagnosen er stillet. Nogle kan formodentlig klare sig med et digitalt forløb, og andre har behov for at deltage fysisk. En række elementer i forløbene kan være generiske med deltagelse af flere patientgrupper, mens andre elementer skal være sygdomsspecifikke.</p> <p>Digital skræddersyet sundhedsfaglig rådgivning for borgere med osteoporose er udviklet og afprøvet, og vi ser dette som et muligt element i den kommunale patientrettede forebyggelse.</p> <p>Kendskabet til eksisterende kommunale forløb er desværre lavt, viser vores seneste medlemsundersøgelse. Som patientforening gør vi en stor indsats for at anviser en vej ved at formidle eksisterende kommunale forløb til nydiagnosticerede og bygge ovenpå med flere tilbud og fællesskaber, så ingen er efterladt alene. Men der er behov for fælles opmærksomhed omkring borgere med lav socioøkonomisk position. Forskning viser, at lav socioøkonomisk position er associeret med 27 % øget risiko for knoglebrud, 24% øget dødelighed efter et hoftebrud og lavere fysisk og mental helbredsrelateret livskvalitet efter et knoglebrud.</p>	
<p><b>Scleroseforeningen</b></p>	<p>Vores kommentarer til udkastet vedrører primært de indikatorer, der er opstillet på side 11: Vi vil opfordre til, at indikatorerne også omfatter mål for patienttilfredshed og patientinddragelse, således at aftalens vision om sammenhæng og tryghed for patienterne, samt visionen "på borgernes præmisser" også reflekteres i målsætning/indikatorer. Derudover finder vi, at der mangler</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedr. indikatorerne på s. 11:</li> <li>• Bør omfatte mål for patienttilfredshed og patientinddragelse.</li> <li>• Mangler indikator for kvalitet af virtuelle kontakter</li> </ul>

	<p>indikatorer for <i>kvaliteten</i> af de virtuelle kontakter, som er indikator for målsætningen om at sikre lettere og mere fleksible adgange til sundhedsvæsenet, frem for blot antal.</p> <p>I forbindelse med målsætningen vedr. velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling bør det fremhæves, hvordan der tages hånd om de borgere, som grundet eksempelvis kognitive vanskeligheder ikke er i stand til at anvende digitale løsninger.</p> <p>Endelig skal vi foreslå, at man generelt indarbejder bidrag fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger om tværsektorielle forløb, som udarbejdes løbende. Som eksempel kan nævnes Sundhedsstyrelsens anbefalinger udarbejdet om bl.a. hjerneskode hhv. sclerose. Disse er udarbejdet i et samarbejde mellem styrelsen, patientrepræsentanter, KL og regionerne.</p>	<p><b>Opfølgning på aftalen drøftes i SSG og SSU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ift. målsætninger vedr. velfærdsteknologi mv.: Hvordan tages hånd om borgere, der ikke er i stand til at anvende digitale løsninger? <b>Kan præciseres på s. 7</b></li> <li>Generelt: Indarbejde bidrag fra SSTs anbefalinger om tværsektorielle forløb <b>Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.</b></li> </ul>
<p><b>Regionsældrerådet Midtjylland</b></p>	<p>Regionsældrerådet ser med tilfredshed på såvel overskriften ”Nærhed, tilgængelighed og sammenhæng for borgeren – et sundhedsvæsen i balance”, som indholdet i den fremsendte høringsversion vedr. ”Sundhedsaftalen 2024-2027.</p> <p>Vi finder det afgørende og vigtigt for den enkelte borger, at man oplever et sundhedsvæsen, der hænger godt sammen, og hvor tryk og kvalitet er i højsædet. Derfor er en fælles retning <i>med en tilhørende tids- og handleplan</i> en god indikator for at sikre, at der bygges videre på det nuværende fundament, og at der er udpeget tre indsatsområder.</p> <p>Med udgangspunkt i de otte nationale mål lever sundhedsaftalen op til de formulerede 4 visioner for det fælles sundhedsvæsen i Region Midtjylland.</p> <p>Regionsældrerådet er enig i de tre indsatsområder som fælles udviklingsområder i de kommende år.</p> <p>Vi ønsker at understrege, at implementeringsfasen og opfølgningen af resultaterne af indsatserne skal følge en <i>tids- og handleplan</i>. Derved gives borgeren mulighed for at følge processerne og se, at det nære daglige samarbejde bærer frugt.</p> <p>Det er vigtigt, at der ligger beskrivelser af, i hvilke sammenhænge borgere, foreninger og civilsamfundet m.fl. kan og må inddrages, samt hvilken rolle disse samarbejdspartnere skal spille i indsatsområderne.</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ser med tilfredshed på overskrift og indhold i aftaleudkastet.</li> <li>Implementeringsfasen og opfølgningen af resultaterne af indsatserne skal følge en tids- og handleplan. <b>SSU udarbejder årligt handleplan for udmøntningen</b></li> <li>Beskrivelser af, i hvilke sammenhænge borgere, foreninger og civilsamfundet m.fl. kan og må inddrages, samt hvilken rolle de skal spille. <b>Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.</b></li> <li>Tilstrækkeligt og velkvalificeret personale som forudsætning for, at målsætningerne kan opnås.</li> <li>Rekrutterings- og fastholdelsesplan bør derfor foreligge. <b>Rekruttering og fastholdelse drøftes på SSG og SSU</b></li> </ul> <p>Under <i>Psykatri og Trivsel</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fastholde og prioritere udmøntning og implementering af den nationale 10-års plan for Psykiatrien.</li> <li>Fokus på forebyggelse, samarbejde og samarbejdsaftaler mellem hospitaler, kommuner og praksissektor på psykiatriområdet.</li> </ul>

Det er afgørende vigtigt, at der er tilstrækkeligt og velkvalificeret personale, for at målsætningerne på indsatsområderne kan opnås. Således bør der foreligge en rekrutteringsplan, der også kan medvirke til at fastholde medarbejderne.

Regionsældrerådets bemærkninger til de tre indsatsområder:

*Psykatri og trivsel.*

• Det er vigtigt at fastholde og prioritere udmøntning og implementering af den nationale 10-års Psykiatriplan. Der skal fokuseres på forebyggelse og samarbejdet og samarbejdsaftalerne mellem hospitaler, kommuner og praksissektor, også når det gælder psykiatriområdet. Der er mange diagnoser at tage hensyn til, når borgerne skal behandles og helbredes.

• Selve geronto-psykiatrien adskiller sig fra den almene psykiatri, fordi ældre borgere reagerer anderledes på medicin, og de har ofte andre somatiske sygdomme, der skal tages hensyn til og opdages i tide.

• Nogle mennesker med demens og med svære psykiske symptomer bliver ofte behandlet i geronto-psykiatrien. Her er det vigtigt og oplagt, at klyngesamarbejdet tager populationsansvar for mennesker med demens, både i forhold til at sikre sammenhængende tværsektorielle forløb med relevante tilbud på tværs af kommuner i forbindelse med forebyggelse af udviklingen og forværringen af demens.

• Opstår der tvivl om samarbejdet, er det patientens sagsbehandler, der skal handle til fordel for patienten og patientens pårørende. Det er svært at være patient, men det er også svært at være den nærmeste pårørende, som har lige så meget brug for hjælp.

*Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom.*

• Borgere og pårørende inddrages i behandlings- og rehabiliteringsforløb i en gensidig forpligtende dialog. I denne periode er der fokus på dem med størst behov og størst kompleksitet. Det er også vigtigt at være konstant opdateret på forløbsprogrammerne, der har med "KOL", "Hjertesygdomme", "Type 2 diabetes" og "Lænderygsmerter" samt "Depression" at gøre. Investeringer i generel sundhed og forebyggelse er også givet godt ud.

- Obs. på gerontopsykiatri – adskiller sig fra øvrig psykiatri.
- Ift. borgere med demens og svære psykiske problemer, der behandles i gerontopsykiatrien - oplagt, at klyngesamarbejdet tager populationsansvar for mennesker med demens.  
**Ønske om at nævne gerontopsykiatri**

*Under Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom:*

- Borgere og pårørende skal inddrages i behandlings- og rehabiliteringsforløb i gensidig, forpligtende dialog.
- Fokus på dem med størst behov og kompleksitet.
- Vigtigt at være konstant opdateret på forløbsprogrammerne (KOL, Hjertesygdomme, Type 2 diabetes, Lænderygsmerter samt Depression).
- Beskrivelse af kommunernes beredskab for færdigbehandlede, men stadig plejkrævende borgere (dels akutteams af sygeplejersker, dels midlertidige, døgndækkede ophold på plejecentre og i den kommunale akutfunktion).
- Samarbejdsaftaler bør konstant være opdaterede og anvendt i dagligdagen.  
**Opmærksomhedspunkter ifm. udmøntning af aftalen.**

*Under Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling:*

- Oprettelse af fælles kompetencehus, hvor fagpersoner kan hente viden mhp. at videreføre teknologien i praksis.
- Muligheder ift. tildeling af hjælpemidler, lagerføring, udlevering, vedligeholdelse, oplæring, aflevering og inspirationskilder samt vidensdeling på tværs bør udvikles
- Ikke-digitale borgere bør indtænkes i samarbejdsaftaler med særlige procedurer efter sværhedsgrad og behov.  
**Kan præciseres på s. 7**
- Samlet set er det vigtigt at indtænke forebyggelse i alt, hvad vi igangsætter og udvikler.

• Når indlæggelsestiden på hospital forkortes, er det vigtigt at beskrive kommunernes beredskab for færdigbehandlede, men stadig plejkrævende borgere.

Det drejer sig dels om akutteams af sygeplejersker, der i samarbejde med de praktiserende læger eller hospitalet observerer og plejer borgere i eget hjem, og dels om midlertidige, døgndækkede ophold på plejecentre og i den kommunale akutfunktion, hvor borgerne har svært ved at skelne mellem, om det er Sundhedsloven eller Serviceloven, der bestemmer.

• Samarbejdsaftaler bør konstant være opdateret og anvendt i dagligdagen.

Det gælder bl.a. for "Den gode sammenhængende indlæggelse og udskrivning", og der kommer konstant nye aftaler til, som alle fokuserer på "Rette patient i rette tilbud, på rette tid, med fokus på social og geografisk ulighed". I den sammenhæng må vi ikke glemme behandling af "Erhvervet hjernesknade".

*Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling.*

• Der bør oprettes et fælles kompetencehus, hvor alle fagpersoner kan hente viden, så de kan videreføre teknologien i praksis. Således bør mulighederne udvikles med hensyn til tildeling af hjælpemidler, lagerføring, udlevering, vedligeholdelse, oplæring, aflevering og inspirationskilder samt vidensdeling i et samarbejde både på regionalt og kommunalt niveau.

• Ikke-digitale borgere bør indtænkes i samarbejdsaftaler med særlige procedurer efter sværhedsgrad og behov. Således skal disse borgere tilbydes samme effektive behandlingstiltag som digitale borgere, så der ikke opstår uligheder i forhold til tilbud og behandling.

• Telerehabilitering og telemedicinske tryghedsbesøg griber mere og mere om sig, men op til 20% af borgerne føler sig ude af stand til, eller er utrygge ved at bruge dette redskab.

Samlet set er det vigtigt at indtænke forebyggelse i alt, hvad vi igangsætter og udvikler. Her tænkes især på ældre borgere, så vi når de nationale mål om flere sunde leveår.

Det handler også om civilsamfundets, organisationernes og kommunernes rolle i den tidlige forebyggelse for ældre. Fysisk aktivitet og gode sociale fællesskaber kan modvirke multisygdom og ensomhed.

**SSU drøfte om forebyggelse skal fremhæves yderligere – og hvordan**

- Fokus på indlæggelser og udskrivninger ift. samarbejde mellem sektorer, bl.a. for at undgå genindlæggelser.

**Eksisterende samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivelse**

- Fokus på instruktion af borgere som aktive medspillere, hvis sygdom skal helbredes i eget hjem.
- Fokus på lægefaglige tilsyn på hospitalet.
- Fokus på faste læger i almen praksis dækkende for hele Region Midtjylland.

**Input der hvor relevant kan inddrages ifm. udmøntning af aftalen**

- I klyngesamarbejdet: Større fokus på lægelige tilsyn og muligheden for palliativ pleje og behandling på kommunernes plejecentre.
- Desuden efterlyses større repræsentation af senior- og ældreråd i klyngernes strategiske opbygning med deltagelse i udvalgenes forarbejde.
- anbefaler, at forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler er regionsdækkende og løbende opdateres samt at de også omhandler ældre borgere.

**Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.**



	<p>Der skal være stort fokus på indlæggelser og udskrivninger med et godt samarbejde mellem sektorer for bl.a. at undgå genindlæggelser.</p> <p>Endvidere kan borgere instrueres konstruktivt i at blive aktive medspillere, hvis sygdom skal helbredes i eget hjem. Her tænkes bl.a. på "Indlæggelse i eget hjem" og projekterne "Hospital i hjemmet".</p> <p>Således må der være fokus på lægefaglige tilsyn på hospitalet. Der skal også være fokus på faste læger i almen praksis dækkende for hele Region Midtjylland.</p> <p>Klyngesamarbejdet er i ny form opstartet på de forskellige niveauer for at styrke brugerperspektivet, hvor patient- og borgerinddragelse skulle sikre et sammenhængende patientforløb mellem hospitaler, praksissektor og kommuner.</p> <p>I klyngesamarbejdet efterlyser vi større fokus på lægelige tilsyn og muligheden for palliativ pleje og behandling på kommunernes plejecentre.</p> <p>Desuden efterlyser vi større repræsentation af senior- og ældreråd i klyngernes strategiske opbygning med deltagelse i udvalgenes forarbejde.</p> <p>Afslutningsvis skal Regionsældrerådet anbefale, at forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler bør være regionsdækkende og være løbende opdaterede og også omhandle ældre borgere.</p>	
<p><b>Ældre Sagen</b></p>	<p>I Ældre Sagen vægter vi overordnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- at man som patient kan være tryk ved, at man får en sammenhængende, værdig og patientsikker behandling og pleje.</li> <li>- at man kan være sikker på faglig høj kvalitet, uanset hvor man bor.</li> <li>- at beslutninger træffes i samarbejde med patient og pårørende.</li> </ul> <p>Vi er klar over, at der med forskellige prioriteringer af sundhedsmæssige udfordringer vil være variation i sundhedsaftalerne på landsplan.</p> <p>Vi lægger dog vægt på, at man kan få samme kvalitet, uanset hvor man behandles, hvorfor nogle af vores kommentarer i dette</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <p>Under "visioner":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meget positivt, at visionerne for Sundhedsaftalen bl.a. tager udgangspunkt i sammenhæng, tryghed og på borgernes præmisser.</li> <li>• Bekymrede over formuleringen "<i>understøtte borgernes mulighed for at tage vare på egen sundhed og mestre egen sygdom</i>" – sygdom gøres selvforskyldt/til et individuelt problem.</li> <li>• Mener, at det er helt afgørende for borgernes tryghed og livskvalitet, at de føler sig trygge ved, at sundhedsvæsenet tager ansvar for dem, når de bliver syge, og sikrer, at de får den behandling, de har behov</li> </ul>

hørings svar er enslydende med kommentarer til andre høringsudkast til sundhedsaftaler.

### 1. Visioner

Ældre Sagen finder det meget positivt at visionerne for Sundhedsaftalen bl.a. tager udgangspunkt i sammenhæng, tryghed og på borgernes præmisser.

Ældre Sagen er meget enig i dette.

Men vi er bekymrede over formuleringen om, at "understøtte borgernes mulighed for at tage vare på egen sundhed og mestre egen sygdom". Vi ser her en risiko for, at borgerne oplever det som noget individuelt og selvforskyldt, at de bliver syge. Og at de i højere grad selv bliver gjort ansvarlig for deres egen behandling og sygdomsforløb.

Vi mener, at det er helt afgørende for borgernes tryghed og livskvalitet, at de føler sig trygge ved, at sundhedsvæsenet tager ansvar for dem, når de bliver syge, og sikrer, at de får den behandling, de har behov for – hvad enten det foregår i regionalt eller kommunalt regi.

Vi mener, at det bør være en del af visionen, at sundhedsvæsenet tager ansvar for den syge, uanset om det er på hospital, i kommunen eller i almen praksis.

### 2. Indsatsområder og fælles målsætninger

#### *Psykatri og trivsel*

Ældre Sagen er meget enig i behovet for at prioritere psykiatri og trivsel som en del af Sundhedsaftalen.

Ældre Sagen vil gerne påpege, at vi mener, at de mest svækkede ældres livssituation er klart underprioriteret i sundhedsaftalen.

Gerontopsykiatrien er slet ikke nævnt særskilt. Det finder vi problematisk, fordi der er et stort behov for at opruste på det ældrepsykiatriske område således, at det bliver sikret, at ældre patienter får mulighed for at få den rette psykiatriske behandling i sygehussektoren.

Det er en specialiseret opgave, hvor almenpsykiatrien næppe er indstillet på eller har ressourcerne til ældre patienters ofte blandede somatiske og psykiatriske problemstillinger, og som ej heller kan løses i det nære sundhedsvæsen, fordi kommunerne hverken har de faglige kompetencer, de relevante medarbejdere eller de økonomiske ressourcer til det. Og dermed risikerer de ældre patienter at falde i et

for – hvad enten det foregår i regionalt eller kommunalt regi. Mener, at det bør være en del af visionen, at sundhedsvæsenet tager ansvar for den syge, uanset om det er på hospital, i kommunen eller i almen praksis.  
**Ønske om ændret fokus i visionen**

Under "indsatsområder og fælles målsætninger":

#### *Psykatri og trivsel*

- Meget enig i behovet for at prioritere psykiatri og trivsel.
- De mest svækkede ældres livssituation er klart underprioriteret.
- Problematisk, at gerontopsykiatrien ikke nævnes særskilt.  
**Ønske om, at gerontopsykiatrien nævnes i aftalen.**
- Foreslår, at sundhedsaftalen, visionerne og målsætningerne om mental trivsel tænkes bredere – at der findes inspiration i/tages udgangspunkt i den nationale ensomhedsstrategi og handleplan.  
**Forslag om at mental sundhed og trivsel tænkes bredere**

#### *Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom*

- Enig i Sundhedsaftalens målsætning.
- Sundhedsaftalen bør i højere grad danne ramme for og sætte konkrete mål for forpligtende aftaler om samarbejde og konkret arbejdsdeling – fx målsætninger for konkrete modeller for fælles ledelse og finansiering og særligt ifm. sektorovergange.
- Aftalen bør være mere konkret ift., hvordan parterne sikrer fx sammenhænge for borgere med kronisk sygdom.  
**Sundhedssamarbejdsudvalget udarbejder årlig handleplan**
- Bør beskrives, hvilket ansvar og opgaver de enkelte aktører har ift. mennesker med multisygdom - udarbejdelse af standardiserede beskrivelser af samarbejdsgange for forløb, hvor flere aktører/sektoer er involveret.

hul, både på sygehuset og når de bliver udskrevet fra sygehuset til videre behandling i kommunen.

Til gengæld er Ældre Sagen positiv overfor Region Midtjyllands visioner og målsætninger om at skabe en bedre mental trivsel for børn og unge.

Det er et vigtigt indsatsområde, og i Ældre Sagen arbejder vi for en samfundsudvikling, hvor fællesskaber og menneskelige relationer prioriteres højt for alle aldersgrupper.

Ældre Sagen har derfor sammen med 115 organisationer med Ældre Sagen og Røde Kors i spidsen sat et mål om at halvere ensomheden inden 2040 via 75 konkrete forslag og initiativer mod ensomhed. Ensomhed koster hvert år samfundet 7,4 milliarder kroner. Ældre Sagen foreslår, at sundhedsaftalen, visionerne og målsætningerne om mental trivsel tænkes bredere, og at der findes inspiration i og tages udgangspunkt i den nationale ensomhedsstrategi og handleplan.

<https://www.aeldresagen.dk/presse/viden-om-aeldre/oevrige/2023-national-ensomhedsstrategi>

#### **Sammenhæng for borgere med kronisk sygdom**

Ældre Sagen er enig i Sundhedsaftalens målsætning om at styrke samarbejdet om de borgere med kronisk sygdom, der har størst behov for støtte og/eller størst kompleksitet i sygdom og nedbringe antallet af uhensigtsmæssige, akutte indlæggelser i målgruppen.

Ældre Sagen havde dog gerne set, at Sundhedsaftalen i højere grad dannede rammen for og satte konkrete mål for forpligtende aftaler om samarbejde og konkret arbejdsdeling - eksempelvis med målsætninger for konkrete modeller for fælles ledelse og finansiering og særligt i forbindelse med sektorovergange som fx udskrivning og samarbejde om behandling og pleje til ældre medicinske patienter eller mennesker med demens.

Ældre Sagen kan være bekymret for, om den meget overordnede Sundhedsaftale uden konkrete mål er tilstrækkelig for, at sundhedsklyngerne kan efterleve Sundhedsaftalens visioner og fælles målsætninger. Ældre Sagen havde derfor gerne set, at aftalen var mere konkret i forhold til, hvordan aftaleparterne skal sikre eksempelvis sammenhænge for borgere med kronisk sygdom.

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for mennesker med multisygdom bør det beskrives, hvilket ansvar og opgaver de enkelte aktører har i forhold til mennesker med multisygdom, og at der

- Så gerne, at Sundhedsaftalen tog udgangspunkt i SSTs anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom (jf. SSTs tre gennemgående principper)  
**Input til udmøntning af aftalen**
- Bør være særligt fokus på den behandling, der foregår på midlertidige pladser samt på den kommunale sygepleje og andre sundhedsfaglige kommunale indsatser.
- Overordnet behov for at sikre kvalitet, sammenhæng og fælles finansiering, tydeligt lægefagligt behandlingsansvar og ingen øget brugerbetaling – bør adressere i aftalen.
- Alvorlig mangel i Sundhedsaftalen, at der intet står om genoptræning. Området er faldet mellem stole. Stort svigt af svag patientgruppe.  
**Ønske om at genoptræning nævnes i aftalen**
- Virtuelle, digitale tiltag kan supplere – men ikke - erstatte genoptræning.

Under "Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling":

- Meget enig i målsætningen om at sikre lettere og mere fleksible adgang til sundhedsvæsenet
- Afgørende, at digitale løsninger, fx videokonsultationer og hjemmemonitorering, kan tilbydes, når og hvor det giver mening, både for patient og behandler.
- Vigtigt, at der ifm. implementering tages højde for individuelle behov og forskellige løsninger og støtte til forskellige målgrupper med varierende, digitale udfordringer.  
**Kan præciseres på s. 7**

Bærende principper for samarbejdet

*Fælles tidligere:*

- Afgørende, at sundhedsklyngerne skal løfte populationsansvaret med udgangspunkt i fælles patienter og akutsygehusets optageområde.
- Særligt afgørende, at ældreplejen samtænkes med sundhedsområdet og sundhedsklyngernes arbejde.

udarbejdes standardiserede beskrivelser af samarbejdsgange for forløb, hvor flere aktører i hhv. region og kommune er inddraget.

Disse ansvars- og opgavebeskrivelser bør for hver enkelt, multisyg patient laves helt konkret, så det hele tiden står helt klart, hvem på hospitalet, i kommunen eller i almen praksis der har ansvaret for hvilken opgave igennem hele forløbet, og den ene skal ikke kunne afgive ansvaret, før den næste har overtaget det.

Derudover så Ældre Sagen gerne, at Sundhedsaftalen tog udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at tre gennemgående principper, som er grundlæggende for alle indsatser for personer med multisygdom:

- Inddragelse af mennesker med multisygdom og pårørende
- Sammenhængende og koordinerede forløb
- Helhedsorienteret og differentieret indsats

Eksempelvis viser et særudtræk fra LUP (2022) for 80+, at:

- 18 pct. af de akut indlagte patienter over 80 år i Region Midtjylland oplever slet ikke eller i ringe grad, at én læge tager et overordnet ansvar for patientens samlede forløb.
- hver femte (20 pct.) akut indlagte patient over 80 år oplevet i nogen grad og sammenlagt 10 pct. slet ikke eller i ringe grad, at personalet informerer tilstrækkeligt, så patienten er tryk efter udskrivelsen. I Region Midtjylland gælder det for 13 pct.
- sammenlagt 26 pct. akut indlagte patienter over 80 år oplever i Region Midtjylland, at personalet i ringe grad eller slet ikke giver dem mulighed for at deltage i beslutninger om undersøgelsen/behandlingen.

Fokus i Sundhedsaftalen er at forebygge u hensigtsmæssige akutte indlæggelser.

Ældre Sagen oplever meget store forskelle på omfang og kvalitet i de sundhedstilbud, som kommunerne tilbyder, samt store forskelle i samarbejdet mellem kommune og sygehus om ældre patienter.

Dette er ekstra problematisk i en tid, hvor regionerne er i gang med at rykke behandling ud i det nære sundhedsvæsen uden, at kompetencer, ressourcer, lægefagligt ansvar og kvalitet er fulgt med. Det kræver bl.a., at kommunen har adgang til ældre patienters

- Ældreplejen bør indtænkes i sundhedsklyngens populationsansvar - bør tydeliggøres, at ældreplejen særligt kan forebygge indlæggelser og derfor skal indtænkes i klyngesamarbejdet.
- Den palliative indsats bør opprioriteres - bør adresseres, at der skal udarbejdes samarbejdsaftaler herom.  
**Sundhedsaftalen udmøntes i konkrete indsatser, samarbejdsaftaler mv. Samarbejdsaftale om palliation fra 2021 findes i Værktøjskassen ([link](#))**

*Økonomisk klarhed og fair balance - fokus på fælles økonomi og ledelse for fælles patienter bør adresseres i Sundhedsaftalen:*

- Savner en ramme for mere fælles ledelse og økonomi, hvor der konkret formuleres mulighed for fælles integreret ledelse og samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommune.  
**Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.**

Nationale mål og lokale målsætninger (indikatorer):

- Utilstrækkeligt, at indikatorerne for måling af indsatsområdet om borgere med kronisk sygdom udelukkende består af måling af antal akutte indlæggelser.
- Mangelfuldt, at der ingen indikatorer er omkring målsætningen om sammenhæng i borgernes forløb gennem digital kommunikation og datadeling.
- Ønske om indikatorer i form af både kvalitative og kvantitative data.  
**Opfølgning drøftes i SSG og SSU**

*Implementering og opfølgning*

Konkrete handleplaner for ældre patienter med flere sygdomme

- Behov for kvalitetstandarder for ældre medicinske patienter, der behandles i spændingsfeltet mellem sygehus, almen praksis og kommune – kvalitetspakke
- Foreslår, at der laves konkrete handleplaner for ældre patienter med flere sygdomme i regi af sundhedsaftalen vedr.:

sundhedsdata, at patienten vurderes plejefagligt, sundhedsfagligt og lægefagligt og gerne i samarbejde mellem hospital, egen læge og hjemmepleje og at patienten får den rette helhedsorienterede behandling i tide.

Mange kommuner har desuden ikke akutpladser, men andre former for midlertidige pladser, hvor selve opholdet ikke er omfattet af sundhedsloven, men af serviceloven.

Der bør derfor i sundhedsaftalen være særligt fokus på den behandling, der foregår på midlertidige pladser samt på den kommunale sygepleje og andre sundhedsfaglige kommunale indsatser, så indsatsen i kommunen understøtter og supplerer de eksisterende regionale funktioner effektivt med fokus på, at patienterne får den rette forebyggende og opfølgende indsats i den rette sektor.

Ældre Sagen finder det afgørende, at der ikke opstår et parallelt sundhedsvæsen i kommunerne, hvor ældre patienter behandles under andre rammer og vilkår uden for - og i værste fald afkoblet fra - det specialiserede sygehusvæsen og almen praksis. Vi ser overordnet behov for at sikre kvalitet, sammenhæng og fælles finansiering, tydeligt lægefagligt behandlingsansvar og ingen øget brugerbetaling.

Dette bør adresseres i sundhedsaftalen.

Det er en helt ekstremt alvorlig mangel i Sundhedsaftalen, at der **intet** står om **genoptræning**. Det er ganske enkelt **uansvarligt!** Genoptræning er da også et område, som i meget høj grad siden Kommunalreformen i 2007 er faldet mellem alle stole.

Kommunerne, som man muligvis uden nærmere overvejelser dengang havde tiltænkt opgaven, løfter den kun i helt utilstrækkeligt omfang. Hvor stort problemet er, ved vi i Ældre Sagen desværre ikke særlig præcist, da der ikke foreligger sikre undersøgelser. Men at problemet er der, og at det formentlig er ganske stort, har vi en stærk formodning om, da vi får en del henvendelser.

Eksempel: For nogle måneder siden beklagede nogle hjertekirurger sig i Ugeskrift for Læger over, at deres nyligt opererede patienter, som havde fået nye hjerteklapper, næsten ikke kom til genoptræning. Nej, det var egentlig klart nok hvorfor. Fra de eksempler, vi kender, ved vi, at det var, fordi de var alt for svage til selv at arrangere og til at kunne holde til transport fra hjemmet til genoptræning på

- Forløbskoordinator
  - Individuel forløbsplan
  - Opfølgende hjemmebesøg
  - Kommunale visitatorer på sygehusene
  - Konkrete mål for den palliative indsats og samarbejde om den palliative indsats
  - Konkrete mål for medicingennemgang og medicinafstemning
  - Udvikling af hhv. akutfunktioner i kommuner, midlertidige pladser, udgående funktioner og rådgivning fra hospitaler
  - Inddragelse af patienten
- Input der hvor relevant kan indtænkes i arbejdet med udmøntning af aftalen**
- Afgørende, at Sundhedsaftalen understøttes af handleplaner for hele regionen.
- SSU udarbejder årlig handleplan**
- Bekymring for, om sundhedsklyngerne i sig selv sammen med SSU kan sikre ensartet kvalitet, kompetencer og indsatser til ældre patienter med flere sygdomme - bekymret for ulighed mellem sundhedsklyngerne.

#### *Inddragelse af patienters og pårørendes perspektiver*

- Obs på inddragelse af patienters og pårørendes perspektiver ifm. implementering og evaluering af Sundhedsaftalen. PIU som oplagt og vigtigt aktør.
- Der kan indsættes en præcisering på s. 13 om, at relevante parter inddrages i udmøntning af sundhedsaftalen**

hospitalet. Og genoptræningen var alt for speciel til at kunne foregå i kommunen. De blev så bare ikke genoptrænet.

Her foreligger et eklatant svigt af en meget svag patientgruppe.

Ud over, at manglende genoptræning betyder alvorligt tab af livskvalitet for patienten og de pårørende, så er det en tåbelig besparelse for samfundet, da manglende genoptræning medfører væsentligt tungere pleje.

Og hvis man, som det kunne lide i oplægget, forestiller sig, at nogle smarte virtuelle, digitale tiltag kan gøre patienten selvhjulpne og erstatte genoptræning, så er man netop uansvarlig.

Hermed skal der ikke siges, at digitale hjælpemidler ikke kan være til stor hjælp i sundhedsvæsenet, men det skal netop være som hjælpemidler for de professionelle, ikke som erstatning for genoptræning.

**Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling.**

Ældre Sagen er meget enig i målsætningen om at sikre lettere og mere fleksible adgange til sundhedsvæsenet for borgeren gennem hjemmemonitorering og digitale konsultationer.

Det er helt afgørende, at være opmærksom på, at digitale løsninger, som fx videokonsultationer og hjemmemonitorering, kan tilbydes når og hvor det giver mening, både for patient og behandler. Desuden er det afgørende at være opmærksom på, at patienter, som kan klare sig digitalt i dag, ikke nødvendigvis kan dette fremadrettet.

Udfordringer med helbredet eller evt. funktionsnedsættelser af enten fysisk eller kognitiv karakter være medvirkende til at forstærke problematikkerne om at begå sig digitalt.

I en undersøgelse foretaget af Epinion for Ældre Sagen er det på tværs af alder ca. hver tiende (9 pct.), der eksempelvis udtrykker, at helbred eller en funktionsnedsættelse gør det svært for dem at bruge digitale løsninger. For gruppen over 84 år, oplever knap hver tredje (29 pct.) digitale udfordringer som følge af deres helbred eller funktionsnedsættelse.

Oplevelsen af utryghed er særligt udbredt blandt de allerældste personer. Andelen som angiver, at de ville føle sig enten overvejende eller meget utrygge, stiger i takt med alderen, og at særligt de 85+-

årige i vid udstrækning oplever at føle sig utrygge i forskellige digitale "hverdagssituationer"

Det er derfor vigtigt, at der i implementeringen af Sundhedsaftalens målsætninger tages højde for individuelle behov og forskellige løsninger og støtte til forskellige målgrupper med varierende, digitale udfordringer.

#### **4. Bærende principper for samarbejdet**

##### ***Fælles tidlige***

Ældre Sagen finder det helt afgørende, at sundhedsklyngerne skal løfte populationsansvaret med udgangspunkt i fælles patienter og akutsygehusets optageområde, hvor ansvaret normalt henlægges til den ene sektor, og hvor det kan være relevant at inddrage tilgrænsende kommunale velfærdsområder.

Særligt finder Ældre Sagen det helt afgørende, at ældreplejen samtænkes med sundhedsområdet og sundhedsklyngernes arbejde.

Ældreplejen bør derfor indtænkes i sundhedsklyngens populationsansvar. Det bør således tydeliggøres i Sundhedsaftalen, at ældreplejen særligt kan forebygge indlæggelser og derfor skal indtænkes i klyngesamarbejdet. Det kan være indlæggelser på grund af dehydrering, forstoppelse, blærebetændelse, dårlig mundhygiejne, medicinfejl, underernæring, tryksår, brud mv. Forhold, som kan have stor betydning for, hvor ofte ældre mennesker skal ind og ud af sygehuset. Disse indlæggelser kan med forholdsvis lette greb ofte forebygges i ældreplejen.

Ligeledes kan man se terminale patienter, som henvises til akutmodtagelserne, fordi den palliative indsats ikke virker i kommunerne. Det bør derfor adresseres, at der skal udarbejdes samarbejdsaftaler om den palliative indsats, som i det hele taget bør opprioriteres.

##### ***Økonomisk klarhed og fair balance - fokus på fælles økonomi og ledelse for fælles patienter bør adresseres i Sundhedsaftalen***

Ældre Sagen ser, at der i særlig grad er behov for en økonomisk understøttelse af en fælles indsats for ældre patienter med flere sygdomme – en gruppe, der typisk modtager indsatser på tværs af sygehus, egen læge og kommune.

Ældre Sagen savner en ramme for mere fælles ledelse og økonomi, hvor der konkret formuleres mulighed for fælles integreret ledelse og samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommune – igen med

særligt fokus på de patienter, der oplever at få behandling på tværs af kommuner og regioner.

Dette for i højere grad at sikre, at der mellem sygehus og kommune kommer fælles ansvar for fælles patienter – og ad den vej sikre sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet samt styrke omstilling til det primære sundhedsvæsen.

Den aktuelle status, hvor fx en kommune ikke er forpligtet af en omhyggeligt udarbejdet helhedsplan udarbejdet under geriatrisk indlæggelse for en ældre patient, er svært utilfredsstillende.

#### **5. Nationale mål og lokale målsætninger (indikatorer)**

Ældresagen finder det utilstrækkeligt, at indikatorerne for måling af indsatsområdet om borgere med kronisk sygdom udelukkende består af måling af antal akutte indlæggelser. Dette tal kan på ingen måde bedømme, om visionerne om "sammenhæng og tryghed" og "på borgernes præmisser" bliver virkelighed for borgeren. Hertil kræves indikatorer af langt mere kvalitativ art.

Ligeledes er det mangelfuldt, at der ingen indikatorer er omkring målsætningen om sammenhæng i borgernes forløb gennem digital kommunikation og datadeling.

Om disse målsætninger nås, ønsker Ældre Sagen bedømt med både kvantitative og kvalitative data formuleret som indikatorer i Sundhedsaftalen.

#### **6. Implementering og opfølgning**

*Konkrete handleplaner for ældre patienter med flere sygdomme*

Ældre Sagen oplever i dag meget store forskelle på omfang og kvalitet i de sundhedstilbud, som kommunerne tilbyder, samt store forskelle i samarbejdet mellem kommune, sygehus og almen praksis om ældre patienter.

Der er derfor behov for kvalitetstandarder for ældre medicinske patienter, der behandles i spændingsfeltet mellem sygehus, almen praksis og kommune.

En kvalitetspakke, der burde laves på nationalt plan, men som - indtil dette forhåbentligvis sker - bør ske på regionalt niveau.

Det er ikke forsvarligt at rykke behandlingen ud i det nære sundhedsvæsen uden at sikre ensartet kvalitet og tryghed, sammenhæng og opfølgning i ældre medicinske patienters forløb i



overgangen mellem hospitaler, kommuner og almen praksis, herunder også ældreplejen.

Der må fx ikke være tvivl om, hvorvidt det er hospitalet eller kommunen, der skal sørge for væsentlige kompressionshjælpemidler eller 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 eget hjem, praktiserende læge, diverse sygehusafdelinger og tilbage til rehabiliteringstilbud eller akutpladser i kommunen.

For at sikre bedst mulig sammenhæng og tilgængelighed mellem de forskellige instanser vil Ældre Sagen foreslå, at der laves konkrete handleplaner for ældre patienter med flere sygdomme i regi af sundhedsaftalen om:

- 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)
- Opfølgende hjemmebesøg, hvor eksempelvis praktiserende læge og hjemmesygeplejerske umiddelbart efter udskrivning sikrer opfølgning i borgerens eget hjem – eller på akutplads. Opfølgende hjemmebesøg er en af de indsatser, som Handleplan for Den Ældre Medicinske Patient anbefalede, at der skulle 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 er også anbefalet af Sundhedsstyrelsen i "Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom".
- Konkrete mål for den palliative indsats og samarbejde om den palliative indsats

- Konkrete mål for medicingennemgang og medicinafstemning - særligt med fokus på polyfarmacipatienter i overgange, eksempelvis udskrivelse fra hospital, samt oprydning i Det fælles medicinkort (FMK)
- Udvikling af hhv. akutfunktioner i kommuner, midlertidige pladser, udgående funktioner og rådgivning fra hospitaler. Eksempelvis geriatriske teams fra hospitalerne, der understøtter indsatsen på fx akutpladser i kommunerne, tilgængelig telefonrådgivning fra stamafdeling på hospitalet udover de 72 timers behandlingsansvar.
- Inddragelse af patienten


Ældre Sagen finder det afgørende, at Sundhedsaftalen understøttes af handleplaner for hele regionen, da Ældre Sagen kan være bekymret for, at sundhedsklyngerne ikke i sig selv sammen med Sundhedssamarbejdsudvalg kan sikre ensartet kvalitet, kompetencer og indsatser til ældre patienter med flere sygdomme, og er i den sammenhæng bekymret for ulighed mellem sundhedsklyngerne.

En udfordring kan være, at klynger omkring universitetshospitaler i de største byer har de laveste andele ældre og mennesker med kronisk sygdom i befolkningen, mens akuthospitaler længere fra universitets- og storbymiljøer omvendt har de højeste andele kronisk syge og ældre.

Ældre Sagen frygter, at patienter, særligt ældre, fortsat bliver ufrivillige deltagere i et postnummerlotteri. De heldige vil opleve tæt samarbejde om fx forebyggelse, udskrivning og opfølgning efter akut indlæggelse, mens de mindre heldige bor i områder med øget risiko for genindlæggelse.

#### *Inddragelse af patienters og pårørendes perspektiver*

Vi håber, at patienters og pårørendes perspektiver inddrages, når Sundhedsaftalen skal implementeres og evalueres undervejs. Patientinddragelsesudvalget er en oplagt og vigtigt aktør. I Ældre Sagen er vi ligeledes parate til fremtidig dialog om Sundhedsaftalen og udmøntningen i konkrete handleplaner.

<b>Seniorrådet, Horsens Kommune</b>	Seniorrådet mener, at Sundhedsaftalen rummer nogle gode visioner, og følgelig ser Seniorrådet frem til at følge, hvordan Sundhedsaftalen omsættes til praksis i sundhedsaftaleperioden.	Fremtrædende bemærkninger/ønsker: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aftaleudkastet rummer gode visioner – ser frem til at omsætte til praksis.</li> </ul>
<b>UDDANNELSESINSTITUTIONER</b>		
<b>Aarhus Universitet</b>	 <p>Høringssvar fra AU Health over udkast t</p> <p>Svaret kan ikke kopieres over – link til det fulde brev er derfor indsat.</p>	Fremtrædende bemærkninger/ønsker: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finder de prioriterede indsatsområder væsentlige og relevante.</li> <li>• Fremgår ikke, hvordan parterne vil arbejde for fælles forskning. AU bidrager gerne hertil. <b>Opmærksomhedspunkt ifm. udmøntning af aftalen.</b></li> <li>• Ser frem til at bidrage med forskning i relation til Mental sundhed og trivsel for børn og unge gennem partnerskabet Human First. Bidrager gerne yderligere.</li> <li>• Ift. at mindske ulighed i sundhed henvises til AU-forskningscentereet PIREAU, der har dette som omdrejningspunkt. Bidrager gerne med forskning indenfor området.</li> <li>• Bidrager ligeledes gerne ift. forskning og videnudvikling indenfor velfærdsteknologiske områder. <b>Der kan indsættes en præcisering på s. 13 om, at relevante parter inddrages i udmøntning af sundhedsaftalen</b></li> <li>• Ser gerne, at uddannelse får en tydeligere plads i aftalen. <b>Konkret ønske om at uddannelse får en tydeligere plads i aftalen</b></li> </ul>
<b>VIA University College</b>	<p>VIA har læst aftalen, og VIA vil gerne anerkende aftalens positive potentialer.</p> <p>VIA vil gerne samarbejde med aftalens parter om de beskrevne målsætninger.</p> <p>Derudover har vi følgende inputs, der går mere konkret på aftalens indhold:</p>	Fremtrædende bemærkninger/ønsker: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opbakning til aftaleudkastets – herunder prioritering af indsatsområder.</li> <li>• VIA som vigtig aktør i uddannelses- og forskningsøjemed – stiller sig til rådighed for samarbejde mhp. at indfri aftalens målsætninger. <b>Der kan indsættes en præcisering på s. 13 om, at relevante parter inddrages i udmøntning af sundhedsaftalen</b></li> </ul>

	<p>- De valgte fokusområder er alle vigtige prioriterede emner i VIA - både på grunduddannelserne, eftervidereuddannelsesområdet samt forskningsområdet.</p> <p>VIA har fx specifikt forskningscenter for Sundhed og velfærdsteknologi.</p> <p>- VIA bakker op om vigtigheden af at prioritere netop disse indsatsområder for at sikre nærhed, tilgængelighed og sammenhæng for borgeren.</p> <p>- VIA er med til at uddanne fremtidens kernemedarbejdere samt at efter- og videreuddanne nuværende medarbejdere, og vi ser os derfor som vigtige aktører og stiller os til rådighed for samarbejdet om at opnå målene i sundhedsaftalen.</p> <p>- Der er et velfungerende og stærkt forskningssamarbejde i Human First med baggrund i den samlede sundhedsklynge i RM.</p>	
<b>ØVRIGE</b>		
<p><b>Ortopædkirurgisk afdeling, Center for Planlagt Kirurgi (CPK), Regionshospital Silkeborg, HE Midt (Ortopædkirurgisk sengeafsnit)</b></p>	<p><b>1. Fælles midtjysk retning for udviklingen af det nære sundhedsvæsen. s. 3-4</b></p> <p>I Ortopædkirurgisk afdeling, CPK, Silkeborg Hospital er vi meget enige i prioritering af de udvalgte områder, og vi vil gerne bidrage med konkrete erfaringer inden for disse 2 foreslåede områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Borgere med kronisk sygdom – med fokus på de med størst behov og størst kompleksitet</li> <li>• Fælles indsatsområde: Velfærdsteknologi, digitalisering og datadeling.</li> </ul> <p><b>2. Forslag til visioner, der skal sætte fælles retning på tværs s. 5-6</b> ....Om social lighed i sundhed og differentierede indsatser og at løse opgaven på en måde som giver størst værdi for borgeren:</p> <p>Vi har udviklet et "supercare" tværfaglig koncept, hvor patienter med særlige udfordringer f.eks. kognitivt, manglende netværk, angst.... spottes for-ambulant inden operation og får en særlig indsats mhp. på at hjælpe dem godt i det planlagte operationsforløb.</p> <p>Det vil give god mening at indsatsen over for de særlig udfordrede sker i samarbejde med kommunerne.</p> <p>Da der generelt er lang ventetid i sygehusregi på behandlinger, kan det give god mening at kunne bruge ventetiden på at blive optimeret</p>	<p>Fremtrædende bemærkninger/ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meget enige i prioritering af de udvalgte områder.</li> <li>• Bidrager med eksempler på konkrete erfaringer indenfor indsatsområderne "Borgere med kronisk sygdom..." samt "Velfærdsteknologi...":</li> <li>• Har udviklet super-care tværfagligt koncept. Patienter med særlige udfordringer (fx kognitivt, manglende netværk, angst mv.) identificeres for-ambulant og får en særlig indsats mhp. at hjælpe dem godt i operationsforløbet.</li> <li>• Kunne med fordel foregå i samarbejde med kommunerne.</li> <li>• Forslag om at bruge ventetiden forud for operation til at blive fysisk optimeret - vil gerne kunne henvise udfordrede patienter/borgere til støtte med at forbedre deres fysik vha. væggtab og træning samt ift. rygestop og alkoholrådgivning i alle kommuner.</li> <li>• <b>Hospitalerne har mulighed for at henvise borger til kommunale forebyggelsestilbud – jf. samarbejdsaftale om brug af elektroniske henvisninger fra hospitaler til kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud i Region Midtjylland - <a href="#">link</a></b></li> <li>• Andre patienter kunne ha' gavn af at blive henvist til kommunal vurdering/øvelse i at bruge hjælpemidler forud for operation.</li> </ul>

fysisk forud for en operation. Dermed kan mange klare et operationsforløb uden hjælp fra hjemmeplejen efter udskrivelse.

Vi vil gerne i alle kommuner kunne henvise udfordrede patienter/borgere til støtte med at forbedre deres fysik vha. vægttab og træning (og rygestop/ alkoholrådgivning).

Vi har patienter, som skal have foretaget en planlagt større operation (f.eks. stivgørende rygoperation) med store bevægebegrænsninger efter operation i 3 mdr. Nogle af disse vil vi gerne kunne henvise til kommunal vurdering/øvelse i at bruge hjælpemidler inden operation, så de kan øve sig i at klare hverdagsaktiviteter med bevægebegrænsninger og vha. hjælpemidler. Før operation er de ikke så påvirket af stærkt smertestillende medicin og træthed efter operation. Dermed kan de også blive mere selvhjulpne efter operationen. Jo bedre man er forberedt – jo bedre går det – ligesom i Tour de France.

Vi har tidligere fået at vide fra kommunal visitation, at "det er ikke en SKAL-opgave, så det er der ikke ressourcer til".

I henhold til den sociale ulighed i sundhed ønsker vi at fremme indsatsen før operation for de socialt udfordrede patienter. Vi vil gerne nemt kunne kontakte den respektive kommunes støttekontaktperson, social sygeplejerske eller anden sundhedsfaglig medarbejder, der kan hjælpe patienten til et bedre forløb.

Vi ønsker, at de socialt udsatte patienter får samme gode forudsætninger for at tilegne sig viden omkring forløbet, og derved mindske ulighed i sundhed. Det kan være hjælp til at møde op til aftaler, bestille kørsel/finde anden transportmulighed, orientere sig i informationsmateriale og derigennem få det bedst mulige planlagte forløb.

#### **Velfærdsteknologi, Digitalisering og Datadeling.**

s.11: Opmærksomhed på de borgere og patienter, der ikke er fortrolige med brugen af digitale løsninger.

Vi tilbyder information på flere niveauer. Vi har webbaseret patientinformation med bl.a. animationsfilm, videoer, oplæserfunktion, podcast og brug af huske sms'er inden operation.

- Ift. udsatte patienter og minimering af social ulighed: Vil gerne nemt kunne kontakte den respektive kommunes støttekontaktperson, social sygeplejerske eller anden sundhedsfaglig medarbejder.  
**Konkret input/forslag ift. udmøntning af aftalen**
- Obs. på ikke-digitale patienter.  
**Kan præciseres på s. 7**
- Tilbyder derfor information på flere forskellige måder (fx animationsfilm, oplæserfunktion, podcast, sms, video mv.).
- Potentiale i, at digitalt udfordrede borgere kan få hjælp i kommunen af digitalt kompetente medarbejdere til forberedelse.

	<p>Jo bedre patient/borger er forberedt også til tiden efter operation, hvor der er bevægerestriktioner – jo bedre forløb og selvhjulpenhed også efter operation.</p>	
--	---	--

Vi ser stort potentiale i, at digitalt udfordrede borgere kan få hjælp i kommunen af digitalt kompetente medarbejdere til denne forberedelse.

RÅUDKAST