

25. JUNI 2014

## Referater fra borddrøftelser – dialogmøde den 24. juni 2014

### Bord 1 (bordformand Mette Riegels)

#### Aktivt samarbejde med borgere

##### Generelt om kapitlet:

- Begrebsafklaringen vedrørende brugerinddragelse og aktiv samarbejdspart drøftes. Der er enighed om at det burde følge den generelle udvikling i begrebsformuleringen.
- Brugerinddragelsen er et felt præget af metodeproblemstillinger, hvilket gør det egnet som udviklingsområde, som giver mulighed for at eksperimentere med metoderne og indhente ny viden.
- Der bliver stillet følgende spørgsmål. Ved vi hvordan borgerne ønsker at blive inddraget?

##### Vedr. samarbejde på organisatorisk niveau:

- For at inddrage borgere kræver det fleksible løsninger, således man kan opfylde borgernes behov og sikre inddragelsen.
- Velfærdsteknologi er et område der kan understøtte handlekompetencen og brugerinddragelse. Man kan passende lade sig inspirere fra psykiatriområdet hvor der bruges en app ("Min vej").

#### Tværgående indsatsområder

##### Generelt om kapitlet:

- Det er ærgerligt at regionen ikke vil forpligte sig mere i forhold til IT og udveksling af informationer. Kunne man tilføje at man vil arbejde på at styrke IT-integration af data.
- Det er vanskeligt at forholde sig til teksten, da fokus skifter mellem flere niveauer. Fra et meget overordnet strategisk perspektiv, til det mere konkrete. Det er en balancegang mellem at være meget konkret, til at give plads til udvikling. En ide vil være at beskrive hvilke niveauer man henvender sig til (Strategisk, taktisk eller praktisk niveau)
- Det fremgår ikke hvilke samarbejdsformer der skal til for at løse opgaven. Hvordan vil man udvikle samarbejdsformerne, så opgaverne kan løses.
- Meget af det beskrevne afhænger af den fremtidige organisation. (samordningsudvalg mm., og hvilken organisation skal underbygge psykiatriområdet?)

- Udfordring med psykiatriområdet og binde det sammen mellem DAS og samordningsudvalg.
- Børneområdet bør være mere central. Sundhedsplejen er udfordret. Også på det somatiske område. Der foregår meget opgaveglidning, som med fordel kunne løftes ind i sundhedsaftalen.

#### Vedr. forløbsprogrammer:

- Man bør få implementeret hele puljen på en gang, så opbakning til fuld implementering. Men hvordan får vi borgere ind i tilbuddet?
- Bør det ligge under afsnittet for kroniske sygdomme?
- Ekstra fokus og særlige tilbud, stiller krav til ressourcer.
- I forhold til at inddrage psykiatri, skal kommunerne involvere sig i arbejdsgrupperne.

## **Bord 2 (bordformand Mette Bierbaum)**

### **Behandling og pleje**

- Det bifaldes, at der sættes et afsnit ind omkring epikriser, hvilket ses som nødvendigt.
- Herunder ønskes indskrevet:
  - En formulering omkring krav til hvornår epikrisen skal foreligge ved udskrivelse
  - Hvornår udskrivning varsles (som tidligere)
  - Hvornår må der opkræves ventedagsbetaling – herunder krav om at dette først kan foregå når epikrisen foreligger hos kommunen.
  - Argumentet for ovenstående er bl.a., at dette er en væsentlig forudsætning i forhold til at undgå u hensigtsmæssig genindlæggelser.
- Drøftelse omkring afsnit om Tidlig opsporing (s. 42)
  - Her er indsatsen implementering af evidensbaserede redskaber
  - Dette skal erstattes eller udbygges med
    - i) Fokus på Fælles kompetenceudvikling af sygeplejerske/ sundhedspersonalet el. personale (fagområdet skal ikke specifikt defineres) – specielt på akutområdet.
    - ii) Ønske om at indskrive, at der skal ske en generelle **opkvalificering af akutområdet**, som understøttelse af sætningen omkring.
    - iii) Kan evt. indskrives i den 1 årige implementeringsplan (*Med reference til erfaring fra region Midt, hvor hospitalet har uddannet sygepl.fra kommunerne*)
  - Kompetenceudvikling skal være tværsektoriel og i samarbejde med eksempelvis de praktiserende læger. Derfor kunne afsnittet udvides med en beskrivelse af samarbejdet med de praktiserende læger som en løftestang ind i praksisplanen. *I Sundhedsstyrelsens anbefaling er kompetenceudviklingen udfoldet, hvilket kan være en støtte.*
- Drøftelse af afsnittet genindlæggelse af nyfødte og arbejdsdeling omkring fødslen s. 42:
  - Drøftelse af, hvorvidt opgaven skal udfoldes ud over analyseopgaven.
    - i) Fokus på at udfordringen ikke alene er genindlæggelser men i lige så høj grad indlæggelser.
    - ii) Evt. ønske om højere ambitionsniveau ud over analysen.

## Nye og bedre samarbejdsformer

Omkring samarbejdsformer:

- Her kan tilføjes at der i højere grad samarbejdes omkring områder med høj specialiseringsgrad og lav volumen (med hjerneskade som eksempel – skal ikke nævnes)
- Akutfunktionen, der flyttes ind i dette afsnit, kan også nævnes her i forhold til samarbejdsformer omkring dette område, der er lavt spec. Men høj volumen. Efterspørgsel omkring udegående funktioner på somatiske funktioner fra hospitalet. Med fokus på, at ansvaret for udredningen ligger på hospitalet.
- MEN – Formuleringen skal samtidig løftes op, således, at der ikke kun peges på de to konkrete projekter, men også er en general formulering i forhold til at afprøve andre modeller og andre projekter. Aftalen vil understøtte udviklingen af projekter og afprøvning af modeller – Således at formuleringen åbnes mere op.

*Lidt ord omkring drøftelsen af akutfunktion:*

*Herunder var drøftelsen omkring § 2 aftalerne med lægerne i forhold til hvor det lægelige ansvar ligger/ flyttes hen. Kommunerne har ikke behandlingsforpligtelsen i dag, omvendt laves der i nogle kommuner § 2 aftaler...*

*Behov for tilsyn af læge i forhold til hjemmeboende borger, der kan have behov for at blive tilset udenfor den praktiserende læges åbningstid.*

*Hvordan klares processen og dialogen tværsektorielt inden emnerne vælges ud – og hvordan skal de udvalgte projekter forankres?*

*(her kan kigges mod Norge, der har erfaring).*

- Derfor kan man i aftalen indskrives, at de skal ske en udvælgelse af projekter, inden der skrives nogle konkrete projekter, som akutfunktionen.

## Bord 3 (bordformand Torben Laurén)

### Tværgående indsatsområder

#### Generelt om afsnittet

- Ingen behov for at foreslå principielle ændringer i udkastet.
- Det blev bemærket, at der er en tendens til bløde formuleringer, der fremstår mindre forpligtende.
- Der var ønske om konkrete indikatorer og større klarhed over, hvad parterne forpligter sig på i forhold til opsatte mål.
- Det blev drøftet, om aftalen er så klar i teksten, at det bliver tydeligt, om vi har rykket os om fire år? Det er ønskeligt at aftalen skal kunne det.
- Så få indikatorer så muligt er ønskeligt. De skal kunne efterleves.
- Der var bekymring for om aftalen er for stor og diffus.

- Strukturen for opfølgning er vigtigt? Både så der kan laves evaluering pr. kommune og fælles i kommunerne.
- Sundhedsaftalen er godt udgangspunkt for at "tvinge" kommunerne til at skabe fælles mandat.

#### Vedr. forløbsprogrammer

- Det opleves som at psykiatrien er mindre tydelig i aftalen. Kan psykiatrien skrives tydeligere.
- Det er positivt at psykiatrien ikke er særskilt skrevet i udkastet.
- Skal det fremhæves, at psykisk sygdom også er en kronisk sygdom for en gruppe af patienter jf. kommende forløbsprogram.

#### Vedr. opgaveoverdragelse

- Overdragelse af Peritonealdialyse til kommunerne blev drøftet. Formen hvor der udvikles et paradigme, som kan benyttes i forbindelse med opgaveoverdragelse, og som kan benyttes eller ej, virker fornuftig.
- Opgaveoverdragelse i forhold til ændring af akut modtagelse. Kommunerne skal være klar til at kunne tage over. Det er vigtigt med tidlig inddragelse.
- Der er opbakning til forslag om en udgående hospitalsfunktion i forbindelse med opgaveoverdragelse for at sikre patientsikkerhed/rådgivningsforpligtigelse.
- I forbindelse med opgaveoverdragelse er det vigtigt at være opmærksom på dynamik, og at der er forskellige løsninger afhæng af situationen. Nogle gange kan oprettelse af delt videnscenter være en mulighed.
- Det er vigtigt at huske volumen - jf. kommuner af forskellige størrelser og kapacitet til at overtage opgave.

### **Lighed i sundhed**

#### Generelt vedr. kapitlet

- Ingen behov for at foreslå principielle ændringer i udkastet.
- Det er vigtigt at overveje ord og definere korrekt jf. at ordene skal også bruges hverdagen.
- Positiv med skift fra tidlig "inddragelse" til i stedet aktiv samarbejdsparter. Det er positivt set i lyset af psykiatrien, da det er i tråd med recovery tanken.

#### Vedr. multisygdom og differentierede indsatser

- Det er vigtigt ikke at have berøringsangst for at tale om målgrupper i forhold til lighed i sundhed.
- Borgere med psykiske lidelser kan også betragtes som en målgruppe.
- Det er vigtigt at være tydelig omkring, at der er sårbarhed inden for mange målgrupper. Sårbare er ikke nødvendigvis sin egen gruppe.
- Målgrupperne: Børn, psykiatri og multisygdomme er vigtige.
- Hvornår starter rehabiliteringsstakegangen.
- Betingelse for at kunne benytte tilbud er, at de er til stede fx speciallæger. Der kan være strukturelle årsag til ulighed. Derfor bør tilgængelighed være et vigtigt tema i ny praksisplan.

## Bord 4 (bordformand Mette Mortensen)

### Forebyggelse

- Strukturel forebyggelse udgår af afsnittet, men vigtigt at det stadig bliver tænkt ind i de videre drøftelser og arbejdet med aftalen. Strukturel forebyggelse kan evt. også indgå som en del af afsnittet om regionens rådgivningsforpligtigelse.
- I forhold til de to dotter øverst på side 34 bør det udfoldes yderligere, at forebyggelse skal ske via et samarbejde mellem kommune, region og almen praksis. Desuden vigtigt at understrege, at regionen også har en forpligtigelse i forhold til deres henvisningsprocedurer og spiller en central rolle i forhold til henvisninger. Det gælder også i forhold til regionens brug af sundhed.dk
- Oplagt at lave links mellem afsnittet "Gravide og nyfødte" på side 35 og afsnittet om lighed i sundhed.

### Borgeren som aktiv samarbejdspart

- Afsnittet trænger generelt til en opstramning og gennemskrivning. Terminologien er ikke stringent nok. Færre begreber i spil og klarere brug af begreberne.
- Uklart, hvad der menes med dotten øverst side 9. Alternativt kunne der stå, at man i de konkrete tilfælde, hvor borgeren inddrages, vil erfaringsopsamle hvor, det giver mening for borgeren at blive inddraget, således at man får identificeret, hvor der eksisterer et reelt potentiale for inddragelse.
- Vigtigt med opmærksomhed på svage grupper, når man taler borgerinddragelse. Stærke grupper bliver ofte inddraget af sig selv, men hvordan sikres inddragelse af svage grupper. Også vigtigt, hvis afsnittet skal spille sammen med afsnit om lighed i sundhed.

## Bord 5 (bordformand Niels Peter Møller)

### Genoptræning

Før operationsfasen: Voldsom stigning i "førtræningen" inden operationen. GLAD er et nyt koncept, som handler om man træner i stedet for "kniv"/operation. Der er tvivl om evidensen af en "glad-indsats" især inden for ortopædkirurgien. Regionen har i dag intet økonomisk incitament for at prioritere "førtræningen" i dag. Udfordringen ved "førtræningen" er, at vi ikke helt hvad vi styrer hen imod. Presset om førtræningen kommer også for almen praksis som har hørt, at det skulle være godt.

REF01/GENOPTRÆNINGSPLAN. Det skaber stor forvirring at flere patienter skal have "både og". Den nye stratificering løser ikke dette problem.. Problemstillingen er et nationalt dagsorden, som skal rejses i MedCom-regi.

Genoptræningsforløbsbeskrivelse: vi skal følge de evidensbaserede genoptræningsbeskrivelser.

Enighed om at afsnittet om vederlagsfri fysioterapi skal helt udgå!

### **Nyere og bedre samarbejdsformer**

Intensionen med afsnittet er godt og relevant (især sundhedshuse og akutdelen) – dels da vi har udviklet hver vores "vej" uden fælles kommunal og regional styring, - og der sætter afsnittet retning. Også godt at praksissektoren er nævnt.

Sundhedshuse er blot en betegnelse, men det siger ikke noget om ansvarsfordeling og hvem, der leverer hvilke ydelser. I region Nord er de første trin på vej som led i et mere forpligtende samarbejde mellem regionen og kommunen fx omkring lægedækning. Vi er derved ved at nå den fase, hvor vi skal blive konkrete om ansvarsfordeling/økonomi mv. omkring akutfunktionen med forankring i KLU.

Det er først i implementeringsdelen, at vi kan gå videre i konkretiseringsniveauet.

Bemærkninger på akutområdet: Hvem har det lægelige ansvar mellem sygehuse og de praktiserende læger? Dette bør præciseres i praksisplanen.

Kan vi "stjæle", lidt mere fra de øvrige regioners erfaringer med modeller omkring nye samarbejdsformer, fx akutområdet?

## **Bord 6 (bordformand Louise Høgg)**

### **Forebyggelse**

- Strukturen er ikke altid logisk og der forekommer mange gentagelser og målgrupperne optræder mange steder. Børn, unge, misbrugere.
- Hænger det for meget sammen med ulighed i sundhed til at have sit eget afsnit? Der er behov for en klarere adskillelse, som måske kommer med en gennemskrivning af Lighed i Sundhed som beskrevet på mødet (at det bliver en overordnet paraply)
- Der kan være større bredde ift. risikofaktorer, som kan inddrages i arbejdet. Nu er der kun nævnt alkohol og tobak, men kunne fx være muskelmasse eller andet præoperativt.
- Sundhedsprofilen har stor og afgørende betydning ift. indsatser der vælges fx forebyggelsespakkerne skal nævnes indledningsvist.
- Opmærksomhed til henvisning i kommunale tilbud
- Sunde rammer, det er meget interessant, men det høre ikke hjemme her. Er potentielt udgiftsdrivende.
- Vandrejournaler for gravide, det skal knyttes til det lange forløb for børn, fra før fødsel
- Fødselsdepressioner, skal det evt med igen.

## Lighed i sundhed

- LIGE ADGANG TIL SUNDHEDSVÆSEN, det er ikke nævnt.
- Ujævn fordeling af specialer og speciallæger i regionen, det kræver en særlig indsats
- Det er behov for en sammentænkning af afsnittet om lighed i sundhed og forebyggelse. Der er for mange overlap og gentagelser som det fremstår
- I lighed i sundhed er det af betydning at tilbud skal gives mere klart og fokuseret til bestemt sårbare grupper. Det er ikke helt tydeligt nok at det er det der er intentionen.
- Det er korrekt at have et særligt fokus på psykisk syge, men bliver det muligvis fremhævet for meget (der var ikke enighed om bordet på denne)
- tidlig opsporing og forebyggelse er afgørende elementer i arbejdet med lighed i sundhed, ligesom det kræver en tydelige prioritering af ressourcer både politisk og administrativt.
- Det står ikke klart hvilke grupper der ses på – handler om både om ”graderet” social ulighed og særligt udsatte grupper. Og om andet og mere end psykiatri
- Uklart hvilke indikatorer der kommer i spil – fokus på målbarhed.
- Hvordan defineres gruppen og kræver det noget særligt screening. Hvad findes der på området og er der ikke et udviklingsarbejde her.
- Det blev fremhævet at der i praksis opleves til kompetencegab blandt frontpersonalet ift. opsporing. Eksemplet er sygeplejersker der jo ikke har fx socialrådgiveres kompetence og viden på området. De har brug for støtte værktøj.

## Bord 7 (bordformand Jens Egsgaard)

### Behandling og pleje

Generelt er aftalen meget overordnet. Hermed bliver det ekstra vigtigt at se på mål og indikatorer. Endvidere bliver implementeringsplanen meget vigtig ift. at skabe gennemskuelighed i aftalekomplekset. Det kan, fordi aftalen er så generel, være svært at gennemskue, hvad indsatserne reelt kommer til at betyde.

Borgerne er svære at se i det meste af aftalen. Ikke så borgerfokuseret, som man havde forestillet sig.

Indikatorer er vigtige. De fire indikatorer fra økonomiaftalen blev vendt. Især opmærksomhed på, hvad vi i aftalen gør for at reducere genindlæggelser. Det er langt fra alle borgere, som bliver genindlagt, som kommunerne kender. Her er det centralt at overveje, hvad vi gør med disse borgere for at undgå genindlæggelse. Enighed ved bordet om, at man bør være forsigtig med at sætte procentsatser på. Dog kan man lidt bedre gøre det ift. færdigbehandlede (”ventedage”), hvor kommunerne selv har større mulighed for at påvirke udviklingen. Der er dog også en problemstilling ift., hvis færdigbehandlede borgere stadig kræver en meget massiv indsats.

Drøftelse af, at borgerne skal behandles med samme høje kvalitet uanset hvor i sundhedsvæsenet de befinder sig (formulering fra den politiske del af aftalen): Det er behov for at tydeliggøre, hvad der menes hermed. Det er uheldigt, hvis der menes, at kommunerne skal levere samme kvalitet og have samme kompetencer som hospitalerne. Man nåede ved bordet frem til, at der er forskellige behov for kvalitet i forskellige sektorer. Når vi taler større ensartethed mellem kommuner, så skal

man være opmærksom på, at dette udfordrer selvstyret og at der er stor forskel mellem kommunerne.

Almen praksis's medspil ses som et vigtigt element ift. kommunale akutpladser. Det står fint i dot på s. 42 nederst, men fokus på forpligtelsen af almen praksis kan godt styrkes yderligere.

### **Aktivt samarbejde med borgere**

Generel opbakning til kapitlet. Godt med styrket fokus på samarbejdet med borgere. Konkrete ønsker til elementer, som kan fremhæves i aftalen:

Ønske om større fokus på evaluering hele vejen gennem et borgerforløb – før, under, efter fælles indsatser. Vigtigt at det ikke kun er foreningerne, som er samarbejdspart og inddrages i evalueringerne. Også vigtigt med den enkelte borgers perspektiv (altså borgere, som ikke er organiseret).

Efterlysning af større kreativitet på området – bl.a. i forbindelse med fælles metodeudvikling. Kunne godt tydeliggøres i kapitlet, at hvis vi virkelig vil noget på dette område, så skal vi gøre noget andet end vi plejer. Drøftelsen havde især fokus på at nå kronikere og ”de ulige” borgere. Kreativitet på området for aktivt samarbejde med borgere kunne fx indskrives i afsnittet om nye samarbejdsformer – eller nye samarbejdsformer kunne nævnes i afsnittet om borgere.

Enighed om, at alle parter evne til involvering og kommunikation med borgere kunne styres. Især også vigtigt at få forpligtet hospitalerne til at samarbejde med borgere – oplevelse af, at fokus især kunne styrkes her.

Inddragelse vs. samarbejdspart: Spørgsmålet om begreber blev drøftet ved bordet. Forskellige holdninger. Fordelen ved inddragelse er, at det er et kendt begreb. Fordelen ved samarbejdspart er, at det signalerer mere ligestilling og at samarbejdet ikke kun sker på systemets præmisser.