**Referat fra temamøde d. 20. maj 2014**

# Status vedr. politisk sundhedsaftale, orientering ved Anders Broholm

Anders Broholm orienterede om status vedr. arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018.

Der foreligger på nuværende tidspunkt overordnede pejlemærker for den politiske sundhedsaftale (vedtaget i Sundhedskoordinationsudvalget) samt foreløbig skitse til den politiske sundhedsaftale, som er fremsendt forud for mødet.

De 5 pejlemærker ser ud som følger:

1. **Det enkelte menneske i centrum (ny)**
2. **Et stærkt fælles sundhedsvæsen, der hænger sammen for borgeren**
3. **Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres**
4. **Sundhedstilbud på nye måder**
5. **En lærende og respektfuld samarbejdskultur**

## Opsamling fra klynge/dialogmøderne

Som en del af arbejdet med den politiske sundhedsaftale er der afholdt politiske dialogmøder mellem de 4 kommunale klynger og formandskabet for Sundhedskoordinationsudvalget (Regional formand: Pernille Buhelt samt kommunal næstformand: Anders Broholm).

Afholdelsen af de fire dialogmøder er besluttet af Sundhedskoordinationsudvalget

Formålet med dialogmøderne har været at få en politisk dialog mellem SKU og alle kommunerne med henblik på sparring og inddragelse i det arbejde, der pågår med at udvikle Sundhedsaftalen 2015 – 2018

Møderne blev afholdt ultimo april- primo maj 2014

På møderne blev de politiske pejlemærker for sundhedsaftalen præsenteret, og der var mulighed for dialog om lokale udfordringer samt ønsker til udvikling af det tværsektorielle samarbejde

De fremtrædende temaer på møderne var:

* Hvordan sikrer vi, at psykiatrien inkluderes, er der behov for et særskilt pejlemærke herom eller kan det omfattes under hvert af pejlemærkerne?
* Behandling og pleje på tværs af regionsgrænser. Hvilke særlige udfordringer gør sig gældende her?
* Der er behov for en sundhedsaftale, som kan rumme de kommunale forskelle (Eksempel herpå er Læsøs særlige situation)
* Også andre sektorer er i spil i arbejdet, f.eks. Kriminalforsorgen mv.
* Flytning af sengepladser og opgaveglidning vigtigt som tema!
* Implementeringen af sundhedsaftalen er et virkelig vigtigt tema! Vi har mange gode aftaler i dag, men implementeringen halter.
* Regionens kendskab til den kommunale virkelighed – Der eksisterer en oplysningsopgave ift. det regionale led!!

Se desuden vedhæftede slides for uddybning af hovedtemaer fra det enkelte dialogmøde.

Almen praksis var desuden inviteret med til dialogmøderne og var meget aktive i debatten. Det blev fremhævet, at den fremtidige succes med sundhedsaftalen er stærkt afhængig af almen praksis` deltagelse, og der blev opfordret til, at den enkelte kommune dyrke de dialogfora, som er oprettet med almen praksis.

## Opsamling vedr. arbejdet med Sundhedsaftalen

Som opsamling blev drøftet, hvor godt forankret sundhedsaftalen er i det regionale (politiske) led- Kommunalt er der bred inddragelse i og opbakning til arbejdet. Gør det samme sig gældende regionalt?

Den fremtidig politiske forankring af opfølgning på sundhedsaftalen blev berørt. Pt. er der oprettet politiske styregrupper mellem den enkelte kommune og regionen, men er dette også den rigtige model fremadrettet?

Der fremkom forslag om en model med oprettelsen af politiske styregrupper, som er klyngebaseret. Der var opbakning fra deltagerne til at arbejde videre med denne løsning.

I relation hertil blev det fremhævet, at der er behov for en mere beslutningskraftig besætning fra regionen, da det i denne periode har været svært at få de regionale politikere i dialog om forpligtende aftaler på møder i de politiske styregrupper.

# Aftalen mellem RLTN og PLO v. Mik Dalgaard Andreassen

Der ligger et langt forløb forude for indgåelsen af den nye overenskomst mellem RLTN og PLO. Forhandlingerne startede for 22 måneder siden. Undervejs var der sammenbrud, overenskomsten blev opsagt, der kom lovindgreb og situationen var meget tæt på at udvikle sig til konflikt

Med lovindgrebet blev fastlagt et nyt set-up for almen praksis – men loven gav ikke alle løsningerne; meget skulle stadig fastlægges i forhandlingerne

Beskrivelsen af almen praksis rolle i det nære sundhedsvæsen er ændret – blandt andet ved:

* Tydeligere at lægerne skal være tilgængelige for kommunernes personale, når kommunerne henvender sig på vegne af en borger, der ikke selv kan henvende sig til lægen.
* Præciseringer omkring lægens ansvar if. medicinhåndtering
* Commitment til at lægerne går ind i praksisplanudvalget med henblik på at udvikle almen praksis sammen med kommuner og regioner

**Praksisplanudvalg**

Der oprettes Praksisplanudvalg, som udarbejder Praksisplan, hvortil der skal laves underliggende aftale.

* I praksisplanudvalget har kommuner 5 medlemmer. Regionen har 3 medlemmer og har desuden formandskabet, da de er myndighed. Ikke længere paritet som vilkår.
* Bindende og forpligtende indsatser skal aftales i praksisplan og den underliggende aftale.
* Regionen bestemmer i sidste ende
* Kapacitet – hvor skal ydernumre placeres og hvor mange er der behov for?
* Sikre sammenhæng til sundhedsaftalerne
* Opgaver – herunder sygebesøg, indsatser for borgere med visse psykiske lidelser, kronikere mv.
* Efter planen foreligger forhandles underliggende aftale

Det er vigtigt at få aftalt en køreplan frem mod fase 2 - En genåbning af den nu godkendte praksisplan. Det er nødvendigt, at Praksisplanen genåbnes, når udkast til ny Sundhedsaftale foreligger, da eventuelle aktiviteter, som vedtages heri, kræver deltagelse fra almen praksis og som ligger udover overenskomsten skal indføres i Praksisplanen og evt. suppleres med en underliggende aftale.

Planlægningen af genåbningen skal derfor påbegyndes allerede nu.

**Eksempler på, hvad der kan aftales i regi af Praksisplanudvalget**

* Dækning af akut/midlertidige pladser
* Nye organisationsformer omkring sygebesøg på plejecentre
* Henvisningsprocedure til sub-akutte tilbud (fx akutteams)
* Henvisningsprocedurer for kronisk syge borgere til kommunale tilbud
* Aftaler om bedre medicinhåndtering
* Krav til tilgængelighed i forhold til lægerne/kommunale sundhedspersoner - henvendelsestidspunkter
* Aftaler om anvendelse af kommunale sygeplejesker i forhold til udskrevne patienter

Det er ikke muligt at lave aftale vedr. sygebesøg, da der i dette tilfælde vil være tale om en myndighed, som betaler for en ydelse, som allerede er betalt.

I Praksisplanen kan aftales en samlet dækkende løsning vedr. sygebesøg, og hvis det gøres, så flyttes midler med opgaven (se vedlagte slides). Dette er et eksempel på, hvordan der kan flyttes mere tyngde og fylde ind i praksisplanen. (Der findes afsnit i Overenskomsten vedr. decentralisering- det anbefales at dette afsnit læses).

# Status fra administrativt nedsatte arbejdsgrupper indenfor de 4 obligatoriske indsatsområder i Sundhedsaftalen

I forbindelse med udarbejdelsen af den administrative del af Sundhedsaftalen 2015-2018 er der nedsat 4 arbejdsgrupper, en indenfor hvert af de obligatoriske indsatsområder. I hver grupper er der 4 kommunale repræsentanter, en fra hver klynge.

På mødet blev der givet en kort status fra de kommunale formænd for arbejdsgrupperne.

* Mogens Kahr Nielsen, Frederikshavn, gruppen om Sundheds-IT
* Susanne Rasmussen, Mariagerfjord, gruppen om Behandling og pleje
* Betina Bisp Jensen, Aalborg, gruppen om Forebyggelse
* Marianne Finderup, Rebild, gruppen om Genoptræning og rehabilitering

Nogle af de emner, som der bliver arbejdet med i grupperne er:

* Arbejdsdeling på forebyggelsesområdet; alt efter hvor i forløbet borgeren/patienten befinder sig.
* Drøftelse af regionens rådgivningsforpligtelse.
* Kan kommunerne forpligte sig til at være på grundniveau ift. Alkohol og tobak?
* Vil vi kommunalt udvide til at omfatte pakke vedr. stoffer? Det er under afklaring pt.
* Børn og ungeprofil. Forslag hertil
* Samarbejde vedr. svangreomsorg
* Hvordan får vi borgeren i centrum?
* FMK - løser det alle de udfordringer vi har? Det tror vi ikke. Der skal særligt fokus på området, hvad kan vi gøre for at få et fælles ansvar?
* Tydeliggøre samarbejde til arbejdsmarked.
* Hvordan får vi kronikerforløb optimeret?
* Der arbejdes med særlige målgrupper: børn, hjerneskadede, psykisk syge, skrøbelige ældre mv.
* Fremtidig håndtering af telemedicinsk indsats.
* Rehabilitering som overordnet ramme blandt alle indsatserne
* TeleCare Nord – Hvad er fremtidsscenariet?
* Hjerneskade
* Psykiatriområdet
* Voksne og unge med erhvervet hjerneskade
* Fokus på patientforløb/indsatsområder. Sikre et optimalt forløb for borgeren/patienten..
* Genoptræningsområdet (fremtidige indsatser i regi af Sundhedsstyrelsen)
* Den rehabiliterende tankegang!

# Plenumdrøftelse af udkast til Politisk sundhedsaftale

Klyngerne skulle sammen forsøge at besvare følgende spørgsmål:

* **Er der områder, som mangler i udkast til politisk sundhedsaftale?**
* **Er de kommunale mærkesager formuleret tydeligt nok?**
* **Kan der gives opbakning til at arbejde videre med dette udkast?**

## Input fra Klynge SYD

* Der foreligger et godt udgangspunkt og nogle gode pejlemærker.
* Hvor ligger vi vægten nu?
* Snitflader til Praksisplanen vigtige.
* Kommunikation på tværs- IT, op, ned og rundt omkring.
* Det er altafgørende, at vi kan kommunikere med alle relevante aktører! Skal være en del af et pejlemærke!!
* Supersygehus – Vi skal være i stand til at tilbyde de nødvendige løsninger, hvor en indlæggelse ikke er nødvendig. Pt. stor forskel ift. Indlæggelses- og udskrivningsmønstret. Det anbefales, at den enkelte kommune arbejder videre med problematikken og ser hvordan de selv ligger. Vigtigt er der udarbejdes mål herfor, både ift. hvad vi skal kunne, men også hvad de to andre aktører er forpligtet til.
* Rehabilitering. Det er afgørende, at kommunikationen mellem de forskellige led er i orden. Målsætning at vi i fællesskab er i stand til at levere rehabilitering i samspil med borgeren selv.
* Samspillet med de praktiserende læger. Det skal skrives ind, at de praktiserende læger forpligtes til, at de tilbud, som kommunen opretter, skal lægerne være med til at understøtte og henvise til.
* Vagtlægerne skal også føle sig forpligtet, for at undgå unødige indlæggelser udenfor alm. åbningstid.
* Det skal også i pejlemærkerne fremgå, at den rehabiliterende tankegang er gældende indenfor alle pejlemærker.
* I forhold til kommunikation til den kommunale sygepleje er der i den grad brug for forbedring.

## Input fra Klynge VEST

* Opbakning til det udkast som nu ligger
* Det tværgående samarbejde, kommunikation med de tre aktører
* Et fælles IT-system. Godt hvis praksisplanudvalget kunne lave aftale med de praktiserende læger om at have it-systemer som kan snakke sammen.
* Godt med fokus på IT. Hvis man hører regionen så kører FMK bare, men lægerne har et helt andet billede af situationen og mener at der går år før det kører.
* Kommunikationen mellem sygehusene er dårlig, den skal forbedres.
* Regionens inddragelse og kommunikation er dårlig især indenfor psykiatrien, der bruges ikke de kommunale tilbud og der henvises ikke hertil. Det kan være kommunikeret ud, men lægerne husker ikke.
* Tilgængelighed. Nogle grupper har svært ved at rejse langt. Der er behov for satellitter i udkantsområdet.

## Input fra Klynge Midt

* Vigtigt at have fokus på sproget vi anvender overfor borgeren
* Psykiatrien skal have mere fokus
* Ikke systemet i centrum, mennesket i centrum!
* Kan vi udvikle andre samarbejdsmodeller indenfor genoptræning (mennesket i centrum). F.eks. ift. Fysioterapi til borgeren, kan der laves andre modeller her. Eksempel: i Brovst kunne der oprettes genoptræningscenter, hvor behandlingen gives samme sted uagtet, om der er tale om led i en sygehusbehandlig eller et kommunalt tilbud
* Vi har brug for hjælp fra almen praksis til at henvise til kommunale sundhedstilbud.

## Input fra Klynge Nord

* Skærpe fokus på den rehabiliterende tilgang til borgeren - på tværs af sektorer - og både på det somatiske og psykiatriske område. Kommunerne yder hjælp-til-selvhjælp med henblik på at gøre borgerne selvhjulpne. Denne tilgang skal udbredes til regionen og almen praksis. Vi skal understøtte borgeren i at mestre eget liv hele livet
* Kommunikation mellem sektorerne (IT gruppen har vigtig rolle her)
* Kapacitetstilpasning. Vi skal have varsel fra regionerne i god tid. Hvordan forpligter vi regionen til at varsko kommunerne om sengenedlæggelser m.m.?
* Misbrugsområdet. Vi skal have ekstra fokus på borgere med misbrug - denne målgruppe skal fremhæves i sundhedsaftalen.
* Reducere ulighed i centrum, dobbeltdiagnoser, misbrugere, andre sårbare grupper. Målsætningerne i afsnittet "reducere ulighed i sundhed" skal konkretiseres. F.eks. skal det præciseres, hvad man mener med sundhedsvaner
* Det sammenhængende borgerforløb - udbygges med en målsætning om kommunikation mellem sektorerne.
* Vi skal ikke kun tænke på, at pengene skal følge borgeren, men også gøre kagen mindre, f.eks. med mere selvhjulpenhed.

# Oplæg vedr. Praksisplanen i RN (Mads Duedahl)

Formålet med praksisplanen er at beskrive, hvilke opgaver de praktiserende læger skal varetage, snitflader til sygehuse og kommunerne. Samt indeholde overvejelser om kapacitet og fysisk placering af de praktiserende læger.

Praksisplanen bliver således et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommuner og de praktiserende læger.

Kommunerne skal fastholde Praksisplanudvalget som centralt udvalg og bidragsyder i realiseringen af de praktiserende lægers medvirken til gennemførelse af nye sundhedsaftaler.

Kommunerne fik i den netop godkendte Praksisplan sat fokus på en styrkelse af tilgængeligheden mellem praktiserende læger og det kommunale sundhedsvæsen. Kommunerne fik præciseret, at d*er skal konkretiseres initiativer på området.*

Herudover er følgende fremtrædende i planen:

Der bliver peget på, at behovet for koordinering vil stige mellem praktiserende lægers opgaver i det tværsektorielle samarbejde med sygehuse og med kommuner. Det er derfor vigtigt at sikre et godt samspil mellem de involverede parter i forbindelse med de kommende sundhedsaftaler.

 Det er vigtigt, at der laves konkrete aftaler om opgavefordelingen mellem praktiserende læger, sygehuse og kommuner. Samarbejdet skal indrettes således, at sektorovergangene kan ske mest effektivt. Praksisplanen peger også på opgaveglidning mellem sygehuse og praktiserende læger. Og at der er behov for konkrete aftaler, hvilke opgaver praktiserende læger skal løse.

Kommunerne har sat fokus på behovet for analyser af forskelle i lægernes henvisninger til undersøgelser, behandlinger og indlæggelser på sygehusene. I Praksisplanudvalget var der enighed om, at supplere analysen med data omkring kommunale tilbud og belysning af eventuelle sammenhænge mellem disse og variationer i indlæggelserne fra almen praksis.

En velfungerende almen praksis som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen er en forudsætning for øget sundhed, kvalitetsudvikling over tid, rationel brug af ressourcer samt udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen i Region Nordjylland. Dette mål skal søges aktivt gennem oplysning via analyser og data, så de gode erfaringer kan anvise en fælles retning alle kan gå efter.

Fokus på styrkelse af sammenhængen mellem almen praksis og kommunerne i forhold til medicinhåndtering og sygebesøg. Endvidere vil der være fokus på styrkelse af forebyggelse af uønskede graviditeter, bl.a. med det formål at nedbringe antallet af aborter.

Kommunerne fik med, at det er væsentligt at have stor opmærksomhed på lægedækningen, og at praksisplanen skal indeholde konkrete initiativer til fastholdelse og rekruttering af praktiserende læger med henblik på at forebygge lægemangel.

Praksisplan 1 indeholder mål om indsamling af viden om alder, sygdomsbyrde, livsstil og kapacitet i praksis. Denne viden skal bruges systematisk som pejlemærke ved generationsskifte og ophør i de enkelte områder i regionens kommuner. Det foregår

Der skal være fokus på samarbejde omkring ressourceudnyttelse og opgavefordeling mellem sektorerne. Tidlig opsporing og henvisning til kommunale tilbud er centrale områder.

Når 3. generations sundhedsaftaler er indgået skal der arbejdes videre med at virkeliggøre konkrete indsatser og derefter følge op på disse indsatser. I centrum af dette arbejde er målbarhed og konkret fokus.

Sundhedskoordinationsudvalget har i sit høringssvar til praksisplanen ønsket, at praksisplanen genåbnes i efteråret 2014. Dvs. forud for Sundhedskoordinationsudvalgets møde i oktober.

 Kommunerne ønsker, at de kommende 3. generations sundhedsaftaler gennemføres sammen med de praktiserende læger. Arbejdet skal igangsættes i efteråret 2014. Der er aftalt en møderække i Praksisplanudvalget samt i Samarbejdsudvalget for almen læger. Kommunerne skal aktivt udnytte de fastlagte møder i Praksisplanudvalget til at få disse emner drøftet.

På det tidspunkt kendes konturerne af den ny sundhedsaftale og det kan sikres, at der er indledt en dialog med de praktiserende læger. En dialog der er afgørende for at få de nødvendige aftaler med de praktiserende læger for at få realiseret sundhedsaftalerne.

Kommunerne skal fastholde opmærksomheden på sikring af lægedækning og tilgængelighed. Herunder behovet for mere detaljeret viden.

# Opsamling på dagen

Den fremadrettede proces ift. udarbejdelsen af den politiske sundhedsaftale er således:

* Ultimo maj: Møde med formandskaberne/Tilpasning af udkast
* DAS-møde d. 3. juni 2014: Udkast til politisk sundhedsaftale drøftes administrativt
* SKU møde d. 25. juni 2014: Udkast til politisk sundhedsaftale drøftes
* Herefter høring henover sommeren.

# Næste møde i Sundhedspolitisk dialogforum finder sted d. 23. oktober.

Forslag og ønsker til dagsordenen kan fremsendes til de kommunale medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget, til KKR-sekretariatet eller til Det fælleskommunale Sundhedssekretariat