



Understøttende papir til forberedelse af de politiske møder om sundhedsaftalen

1. BAGGRUND

Som led i udarbejdelsen af den syddanske sundhedsaftale for 2015 – 2018 afholdes der politiske møder, hvor Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) mødes med medlemmer af politiske udvalg, som varetager sundhedsområdet i kommuner og region. På de i alt 23 møder (22 kommunale og et regionalt) drøftes sundhedsaftalens politiske dele (vision, generel indledning, politiske mål og udviklingsaftale).

Hvor der i forbindelse med udarbejdelsen af den forrige sundhedsaftale var tale om bilaterale drøftelser mellem regionen og den enkelte kommune, er det denne gang SKU, der mødes med de 23 parter, som i sidste ende skal nå til enighed om én sundhedsaftale for hele regionen.

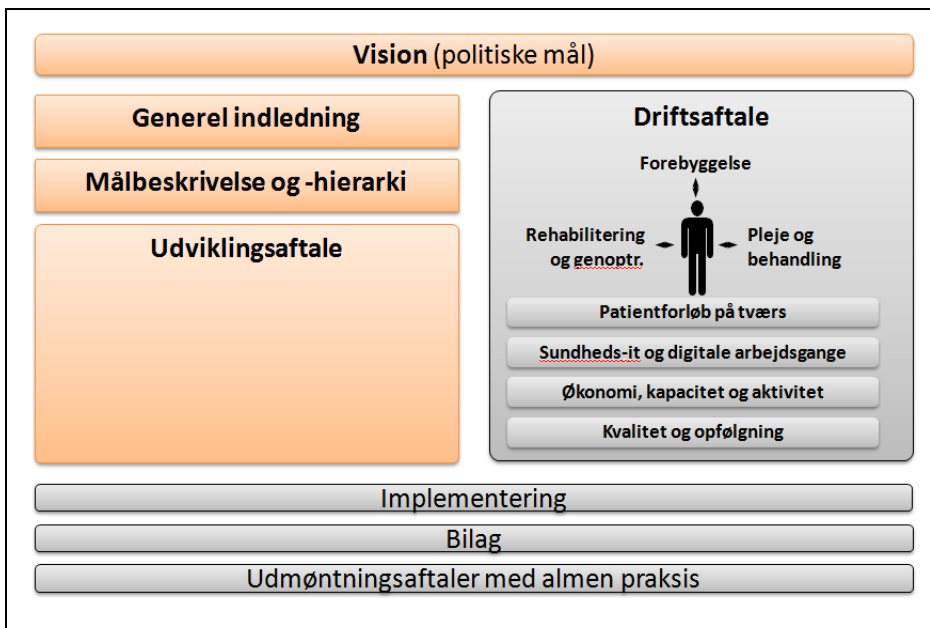
Mødernes dagsordener består af følgende punkter¹:

- 1) Velkomst og præsentation
- 2) Fælles Fremtidsbillede
- 3) Den politiske vision
- 4) Udviklingsaftalen
- 5) Samarbejdsinitiativer på baggrund af økonomiaftalerne

OPRETTET: 20-03-2014 15:14

REF.:
BM0BLAN
BLAN@VEJENKOM.DK

¹ Se http://faelleskommunalsundhed.dk/fileadmin/FKS/Sundhedsaftale_2015-2018/Politiske_moeder/Dagsorden_for_politiske_dialogmoeder.pdf



Sundhedsaftalens politiske kapitler (markeret med orange) er omdrejningspunktet for de politiske møder.

På Det administrative Kontaktforums møde den 14. marts 2014 blev det besluttet, at deltagerne på de politiske møder kan fremkomme med forslag til politiske mål og udviklingsaftaler på baggrund af resultaterne i det fælles fremtidsbillede og Region Syddanmarks Sundhedsprofil 2013. De politiske møder har hermed fået en større betydning for udarbejdelsen af sundhedsaftalen.

Formål

Dette papir har til formål at sikre fælles afsæt og understøtte, at de kommunale administrationer i samarbejde med kommunens sundhedspolitikere kan opstille forslag til politiske mål og konkrete udviklingsaftaler:

- På baggrund af konklusionerne i det fælles fremtidsbillede og Region Syddanmarks Sundhedsprofil 2013.
- Ud fra et fælleskommunalt fokus og afsæt i Sundhedsstrategisk Forums strategiske prioriteringer.

Målgruppen for papiret er således de embedsmænd i kommunernes sundhedsadministrationer, som skal forberede det politiske møde med Sundhedskoordinationsudvalget.

I det følgende redegøres for centrale konklusioner i det fælles fremtidsbillede og Region Syddanmarks Sundhedsprofil 2013 og kommunernes strategiske prioriteringer for sundhedsaftalen 2015-2018.

På det grundlag opstilles centrale overvejelser om politiske mål og udviklingsaftaler.

Endelig beskrives den løbende fælleskommunale koordinering i forbindelse med de politiske møder, som sekretariatet faciliterer.

Kommunernes bemærkninger til de indledende kapitler

Som opfølgning på førstebehandlingen af sundhedsaftalen har kommunerne haft mulighed for at indsende bemærkninger til sundhedsaftalen. De af bemærkningerne, som vedrører de tre første kapitler (sundhedsaftalens politiske del), fremgår af bilag 1.

Hjemmeside

Notatet refererer løbende til en række baggrundspapirer. Papirerne er samlet på denne adresse:

<http://faelleskommunalsundhed.dk/sundhedsaftalemoeder>.

2. DET FÆLLES FREMTIDSBILLEDE OG SUNDHEDSPROFILEREN 2013

Det fælles fremtidsbillede

Det fælles fremtidsbillede² er en analyse af særlige syddanske kendetegn, muligheder og udfordringer på sundhedsområdet nu og i de kommende år, som hensigtsmæssigt håndteres i sundhedsaftalen.

Analysen er blevet til på fælleskommunal foranledning og udarbejdet i tværsektorielt regi. For kommunerne har det været centralt, at når der skal indgås én samlet syddansk sundhedsaftale skal det ske på grundlag en analyse af de særlige syddanske sundhedspolitiske udfordringer.

Det fælles fremtidsbillede opidser følgende 10 syddanske udfordringer på sundhedsområdet i uprioriteret rækkefølge:

² Det fælles fremtidsbillede er i sin helhed tilgængelig på følgende adresse:
http://faelleskommunalsundhed.dk/fileadmin/FKS/Sundhedsaftale_2015-2018/Politiske_moeder/Faelles_fremtidsbillede_-_marts_2014.pdf

- Den syddanske befolkning **ryger mere** end landsgennemsnittet og **spiser mere usundt** end resten af befolkningen. Og Syddanmark skiller sig negativt ud på flere felter med betydning for **den mentale sundhed** og **relationelle forhold**.
- Der er **ulighed i sundhed**. De usunde vaner er ulige fordelt – både kommunerne imellem og i kommunerne i forhold til borgernes uddannelsesbaggrund.
- **Middellevetiden er lavere** for begge køn end for øvrige regioner.
- Der er en særlig udfordring i forhold til **patienter med kroniske lidelser**, herunder at 25 % af borgerne med kronisk sygdom har **flere end én kronisk sygdom**.
- Der er relativt mange syddanske borgere med en **erhvervsuddannelse som den højest fuldførte uddannelse**.
- Der er en **stagnerende befolkningstilvækst** og en lille nettotilflytning. Regionen har tilflytninger til Odense og Vejle kommuner, mens der er fraflytninger i den sydlige del af regionen, som opvejer disse tilflytninger.
- Der er forskelle set på kommuneniveau i forhold til **kapacitetsdækning for såvel almen praksis som fysioterapi** for henholdsvis Odense i forhold til Fanø og Faaborg-Midtfyn i forhold til Langeland.
- Antallet af **uhensigtsmæssige genindlæggelser** udgør en særskilt problematik for regionen, ligesom det også kan betvivles, om den høje ambulante vækst har været tilstrækkelig målrettet i sammenligning med øvrige regioner.
- Der er behov for fremadrettet at sikre, at **ADHD** bliver et fælles fokusområde for regional og kommunal indsats. Det samme gælder **demensområdet** og **funktionelle lidelser**, hvor et sammenhængende behandlingstilbud efterspørges.
- Der er et behov for i regionen at gøre en **større** forebyggende indsats i forhold til diagnosegrupperne **KOL, diabetes og slidskader**, som kan være anlagt forskelligt mellem kommunerne.

Det fælles fremtidsbillede er blandt andet udarbejdet på baggrund af Sundhedsprofil 2010. Dokumentet opdateres med data fra Sundhedsprofil 2013, men det vil sandsynligvis ikke ændre ved de ovenstående konklusioner.

Region Syddanmarks sundhedsprofil 2013

Sundhedsprofil 2013 kan derimod underbygge og supplere konklusionerne.

Når man sammenligner Region Syddanmark med de øvrige regioner³ kan følgende resultater fremhæves:

- Andelen med fremragende, vældigt godt eller godt selv vurderet helbred er lavere i Syddanmark end de øvrige regioner (83,5% mod 85,2% på landsplan).
- Andelen med dårligt mentalt helbred er højere end landsgennemsnittet (11,1 % mod 10,7%) og kun overgået af Region Hovedstaden.
- Andelen med højt stressniveau er højere i Syddanmark end de øvrige regioner (23,8% mod 21,3% på landsplan). Andelen, der har været generet af nedtrykthed de seneste 14 dage er tilsvarende højest i Syddanmark (6,6% mod 5,9% på landsplan) ligesom andelen, der ofte er uønsket alene (6,2% mod 5,7% på landsplan).
- Andelen med langvarig sygdom er højere end landsgennemsnittet (35,4% mod 34,9%) men lidt lavere end Region Sjælland og Region Midt.
- Andelen af dagligrygere er højere i Syddanmark end de øvrige regioner (19,2% mod 17% på landsplan).
- Andelen, som overskrider Sundhedsstyrelsens risikogrænser ved alkoholindtagelse, er lavere i Syddanmark end på landsplan.
- Andelen med et usundt kostmønster er højere i Syddanmark end på landsplan (16,9% mod 13,9%) men lavere end i Region Nord.
- Andelen med moderat eller hård fysisk aktivitet i fritiden er lavere i Syddanmark end på landsplan (27,1% mod 29,2%) men højere end i Region Nord og Region Sjælland.

3. KOMMUNERNES STRATEGISKE PRIORITERINGER FOR SUNDHEDSAFTALEN 2015-2018

Sundhedsstrategisk Forum har behandlet de strategiske prioriteringer for sundhedsaftalen på et temamøde i april 2013, og efterfølgende er resultatet heraf formidlet til Det administrative Kontaktforum i oktober 2013.

Kommunerne har sat fem overordnede pejlemærker op for sundhedsaftalen:

³ Se databasen www.danskernessundhed.dk og den nationale sundhedsprofil: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/kommuner/den-nationale-sundhedsprofil.aspx>.

Se en samlet beskrivelse af de væsentligste resultater i den syddanske sundhedsprofil her: http://faelleskommunalsundhed.dk/fileadmin/FKS/Sundhedsaftale_2015-2018/Politiske_moeder/Vaesentlige_resultater_fra_Region_Syddanmarks_sundhedsprofil_2013.pdf

- **En sundhedsaftale med et nyt fælles paradigme:** Rehabilitering skal tænkes ind fra forløbets begyndelse og være et fælles perspektiv for alle parter. Vi vil tage udgangspunkt i borgerens behov. Det betyder, at vi benytter tilfredshedsmålinger og anser borgeren/patienten som ekspert på egen sundhed og tilværelse og udgangspunkt for prioriteringer. Det sætter nye forventninger til sundhedspersonalet.
- **En syddansk sundhedsaftale:** Vi vil tage udgangspunkt i en analyse af de sundhedspolitiske udfordringer i Syddanmark.
- **En sundhedsaftale, der binder sammen:** Udfordringen og ansvaret er fælles. Vi vil indgå politisk forpligtende aftaler og måles på, om vi lykkes med den samlede sundhedsopgave i Syddanmark – ikke alene fællesmængderne og overgangene.
- **En udviklingsorienteret sundhedsaftale:** Vi vil opdele sundhedsaftalen i en udviklings- og en driftsaftale for at sætte en fælles retning.
- **En sundhedsaftale med forpligtende politiske mål:** Vi ønsker en sundhedsaftale med klare succeskriterier, effektmål og løbende opfølgning på, om målet indfries. Det kræver enkle og velvalgte indikatorer.

På den baggrund er det indtil videre lykkedes at:

- indarbejde rehabiliteringstilgangen i sundhedsaftalens vision og indledende afsnit,
- udarbejde det fælles fremtidsbillede som grundlag for prioriteringer i sundhedsaftalen,
- opstille mål i visionen for den samlede sundhedsindsats,
- indarbejde en udviklingsaftale i sundhedsaftalen og
- opstille en række fælles forpligtende mål.

Der er nu et særligt behov for, at den opstillede ramme i udviklingsaftalen udfyldes, så den løfter på sundhedsaftalens vision og kommunernes strategiske prioriteringer (se afsnit 4.3). Endvidere er der et behov for, at de politiske mål gøres forpligtende, og at der i større grad opstilles mål for brugerorienteret effekt og kvalitet (se afsnit 4.1).

I Sundhedsstrategisk Forums strategi prioriteres desuden følgende tre områder:

- **Rehabilitering:** Målet er på baggrund af LEON-princippet at skabe mere sundhed for pengene ved at rehabilitere frem for at behandle. Der skal stilles krav om flere henvisninger til de kommunale patientuddannelses tilbud – særligt når det kan være et alternativ eller supplement til behandlingen. Omvendt skal kommunerne sikre større ensar-

tethed i rehabiliteringen. Der bør iværksættes forsknings- og udviklingsprojekter om "Træning frem for kniv" mv.

- **Et aktivt liv:** Det aktive liv, herunder tilbagevenden til arbejdsmarkedet skal være en fælles prioritet for aftalparterne. Målet er bl.a. kortere sygedagpengeforløb gennem en bedre koordinering mellem parterne. Rehabiliteringsteams'ne (på fleks- og førtidspensionsområdet) bør have regional deltagelse på læge-niveau. Der bør skabes rammer for en kommunal trækningsret på almen praksis (eller tilsvarende ordninger). Rehabiliteringsnotater bør prioriteres som indsatsområde. Kommunerne skal sikre et sundhedsperspektiv i rehabilitering på arbejdsmarkedsområdet og koordinering på tværs af forvaltninger.
- **Økonomi og kapacitet:** Der skal iværksættes analysearbejder vedr. økonomi og kapacitet med deltagelse af alle sektorer. Det skal være forpligtende for alle parter at indgå i det fælles analysearbejde. Der skal udvikles en model for fællesfinansiering. Hensigten er, at udviklingsprojekter, som samlet er ressourceeffektive, ikke bremses af kassekamp og at uhensigtsmæssige incitamenter overvindes.

På den baggrund er det indtil videre lykkedes at opstille en ramme i sundhedsaftalen for henvisning til kommunale patientuddannelsestilbud og for forsknings- og udviklingsamarbejde om træning i stedet for operation (afsnit 5.3.5 og 5.3.6). Arbejdsmarkedsrådets betydning for rehabilitering er ligeledes opprioriteret (afsnit 5.3.3), og det er beskrevet som et fælles mål for parterne, at borgere vender hurtigt tilbage til det bedst tænkelige funktionsniveau i arbejds- og familieliv. Endelig er det gjort forpligtende for alle parter at indgå i fælles analysearbejde vedr. økonomi og kapacitet, og der er opstillet en model for fælles finansiering på baggrund af det kommunale forlæg.

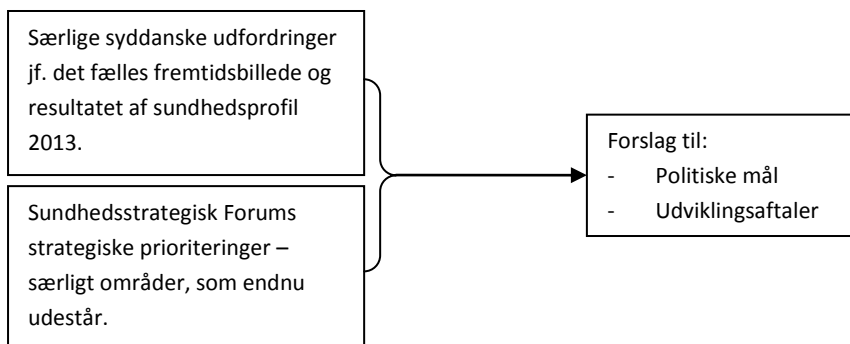
Derimod er forslaget om en kommunal trækningsret på almen praksis ikke indeholdt i sundhedsaftaleudkastet.

Jf. vejledningen for sundhedsaftalen skal der udarbejdes en aftaletekst om delegation. Der er udarbejdet et tekstudkast, som endnu ikke har været førstebehandlet. Den gældende sundhedsaftale indeholder en ramme for opgaveoverdragelse. Her er det vigtigt, at principperne om, at opgaveoverdragelse skal ske aftalt og planlagt, videreføres (se afsnit 4.2).

4. FORBEREDELSE AF DE POLITISKE MØDER

I det følgende gives inspiration til udarbejdelsen af politiske mål og udviklingsaftaler til de politiske møder.

På baggrund af de tidligere afsnit anbefales det overordnet, at følgende model følges:



Der bør være opmærksomhed på, at særligt sundhedsprofilens undersøgelsesområde kan lægge op til indsatser inden for den borgerrettede forebyggelse. Fokus bør generelt være på de tværsektorielle indsatser og samarbejdet i sektorovergange.

4.1 POLITISKE MÅL

Det har løbende været kommunernes dagsorden, at sundhedsaftalen indeholder få velvalgte og målbare politiske mål. Det er vigtigt, at de politiske mål bindes op på konkrete initiativer og mål i udviklingsaftalen og den administrative aftale, som bryder de overordnede mål ned og fører os på vej. Sundhedsaftalen bør overskueliggøre dette i et samlet målhierarki.

De politiske mål, som er opstillet i den politiske vision og konkretiseret og omsat til succeskriterier i afsnit 2.6, er i højere grad struktur- og procesmål frem for resultatmål. Det skyldes blandt andet, at de indikatorer for sundhedsaftalen, som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet mhp. at understøtte målbaserede sundhedsaftaler, generelt har dette perspektiv⁴. Der er behov for at supplere med mål, som i højere grad er effekt- og borgerorienterede.

Tværsektorielle mål for den brugerorienterede kvalitet og effekt indebærer oftest, at der skal udvikles fælles tests eller anden indsamling af data. Et

⁴ Se <http://esundhed.dk/sundhedsaktivitet/sundhedsaftaler/Sider/Sundhedsaftaler.aspx>

blandt flere redskaber kan i den forbindelse være at anvende spørgsmål fra sundhedsprofil 2013 til test af en mindre målgruppe. Herved bliver det muligt at sammenholde en mindre gruppes udvikling med den samlede population. Der bør dog være opmærksomhed på de begrænsninger, der ligger i sundhedsprofilens metode, herunder at sammenligninger over tid er betragtninger af to tværsnitsundersøgelser⁵.

4.1.1 Målhierarki

Sundhedsaftalen indeholder mål og målsætninger på flere niveauer. I følgende tabel er de forskellige niveauer og sammenhænge beskrevet.



Orange markerer den politiske del af sundhedsaftalen jf. modellen på side 2.

Følgende eksempel på operationalisering af mål og målsætninger indgår i det første udkast til sundhedsaftale:

Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt
Vi har en borger-/patientoplevet kvalitet, som er stigende over tid og som ligger over landsgennemsnittet.	Sundhedsaftaleindikatorerne for patientoplevet udviser en stigning over tid og er højere end landsgennemsnittet.	Sundhedsaftaleindikatorerne. Afrapporteres årligt

⁵ Dvs. en undersøgelse, hvor hyppigheden af en række sundhedsrelaterede faktorer måles samtidigt i en tilfældig stikprøve fra en veldefineret gruppe af borgere. Se "Hvordan har du det? – trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2013", side 29-30.

Blandt de indkomne kommunale bemærkninger i bilag 1 indgår overvejelser om nye målsætninger.

4.2 SUNDHEDSAFTALENS GENERELLE INDLEDNING

I sundhedsaftalens generelle indledning vil særligt udeståenderne omkring de tre strategiske områder: Rehabilitering, et aktivt liv og økonomi og kapacitet kunne adresseres politisk.

Principper for et mere forpligtende samarbejde om den rehabiliterende tilgang kan adresseres i afsnit 2.4.

Principper for aftalt og planlagt overdragelse og økonomi om økonomi og kapacitet i forbindelse med opgaveoverdragelse og delegation kan naturligt indgå i afsnit 2.5 om styrket samarbejde ud fra LEON-princippet. I den administrative del af aftalen beskrives videndeling om økonomi og aktivitet og samarbejde om planlægning i afsnit 4.2.

Principper for en stærkere forpligtelse af almen praksis kan indgå i afsnit 2.1. Se i denne forbindelse oplægget *Forlig med PLO og betydningen for praksisplanerne* om sammenhængen mellem praksisplanen og sundhedsaftalen⁶.

4.3 UDVIKLINGSAFTALER, HERUNDER SAMARBEJDSINITIATIVER

Udviklingsaftalen har til formål at omsætte sundhedsaftalens vision ved at lægge et fælles spor og en fælles retning for sundhedsaftalens parter på områder, hvor en fælles, koordineret og aftalebaseret indsats er ønskelig, men hvor det af forskellige årsager ikke er muligt at indgå en forpligtende aftale på et driftsniveau.

Udviklingsaftalerne beskrives med udgangspunkt i faserne:

- Foranalyse
- Pilotafprøvning
- Udbredelse

Nedenfor gives eksempler på udviklingsaftaler, men det er også værd at bemærke, at førsteudkastet til sundhedsaftale indeholder tre udviklingsinitiativer af særlig kommunal interesse.

⁶ Se http://faelleskommunalsundhed.dk/fileadmin/FKS/Sundhedsaftale_2015-2018/Politiske_moeder/PraksisplanudvalgeneOplaeg.pdf

Det drejer sig om:

- Projekt om udvikling af fælles model for den rehabiliterende tilgang (afsnit 2.4)
- Udviklingsprojekt om udvikling af tværsektorielle brugerorienterede kvalitets- og effektmål (afsnit 4.1.1)
- Udvikling af SAM:BO på det psykiatriske område (afsnit 5.2.2)

Samtidig fordrer den videndeling, som aftales i afsnit 4.2 en samlet satsning på data og dokumentation, således at alle sektorer kan levere data på områder af fælles interesse. Målet er at sikre en systematisk, løbende databaseret styringsinformation.

Disse områder kan løftes i udviklingsaftalen og dynamikken om foranalyse-, pilot- og udbredelsesfaser.

De nedenstående eksempler falder inden for to temaer: 1) Forebyggelige og uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser samt 2) kommunikation og samarbejde med borgeren/patienten. Temaerne ligger i forlængelse af den strategiske prioritering om "En sundhedsaftale, der binder sammen". Samtidig udgør antallet af uhensigtsmæssige genindlæggelser, jf. det fælles fremtidsbillede, en særskilt problematik for regionen.

Forebyggelige og uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser

Eksempel 1: Analyse af genindlæggelsesmønstre (foranalyseprojekt)

Der iværksættes et fælles analysearbejde til afdækning af de betydelige regionale forskelle i antallet af genindlæggelser. Analysen skal afdække årsagerne til de høje genindlæggelsesfrekvenser, herunder om de har at gøre med kvaliteten af samarbejde og indsatser, eller om de skyldes registreringsmæssige forhold. Analysen skal sondre mellem forskellige aldersgrupper, sygehusoptageområder, kommuner, betydningen af etableringen af de fælles akutmodtagelser, effekten af forskellige kommunale akutte og subakutte indsatser og almen praksis' rolle.

På baggrund af analysen udarbejdes anbefalinger til indsatser i sektorerne og samarbejdet mellem sektorerne.

Eksempel 2: Fælles medicinkort (udbredelsesprojekt)



Det fælles medicinkort (FMK) skal koordineret tages i brug i alle sektorer. Udbredelsen skal ske i en tværsektoriel proces, hvor erfaringer løbende viderefremmes. Der skal både være fokus på at indfri mulighederne i det fælles medicinkort og på at minimere risici ved at der gennemføres medicinafstemning.

Kommunikation og samarbejde med borgeren/patienten

Eksempel 3: Shared Care platform (pilot og udbredelse)

I aftaleperioden færdiggøres pilottest af Shared Care platformen, og den udbredes til alle relevante parter og til flere patientkategorier. Shared Care platformen er en fælles datadelingsplatform for sygehuse, praksis, kommuner, men borgeren/patienten er også selv aktør og kan tilgå data, udfylde spørgeskemaer mv.

Eksempel 4 Next Step Citizen (pilot og udbredelse)

I aftaleperioden pilottestes og udbredes samarbejdsplatformen Next Step Citizen som OPI-projekt (Offentlig-Privat Innovation), således at der sikres en effektiv digital infrastruktur på tværs af regionen, specielt med henblik på digitalisering af sundhedssektoren og digital kommunikation med borgeren. Samarbejdsplatformen skal bl.a. understøtte deling af data i Shared Care platformen.

5. LØBENDE KOORDINERING OM DE POLITISKE MØDER

De politiske møder afvikles fra primo april til medio juni 2014. I denne periode vedligeholder sekretariatet siden

www.faelleskommunalsundhed.dk/sundhedsaftalemoeder som en fælles koordinerings- og videndelingsside.

Alle kommuner bedes så snart det er muligt indsende følgende oplysninger, som herefter gøres tilgængelige på siden:

- Kontaktperson samt e-mail og telefonnummer
- Dagsorden
- Referat
- Kort beskrivelse af, hvilke forslag der blev fremlagt på mødet, og hvordan de blev modtaget.

Der samles op på resultatet af de politiske dialogmøder inden udarbejdelsen af høringsudkastet til sundhedsaftalen – bl.a. på en politisk konference den 18. juni 2014.

BILAG 1: INDKOMNE BEMÆRKNINGER TIL SUNDHEDSAFTALENS POLITISKE DEL

Som opfølgning på førstebehandlingen af sundhedsaftalen har kommunerne haft mulighed for at indsende bemærkninger til sundhedsaftalen. De af bemærkningerne, som vedrører de tre første kapitler (sundhedsaftalens politiske del), er gengivet nedenfor.

(1) Den politiske vision og politiske mål

Kommunerne har i de indkomne bemærkninger til første udkast til sundhedsaftalen peget på følgende vedr. politiske mål i sundhedsaftalen:

Kommentarer til de eksisterende målsætninger mv.

- Flere af de politiske målsætninger bør præciseres, fx "Vi tager en dialog med patientinddragelsesnævnet om, hvordan det bedst kan bidrage til grundlaget for vores fælles beslutninger." I målsætningen om mindsket forbrug af alkohol og tobak er succeskriteriet i virkeligheden målet.
- Målsætningen om middellevetid for borgere med psykisk sygdom bør også have fokus på, hvad målgruppen lider af – og ikke kun, hvad den dør af.
- Sammenhængen mellem vision, målsætning og konkrete og klare mål bør tydeliggøres. Operationaliseringen bør udbygges.

Kommentarer om nye målsætninger

- Det kan overvejes at formulere effektmål vedr. tobaks- og alkoholforbrug, overvægt og mental sundhed.
- Der bør indarbejdes en målformulering vedr. indsatsen på tværs af beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet. Dette vil evt. kræve forudgående analyse m.h.p. fastlæggelse af målsætning.
- Den politiske ambition om at ligestille og fuldt integrere psykiatrien med de andre elementer i sundhedsaftalen i løbet af aftaleperioden bør indarbejdes som en målsætning.

Andre bemærkninger til Vision for Sundhedsaftalen 2015-2018

- Afsnittet "Udfordringer i de kommende år" bør opdateres på baggrund af konklusionerne i det fælles fremtidsbillede.



- Princippet "Rehabilitering" bør ændres til "Fælles rehabiliterende tilgang". Det bør fremgå, at der tages udgangspunkt i borgerens ønsker og ressourcer.
- Afsnit 1.1: Ordet "skånsomme" bør udgå. Borgerens oplevelse bør tillægges samme vægt som fagligheden.
- Visionen bør tydeliggøre, at Sundhedsaftalen er retningsgivende for det forpligtende samarbejde med almen praksis, idet Sundhedsaftalen forudsættes udmøntet i Praksisplanen og generelle rammeaftaler med gyldighed for de praktiserende læger i regionen.

Den generelle indledning

2.1 – Afsnittet "Sammenhæng med andre politikker og planer"

- Almen praksis forpligtelse til at efterleve sundhedsaftalen bør fremhæves.
- Beskrivelsen af praksisplanen og sammenhængen og hierarkiet mellem sundhedsaftalen og praksisplanen, PLO overenskomstaf-tale, rammeaftaler mv. bør tydeliggøres, således at der ikke i de kommunalt-lægelige udvalg er tvivl om kommunernes og praktiserende lægers forpligtelser.
- Der bør søges formuleret en generel aftale om kommunernes træk-ningsret på almenpraksis i forhold til fx døgnrehabilitering og akutplad-ser m.v.
- Plan og politikker fra fx arbejdsmarkedsområdet bør beskrives i sundhedsaftalen. Der er tale om lovgivninger og planer mv., som har stor indvirkning på hinanden.

2.1.3 – Ikrafttræden, revision og fortolkning

- Teksten "Uafklarede spørgsmål om fortolkning af elementer i sundhedsaftalen, herunder opgaveansvar, afklares i hverdagen på stedet uden opsættende virkning, således at borgeren oplever et sammenhæn-gende forløb." ... bør fjernes, da den kan åbne op for opgaveglidning i hverdagen.

2.2 Lighed i sundhed

- De særlige syddanske udfordringer vedr. lighed i sundhed, som det fælles fremtidsbillede og Sundhedsprofil 2013 peger på, bør beskrives.

2.3 Borger-, patient- og pårørendeinddragelse

- Det bør beskrives, hvordan dialogen med Patientinddragelsesudvalget skal foregå. Det er ikke nødvendigt at afprøve forskellige modeller for



inddragelse og vidensindsamling, inden en tværsektoriel strategi kan formuleres.

2.4 Den rehabiliterende tilgang

- Den professionelle/faglige eksperts faglighed bør uddybes.
- Det anbefales, at alene hvidbogens (og ikke WHO's) definition anvendes. Recovery bør indgå i begrebsafklaringen.
- Den rehabiliterende tilgang bør beskrives samlet ét sted. Afsnittet i den administrative del under genoptræning og rehabilitering om sammenhæng og helhedsperspektiv bør indarbejdes her.
- Den rehabiliterende metode bør ikke proces- men effektvurderes.

2.5 Styrket samarbejde ud fra LEON-princippet og ud fra princippet om behandling og pleje så tæt på borgeren som muligt

- Det forhold, at der som konsekvens af, at sygehusene bliver mere specialiserede, er behov for nære tilbud i kommunerne, som er koordinerede og aftalt, skal ikke formuleres som et spørgsmål om geografisk afstand. Det bør handle om hvor opgaven løses bedst.
- Den nye overenskomst med PLO kan give anledning til at beskrive modeller for udviklingen af det nære sundhedsvæsen.
- Afsnittet bør formuleres, så der ikke åbnes op for ufinansieret opgaveglidning. LEON-princippet bør ledsages af en vurdering af konsekvenserne (kompetencemæssige, organisatorisk og økonomiske) for de respektive sektorer forud for beslutning om flytning af opgaver m.v. Konsekvenser bør beskrive de implikationer/konsekvenser. Generelt bør en business case indgå. Princippet om "pengene følger borgeren", som også beskrevet i KL's Det nære sundhedsvæsen, bør fortsat være et kommunalt pejlemærke.

Udviklingsaftaler

Kommunerne har i de indkomne bemærkninger til første udkast til sundhedsaftalen peget på følgende vedr. udviklingsaftaler:

Kommentarer til aftalens opbygning mv.

- Der bør opstilles politiske mål for de væsentligste spor i udviklingsaftalen. Det bør tydeliggøres, at beslutning om evt. udbredelse forudsætter belysning af alle elementer nævnt under pilotafprøvning, herunder konsekvensvurderinger i forhold til kompetenceudvikling, læring, organisering, økonomi mv. En business case bør ligeledes indgå.

Forslag til udviklingsaftaler

- Projekt om udvikling af samarbejdet omkring behandlingsforløb i borgerens eget hjem, herunder at tage velfærdsteknologi og diverse monitoringsværktøjer i anvendelse med henblik på at understøtte forløbet.
- Projekt med fokus på generering af sammenlignelige data, dokumentation og prognoser samt effektmåling som grundlag for fremadrettede prioritering, kapacitetsplanlægning, målrettede indsatser m.v.
- Projekt om udvikling af "den fælles rehabiliterende tilgang".