

Opsamling fra møde i Sundhedspolitisk Dialogforum

Den 14. oktober 2016 kl. 8.00-13.00

Nordjyske Arena (Aalborg Stadion)

Anders Broholm, næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget, bød velkommen og gennemgik dagens program med følgende hovedpunkter:

- Oplæg v/ Flemming Møller Mortensen om den sundhedspolitisk dagsorden på Christiansborg
- Psykiatriområdet – Oplæg v. Anette Sloth, direktør
- Det nære sundhedsvæsen – politiske perspektiver fra KL - Oplæg ved H.C. Østerby

Programmet er baseret på ønsker, som tidligere er fremkommet i det Sundhedspolitiske Dialogforum. Fokus ved planlægningen af dagen har været på sammenhængen mellem det nationale og det lokale

Det vigtige er at få givet repræsentanterne fra KL og Christiansborg viden med hjem om, hvordan det ser ud i Nordjylland og i vores kommuner.

Herudover skal vi dele viden om psykiatriområdet med regionen. Hvad er de kommunale udfordringer og hvordan ser området ud med regionale briller? Et vigtigt fokus er især overgange mellem det kommunale og det regionale, hvor er udfordringerne?

Anders Broholm orienterede desuden om, at der, på baggrund af henvendelse fra Sundhedspolitisk dialogforum til KL, er arrangeret tilbagevendende fælles dialogmøder mellem KL's social og sundhedsudvalg og de lokale SKU/PPU medlemmer.

Oplæg ved Flemming Møller Mortensen /MF, Socialdemokratiet

Flemming Møller Mortensen indledte med at understrege det store fokus, centralt, på kommunernes opgave i forhold til sundhedsområdet; Når der diskuteres sundhed på Christiansborg, så snakkes der om kommuner. Kommunerne er givet et kæmpe ansvar, som skal løftet og løses. Det klares godt, men også med forskellighed.

Spørgsmålet er, hvordan vi får det til at fungere på tværs, for borgeren og patienten? Det gælder om at diskutere, hvordan opgaven løses bedst muligt til borgerens tilfredshed. Målet er et liv uden sygdom i så lang tid som muligt.

Politikerne på Christiansborg prioriterer området og vil gerne bruge penge på området. De vil gerne hjælpe kommunerne med den store opgave, de har, og derfor er det meget positivt for Flemming Møller Mortensen at deltage på mødet i Sundhedspolitisk Dialogforum.

Kommunernes rammevilkår:

Kommunerne er blevet større, og selvom man efter kommunalreformen havde indtryk af, at kommunerne var blevet meget store, er der flere kommuner, som allerede nu gerne ville være endnu større. Og det er der en grund til; der er forskel på, om man er en lille eller en stor kommune; det er der et stykke hen af vejen en forståelse for, da de store kommuner har et andet niveau af patienter. Da sundhedsloven sidst blev ændret, blev det besluttet, at der skulle laves en Sundhedsaftale, og der blev nedsat et Praksisplanudvalg. Dette skete ud fra en tankegang om, at man gerne ville højne arbejdet i kommunerne.

I oktober 2015 kom KL's udspil om Det nære sundhedsvæsen. Alle partier synes, at det var et fint og velovervejede udspil, som rummede bredden i de udfordringer, som kommunerne står med. Udfordringerne bunder i, at fremtiden byder andre vilkår (demografi, ændringer i sygehusstrukturene mv.).

Indtrykket er, at de indspil, som kommer fra KL til Christiansborg, generelt er kvalificerede og velfunderede.

Hvad er de aktuelle udfordringer? :

Er man syg, er der en forventning til vores samfund, der er en række forventninger i befolkningen ift. behandling af sygdom. Det akutte forløb tager regionen sig af og derefter tager kommunerne over. Den borgerrettede del vil vi gerne have til at blive større.

I forhold til de kroniske patienter er der et ønske om, at de skal glemme, at de er patienter; de er blot borgere, som skal leve med en ny tilstand.

Den generelle udfordring med social ulighed i sundhed er reel og kan puttes ned over enhver kommune i landet. Der er dog ikke forståelse i befolkningen for, at det er sådan, det er. Der er et stort ønske om lighed i sundhed.

Vedr. accelererede forløb og betydning for kommunerne:

Vores samfund er bygget op med faste sundhedsstrukturer: læger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, mv. Der er tale om historisk betingede sundhedsstrukturer og sygehusenes organisering. Sygehusene skal hurtigst muligt gøre deres opgave og så få patienterne ud. Det er dog et problem, hvis patienterne hjemsendes, før de er færdigbehandlet, men det er ikke skidt, at de kommer tidligere hjem. Det er ikke et godt sted for borgerne at være på et sygehus.

Det er heller ikke skidt, at kommunerne senere skal mere ind over behandlingen af patienterne; kommunerne skal bare have kompetencerne, redskaberne og robustheden hertil. Kommunerne skal have styr på, hvilke kompetencer de skal have. Faglighed og den fornødne ramme er nødvendigt. Kompetencer skal opdateres til bedst mulige niveau.

Flemming Møller Mortensen fortæller om nyligt samråd med sundhedsministeren om arbejdsmiljø. I den forbindelse kan kommunerne overveje, hvilket arbejdsmiljø de byder deres medarbejdere? Der er tale om et vigtigt fokusområde: Hvis hverdagen er kendetegnet af, at man ikke kan tilbyde borgerne den pleje og behandling, man mener, de skal have, er det dybt skadende.

Ledelse og den politiske ramme er vigtigt i den forbindelse. Den politiske ramme for dette er vi med til at lave på Christiansborg.

Robuste, langsigtede budgetter er en nødvendighed, og det er et generelt mål. Det er et grundvilkår for at kunne drive velfærdsstaten med kontinuitet og faglighed. Det er svært at levere, men nødvendigt.

Flemming Møller Mortensen mener desuden at emner som økonomistyring, lægemangel, psykiatri og decentrale apotekere er vigtige, men nåede i sit oplæg ikke at folde dem ud

Dialog mellem salen og Flemming Møller Mortensen:

Efter Flemming Møller Mortensens oplæg var der mulighed for at stille spørgsmål fra deltagerne og nedenstående er en samlet opsamling af drøftelserne.

Vedr. forebyggelse:

I forhold til kommunernes rolle som forebyggende instans – her opleves det med nordjyske briller som svært at råbe Christiansborg op. I Kræftpakke 4 er forebyggelse eksempelvis ikke nævnt med et ord.

Flemming Møller Mortensen mener, at både patientrettet og borgerrettet forebyggelse er meget vigtigt, men erkender at forebyggelsespolitik er svært på Christiansborg. I forhold til økonomien bliver det en forkvaklet sammensætning, der er i budgetterne. Man vil gerne mere forebyggelse, men hvis der skal midler hertil, skal det fjernes fra andre indsatser og så bliver det svært. Forebyggelse handler på mange måder om 'risikovillig kapital', dvs. at der investeres ressourcer i forebyggelse og sundhedsfremme med sigte på at høste besparelser på et senere tidspunkt i fremtiden.

Der fremkom forslag om, hvorvidt man fra Christiansborg kan lave nyt, fælles setup for forebyggelse i Danmark.

Det blev fremhævet, at det er væsentligt at fokusere på forebyggelse både ift. de mindste og de ældste; både ift. børnene og ift. f.eks. demens skal der ske forebyggelse.

Kan forebyggelse måles på andre måder end kvantitativt? Fra kommunal side er det vigtigt, at der er personer nok til tilbuddene og her er det vigtigt med samarbejde med hospital og læger om henvisning til de kommunale tilbud.

Vedr. PLO og de alment praktiserende læger:

Der er ingen tvivl om, at der især i Nordjylland er udfordringer, når man ser på aldersfordeling for lægerne, og på hvor mange patienter den enkelte læge har. Der er på Christiansborg et flertal for at ændre nogle ting fundamentalt ift. organiseringen. Der er opbakning til at tænke strukturerne andersledes ift. f.eks. akuttilbud, delegering og bedre samarbejde på tværs af faggrupper. Andre personalegrupper spiller en vigtig rolle ift. at udvide kapaciteten med en stor faglighed.

Almen praksis må se sig selv som en vigtig samfundsbygger, de må væk fra den gammeldags holdning om, at de er selvstændige og driver deres egen praksis.

Man kan derfor overveje, om det skal være helt anderledes, f.eks. med kommunalt eller regionalt ansatte? Problemet er at en så fundamental ændring vil skabe et vakuum på en 8-10 år, som det f.eks. er set i Sverige, så der er vi ikke endnu i Danmark.

I forhold til de praktiserende læger er samarbejdet med kommunerne godt, men borgerne er indlagt på mange forskellige sygehuse, så koordineringen kan være svær ift. de kommunale tilbud.

Mange borgere har desuden ikke en forståelse for, at det ikke er en kommunal opgave at skaffe læger. Lægeuddannelsen i Aalborg får en vigtig rolle fremadrettet ift. at sikre rekruttering til regionen.

Kommunernes opgaver, når supersygehusene står færdige:

Fremover vil vi få et sundhedsvæsen, hvor den kommunale opgave bliver vigtigere end den regionale og kommunerne kommer til at få meget mere specialuddannet personale fremadrettet.

Flemming Møller Mortensen ser gerne, at Region Nordjylland skal være et sundhedseksperimentarium. FM opfordrer til, at kommunerne er åbne for at prøve nogle nye ting af og opfordrer til at man ikke konkurrerer mere med hinanden end højst nødvendigt. De nordjyske politikere vil gerne hjælpe jer, vi skal hjælpe hinanden med at rykke.

Sundhedspolitisk Dialogforum bliver fra salen fremhævet som et eksempel på et sted med mulighed for fælles koordinering; fælles tilbud fremmes her. Vi har i Nordjylland en klyngestruktur på sundhedsområdet og én sundhedsaftale i Region Nordjylland, så her er vi godt med ift. strukturerne. Hvis vi ser bare 5 år frem i tiden vil der ske en kæmpe udvikling fra situationen nu, hvor kommunerne har opfattelsen af, at vi får komplekse nye opgaver til at være en central spiller. Om 5 år vil meget af det nye være på plads.

Vedr. økonomi og sundhedsområdet:

Vores kommunale udfordring er økonomien; opgaven vil vi gerne løse, men vi har brug for økonomien for at opbygge fagligheden. Her er der et udviklingspotentiale. Økonomien er meget påvirket af det, som sker på Christiansborg.

Flemming Møller Mortensen er enig i, at økonomien er en udfordring. Han ser gerne 4 årlige budgetter, da de på mange måder ville give mere sikkerhed for alle parter.

Oplæg ved Anette Sloth, direktør psykiatrien, Region Nordjylland (se vedlagte dias)

Anette Sloth begyndte sit oplæg med en gennemgang af psykiatriens organisering.

Psykiatriens matrikler er spredt over hele regionen. Det er en udfordring med specialiserede kompetencer på så stort et geografisk område. Det arbejdes der med, blandt andet arbejdes der med at samle indsatser ift. ældre psykiatriske patienter i Aalborg, da denne gruppe ofte har behov for somatisk behandling også. Denne udvikling forventes afsluttet i 2025.

Aktuelle problemstillinger og fokusområder:

Der er oprettet en udvidet behandlingsret pr. 1. oktober 2016, som også gælder for psykiatrien. Der skal ske udredning inden 30 dage, ellers skal der henvises til et andet tilbud. Især ift. børn/unge er dette en udfordring. Hvis der skal stilles en kvalificeret diagnose, er det nødvendigt at komme hele vejen rundt.

Der opleves pt. også udfordringer ift. depressive ældre, og der er startet dialog med kommunerne herom.

Pt. er der til gengæld ikke meget behov for indlæggelse ift. demens, her er samarbejdet med demenskoordinatorer og ældreplejen god.

Herudover kom hun ind på rekruttering, som har været en udfordring, men hvor de fleste stillinger pt. er besat.

I forhold til udredning, så arbejdes der i psykiatrien med behandlingspakker i et forsøg på at sikre ens behandling til alle, over hele landet, inspireret af hjerte/kreftpakkerne. Pakkeforløbene gør, at alle borgere som udgangspunkt er sikret den samme behandling, uanset hvor de bor. Det er dog samtidig vigtigt med en faglig begrundelse for initiativerne, så pakkerne er vejledende.

Psykiatrien er generelt særligt pressede ift. området omkring ikke-psykotiske sygdomme, der er nærmest sket en eksplosion. De fleste ressourcer bruges på de, som er mindst syge.

Overdødelighed og hyppighed af alvorlig somatisk sygdom er store udfordringer i psykiatrien og noget af det, som man gør meget for at ændre.

Der eksisterer et godt samarbejde med kommunerne. Ift. overdødelighed er der f.eks. lavet et samarbejde med Aalborg universitetshospital.

Herudover er der også udfordringer med deling af sundhedsdata mellem sektorerne – og ift. at få IT systemer til at spille sammen.

Patientens team:

Patientens team sammensættes af patient, pårørende og sundhedspersonale og ideen skal udvikles i hele Region Nordjylland i sundhedsaftaleregi. De vigtigste principper i tankegangen er *een behandlingsansvarlig læge*, men ham kan man ikke møde personligt hver gang. Ideen bygger på stafet tankegangen og tanken om en aktiv overlevering. Når vi går ind i et kommunalt samarbejde, kalder vi det borgerens team. Psykiatrien glæder sig os til at få udviklet yderligere på ideen (først med pilotprojekt vedr. bipolare lidelser).

Anette Sloth har medbragt to tværsektorielle cases, som hun præsenterer. De er eksempler på patienter, som fylder rigtig meget i psykiatrien, men også i kommunerne. Her er det vigtigt at mødes omkring patienten og lave en plan.

Som et eksempel nævner Anette Sloth, at det kan være en stor udfordring, at der er så stor forskel på støttemuligheder ift. om der er tale om psykisk eller somatisk sygdom.

Dialog mellem salen og Anette Sloth:

Efter Anette Sloths oplæg var der mulighed for at stille spørgsmål fra deltagerne og nedenstående er en samlet opsamling af drøftelserne.

Vedr. Sammenhængskraft mellem sektorer:

Hvordan sikrer vi, at vi ikke kommer til at slippe borgeren før andre er klar til at overtage opgaven? Hvem tager kommunerne sig af, og hvem tager regionen sig af? Dette er en evig udfordring, som kræver et godt samarbejde og en tæt dialog.

I forhold til forebyggelse ift. det psykiatriske område? Har kommunerne en opgave her? Ja! Forebyggende hjemmebesøg betyder meget ift. fx depression hos ældre, hvor også kompetenceudviklingstiltag er undervejs. Demenskoordinatorerne er også et eksempel på noget, som fungerer rigtig godt.

Der fremkom i denne forbindelse en opfordring fra regionspolitisk side om, at man gerne så at kommunerne satte særlig fokus på forebyggelse blandt børn, der har forældre med misbrug af alkohol og/eller stoffer samt er psykisk syge, og unge mennesker med spiseforstyrrelser.

Oplæg ved H.C. Østerby, medlem af KLs social og sundhedsudvalg og borgmester i Holstebro

Der er brug for en tæt kontakt mellem kommunerne og KL. H.C. Østerby mener, at man kunne lære af dette forum (Sundhedspolitisk dialogforum) i Region Midt. Det tætte samarbejde skal blandt andet være med til at sikre, at der er en grundklang mellem det som foregår i KL og lokalt.

H.C. Østerby indledte sit oplæg med en gennemgang af nogle af de vigtigste aktuelle problemstillinger ift. sundhedsområdet.

- Det nationale udvalg for det nære sundhedsvæsen har en plan for det nære sundhedsvæsen klar i starten af det nye år, men det er endnu for tidligt at sige noget endeligt om planens indhold. Et fokusområde her bliver f.eks. de kroniske syge
- Generelt er det svært at lave planer uden almen praksis, derfor bliver de kommende OK forhandlinger centrale.
- Der er de midler der er på sundhedsområdet, så opgaverne skal fordeles mere smart og pengene skal følge med borgerne.

Et meget stort problem pt. er Specialuddannelse for hjemmesygeplejersker. Her skal vejledninger føres up- to- date. Hjemmesygeplejerskers rolle ændrer sig ift. de behandlingsopgaver, de varetager. Fastlæggelse af lægeligt ansvar er et væsentligt område. Dette hænger også sammen med, at der ikke altid er den fornødne skriftlighed i overdragelse fra sygehuset.

Hvad rører sig centralt?

2016 har været et hæsblæsende år. Der er blevet arbejdet med blandt andet Handlingsplan for demens, DÆMP, kræftplan 4.

- **Vedr. Handlingsplan for den ældre medicinske patient**
 - Kompetenceudvikling
 - Styrkelse af de kommunale akutfunktioner
 - Udgående sygehusfunktioner og rådgivning af kommunerne (KL er skeptiske over for dette, da det kan give for meget tid på landevejen for specialisterne)
- **Handlingsplan for demens**
 - 470 mio., offentliggjort september 2016.
 - - Opkvalificering og aflastning af de pårørende.
- **Kræftplan 4**
 - KL er med i følgegruppen, hvor forebyggelse, hjemmebehandling og rehabilitering er blandt de kommunale fokusområder. Politisk aftale afventes.
- **KMF justeringer**
 - KMF differentieres på alder, 4 alderstrin,
 - Der kan ikke opkræves medfinansiering på overflyttelser.
 - Færdigbehandlingsstakst: Der er lagt op til en henholdsvis fordobling/tredobling af taksten.
 - Med modellen kommer, ifølge H.C. Østerby, et afbalanceret hensyn, større budgetsikkerhed og større gennemsigtighed.

Opsamlingen fokuserede på, at vi har været lidt for langsomme til at komme ud af starthullerne ift. det nære sundhedsvæsen. Nu er dagsordenen flyttet, men økonomien er ikke flyttet med.

Vi skal varetage forebyggelsesopgaven langt før + de nye (behandlings) opgaver vi skal løse nu

Vi skal sætte ind langt tidligere og gøre tingene på nye, smarte måder (Eks. Projektet ”Familie med hjerte”)

Dialog mellem salen og H.C. Østerby:

Efter H.C. Østerbys oplæg var der mulighed for at stille spørgsmål fra deltagerne og nedenstående er en samlet opsamling af drøftelserne.

Problemerne ift. delegering:

Kommunerne har en oplevelse af, at mange opkald (f.eks. vedr. medicin) kunne komme til sygeplejersker frem for læger. Men kommunerne kontakter også lægen vedr. basale ting, f.eks. ift. medicin, fordi lovgivningen kræver det.

H.C. Østerby: Der skal helst ske *bevidst* opgaveflytning i stedet for opgaveglidning uden medfølgende økonomi. Her er der behov for at bruge borgmestrene ved problemstillinger, hvor kommunerne er enige, og det skal klargøres, hvilke opgaver, der ligger kommunalt.

H.C. Østerby understreger behovet for ”løse” penge til at lave eksperimenter. Man bør fokusere på, at god sundhedspolitik er god arbejdsmarkedspolitik

Vi har en rolle ift. at italesætte effekter af prioriteringer på sundhedsområdet og vise den positive side af sundhedsdagsordenen ift. at løse sager på andre områder. Vi skal gøre opmærksom alle steder, hvor mange opgaver som kommunerne allerede løfter i dag.

Anvendelse af *evidens* har der ikke været tradition for i kommunerne, men det bliver fremtiden, hvis der skal trækkes midler til sundhedsområdet. Der er imidlertid brug for mere evidens; men ikke mere dokumentationsarbejde!



Oplæg v/Anders Broholm og opsamling på dagen

Status på Midtvejskonferencen i juni 2016:

Det var et fint arrangement, og det var godt at diskutere de emner, som fylder nu (bl.a. sammenhængende patientforløb, indlæggelsesmønstre og børn og unge). De efterfølgende møder i forankringsgrupperne gik godt, og der bliver fulgt op på disse drøftelser i regi af Sundhedskoordinationsudvalget.

Status på sundhedsaftalen:

- Det går godt med implementering af sundhedsaftalen, mange projekter er igangsat og flere er afsluttede
- Der er fokus på, at det skal være realistiske mål, vi stiller op som succeskriterier
- Der er arbejdet med opgaveflytning (den formelle version)
- Forebyggelsesarbejdet har været i fokus
- Ulighed i sundhed er et tilbagevendende fokusområde for SKU

SKU har overordnet især prioriteret projekter inden for følgende emner:

- Social ulighed
- Psykiske sygdomme
- Del velkoordinerede arbejde

Børn/unge området er også blevet opgraderet med denne sundhedsaftale. Det er dejligt, da vi kommunalt har været enige om denne dagsorden.

Der er desuden arbejdet med fælles organisationsformer, f.eks. TUE. Der er nu kommet finansiering hjem til et lignende projekt.

I den nærmeste fremtid er der behov for yderligere opmærksomhed på:

- Vedr. revidering af sundhedsaftalen- sikre at de 8 nationale mål bliver dækket ind
- Temamøde om borger/brugerinddragelse (foråret 2017)

Fra salen blev der spurgt til, om arbejdet med de kommunale sundhedspolitikker eventuelt kan koordineres fælles? Frederikshavn er f.eks. i gang med ny sundhedspolitik pt, men kan vi lave fælles rammer for dette arbejde? Kunne det evt. være en mulighed at knytte de kommunale sundhedspolitikker op på arbejdet med næste generations sundhedsaftaler?

Det blev foreslået, at Sundhedspolitisk Dialogforum i 2017 arbejder med en politisk hensigtserklæring/vidensoverlevering i form af et politisk rammepapir. Det var der bred opbakning til og ideen bliver drøftet på næstkommende møde. Materialet skal fungere som et kommunalt indspark til arbejdet med den nye sundhedsaftale.

Det blev desuden besluttet at invitere de lokale medlemmer af KL's Sundhedsudvalg til møder i Sundhedspolitisk Dialogforum fremadrettet, og det blev foreslået, at de f.eks. kunne starte møderne med 15 minutters oplæg hver.

Vedr. evaluering af dagens program:

- Anders Broholm spurgte til, hvorvidt vi skal forsøge at arbejde med mere politiske indlæg igen? God ide med signaler over til Christiansborg, samt for at sikre at vores egne nordjyske folketingsmedlemmer også er opmærksomme på virkeligheden på sundhedsområdet i Nordjylland. Det hjælper at vi tager dialog med medlemmer fra Christiansborg.
- Der var enighed om, at det var et godt program, som måske var en smule tidspresset. Der var ønske om lidt mere tid til de fælles drøftelser.

Tak for denne gang!

