

Møde mellem Sundhedskoordinationsudvalget, formænd og næstformænd fra rådgivende udvalg samt kommunale formænd og næstformænd fra sundheds- og socialudvalg.

Dato: 28. april 2010

Deltagere: Se medsendte deltagerliste

Referat:

Dato 11-05-2010

Peter Lindholm Astrup

Tel. +45 8728 4671

Peter.Astrup@stab.rm.dk

1-30-72-121-09

Formand for Sundhedskoordinationsudvalget Anders Kühnau præsenterede udkastet til den generelle aftale samt formålet med drøftelserne på mødet. Herunder blev nævnt:

Side 1

- De første 30 sider udgør den politiske aftale, mens bilagsdelen beskriver administrative procedurer og organisation for at opfylde kravene i bekendtgørelsen
- Udkastet er sendt i høring 13. april 2010
- Høringsfrist den 26. maj 2010 kl. 12.00
- Høringssvar indsendes til: RS-samarbejde@rm.dk

Nedenstående er en gengivelse af synspunkter formidlet på mødet. De er ikke nødvendigvis udtryk for en enighed mellem mødets deltagere eller anbefalinger der indarbejdes i den endelige generelle sundhedsaftale.

Drøftelse af og bemærkninger til udkast til den generelle sundhedsaftale

Formand Anders Kühnau og næstformand Hans Jørgen Hørning – begge Sundhedskoordinationsudvalget - præsenterede de enkelte delområder - herunder de politiske målsætninger samt mission, vision og værdier.

Kommentarer:

Der var ingen kommentarer til mission, vision og værdier

Indlæggelse og udskrivelse

- Indlæggelse:

- For at uhensigtsmæssige indlæggelser skal kunne undgås, bør praktiserende læger blive bedre til at benytte sig af de kommunale tilbud. Mange ældre medicinske patienter bliver indlagt på umage tidspunkter. Det kan være svært for praktiserende læger, at komme i kontakt med kommunen på disse tidspunkter. Dette kan føre til indlæggelser, der i den konkrete situation er nødvendige.
- Anvendelse/etablering af tryghedshoteller er et oplagt initiativ for at undgå genindlæggelser.
- Såvel region som kommuner har en interesse i at undgå uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser.
- Visse uhensigtsmæssige genindlæggelser kan reduceres, hvis kommunerne får adgang til at konsultere geriatriske speciallæger. Kontakten kunne evt. ske mellem specialuddannede kommunale sygeplejersker og speciallægerne. Uddannelse kunne ske i et samarbejde mellem geriatrisk afdelinger og kommuner i klyngen.
- Det blev foreslået, at gøre brug af § 239, som det sker i Region Nordjylland. Region Midtjylland har – som det gælder for alle andre regioner i landet - ikke intentioner om gøre brug af/udvide anvendelsen af paragraffen. Region Midtjylland er ved at undersøge, hvilke aftaler Region Nordjylland helt præcist har med Aalborg kommune.
- Der blev peget på oplevelser af vanskeligheder ved indlæggelse af psykiatriske patienter
- Udskrivelse
 - Den velinformede patient: Man skal ikke love noget på andres vegne. Derfor skal begge sektorer være helt klar over hvilket tilbud patient/borger kan forvente at få i modtagersektoren.

Træning

- Hvad er årsagen til at vi i Region Midtjylland skal stile efter at ligge på landsgennemsnittet? Det er ikke ambitiøst og det er ikke baseret på en reel sundhedsfaglig vurdering.
- Hvad er "landsgennemsnittet"? Taler vi kroner/øre, aktivitetsniveau eller fordeling af specialiseret/almindelig? Dette skal gøres klarere
- Genoptræningsplaner skal udfyldes ordentligt – udvikling af "den gode genoptræningsplan"
- Hvad er koblingen mellem rehabilitering af kræftpatienter og Genoptræningsplanen?
- Genoptræningsplanen skal ligge klar og være kommunen i hænde, når patienten kommer hjem.

Psykiatri

- Børn/unge
 - Det er et problem for psykiatrien, at 30% af henvisningerne til børne-/unge psykiatrien afvises fordi henvisningerne ikke er udarbejdet ordentligt eller den nødvendige udredning ikke er udført
 - Kommunerne har behov for, at psykiatrien kan diagnosticere børn/unge hurtigere, så behandlingen kan iværksættes hurtigere
 - Der er udarbejdet et fælles henvisningsmateriale, som bør implementeres i både kommuner og i psykiatrien.
 - Praktiserende læger kan ikke forestå diagnosticering af børn med psykiatriske lidelser – der skal speciallæger til i et samarbejde for at dette kan gennemføres.
 - Man kunne mere generelt overveje, om der skal iværksættes et samarbejde om "mellemgruppen", der kan være svær at placere entydigt i det ene eller det andet system.

- PPR samarbejdet skal specificeres meget klarere i aftalen. Det er en central del af samarbejdet mellem psykiatrien og kommunerne
- Voksen
 - Klarere måltal i forbindelse med reduktion af uhensigtsmæssige indlæggelser.
 - Stor overvægt at akutte indlæggelser mellem 16-08: For at reducere dette skal der klare aftaler til.
 - Der er behov for, at koblingen mellem udlevering af hjælpemidler fra somatikken til patienter med dobbelt- eller trippeldiagnoser gøres meget bedre. Mange af disse patienter får ikke de nødvendige hjælpemidler, fordi de ikke kan overskue flere systemer på en gang.
 - Det vil være givtigt, om der for psykiatrien – som for sundhedsfremme/forebyggelse på somatikken - bliver udarbejdet en samlet strategi for en sammenhængende forebyggende indsats.

Børn, unge og gravide

- Det skal præciseres hvad der menes med social ulighed i sundhed

Sundhedsfremme og forebyggelse

- Økonomien ift. forløbsprogrammerne er ikke på plads endnu – mulighederne for implementering af initiativer hænger nøje sammen hermed.

Hjælpemidler og behandlingsredskaber

- Afklaring ift. hjælpemidler skal ske bilateralt og ikke klyngevis

Økonomi og opfølgning

- Gruppens opgave ift. økonomiopfølgning skal gøres klarere
- Arbejdet med opgaveoverdragelse bør medtages i aftalen om opgaveglidning og – overdragelse, der indarbejdes i den generelle aftale, og godkendes af sundhedskoordinationsudvalget.

Utilsigtede Hændelser

- Definitionen på utilsigtede hændelser er problematisk – der *begås* ikke utilsigtede hændelser. Dette bør omformuleres.

Nærværende referat vil indgå som høringssvar ved Sundhedskoordinationsudvalgets behandling af den generelle sundhedsaftale på mødet det 10. juni.

Tillæg til referat af møde i Sundhedsstyregruppen den 22. april 2010

Dato 03-05-2010

Linda Kirkegaard

Tel. +45 8728 4673

Linda.Kirkegaard@stab.rm.dk

1-30-72-121-09

Anne Jastrup (RM) præsenterede udkastet til den generelle sundhedsaftale, og formålet med drøftelserne på mødet. Herunder blev nævnt:

- De første 30 sider udgør den politiske aftale, mens bilagsdelen beskriver administrative procedurer og organisation for at opfylde kravene i bekendtgørelsen
- Udkastet er sendt i høring den 13. april 2010
- Høringsfrist den 26. maj 2010 kl. 12.00
- Hørings svar indsendes til RS-samarbejde@rm.dk

Side 1

Bemærkninger til udkast til den generelle sundhedsaftale

Eva Sejersdal Knudsen (RM) og Jens Bejer Damgaard (RM) præsenterede kort de enkelte delområder i sundhedsaftalen. Følgende pointer fremkom af den efterfølgende drøftelse i Sundhedsstyregruppen:

Overordnede betragtninger til hele aftalen

Kommunale synspunkter:

- Der blev udtrykt anerkendelse overfor den version, der foreligger samt udtrykt en stor tak til temagrupperne for det store arbejde hermed
- De første 30 sider af aftalen bør kunne stå alene. De administrative bilag bør placeres et andet sted
- Aftalen mangler kortsigtede mål – den bør ikke kun angive målet men også midlet
- Samarbejdsrelationer skal tydeliggøres i aftalen
- Aftalen skal afspejle den økonomiske virkelighed

Mission, vision og værdier

Kommunale synspunkter:

- Der blev stillet spørgsmålstegn ved relevansen af dette afsnit ift. politikerne. Bidrager afsnittet med noget til sundhedsaftalen?

Indlæggelse og udskrivelse

Kommunale synspunkter:

- De oplyste procentsatser er problematiske. Succeskriteriet på de 95 % hensigtsmæssige indlæggelser kan misforstås, idet vi ønsker indsatsen for alle 100 % og ikke blot de 95 %
- Målsætningen omhandlende færdigbehandlede patienter bør omformuleres, idet den nuværende ordlyd ikke er realistisk
- Den ældre medicinske patient bør være en udvalgt patientgruppe i dette afsnit
- Der er behov for at beskrive, hvilke konsekvenser FAME har for kommunerne
- Muligheden for at udvikle teknologi på dette område bør indskrives
- En målsætning om, at alle borgere, der har behov for behandling, kan blive indlagt, blev efterlyst. Dette for at sikre socialpsykiatrien

Synspunkter fra almen praksis:

- De 95 % ift. hensigtsmæssige indlæggelser er alt for ambitiøst set fra almen praksis' side. Procentsatsen bør omformuleres

Synspunkter fra hospitalerne:

- Procentsatser kan være nyttige som overordnede målsætninger, som man skal arbejde hen imod. Klyngerne kan efterfølgende lave delaftaler for at opfylde det overordnede mål – både på kort og lang sigt
- Udviklingspotentiale i dette afsnit – behandling i eget hjem

Børn, unge og gravide

- Aftalen er upræcis. Målsætninger og den resterende del bør formuleres mere klart

Træning

- Ros til aftalen for at være meget klar
- Kommunerne ønskede en tilføjelse om, at genoptræningsplaner skal udsendes samtidig med, at patienten udskrives

Behandlingsredskaber og hjælpemidler

- Repræsentanterne fra almen praksis efterlyste information om, hvordan almen praksis kommer i kontakt med kommunerne om at anskaffe hjælpemidler

Sundhedsfremme og forebyggelse

Kommunale synspunkter:

- Almen praksis bør kunne henvise direkte til kommunale sundhedstilbud
- Indskriv passus med forbehold for, at økonomien om forløbsprogrammerne endnu ikke er fastlagt. Mulighederne for at igangsætte initiativer i forbindelse med implementering af forløbsprogrammer hænger nøje sammen med de økonomiske muligheder
- Forslag om ikke at etablere det regionale råd for sundhedsfremme og forebyggelse

Mennesker med psykisk sygdom

Børn og unge:

- Behov for at gøre målene mere konkrete, f.eks. ved at opliste konkrete mål for de enkelte år – eksempelvis et mål for, hvordan man skal samarbejde om henvisninger

Voksen:

- Indskriv passus om, at lommehåndbogen i sidste periode er udarbejdet på den somatiske del af sundhedsaftalen – nu sker noget tilsvarende for psykiatriområdet
- Bemærkning til afsnit 2.1 om reduktion af akutte indlæggelser, der sker i weekender og mellem kl. 16 og 08 på hverdage: det kræver klare aftaler for at få dette til at fungere

Utsigtede hændelser

- Forslag om ikke at oprette det forslåede tværsektorielle netværk
- Alternativ: undersøge om netværket kan få en anden form

Fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse

- Enighed om at denne aftale hører hjemme i den generelle sundhedsaftale
- Kommunerne gav udtryk for, at de gerne vil dialogen herom
- Kommunerne gav udtryk for vigtigheden af, at aftalen kommer med i den generelle sundhedsaftale inden aftalen skal godkendes i byråd m.m. i efteråret. Den politiske proces på denne aftale er vigtig
- Ønske om at arbejdet med aftalen fremskyndes
- Beslutning: Der aftales et ekstraordinært møde i Sundhedsstyregruppen i uge 26

Økonomi og opfølgning

- Der blev gjort opmærksom på, at ikke alle målsætninger fremgår af materialet

Nærværende referatet af Sundhedsstyregruppens drøftelser vil indgå i Sundhedskoordinationsudvalgets behandling af den generelle sundhedsaftale på mødet den 10. juni 2010.

Region Midtjylland

Postadresse:

Favrskov Kommune
Social og Sundhed
Sekretariatet
Skovvej 20
8382 Hinnerup

Tlf. 8964 1010

favrskov@favrskov.dk
www.favrskov.dk

Høringssvar vedr. generel sundhedsaftale i Region Midtjylland 2011-2014

Favrskov Kommune har 14. april 2010 modtaget forslag til generel sundhedsaftale for Region Midtjylland 2011-2014 til høring.

26. maj 2010

Byrådet i Favrskov Kommune har på møde 25. maj 2010 vedtaget følgende høringssvar vedr. forslag til generel sundhedsaftale for Region Midtjylland 2011-2014:

Sagsbehandler:

Sine Møller Sørensen
Tlf. 89642117
sims@favrskov.dk

Generelle bemærkninger

Favrskov Kommune finder, at det er en positiv nyskabelse, at aftalen er inddelt i en politisk og en sundhedsfaglig del. Det vil kunne medvirke til at styrke den videre proces med at formidle og implementere indholdet af sundhedsaftalen politisk såvel som sundhedsfagligt.

Personlig henvendelse:

Favrskov Kommune
Social og Sundhed
Sekretariatet
Torvegade 7, Hammel

Favrskov Kommune ser det endvidere som en styrkelse af den generelle sundhedsaftale, at den opstiller fælles politiske målsætninger for de enkelte aftaleområder, som forpligter parterne gensidigt.

Sagsnr.

710-2009-34329

Dokument nr.

710-2010-93862

Cpr.-/CVR-nr./Ejd.nr.

Målsætningerne er operationaliseret og procedure samt ansvarsfordeling i forhold til opfølgning er velbeskrevet. Et udviklingsområde er dog fremadrettet at sikre større sammenhæng mellem de opstillede målsætninger og de konkrete indsatser. Dette vil kunne sikre en mere tydelig "rød tråd" mellem den politiske del og den sundhedsfaglige del af sundhedsaftalen, og også tydeliggøre, hvordan de aftalte sundhedsfaglige indsatser og arbejdsdeling understøtter de opstillede målsætninger.

I forbindelse med sundhedsaftalen 2007-2010 blev der udarbejdet en lommehåndbog, der i kort form indeholdt den sundhedsfaglige del af den generelle sundhedsaftale. Erfaringerne blandt det sundhedsfaglige personale i Favrskov Kommune med lommehåndbogen er gode, og vi vil derfor opfordre til, at der hurtigst muligt efter godkendelsen af den nye sundhedsaftale bliver trykt en ny opdateret lommehåndbog til alle relevante medarbejdere på hospitalerne, i kommunerne og almen praksis.

Favrskov Kommune bemærker, at det i den politiske del af aftalen fremhæves, at et af de styrende principper for udarbejdelsen af den generelle sundhedsaftale har været at sikre ensartede procedurer i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almenpraksis. Baggrunden for dette er den øgede specialisering i hospitalsvæsnet, og som følge heraf, at kommunerne fremover i højere grad vil skulle samarbejde med flere forskellige hospitaler og omvendt. Favrskov Kommune samarbejder allerede nu med flere hospitaler, og ønsker at bakke op om, at der på baggrund af sundhedsaftalen til stadighed arbejdes på at sikre ensartede procedurer i samarbejdet mellem sektorerne. Som et led i dette vil der ikke mindst være behov for en fortsat

harmonisering i brugen af snitfladekataloget på genoptræningsområdet på tværs af regionens hospitaler.

Favrskov Kommune må samtidig konstatere, at det øgede fokus på ensartede procedurer betyder, at den generelle del af sundhedsaftalen i højere grad end de aftaler, som indgås på klynge- og kommuneniveau, vil blive det fælles aftalegrundlag, som bliver styrende for samarbejdet mellem sektorerne.

Til et velfungerende hospitalssystem hører også et velfungerende ambulanceberedskab. Da responstiderne i Favrskov Kommune lader meget tilbage i forhold til den gennemsnitlige responstid på ti minutter, er det Favrskov Kommunes klare opfattelse, at de skal forbedres. Derfor har Favrskov Kommune en klar forventning om, at Regionsrådet snarest iværksætter initiativer, der kan sikre, at den gennemsnitlige responstid nedbringes fra de nuværende 13,71 minutter til et gennemsnitsniveau af omegnskommunerne.

Regeringen har givet udtryk for, at sundhedsområdet kan have en positiv realvækst. Favrskov Kommune forventer, at det kommunale sundhedsområde naturligt også tildeles en andel af disse øgede ressourcer.

Aftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb

I de politiske målsætninger vedr. udskrivningsforløb sættes blandt andet fokus på færdigbehandlede patienter. Dette er et vigtigt fokusområde for både region og kommuner. Det er en uacceptabel målsætning, at kun 95% af de regninger kommunerne modtager på færdigbehandlede patienter skal være korrekte. Her må målsætningen være 100%, idet det ellers vil betyde, at den enkelte kommune fortsat skal bruge unødigt tid og ressourcer på gennemgang af og opfølgning på de tilsendte regninger.

Favrskov Kommune bemærker, at det er fremhævet i sundhedsaftalen, at udbredelsen af akutte modtageafdelinger vil betyde nye typer af indlæggelses- og udskrivningsforløb, og at det vil få konsekvenser for alle sektorerne. Fremover forventes 65% af alle akutte indlæggelser udskrevet inden for 24 timer. I forhold til kommunerne er der derfor en forventning om, at der etableres et akut døgnberedskab med let og entydig adgang til en sygeplejerske. Udbredelsen af akutte modtageafsnit vil lægge et betydeligt pres på det kommunale beredskab i hjemmeplejen og sygeplejen. Det vil derfor også medføre merudgifter for kommunen, som vi har en klar forventning om at blive kompenseret for.

Vi må samtidig konstatere, at der i forslaget til generel sundhedsaftale lægges op til korte kommunale forberedelsestider. Fx foreslås en forberedelsestid i forbindelse med udskrivning fra stationært sengeafsnit, hvor der er behov for at kommunen sørger for specielle hjælpemidler og/eller boligændringer på kun 5 kalenderdage.

Dette understreger behovet for at fastholde opmærksomheden på de afledte økonomiske og faglige konsekvenser, som ændringerne i indlæggelsesforløb vil have for de kommunale omsorgs- og sundhedsopgaver. Hvis der flyttes reelle opgaver til kommunen, skal der også følge reelle ressourcer og kompetencer med til at løfte

opgaven. Favrskov Kommune vil derfor opfordre til en tæt dialog mellem kommunerne og Region Midtjylland omkring ændringerne i patientforløb.

I den sundhedsfaglige del af sundhedsaftalen vedr. indlæggelse, er der behov for at præcisere aftalen vedr. indlæggelse af patienter med kommunikationsvanskeligheder. Det er uklart hvordan aftalen skal fortolkes i forhold til demente borgere. Favrskov Kommune antager, at aftalen kun omfatter demente borgere, der bor på en social institution, og således ikke borgere på plejecenter eller eget hjem. Det bør endvidere fremhæves i aftaleteksten, at det ikke generelt kan forventes, at der følger kommunalt personale med i forbindelse med en indlæggelse af borgere med kommunikationsvanskeligheder, men at mulighederne for dette afklares og aftales fra gang til gang i forbindelse med den konkrete indlæggelse.

Sundhedsstyrelsens definition af færdigbehandlet patient er indføjet i aftalen. I denne forbindelse finder Favrskov Kommune det positivt, at det fremgår af aftalen, at færdigbehandlet også forudsætter, at medicin og hjælpemidler, som hospitalet er ansvarlig for er klar til udlevering til patienten.

Favrskov Kommune mener, at det er problematisk, at praksis i forhold til dosisdispensering i forbindelse med indlæggelse ændres, således at borgeren tidligst kan (gen)tilmeldes dosisdispensering 3 uger efter udskrivning. Det vil betyde et øget behov for udlevering af medicin ved hjemmesygeplejen samt øgede medicinudgifter for borgeren.

Aftale vedr. børn, unge og gravide

I forslag til generel sundhedsaftale er det beskrevet, hvem der har ansvaret for den nyfødte og moderen ved normale fødsler i den første uge efter fødslen. Favrskov Kommune lægger i denne forbindelse vægt på, at det nu er beskrevet, at det fortsat er fødestedet, som har ansvaret i de første 5-7 dage efter fødslen, selvom indlæggelsestiden efter en normal fødsel er reduceret.

Af aftalen fremgår det, at fødestedet er ansvarlig for den nyfødte og moderen indtil 5-7 dage efter fødslen eller indtil den kommunale sundhedspleje har taget over. Det er dog uklart, hvad der menes med, at den kommunale sundhedspleje "har taget over". Er det fx tilstrækkeligt, at den kommunale sundhedspleje har taget telefonisk kontakt til familien med henblik på at aftale besøg i den efterfølgende uge? Favrskov Kommune ønsker at dette præciseres i aftalen.

I aftalen forudsættes det, at den kommunale sundhedspleje besøger familien i den første uge efter udskrivning. Det er dog vigtigt at påpege, at dette ikke vil være et fast tilbud i alle tilfælde. I Favrskov Kommune ligger sundhedsplejens 1. besøg således først 6-10 dage efter fødslen. Det er alene en kommunal beslutning, hvornår sundhedsplejens besøg afholdes, idet det afspejler de kommunale ressourcer til opgaven.

Aftale vedr. træningsområdet

Favrskov Kommune finder, at der i forslaget til generel politisk sundhedsaftale opstilles en række relevante og brugbare målsætninger med fokus på harmonisering af

aktivitetsniveauet på træningsområdet, genoptræningsplanernes kvalitet og udvikling af genoptræningsområdet.

Det er endvidere positivt, at der i den generelle sundhedsaftale sættes fokus på, at genoptræningsplanerne skal være udfyldt fyldestgørende, og at det er fremhævet i aftalen, at det skal begrundes i genoptræningsplanen, hvorfor der fra hospitalets side er valgt henholdsvis almindelig eller specialiseret ambulant genoptræning.

Aftale vedr. hjælpemidler og behandlingsredskaber

I den politiske del af aftalen er der beskrevet en række værdier for det gode samarbejde på området. Der er tale om relevante værdier, der er godt og tydeligt beskrevet i aftalen.

I beskrivelsen af det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet kan det med fordel uddybes, hvordan processen vedr. afklaring af tvister vedr. tolkning af afklaringskataloget relaterer sig til de øvrige muligheder for at få afklaret en sag ved fx det Sociale Nævn.

Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse

I aftalen foreslås det, at en sammenhængende forebyggelsesindsats overfor rygning har højeste prioritet. Dette er en relevant målsætning, da rygning fortsat er den enkeltfaktor, som har størst betydning for blandt andet antal leveår. Det fremgår dog ikke af aftalen hvilke indsatser, der skal understøtte, at netop forebyggelsesindsatsen overfor rygning fremmes og prioriteres i sundhedsaftaleperioden. Det bør uddybes.

Favrskov Kommune vil foreslå, som et afbureaukratiseringsforslag, at der ikke oprettes et regionalt råd for sundhedsfremme og forebyggelse, idet der ikke synes at være behov herfor. Således var rådet også beskrevet i 1. generations sundhedsaftalen, men der har ikke vist sig påtrængende behov for at etablere det.

Aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom

Der er overordnet tale om en god og anvendelig delaftale, hvor der opstilles relevante målsætninger for området.

I den sundhedsfaglige del af aftalen indgår en delaftale vedr. patienter med misbrug og psykiatrisk lidelse. Favrskov Kommune finder, at der er behov for at præcisere denne del af aftalen. Den foreslåede organisering på området er mangelfuldt beskrevet. Fx er det uklart om Favrskov Kommune fremover vil blive betjent af team for misbrugspsykiatri. Erfaringerne indtil nu har været, at der ikke er ledig kapacitet i team for misbrugspsykiatri til at få udredt og vurderet borgere uden for Århus Kommune.

Aftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer

Det er beklageligt, at denne del af aftalen endnu ikke er udarbejdet, da der er tale om et centralt fokusområde for samarbejdet mellem sektorerne i den kommende sundhedsaftaleperiode. Favrskov Kommune antager, at aftalen om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse vil blive fremlagt i de relevante politiske og administrative fora, inden aftalen kan godkendes.

Aftale om økonomi og opfølgning

For Favrskov Kommune er det særdeles vigtigt at fremhæve, at kommunerne og Region Midtjylland med den generelle sundhedsaftale forpligter sig til gensidigt at orientere om større tiltag og ændringer, hvor der kan være afledte konsekvenser for sektorovergang og den kommunale medfinansiering. Orienteringen skal ske rettidigt af hensyn til den gensidige budgetlægning.

Temagruppen for økonomi kommer til at spille en central rolle i den løbende opfølgning på de politiske målsætninger. For at sikre mest mulig inddragelse af kommunerne i denne proces, vil Favrskov Kommune foreslå, at det også skrives ind i den generelle sundhedsaftale, at temagruppen for økonomi er ansvarlig for løbende at holde arbejdsgruppen for økonomi, hvor alle kommuner har en plads, orienteret om processen og beslutninger i temagruppen.

Specifikke bemærkninger til aftaleteksten

Favrskov Kommune har endvidere en række specifikke bemærkninger til flere af formuleringerne i den generelle sundhedsaftale. For at sikre en så præcis og dækkende aftaletekst som muligt, vil Favrskov Kommune opfordre til, at aftaleteksten justeres på en række områder. Oversigt over forslag til konkrete ændringer i aftaleteksten er vedlagt høringsvaret.

Venlig hilsen

Niels Flade Nielsen
Formand for Social- og Sundhedsudvalget

Jacob Stengaard Madsen
Direktør Social og Sundhed

Bilag til høringssvar fra Favrskov Kommune vedr. generel sundhedsaftale for Region Midtjylland

For at sikre en så præcis og dækkende aftaletekst som muligt, vil Favrskov Kommune opfordre til, at aftaleteksten justeres på en række områder.

Favrskov Kommune har følgende forslag til ændringer i aftaleteksten:

Postadresse:

Favrskov Kommune
Social og Sundhed
Sekretariatet
Skovvej 20
8382 Hinnerup

Tlf. 8964 1010

favrskov@favrskov.dk
www.favrskov.dk

Aftale om indlæggelse – den sundhedsfaglige del:

- I afsnit om værdier for det gode indlæggelsesforløb og værdier for det gode udskrivningsforløb kan der med fordel tilføjes følgende værdi: *Vi vil så vidt muligt anvende elektronisk kommunikation for at sikre effektiv og sikker kommunikation ved indlæggelse/udskrivning*
- ISBAR anbefales som fælles redskab ved kommunikation om patientbehandling. Der efterlyses et bilag med det/de redskaber til ISBAR-kommunikation, som anbefales anvendt.

26. april 2010

Sagsbehandler:
Sine Møller Sørensen
Tlf. 89642117
sims@favrskov.dk

Aftale om udskrivning – den sundhedsfaglige del:

- I afsnit 2 om sikring af hurtig udskrivelse fra hospitalet (s. 8) står der, at kommunerne har forskellige *behandlingstilbud*. Ordet *behandlingstilbud* bør udgå, da kommunerne ikke varetager behandling men forskellige rehabiliterings- og omsorgstilbud.
- Kommunal forberedelsestid defineres flere steder i aftalen som "den tid, som kommunerne har brug for". Det foreslås, at der i stedet skrives "den tid, som er *nødvendig* for kommunerne" for at understøtte nødvendigheden af en passende forberedelsestid for kommunerne – også i forbindelse med korte indlæggelsesforløb.
- Kommentarer til de beskrevne typer af udskrivningsforløb s. 11-15:

Personlig henvendelse:

Favrskov Kommune
Social og Sundhed
Sekretariatet
Torvegade 7, Hammel

Sagsnr.
710-2009-34329

Dokument nr.
710-2010-78335

Cpr./CVR-nr./Ejd.nr.

Oversigten over typer af udskrivningsforløb skal kunne bruges som et arbejdsredskab af det sundhedsfaglige personale. Oversigten skal derfor gøres så overskuelig og entydig som muligt. Der kan med fordel arbejdes yderligere med opsætning og lay out, og det skal sikres, at det er den samme terminologi som anvendes i beskrivelserne. Nogle steder står der fx "dage" andre steder "kalenderdage". Krydshenvisninger i beskrivelserne bør også udgå, således at hver beskrivelse kan læses og forstås uafhængigt af hinanden. Det er generelt uklart om der i forbindelse med udskrivning skelnes mellem borgere, som allerede er kendte af hjemmeplejen/hjemmesygeplejen og borgere, som ikke er det.

Specifikke kommentarer til de enkelte beskrivelser af udskrivningsforløb:

a. *Beskrivelse af udskrivningsforløb type 1b Udskrivning af patienter med behov for sociale serviceydelser og evt. sygeplejeydelser efter 2 døgnophold i akut modtageafdeling:*

Under kommunal forberedelsestid foreslås, at der kommer til at stå "senest dagen før" i

stedet for "helst dagen før"

b. Beskrivelse af udskrivningsforløb type 2.A.2: Hospitalskontakter m. behov for sygeplejeydelser efter udskrivning, som kræver instruktion/oplæring af hjemmesygeplejen

Under kommunal forberedelsestid bør det tilføjes, at den nødvendige oplæring af hjemmesygeplejen som hovedregel skal være påbegyndt inden udskrivning kan finde sted. Som minimum skal det være aftalt hvordan og hvornår oplæring af hjemmesygeplejen kan finde sted.

c. Beskrivelse af udskrivningsforløb 2. B.1 Udskrivelse af patienter på stationært sengeafsnit med uændret funktionsniveau:

Der er i beskrivelsen lagt op til, at udskrivningen sker i dagtiden via den kommunale visitation. Hvis dette er tilfældet må den kommunale forberedelsestid være senest hverdagen før udskrivning, og ikke dagen før, som der står nu.

d. Beskrivelse af udskrivningsforløb 2.B.2 Udskrivelse af patienter fra stationært sengeafsnit med ændret behov for sociale serviceydelser/nyopstået behov:

Det bør præciseres i hvilke tilfælde, der er en forventning om, at kommunen deltager i et visitationsmøde på hospitalet, og at det kan variere fra kommune til kommune i hvor høj grad, man deltager i visitationsmøder på hospitalet.

Aftale om børn, unge og gravide - den sundhedsfaglige del

Aftale om udskrivning i forbindelse med normal fødsel

- Afsnit 2 om udskrivning bullet 3: Det skal fremgå, at det er hospitalet som har ansvaret for at kontakte familien inden 24 timer efter fødslen.
- Afsnit 3. om opgaver og opgavefordeling: Af aftalen fremgår det, at fødestedet er ansvarlig for den nyfødte og moderen indtil 5-7 dage efter fødslen eller indtil den kommunale sundhedspleje har taget over. Det er uklart, hvad der menes med, at den kommunale sundhedspleje "har taget over".

Aftale om udskrivning af for tidligt fødte børn

- Kommunens opgaver efter udskrivelse omfatter blandt andet, at sundhedsplejersken i samarbejde med forældrene forbereder besøg i pædiatrisk ambulatorium. Det er dog behov for en præcisering af forventningerne til omfang og indhold i denne opgave.

Aftale om træningsområdet – den politiske del

- Af aftalen fremgår det, at varsling af større ændringer i den regionale struktur skal varsles og sendes i høring på regionalt plan (s. 44). Det forudsættes, at der med "regionalt plan" menes "blandt alle kommuner i regionen".

Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse – den politiske del

- I bilaget til den politiske del er kommunernes ansvarsområde i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse beskrevet (s. 52). Der står blandt andet;

"Kommunerne skal tilbyde opfølgende patientrettet forebyggelse af sygdomsspecifik eller tværdiagnostisk karakter." I lighed med formuleringerne af Region Midtjylland og almen praksis ansvarsområde, foreslås følgende formulering i stedet: *"Kommunerne er ansvarlig for at tilbyde opfølgende patientrettet forebyggelse af sygdomsspecifik eller tværdiagnostisk karakter."* Det er vigtigt at fremhæve, at kommunerne ikke er forpligtigede til at tilbyde patientrettet forebyggelse i forhold til bestemte patientgrupper, men at der kan indgås aftaler mellem Region og Kommune i forhold til konkrete patientgrupper.

- I afsnit 6.3. i bilaget (s. 58) omtales et generisk redskab til monitorering og evaluering af patientuddannelser. Det er uklart hvilket redskab, der mere præcist henvises til.
- I afsnit 6.4 i bilaget (s. 59) beskrives regionens forpligtelser i forhold til uddannelse i sundhedsfremme og forebyggelse. Det foreslås, at det tilføjes i afsnittet, at uddannelse i sundhedspædagogik ikke kun kan omfatte sundhedsfagligt personale men alt relevant fagligt personale - fx også pædagogisk personale, som indgår i den sundhedsfremmende indsats i kommunerne.

Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse - den sundhedsfaglige del

- Af afsnit 3 om opgaver og opgavefordeling fremgår det, at det er hospitalets ansvar, at viden opnået ved screening af patienter videregives til kommunen og/eller almen praksis. Det er dog uklart hvilke screeninger, der er tale om og på hvilket niveau oplysningerne forventes videreformidlet. Tænkes der fx på oplysninger på individniveau med henblik på at blive henvist til et kommunalt forebyggelsestilbud og/eller generel viden og sundhedsmæssige udfordringer blandt borgere i kommunen?

Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

Sundhedsfremme
Tofteskovvej 4
7130 Juelsminde
T: 7975 5000

Karis Dalsjø
Dir: 7975 5703
Mob: 23380593
e-mail:
karis.dalsjo
@Hedensted.dk
Sagsnr. 29.00.00-P27-1-10

11. maj 2010

Høringsvar til Generel Politisk Sundhedsaftale 2011- 2014

Hedensted Kommunes Borger- og Erhvervsudvalg og Social og Seniorudvalg har på møder den 5. maj og 10. maj drøftet udkast til Generel Politisk Sundhedsaftale. Udvalgene har følgende bemærkninger:

Sundhedsaftalen er et godt udgangspunkt for at sikre koordinering og sammenhæng i sundhedsindsatsen mellem region, almen praksis og kommuner. Den afspejler samtidig den svære økonomiske udfordring, vi alle står overfor, og det deraf følgende behov for fleksibilitet og forskellighed i kommunalt serviceniveau.

Bestræbelser mod at opnå effektiv ressourceudnyttelse er en nødvendighed. Det er vigtigt at fastholde, at bestræbelserne skal ske ud fra en samfundsøkonomisk frem for en sektorøkonomisk betragtning. Tidlig udskrivning er således ikke et mål i sig selv.

Det kan drøftes, hvorvidt målbare mål er relevante i en politisk aftale. Såfremt disse fastholdes, må ligeværdigheden fremgå således, at almen praksis og kommuner får samme mulighed for fejlmargen, som regionen ønsker for egne opgaver. Især kan det undre, at regionens mål for rigtigheden af regninger, der tilgår kommunerne, ikke er 100%.

Registrering af utilsigtede hændelser er væsentligt for læring. Det er imidlertid en tidsmæssigt og økonomisk belastende opgave, der ikke må influere på kvaliteten i den aktuelle behandling og pleje.

Monitorering af kronikerindsatsen er vigtig. Det må tilstræbes, at monitoreringen foretages så effektivt som muligt og dermed i overensstemmelse med de af Sundhedsstyrelsens retningslinier, der benyttes i forvejen.

Flere kommuner tilbyder sygdomsspecifikke og tværdiagnostiske patientuddannelser. Almen praksis kan tilskyndes til at henvise hertil.

Den øgede fokus på udvalgte patientgrupper bør også omfatte den ældre medicinske patient. Hospitalsvæsenet har fokus på diagnoser, mens kommunerne anerkender multimorbiditet. Et velfungerende og sammenhængende patientforløb er særdeles væsentligt for denne gruppe.

Børn og unge med psykiske problemstillinger skal kun behandles i psykiatrien, hvis det er eneste mulighed. En øget kontakt mellem almen praksis og kommuner kunne understøttes af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center for at undgå uhensigtsmæssige henvisninger.

Den øgede specialisering af hospitalsvæsenet og kommunernes større ansvar på sundhedsområdet afspejles p.t. ikke i økonomisk kompensati-on. Det er derfor væsentligt at fastholde, at opgaveoverdragelser skal ske med klare aftaleforløb.

Af Sundhedslovens § 239 fremgår, at 'et regionsråd kan indgå aftale med en kommunalbestyrelse om betaling for personer, der henvises til tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse.' Vi imøde-ser gerne en drøftelse og aftale herom.

Med venlig hilsen

Torben Frandsen



Formand for
Borger- og Erhvervsudvalget

Erik Kvist



Formand for
Social- og Seniorudvalget



Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

Rådhuset
Torvet - 7400 Herning
Tlf. 9628 2828
opb@herning.dk - www.herning.dk

Dato:
26. maj 2010

Herning Kommunes høringssvar til den generelle politiske sundhedsaftale for Region Midtjylland for perioden 2011-2014

Sagsbehandler: Grethe Wilmoes

Sagsnr.: 2009120347E
(bedes anvendt ved henvendelse)

Herning Kommune har med interesse læst høringsudkastet til den generelle sundhedsaftale.

Herning Kommune finder overordnet set at udkastet til den generelle sundhedsaftale er væsentlig mere præcis og anvendelig end aftalen for den tidligere periode. Sundhedsaftalen er opdelt i en politisk, administrativ og sundhedsfaglig del og er som sådan læsevenlig og forståelig.

Herning Kommune vil gerne kvittere for og anerkende den indsats der er lagt i processen med udarbejdelsen af aftalen og rose temagrupperne for et grundigt stykke arbejde med beskrivelsen af mål og succeskriterier for de enkelte delelementer af aftalen, som udgør grundlaget for en sundhedsaftale med handlekraft bag ordene.

Herning Kommune er langt hen ad vejen enige med de opstillede mål, men har en række bemærkninger til aftalen.

Generelle bemærkninger

Herning Kommune bakker op om de politiske visioner for aftalen som en bindende og fælles aftale for region, kommuner og almen praksis. De opstillede visioner om sammenhængende patientforløb, en effektiv ressourcenyttelse samt øget social lighed er centrale i alle dele af sundhedsaftalen.

Herning Kommune finder generelt at sundhedsaftalen kunne forbedres på følgende punkter:

- en række af de opstillede konkrete mål i aftalen mangler beskrevne løsningsforslag til at opnå målene,
- aftalen kunne være mere tydelig i ønsket om brugerinddragelsen med patient- eller egenomsorgsperspektivet,
- aftalen indeholder meget få økonomiske aspekter,
- aftalen mangler at § 239 i sundhedsloven bliver nævnt som en mulig løsning på nogen af samarbejdsaspekterne primært omkring indlæggelse og udskrivning samt opgaveoverdragelse.

I beskrivelsen af de sammenhængende forløb (s.4) mangler Herning Kommune en tilkendegivelse af at dette også gælder samarbejde om udvikling. Ligeledes finder kommunen det uheldigt, at betydningen af øget social lighed i sundhed, ikke specifikt nævner de særligt udsatte grupper, som der er enighed om skal gøres en særlig indsats for.

Med hensyn til den dokumenterbare effekt (s.6) er Herning Kommune enig i, at det bør rette sig mod borgeren / patienten, de særlige målgrupper samt de økonomiske konsekvenser. Herning Kommune så dog gerne, at borgeren inddrages, samt at de økonomiske konsekvenser så vidt muligt belyses inden initiativerne sættes i gang.

Aftalen om indlæggelses- og udskrivningsforløb

Det bør være et mål, at alle regninger vedr. færdigbehandlede patienter er korrekte (s. 10), men med de problemer der har været kan succeskriteriet være at 95 pct. af registreringerne er korrekte i 2011 og at 100 pct. er korrekte i 2013.

Med en forventning om at 65 pct. af alle akutte indlæggelser udskrives inden for 24 timer (s.11) bør det være et mål at der vedvarende arbejdes med kvaliteten i det sammenhængende patientforløb, da de hurtige udskrivinger får betydning for kommunernes og de praktiserende lægers håndtering af patienterne, og kan skabe problemer i modtagelsen af patienten.

Fokus på udvalgte patientgrupper (s.12) bør suppleres med den ældre medicinske patient og udsatte grupper.

Endelig mangler Herning Kommune en beskrivelse af målsætningerne for de psykiatriske indlæggelser og udskrivinger. Herning Kommune så gerne at aftalen også kom til at indeholde et mål om lettere adgang for kommunale specialister til at trække på hospitalerne.

Aftalen om børn, unge og gravide

Målsætningerne i aftalen (s.13) indeholder en retning for området, men ingen klare mål og angivelse af hvad der skal til for at opnå målene. Der bør være en fælles strategi for en sammenhængende forebyggelsesindsats mellem sektorerne.

Aftalen om træningsområdet

Aftalen bør indeholde en målsætning om at genoptræningsplanerne (s.16) følger patienten og sendes til kommunerne samme dag, som patienten udskrives. Desuden bør det ikke være et mål i sig selv, at genoptræningsindsatsen skal ligge på landsgennemsnittet, men at der

gives den genoptræning der er nødvendig. Dette bør der så til gengæld være rimelig enighed om på tværs af landet, så kommunerne i Region Midtjylland ikke oplever højere udgifter til samme genoptræning end i de øvrige regioner.

Aftalen om hjælpemidler og behandlingsredskaber

Det bør være klart om afklaringer skal ske bilateralt eller i klyngerne.

Aftalen om sundhedsfremme og forebyggelse

Aftalen indeholder et mål om at reducere andelen af daglige rygere til 20 pct., men det er uklart hvordan dette skal nås, og hvilken rolle regionerne har heri.

Evalueringsværktøjerne for mennesker med kroniske sygdomme (s.20) bør udvikles i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Endvidere bør der arbejdes med at få de praktiserende læger til at henvise til de kommunale tilbud. Endelig bør der tages forbehold for at der ikke er nogen afklaring af økonomien i forløbsprogrammerne efter 2012, hvor projektperioden udløber, og at dette kan have betydning for den fortsatte omfang af forløbsprogrammer.

Aftalen om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom

Målsætningerne fokuserer mest på kommunernes rolle, men beskriver ikke hvad der er regionens ansvar. Der er generelt behov for en bedre dialog, en hurtigere diagnosticering og mål for forebyggelsesindsatsen.

Kommunerne oplever i stigende grad, at det kan være svært at få indlagt patienter, når der vurderes at være behov herfor, og aftalen bør have fokus på dette (s.22). Desuden bør aftalen have fokus på omfanget af aflastningspladser og det kommunale akutberedskab, samt hvordan regionen kan understøtte kommunerne. Til øvrige indsatsområder har Herning Kommune et ønske om at få tilføjet udredning af demente.

Aftalen om utilsigtede hændelser

Målsætningerne om registrering og indberetning af utilsigtede hændelser i kommunerne (s.24) bør modsvare den økonomi kommunerne får tildelt til opgaven.

Aftalen om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer

Herning Kommune kan kun beklage at denne aftale ikke er færdigudarbejdet (s.26), og vil opfordre til at arbejdet fremrykkes så det kan nå at komme med i godkendelse af aftalen i juni, da det er et område der har stor betydning for kommunerne og dermed også stor kommunal bevågenhed. Herning Kommune vil i den forbindelse gøre opmærksom på at aftalen bør indeholde både mål de er gældende for både somatik og psykiatri.

I denne aftale er det endvidere oplagt at formulere noget om anvendelsen af Sundhedslovens § 239 om muligheden for regional medfinansiering.

Aftalen økonomi og opfølgning

Målsætningen om øget fokus på opgaveoverdragelse bør være meget konkret i forhold til at der udarbejdes økonomiske konsekvensvurderinger af de enkelte opgaver der overdrages. Det er Herning Kommunes opfattelse at der sker en kraftig opgaveglidning fra hospitalerne til kommunerne, som presser kommunerne ift. at håndtere det på en faglig ordentlig måde, der ikke medfører genindlæggelser eller utilsigtede hændelser i overgangen mellem sektorerne.

Forbedringen af dataunderstøttelse til kommunerne er nødvendig for at kunne styrke indsatsen på sundhedsaftaleområderne og arbejde med målsætningerne og succeskriterierne for de enkelte områder.

Med venlig hilsen
på byrådets vegne


Lars Krarup
Borgmester


Ole Jespersen
Kommunaldirektør



HOLSTEBRO KOMMUNE

6.5

Region Midtjylland
Regionalt Sundhedssamarbejde
Skottenborg 26
8800 Viborg

Dato: Maj 2010
Sagsnr.: 031152-2009
Henv. til: Steffen Barstad
Tlf.: 9611 4107

Hermed fremsendes Holstebro Kommunes kommentarer til udkast til den generelle politiske sundhedsaftale af 13. april 2010.

Indledningsvist vil Holstebro Kommune gerne anerkende det arbejde, de nedsatte administrative temagrupper har udført med udarbejdelsen af udkastet til generel politisk aftale. Holstebro Kommune skal endvidere udtrykke tilfredshed med den opdeling i henholdsvis en politisk del og en administrativ/sundhedsfaglig del, der er i denne generation af sundhedsaftale. Det giver bedre mulighed for at skabe direkte sammenhæng mellem de politiske visioner og målsætninger for samarbejdet mellem kommuner, region og praktiserende læger og den reelle udførelse af dette samarbejde i det daglige.

Generelle bemærkninger

Kommunerne medfinansierer en væsentlig dels af udgifterne på sundhedsområdet i Danmark. Efter Holstebro Kommunes opfattelse bør sundhedsaftalen afspejle, at kommunerne tilsvarende har indflydelse på fx aktivitetsniveau og kapacitetstilpasning svarende til denne betydelige andel.

Heri ligger fx, at det i aftalen bør formuleres som et generelt princip, at kommunerne i højere grad end tidligere inddrages som samarbejdspart frem for kun høringspart. Regionen bør forpligtes til at inddrage kommunerne tidligere i forløbene, når der fx planlægges kapacitetsændringer i sundhedsvæsenet – herunder at det drøftes, hvilke afledte økonomiske konsekvenser, det får for kommunerne.

Iht. § 239 i Sundhedsloven har regionen mulighed for at indgå aftale med kommunalbestyrelsen om betaling for opgaver, der henvises til at blive løst i kommunalt regi som alternativ til indlæggelse. Kommunen kan således ansøge regionen i konkrete tilfælde om medfinansiering af tilbud, som er alternativ til sygehusindlæggelse.

Holstebro Kommune finder, at sundhedsaftalen bør indeholde en fælles intention om, at Sundhedslovens § 239 i højere grad kan tages i anvendelse i Region Midtjylland.

Formålet med Sundhedslovens § 239 ligger naturligt i forlængelse af intentionerne med kommunalreformen, hvor et af sigterne således var, at hospitalerne skulle målrette ressourcerne mod de mest syge samtidig med, at kommu-

SOCIAL OG SUNDHED

Ledelsessekretariatet

Rådhuset . Kirkestræde 12 . 7500 Holstebro . Tlf: 96117500

Hjemmeside: www.holstebro.dk - E-post: Social.Sundhed@Holstebro.dk

CVR: 29189927



HOLSTEBRO KOMMUNE

nerne skulle tilskyndes til at forebygge og undgå u hensigtsmæssige indlæggelser. Der kan imidlertid være mange borgere, som vil være i en "gråzone" ved måske at være for svage til, at de kan håndteres i det eksisterende kommunale system, men ikke så dårlige, at de har behov for et så specialiseret tilbud, som hospitalet udgør. Derfor åbnede loven med § 239 op til, at kommunerne og region kunne samarbejde om relevante og hensigtsmæssige tilbud, som kunne etableres til en samfundsøkonomisk lavere udgift. Og det bør kommuner og region samarbejde om.

Konkrete bemærkninger til de enkelte aftaler

Aftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb

I aftalen er formuleret konkrete mål om, at der ingen færdigbehandlede patienter er på hospitalerne, og at 95 % af regningerne til kommunerne vedr. færdigbehandlede patienter skal være korrekte. Derved er målet for kommunerne formuleret som et 100 %'s krav, mens det for hospitalerne "kun" er 95 %'s krav.

Holstebro Kommune finder ikke, der bør være forskel på ambitionen for de to mål. Målet for antallet af færdigbehandlede patienter på hospitalet bør således også være 95 %. Ideelt er det selvfølgelig 100 % (lige som det burde være for regningerne), men i praksis er 95 % nok mere realistisk og stadig ambitiøst.

Generelt omkring procentmålene i denne aftale bør det efter Holstebro Kommunes opfattelse overvejes, om man indledningsvis skal anføre, at den grundlæggende målsætning generelt set naturligvis er 100 % på alle områderne, men at de 95 % er minimumsmålene, set i lyset af, at 100 % ikke altid vil være realistisk. Nogle vil muligvis vil kunne læse de mange 95 %-mål som om, at man accepterer 5 % fejl, at 5 % u hensigtsmæssige indlæggelser er i orden, at 5 % borgere/pårørende, der ikke føler sig inddraget, er i orden osv.

Regionen har et mål om, at 65 % af de akutte indlæggelser skal være udskrevet inden for 24 timer. Men med så hurtige udskrivinger vil der specielt i weekenden kunne opstå behov for, at kommunernes hjemmesygepleje har mulighed for rådføring med hospitalet om en udskrevet borger. Alternativet vil ellers være risiko for u hensigtsmæssige genindlæggelser.

Holstebro Kommune finder derfor, at det bør aftales, at der etableres konkrete, direkte kontaktmuligheder for hjemmesygeplejerske til hospitalet i forlængelse af de hurtige hjemsendelser.

Efter Holstebro Kommunes opfattelse bør der i det hele taget som følge af de hurtige udskrivinger være formuleret et fælles mål om, at der vedvarende arbejdes med udvikling af kvaliteten i det sammenhængende patientforløb, da

SOCIAL OG SUNDHED

Ledelsessekretariatet

Rådhuset . Kirkestræde 12 . 7500 Holstebro . Tlf: 96117500

Hjemmeside: www.holstebro.dk - E-post: Social.Sundhed@Holstebro.dk

CVR: 29189927



HOLSTEBRO KOMMUNE

de hurtige udskrivninger får betydning for både kommunernes og de praktiserende lægers håndtering af patienterne.

Holstebro Kommune finder, at der i bilaget til aftale om indlæggelsesforløb er behov for at præcisere aftalen vedrørende indlæggelse af patienter med kommunikationsvanskeligheder. Det er uklart, hvordan aftalen skal fortolkes i forhold til demente borgere. Holstebro Kommune forudsætter, at aftalen kun omfatter demente borgere, der bor på en social institution, og således ikke borgere på plejecenter eller eget hjem. Det bør endvidere fremhæves i aftaleteksten, at det ikke generelt kan forventes, at der følger kommunalt personale med i forbindelse med en indlæggelse af borgere med kommunikationsvanskeligheder, men at mulighederne for dette afklares og aftales fra gang til gang i forbindelse med den konkrete indlæggelse.

Aftale om børn, unge og gravide

Holstebro Kommune konstaterer, at det i bilaget til aftalen om børn, unge og gravide er beskrevet, at sygehuset har ansvaret for den nyfødte og moderen de første 5-7 dage efter fødslen, og at dette gælder indtil den kommunale sundhedspleje har taget over og har haft kontakt til familien. Endvidere er det angivet, at sundhedsplejen kontakter familien i den første uge efter udskrivelse.

Holstebro Kommune finder det uklart, hvad der menes med, at "kommunen har taget over". I en situation, hvor sundhedsplejersken ringer og spørger til familien, når barnet er 4 dage gammel, samtidig med at hun aftaler tidspunkt til 1. besøg - har kommunen så overtaget familien i den kommunale sundhedspleje? Efter Holstebro Kommunes opfattelse bør der foretages en præcisering af dette område.

Aftale om Træningsområdet

Holstebro Kommune finder det eget positivt og relevant, at der er i aftalen opmærksomhed på klarlæggelse og efterfølgende udjævning af forskelle på anden af specialiseret og almen ambulans genoptræning, f.eks. kommunerne og regionerne i mellem. Efter Holstebro Kommunes opfattelse vil det også være relevant at have opmærksomhed på udviklingen inden for den enkelte kommune over tid.

Holstebro Kommune finder, at det er af stor betydning, at kommunerne modtager genoptræningsplanerne fra hospitalet hurtigst muligt, og at de er tilstrækkeligt udfyldt. Holstebro Kommune finder i forlængelse heraf, at der skal tilstræbes en ensartet praksis vedrørende udfyldelse af genoptræningsplanerne, dog uden at disse bliver rammesættende for serviceniveauet i kommunen.

SOCIAL OG SUNDHED

Ledelsessekretariatet

Rådhuset . Kirkestræde 12 . 7500 Holstebro . Tlf: 96117500

Hjemmeside: www.holstebro.dk - E-post: Social.Sundhed@Holstebro.dk

CVR: 29189927



HOLSTEBRO KOMMUNE

Holstebro Kommune finder endelig, at der eksplicit i sundhedsaftalen skal stå, at hospitalerne skal fremsende genoptræningsplanen til kommunen senest ved udskrivelse af borgeren.

Aftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler

Holstebro Kommune bifalder de gode intentioner om gnidningsfrie overleveringer mellem sektorerne. Det er dog vigtigt at fastholde, at det aldrig har været intentionen at ændre på sygehusets ansvar for at udlevere hjælpemidler til midlertidigt brug, heller ikke selv om der nu er en ny kategori hjælpemidler, nemlig hjælpemidler der indgår i genoptræning.

Holstebro Kommune skal ligeledes påpege, at der skal være opmærksomhed på, at der ikke sker en opgaveglidning på hjælpemiddelområdet fra sygehuse til kommuner som følge af tidligere udskrivninger.

Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse

Holstebro Kommune finder det væsentligt, at det er opmærksomhed på, at udvikling af evalueringsværktøjer for mennesker med kroniske sygdomme sker i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens arbejde hermed.

Aftale om mennesker med psykisk sygdom

Holstebro Kommune er principielt enige i, at det er en god idé, at der sker færrest mulige akutte indlæggelser. Principielt er det også godt at have et mål om "håndtering af flere i den primære sektor", men det bør samtidig give anledning til overvejelser omkring opgaveglidning eller opgaveoverdragelse, som måske også kan involvere økonomi.

Holstebro Kommune skal endvidere bemærke, at et mål om færre akutte indlæggelser i weekends og aftener kan virke en kende urealistisk, da det jo ofte netop er på disse tidspunkter, at man oplever, at borgerne falder igennem.

Aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser

Ingen kommentarer.

Aftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer

Holstebro Kommune finder denne aftale meget væsentlig for samarbejdet mellem kommunerne og regionen og beklager derfor, at den ikke er med endnu. Kommunen finder, at det bør prioriteres, at aftalen når at komme med til Sundhedskoordinationsudvalgets behandling af den generelle sundhedsaftale i juni.

SOCIAL OG SUNDHED

Ledelsessekretariatet

Rådhuset . Kirkestræde 12 . 7500 Holstebro . Tlf: 96117500

Hjemmeside: www.holstebro.dk - E-post: Social.Sundhed@Holstebro.dk

CVR: 29189927



HOLSTEBRO KOMMUNE

Aftale om Økonomi og opfølgning

Holstebro Kommune konstaterer, at der står meget lidt om økonomi i aftalen – mest om opfølgning.

Holstebro Kommune finder, at der – jf. også de generelle bemærkninger oven for om tidlig inddragelse af kommunerne som samarbejdspart – bør stå noget om tidlig inddragelse ved fx budgettilpasninger mv. i såvel region som kommune i forhold til afledte konsekvenser for den anden part.

På vegne af Social- og Sundhedsudvalget og Udvalget for Børn og Unge

Anne Lise Holst Jensen
Formand
Social – og Sundhedsudvalget

Morten Flæng
Formand
Udvalget for Børn og Unge

Hørings svar

SOCIAL OG SUNDHED

Ledelsessekretariatet

Rådhuset . Kirkestræde 12 . 7500 Holstebro . Tlf: 96117500

Hjemmeside: www.holstebro.dk - E-post: Social.Sundhed@Holstebro.dk

CVR: 29189927



Regionalt Sundhedssamarbejde/
Kommunesamarbejde og sundhedsaftaler
Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

Høringssvar til Den Generelle Sundhedsaftale Region Midtjylland 2011 - 2014

Horsens Kommunes høringssvar er struktureret således:

1. Generelle bemærkninger
2. Bemærkninger til den generelle politiske sundhedsaftale
3. Bemærkninger til den administrative aftale (bilagssektion)
4. Bemærkninger til den sundhedsfaglige aftale.

1. Generelle bemærkninger

Ifølge Region Midtjyllands Procespapir for anden generations sundhedsaftale, skal sundhedsaftalen bestå af to dokumenter; Et politisk og en sundhedsfaglig. Det udkast til sundhedsaftale, som er sendt i høring, indeholder nærmere 3 aftaler og ikke 2: En politisk, en administrativ og en sundhedsfaglig. Horsens Kommune mener bilagsmaterialet er meget omfangsrigt, og må kunne reduceres. Eventuelt vil det være hensigtsmæssigt at flytte en del af bilagsmaterialet fra den "administrative aftale" til den sundhedsfaglige aftale (ikke pixiudgaven).

Det er vigtigt at Sundhedsaftalen opbygges så det virker logisk og overskueligt for det sundhedsfaglige og administrative personale, som skal bruge aftalen. Aftalens opbygning bør ligeledes understøtte sammenhængende forløb, for eksempel bør afsnit om hjælpemidler og genoptræning ligge i forlængelse af afsnit om udskrivelse.

Horsens Kommune takker for en relativ veltilrettelagt proces som har fungeret bedre end ved 1. generation af Sundhedsaftaler. Vi ser frem til at der i processen for udarbejdelse af 3. generation bliver taget ved lære af nogle af udfordringerne i 2. generations processen. Fx at der i planlægningen bliver taget højde for, og sat tid af til, den kommunalpolitiske proces, samt at alle afsnit er udarbejdet inden aftalen sendes i høring (her tænkes på demens afsnit og aftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse).

1.1 Mål og værdier

Vedrørende værdier er Horsens Kommune af den holdning at Sundhedsaftalen bliver mere sammenhængende hvis et sæt af værdier gælder for hele aftalen. Det synes meget lidt sammenhængende, at hver enkelt temagruppe har udarbejdet værdier specifikt gældende for deres delaftaler. De værdier der er fastsat i den politiske aftale: Samarbejde; Handlekraft; Resultater; Tillid og Dynamik (side 4) bør anvendes i såvel den politiske, som den sundhedsfaglige del af aftalen.

På møde i KOSU den 27. januar 2010 blev formuleret fælles mål og værdier for kommunerne og Region Midtjylland for indsatsen på sundhedsområdet:

- Tilfredse borgere/borgeren i centrum
- Bedringer af sundhedstilstanden
- Effektiviseringer af økonomien
- Et sammenhængende sundhedsvæsen (klar arbejdsdeling)
- Sammenhængende patientforløb.

Horsens Kommune mener at disse overordnede mål og værdier bør indarbejdes i Sundhedsaftalens indledende afsnit som supplement til, eller som erstatning for, værdierne.

Horsens Kommune mener ikke at de værdier som temagrupperne har brugt tid på at formulere bør indgå i Sundhedsaftalen i deres nuværende form. Se henvisninger til delaftalernes værdiafsnit i herunder:

Værdier fastsat i delaftaler (Generel Politisk Sundhedsaftale)

- Side 17: Værdier der danner grundlag for det gode træningsforløb.
- Side 18: Værdier for at sikre det gode samarbejde om hjælpemidler og behandlingsredskaber.
- Side 23: Værdier for samarbejdet i politisk aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom.
- Side 31: Værdier til sikring af det gode samarbejde om indlæggelse og udskrivelse.

Værdier fastsat i delaftaler (Generel Sundhedsfaglig Sundhedsaftale)

- Side 3: Værdier for det gode indlæggelsesforløb.
- Side 8: Værdier for det gode udskrivningsforløb.
- Side 22: Værdier for det gode træningsforløb.
- Side 40: Andre værdier i sundhedssamarbejdet i Region Midtjylland (psykisk sygdom).
- Side 52: Gentagelse af værdier fra side 40.

1.2 Forløbsprogrammer

Horsens Kommune kan bakke op bag udvikling af to forløbsprogrammer i aftaleperioden. Horsens Kommune tager dog forbehold for implementering af dele af forløbsprogrammerne der medfører medudgifter for kommunen. Forbeholdet gælder indtil der fra centralt hold er tilført midler til finansiering deraf.

Der gives information om forløbsprogrammer adskillige steder i Sundhedsaftalen, det virker usammenhængende. Det vil gavne Sundhedsaftalen med et afsnit som samler fakta vedr. forløbsprogrammer: Hvilke programmer findes, et link til dem, hvor langt de er i implementeringen og hvilke planer der er for forløbsprogrammer i aftaleperioden.

Henvi sning til tekst om forløbsprogrammer som eventuelt kan skrives sammen i et afsnit (ikke udtømmende):

(Den politiske aftale)

- Side 21: Afsnit 3.4 Udviklingsområder: Forløbsprogrammer, f. eks. depression
- Side 23: Øvrige aftaler/indsatsområder: Forløbsprogram for depression
- Side 54: øverste to afsnit
- Side 67: Forløbsprogram for depression

(Den sundhedsfaglige aftale)

- Side 16: Afsnit 7. Forløbsprogrammer for patienter m. kronisk sygdom
- Side 29: Forløbsprogrammer..
- Side 38 anden nederste afsnit: Forløbsprogrammer..

1.3 Elektronisk kommunikation (MedCom)

Det er en del af Sundhedsaftalens vision om sammenhængende forløb, at alle forløb understøttes fuldt ud af elektronisk kommunikation (MedCom), samt at der er flere direkte henvisningsmuligheder sektorerne imellem. Derfor synes det at være rimeligt at forudsætte i Sundhedsaftalen, at den elektroniske kommunikation (MedCom) fungerer. Horsens Kommune kan i tråd dermed kun imødekomme de i Sundhedsaftalens fastsatte varslingsfrister/kommunal forberedelsestid under forudsætning af at den elektroniske kommunikation (MedCom) kommer til at fungerer.¹

Jf. KOSUs kommunalpolitiske pejlemærker bør der arbejdes hen imod, at den elektroniske kommunikation mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren på det somatiske område skal være implementeret teknisk og organisatorisk senest med udgangen af sundhedsaftaleperioden.

Horsens Kommune ønsker, at Region Midtjylland i Sundhedsaftalen formulerer et afsnit om, at regionen er forpligtet til at samarbejde med kommunerne om, at lave bindende aftale med almen praksis om brugen af elektronisk kommunikation.

1.4 Praksis rolle i Sundhedsaftalen

Side 54: Horsens Kommune bakker op bag kronikerkompasset og den positive effekt det kan have i indsatsen for patienter med kronisk sygdom.

Horsens Kommune mener generelt at der bør være mere fokus på almen praksis' rolle i Sundhedsaftalen, vi ser gerne at det i sundhedsaftalen sikres, at de praktiserende læger kan indgå i mere forpligtende samarbejde. Se bemærkning vedrørende bindende aftale med almen praksis om brugen af elektronisk kommunikation (MedCom).

1.5 Definitioner

¹ Se eksempelvis tekst vedrørende information og kommunikation ved iværksættelse af ambulant genoptræning, sid 25. Kommunen skal kontakte patienten senest 3 hverdage efter, at genoptræningsplanen er modtaget, se også kommunale forberedelsestider ved udskrivelsesforløb side 11-15.

For at gøre aftalen mere anvendelsesorienteret, bør overvejes at lave en side med definitioner. Der dukker definitioner op overalt i aftalen, nogle gentages flere steder, men mangles andre steder. At samle dem et sted vil være hensigtsmæssigt.

Liste over definitioner som kan samles et sted (listen er ikke udtømmende):

- Færdigbehandlet patient (politiske del side 34 + sundhedsfaglig del side 8)
- Færdigbehandlet psykiatrisk patient (sundhedsfaglig del side 48 og 62)
- U hensigtsmæssig indlæggelse (sundhedsfaglig del side 3 + side 31)
- Utilsigtet hændelse (sundhedsfaglig del side 24)
- Åben indlæggelse (sundhedsfaglig del side 6)
- Kommunal forberedelsestid (politiske del side 11 + sundhedsfaglig del side 9 og 10)
- Sundhedsfremme (sundhedsfaglig del side 36)
- Ventetid (sundhedsfaglig del side 28).

2. Generel Politisk Sundhedsaftale

2.1 Politisk aftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb

Side 10: Et af målene lyder: "95 % af patienter og pårørende oplever sig inddraget ved indlæggelsen". Det er ikke sikkert at alle pårørende ønsker at opleve sig inddraget. Venligst slet pårørende fra målet.

Side 10: Målet "95 % af alle udskrivinger, hvor hjemmeplejen skal inddrages, er påbegyndt ved indlæggelsen", foreslås omformuleret til "alle udskrivinger..."

Side 10: "Målet "95 % af de regninger kommunerne modtager på færdigbehandlede patienter skal være korrekte", foreslås omformuleret til "alle de regninger..."

Side 11: Afsnit 3.2.1 Kommunal forberedelsestid erstatter begrebet varslingsfrister.

Horsens Kommune er af den holdning at der med fordel kan ske nytænkning vedrørende den terminologi der anvendes omkring udskrivningsforløb: Dato for færdigbehandling og dato for udskrivning.

Den nytænkning Horsens Kommune appellerer til, er at hospitalerne varsler dato for færdigbehandlet og ikke dato for udskrivelse. Dette vil minimere forløb, hvor færdigbehandlede borgere venter på udskrivelse. Systemet med registrering af både færdigbehandlings- og udskrivelsesdato er unødvendigt komplekst, og vi ser intet tabt ved at afskaffe varsling af udskrivelsesdato og udelukkende tale om færdigbehandlet.

På side 9 i den sundhedsfaglige del af sundhedsaftalen tages en masse forbehold. De fleste grunder i den komplicerende relation mellem dato for færdigbehandling og dato for udskrivning. Det bør kunne stå klart hvad aftalen er, uden forbehold.

Side 11: Alle akutte indlæggelser skal foregå via de akutte modtageafdelinger. 65 % af disse indlæggelser forventes udskrevet inden for 24 timer.

Side 11 (og 34): "Etablering af et akut beredskab med let og entydig adgang til en sygeplejerske både dag, aften og nat"

Horsens Kommune håber på at der bliver foretaget en nærmere konsekvensanalyse af hvad den korte indlæggelsestid kommer til at betyde for den kommunale opgaveportefølje, størrelsesmæssigt såvel som økonomisk. Samlet set betyder udviklingen opgaveoverdragelse til kommunerne, idet der bliver behov for flere akutpladser/korttidspladser i kommunalt regi, og samtidig sker en stigning i efterspørgslen på pleje- og sygeplejeydelser.

Horsens Kommune forventer dialog med Region Midtjylland og Regionshospitalet Horsens om i fællesskab at finansiere denne opgave, eventuelt via et §239 samarbejde.

Ifølge KOSUs papir om kommunale pejlemærker i sundhedsaftalen, ønsker KOSU, at regionen gør større brug af Sundhedslovens § 239. Af loven fremgår at regionerne har mulighed for at indgå aftale med kommunalbestyrelsen om betaling for opgaver, der henvises til at blive løst i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse. En sådan aftale kan også være til gavn for hospitalet, som derved kan få førstetret til kommunale sengepladser, og dermed lettere ved at planlægge belægning af egne sengepladser.

2.2 Politisk aftale om børn, unge og gravide

Side 13: Fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsats, som sikrer: Færre gravide rygere og deres familier.

Horsens Kommune kan tilslutte sig formuleringen, idet vi dog må gøre opmærksom på, at kommunen reelt ikke har mulighed for at lave ret meget konkret forebyggelse.

Side 14: Sammenhængende indsats for social lighed i sundhed.

Horsens Kommune mangler en præcisering af, hvad man forstår ved "socialt udsatte" og "sårbare grupper". Ydermere mangler der konkrete handleforslag til, hvordan man ønsker den sociale ulighed mindsket. Der savnes også en præcisering af, hvem der er ansvarlig for at udarbejde den aftale, hvor arbejdsdelingen mellem kommuner og regioner beskrives.

Side 14: Samarbejde om familieambulatorium.

Horsens Kommune mener det vil være hensigtsmæssigt at præcisere, hvem der formulerer aftale til sikring af samarbejdet mellem region, kommune og almen praksis om familieambulatoriet.

2.3 Politisk aftale om træningsområdet

Horsens Kommune bakker op bag delaftalen.

2.4 Politisk aftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler

Side 19: Vedrørende initiativpligten.

Horsens Kommune mener det er fint med en grundlæggende holdning om at borgerne ikke skal komme i klemme mellem to sektorer. I praksis kan det dog vise sig, at kommunerne via initiativpligten kommer til at stille flere hjælpemidler til rådighed. Dette fordi kommunerne via ældreplejen er tættest på borger, i de tilfælde hvor hospitalet ikke lever op til sine forpligtelser. Horsens Kommune mener at udviklingen udlån af hjælpemidler på baggrund af initiativpligten bør observeres, således at der kan ske handling i forhold til en eventuel uplanlagt opgaveglidning.

2.5 Politisk aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Side 21: Udviklingsområder.

Vedrørende forløbsprogrammer se venligst høringssvarets afsnit 1.2.

Side 21: Den ældre medicinske patient.

Horsens Kommune er af den holdning af den ældre medicinske patient bør prioriteres som udviklingsområde. Jf. pejlemærke nr. 4. fra KOSUs papir om

kommunalpolitiske pejlemærker i sundhedsaftale er en prioritering af forløbsprogram for den ældre medicinske patient.

Side 21: Udviklingsområder, Det Regionale Råd

Horsens Kommune mener det bør genovervejes hvorvidt der er behov for et Regionalt Råd for Sundhedsfremme og Forebyggelse. Hvis det nedsættes bør der udarbejdes klart kommissorium for rådet, således at det konkrete behov for rådet er belyst.

2.6 Politisk aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom

Horsens Kommune mener at der er behov for dialog om manglende sammenhæng på det psykiatriske område. Et stort pres på Region Midtjylland giver øget pres på kommunerne. Region Midtjylland har ventetid, og kommunerne har behov for udredning af borgere og opkvalificering af det kommunale samarbejde. Dialogen og samarbejdet omkring det psykiatriske område foreslås styrket på flere fronter, for eksempel via:

- At Region Midtjylland laver et fremskudt team
- Udarbejdelse af fælles løsninger i en regional/kommunal arbejdsgruppe
- Støtte og initiativ fra Region Midtjylland til styrkelse af kommunernes samarbejde omkring den kommunale opgaveløsning på psykiatriområdet.
Hvordan kan kommunerne i fællesskab kvalificere opgaveløsningen?

Side 22: Formål og målsætninger.

Horsens Kommune foreslår, i tråd med KOSUs kommunalpolitiske pejlemærker fra 2. januar, at der i formål og målsætninger for børnepsykiatriområdet indarbejdes et direkte fokus på at sikre en hurtigere diagnosticering af børn og unge. Vi mener ikke at målsætningerne om øget kontakt mellem kommuner og almen praksis inden henvisning, og et fald i antal afviste henvisninger, er tilstrækkeligt til at sikre fokus på hurtigere diagnosticering.

Side 22: Målet på psykiatriområdet er bl.a.: Fald i antal af afviste ansøgninger til børne- og ungdomspsykiatrisk behandling.

Horsens Kommune savner et måltal. Seneste opgørelse fra Den Administrative Styregruppe (DAS) viste at cirka halvdelen af ansøgningerne blev tilbagevist. Det betyder at kommunerne skal lave dobbeltarbejde - opgaveglidning til PPR.

Side 22: Målet på voksenpsykiatri er bl.a.: Reduktion af akutte indlæggelser, der sker i weekender og mellem kl. 16. og 08 på hverdage.

Horsens Kommune savner et måltal - fra hvilket antal og til hvilket antal?
Horsens Kommune foreslår at der tales om eventuelt måltal i forbindelse med den lokale aftale.

Ovenstående mål om reduktion af akutte indlæggelser betyder behov for en større social indsats. Sammenholdt med varslede nedskæringer og lukninger på det behandlingspsykiatriske og distriktskykiatriske område, mener Horsens Kommune der er tale om en opgaveglidning der bør følges nøje. Der bør udarbejdes konsekvensberegninger af denne bevægelse fra det regionalt finansierede område til det kommunalt finansierede område. I forhold til kortere indlæggelser ser Horsens Kommune også potentiale for opgaveglidning og konsekvenser for den kommunale økonomi. Kortere indlæggelser kan betyde hyppigere indlæggelser, hvorfor medfinansieringstaxameteret starter forfra ved hver ny indlæggelse. Områderne foreslås fulgt nøje.

Side 22: "Operationalisering og opfølgning af de udpegede målsætninger beskrives nærmere i opfølgningsafsnittet"

Hvilket opfølgningsafsnit? Der bedes skrives et opfølgningsafsnit, eller sætningen bedes taget bort. Desuden finder Horsens Kommune det uhensigtsmæssigt, at der i det politiske dokument henvises til et dokument som er ekskl. den politiske aftale.

Side 22-23: Horsens Kommune finder, at punkt 3. om Øvrige aftaler / indsatsområder bør suppleres med:

- Sundhedsaftale vedr. patienter med misbrug og psykisk sygdom (dobbeltdiagnose)
- Sundhedsaftale vedr. børn af forældre med psykisk sygdom
- Sundhedsaftale vedr. traumatiserede flygtninge
- Sundhedsaftale vedr. retspsykiatriske patienter.

Side 23: Horsens Kommune mener at forløbsprogram for depression skal tages væk fra afsnittet om øvrige aftaler/indsatsområder indtil Sundhedsstyrelsen har sagt god derfor.

Side 23. I afsnittet om værdier for samarbejdet står at det er en forudsætning, at mennesker med psykisk sygdom giver sit samtykke til den ønskede udveksling. Det er ikke korrekt. Ifølge Retsplejeloven § 115 er det tilladt i PSP samarbejdet (Politi, Sociale myndigheder og Behandlingspsykiatrien) at udveksle oplysninger uden samtykke.

Horsens Kommune forventer at der udarbejdes aftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse vedrørende indsatsen for mennesker med psykisk sygdom, og ser frem til at få aftalen til høring efter sommerferien 2010.

Horsens Kommune ønsker indsat en formulering om, at vi forventer at kunne få borgerne indlagt til psykiatrisk behandling når der er behov derfor.

Horsens Kommune appellerer til at aftale om demente snarest indgår i Sundhedsaftalen, for at sikre at demente modtager lægelig udredning.

2.7 Politisk aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser

Side 25: Målet er at etablere et tværsektorielt netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange.

Horsens Kommune ønsker at det vurderes hvorvidt netværket skal være på klynge- eller på regionsniveau. Hvis et lokalt klynge netværk egner sig bedst til at registrere de utilsigtede hændelser der forekommer i sektorovergange lokalt, analysere dem, videndele og følge op sammen med de relevante aktører, vil det være at foretrække frem for et netværk på regionsniveau. Eventuelt en årlig læringsdag vedrørende utilsigtede hændelser på regionsniveau er mere egnet end et netværk på regionsniveau.

Side 25: Operationalisering og opfølgning af de udpegede målsætninger.

Horsens Kommune er af den holdning, lig KL i deres høringssvar til Sundhedsstyrelsen vedr. bekendtgørelse og vejledning om utilsigtede hændelser, at overensstemmelse mellem det faglige indhold og de økonomiske rammer af afgørende for vores engagement. Derfor kan Horsens Kommune ikke forpligte sig til udpegning af risikomanager indtil økonomien bag lovgivningen er klarlagt.

2.8 Politisk aftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer

Horsens Kommune er meget tilfreds med at der udarbejdes delaftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse og ser frem til at modtage den i høring.

Horsens Kommune appellerer til at delaftalen indeholder klare varslingsfrister i forhold til større kapacitetsændringer, frister som gør sig gældende lige me-

get hvilken sektor ændringerne sker i. Horsens Kommune ser også gerne at delaftalen opmuntrer samarbejdspartnere på tværs af sektorerne til at involvere hinanden allerede i planlægningsfasen, således at større ændringer drøftes igennem på tværs inden de besluttet.

KOSU besluttede den 27. januar som et af de kommunalpolitiske pejlemærker i sundhedsaftalen, at kommunerne skal arbejde hen imod 25 % indflydelse på aktivitetsniveau og kapacitetsplanlægning, fordi kommunerne har 25 % af det økonomiske ansvar. Også derfor vil Horsens Kommune appellere til, at kommunerne involveres tidligt i planlægning af kapacitet og aktivitetsniveau.

I tråd med de kommunalpolitiske pejlemærker fra KOSU ønsker Horsens Kommune at der udarbejdes økonomiske og eventuelt sundhedsmæssige vurderinger af de største beslutninger i regionen, der har tværsektoriel virkning – f. eks. omlægning af behandlingsforløb for store patientgrupper.

2.9 Politisk aftale om økonomi og opfølgning

Horsens Kommune bakker op bag delaftalen om økonomi og opfølgning.

2.10 Yderligere aftaleområder

Horsens Kommune bakker op bag afsnittet yderligere aftaleområder. Vedrørende "Det gode elektroniske patientforløb" se vores kommentarer under generelle bemærkninger om elektronisk kommunikation (MedCom) og Almen praksis rolle i Sundhedsaftalen.

3. Administrativ aftale (bilagssektion)

3.1 Administrativ aftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb

Side 33: Fælles regional og tværsektoriel aftale for patienter med kommunikations-vanskeligheder.

Horsens Kommune vurderer at målsætningen om "at personale der kender patienten kan følge med på hospitalet" er for ambitiøs. Det vil kræve tilførsel af ressourcer til ældreområdet, hvilket ikke er sandsynligt på nuværende tidspunkt. Målsætningen bedes omformuleres til et realistisk niveau.

Side 34: Afsnit om Sundhedsberedskabsplan – og masseudskrivninger ved katastrofe.

Horsens Kommune mener det er unødvendigt at have et afsnit om Sundhedsberedskabsplan i Sundhedsaftalen og foreslår, at afsnittet slettes.

3.2 Administrativ aftale om børn, unge og gravide

Side 40: Aftale om samarbejde vedr. familieambulatorium

Horsens Kommune mener at Sundhedsaftalen bør være meget konkret på "hvem gør hvad". Derfor bør stå hvem der er ansvarlig for, at der udarbejdes en aftale, som beskriver arbejdsgange og opgave- og ansvarsfordelingen i samarbejdet.

Horsens Kommune mangler en aftale om at blive orienteret såfremt et barn overflyttes til børneafdeling. Sundhedsplejersken kan bruge meget tid på at opspore hvor barn og familie er henne. Vi håber Region Midtjylland vil stå i spidsen for at der bliver formuleret og implementeret sådan aftale.

3.3 Administrativ aftale om træningsområdet

Side 44: Afsnittet om planlægning og kapacitet

Horsens Kommune mener at delaftalen vedr. kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer gælder på tværs af de andre afsnit. Således bør afsnittet på side 44 om planlægning og kapacitet flyttes til delaftalen om samme emne.

3.4 Administrativ aftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler

Side 47-48: Horsens Kommune bakker op bag orienteringsforpligtelse ved væsentlige ændringer i kapacitetsbehov. Aftalen ønskes udbygget med en nøjagtig varslingsfrist. Se også bemærkninger i afsnittet vedrørende kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer.

3.5 Administrativ aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser

Side 68: Procedurer for rapportering af utilsigtede hændelser i sektorovergange.

Horsens Kommune er af den holdning, lig KL i deres høringssvar til Sundhedsstyrelsen vedr. bekendtgørelse og vejledning om utilsigtede hændelser, at overensstemmelse mellem det faglige indhold og de økonomiske rammer af afgørende for vores engagement. Dvs. indtil økonomien bag risikomanagerrollen er klarlagt, ønsker Horsens Kommune ikke at forpligte sig.

3.6 Administrativ aftale om økonomi og opfølgning

Side 77: Afsnit 2. Gensidig orientering om nye tiltag.

Horsens Kommune mener at afsnittets indhold med fordel kan flyttes til delaf-talen om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse. Det samme behøver ikke stå flere steder i Sundhedsaftalen.

4. Generel sundhedsfaglig sundhedsaftale

4.1 Aftale om indlæggelse og udskrivningsforløb

Side 3: "Vi vil sikre *god* kommunikation og koordinering mellem de involvere-de parter."

Horsens Kommune mener at formuleringen *god* er upræcis. Hvad er *god* kommunikation og koordinering? *God* ses gerne erstattet med entydig og fyl-destgørende kommunikation og rettidig koordinering.

Side 15 øverst: Kommunal forberedelsestid: Besked hurtigst muligt og senest 5 *kalenderdage* før udskrivelse.

Horsens Kommune kan ikke godkende sætningen hvis der står *kalenderdage*, vi foreslår i stedet, at der står *hverdage*. Se også forudsætning vedrørende MedCom under generelle bemærkninger om elektronisk kommunikation.

4.2 Aftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer

Horsens Kommune ser frem til at modtage aftalen i høring, se i øvrigt kom-mentarer vedrørende den politiske aftale.

4.3 Aftale om Sundhedsfremme og forebyggelse

Horsens Kommune bakker op bag indholdet i aftalen, se i øvrigt kommentarer vedrørende den politiske aftale.

4.4 Aftale om mennesker med psykisk sygdom

Den sundhedsfaglige del af psykiatri er ikke særlig præcis i formuleringen, Horsens Kommune anerkender at det var et nødvendigt kompromis i tema-gruppen. Horsens Kommune ser frem til i samarbejdet omkring den lokale af-tale omkring psykisk sygdom, at indføre stringens i forhold til opgave- og an-svarsfordeling.

Side 59 – 61: I den lokale aftale mellem Horsens Kommune og Region Midt-jylland bør præciseres at det er kommunal sagsbehandler fra Myndighedsaf-delingen der deltager ved udskrivning.

Side 62: Sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten.

Horsens Kommune ønsker en definition af "administrative opgaver" sat ind i definitionsafsnittet.

4.5 Aftale om børn, unge og gravide

Side 18: 2. Afsnit vedr. udskrivning af mor (far) og barn

Horsens Kommune foreslår fjernet, at jordemor skal tilbyde ambulante fødende besøg i hjemmet to gange, 1 gang bør være tilstrækkeligt. Derefter tager sundhedsplejersken jo over.

Side 18: Fødestedet er ansvarlig for den nyfødte og moderen indtil 5-7 dage efter fødslen eller indtil den kommunale sundhedspleje har taget over.

Horsens Kommune ønsker sætningen ændret til "ansvaret består i at familien kan kontakte fødestedet i den periode og om nødvendigt blive tilset på fødestedet".

Begrundelsen er at et ansvar for et barn og mor kan ikke i alle tilfælde varetages ved at familien ringer til fødestedet. Hvis der fx er tvivl om barnet får nok at spise, kan dette ikke vurderes telefonisk, man er nødt til at se og veje barnet.

Side 18-19: I aftalen står "sundhedsplejen besøger" der skal stå "tilbyder besøg". Sundhedspleje er et tilbud og skal afstemmes med familiens behov. Det er korrekt at der skal være mulighed for at få et besøg indenfor 1 uge efter udskrivelsen.

Side 20: Afsnittet under indlæggelse – kommunen. Om hvad besøg på neonatalafdelingen skal indeholde.

Horsens Kommune forslår at det skrives ind, at der skal være personale fra afdelingen med, så sundhedsplejersken kan få faglig information om barnets forløb og status.

Side 21: I afsnit om Hjemme (efter udskrivelse) – kommunen

Vedrørende fælles besøg af kontaktsygeplejerske og sundhedsplejerske efter udskrivelsen. Horsens Kommune vurderer ikke forslaget for realistisk og heller ikke altid i familiens interesse. Det anses heller ikke for realistisk at sundhedsplejersken skal deltage i besøg i pædiatrisk ambulatorium. Det kan være en god idé i nogle tilfælde, men i mange tilfælde vil det være "over-omsorg" og ikke til gavn for familien.

Horsens Kommune foreslår at de to underafsnit vedr. fælles besøg og besøg i pædiatrisk ambulatorium slettes fra aftalen.

4.6 Aftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler

Side 33: "Kommunal forberedelsestid ved hjælpemidler efter udskrivelse fra hospital."

Horsens Kommune ønsker skrevet at patient, hospital og kommune bør være på forkant med at *aftale* hvilke hjælpemidler der skal ud i hjemmet. Det er ikke nok at der er dialog.

4.7 Aftale om genoptræning

Side 22: "Vi vil sikre *god* kommunikation og koordinering mellem de involverede parter." Hvad er *god* kommunikation og koordinering? Upræcis formulering. Kan eventuelt erstattes med entydig og fyldestgørende kommunikation og rettidig koordinering.

Side 23 øverste afsnit: "Genoptræningsplanerne skal være udfyldt *fyldestgørende*, således at det tydeligt fremgår, hvorfor der er tale om specialiseret eller almindelig ambulat genoptræning." Teksten siger for lidt. Det skal klart fremstå hvorfor der er behov for enten specialiseret eller ambulat genoptræning. Derudover ønskes udspecificeret hvordan genoptræningsplanerne bliver udfyldt *fyldestgørende*: Det bør tydeligt fremgå af genoptræningsplanerne hvad genoptræningen skal rette sig imod; hvilket genoptræningsbehov har borgeren/hvad er målet med træningen?

4.8 Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse

Aftalen bakkes op af Horsens Kommune.

4.9 Aftale om opfølgning på rapportering af utilsigtede hændelser

Side 76: Der afventes udmøntning af loven – herunder tilførsel af de nødvendige ressourcer. KL har afgivet høringssvar om denne problemstilling. Derfor vil Horsens Kommune først kunne tiltræde aftalen helt, når vi har fået midler til risikomanager.

Dato: 21.5 2010
Reference: Pia Moldt
Direkte telefon: 89596201
E-mail: pm@norddjurs.dk
Journalnr.: 08/19191

Norddjurs Kommunes hørings svar vedrørende den generelle politiske sundhedsaftale

Høringsudkast til den generelle politiske sundhedsaftale for Region Midtjylland er politiske behandlet i Norddjurs Kommune. På den baggrund fremsendes hermed hørings svar.

Norddjurs Kommune vurderer, at udkastet til den generelle politiske sundhedsaftale er overskueligt opbygget og danner et godt grundlag for at sikre sammenhæng og koordinering af de patientforløb, der går på tværs af kommuner og region, herunder hospitaler og praksisområdet. Norddjurs Kommune kan som udgangspunkt tilslutte sig de opstillede visioner og målsætninger i udkastet til den generelle politiske sundhedsaftale.

Norddjurs Kommune foreslår, at der endvidere udarbejdes mål i forhold til følgende områder:

- ”Fra høringspart til samarbejdspart”: Der er et ønske om, at kommunerne inddrages fra start i regionernes planlægning af kapacitet, specialer og ændringer. Herunder at der foretages sundhedskonsekvensvurderinger ved større ændringer i regionen, som har økonomisk betydning for kommunen.
- Tættere og mere forpligtende samarbejde med almen praksis, eksempelvis styrke henvisning til kommunale tilbud.
- I afsnittet vedrørende kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse skal det sikres, at der udover rammeaftalen vedrørende opgaveoverdragelse også beskrives, at der er et ønske om at bruge § 239 mere aktivt.

- Det er vigtigt, at der i sundhedsaftalen skabes sikkerhed for, at kommunerne modtager en økonomisk kompensation i forbindelse med evt. opgaveoverdragelser fra regionen, og at nye sundhedstiltag ikke medfører en yderligere belastning af kommunernes økonomi.
- I aftalen om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse er det vigtigt at have stor fokus på punkt 3.4, da området fortsat bør udvikles i et samarbejde mellem parterne. Det er vigtigt, at udviklingsintentionerne formaliseres f.eks. ved oprettelse af det Regionale Råd for Sundhedsfremme og Forebyggelse.
- Det opfordres til, at der i aftalen om indlæggelse og udskrivning indskrives mål vedr. kommunernes adgang til specialister. Dette i sammenhæng med udviklingen i retning af kortere indlæggelser mm.

Venlig hilsen

Peter Hjulmand

Kultur- og udviklingsdirektør

Norddjurs Kommunes høringssvar vedrørende den administrative sundhedsaftale

Forvaltningen har følgende bemærkninger til det administrative udkast:

- Det fremgår, at arbejdet omkring tidlig opsporing, rekruttering og fastholdelse fortsat skal kvalificeres. Dette arbejde bør konkretiseres og systematiseres: Hvorledes sikres disse meget tre væsentlige indsatsområder på tværs af kommuner og region? Hvilke aktører udover almen praksis – i henholdsvis region og kommune er vigtige at inddrage i dette arbejde? Hvilke konkrete indsatser skal de enkelte aktører udføre? Hvordan evalueres indsatserne?
- Afsnit vedrørende kvalitetssikring, udvikling og forskning. Det fremgår, at samarbejdet mellem og fælles temadage for kommuner og region skal sikre en fælles forståelse for bl.a. effektive metoder på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. I denne forbindelse nævnes oplæg ved fagpersoner fra hospitaler, hvortil der bør tilføjes fagpersoner fra kom-

munerne. Kommunerne har oparbejdet stor erfaring og viden om sundhedsfremme og forebyggelsesområdet, herunder forudsætninger for patienternes tilbagevenden til et hverdagsliv.

Venlig hilsen

Pia Moldt

Sundhedschef

HØRINGSSVAR



Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg
Att. Regionalt sundhedssamarbejde
Mail: Rs-samarbejde@rm.dk

Den 25. maj 2010

Århus Kommune
Magistratsafdelingen for
Sundhed og Omsorg

Høringssvar på udkast til generel sundhedsaftale 2011

Århus Kommune har modtaget udkast til generel sundhedsaftale i høring.

Århus Kommune anerkender det store arbejde, der er gennemført med udarbejdelsen af den generelle sundhedsaftale indenfor en kort tidsramme.

Overordnet set fungerer det godt, at den generelle sundhedsaftale er to-delt henholdsvis med en politisk sundhedsaftale og en sundhedsfaglig sundhedsaftale. Det er positivt, at der er opsat politiske mål og succeskriterier.

Den politiske aftale er dog meget lang og med mange bilag. Den bør afkortes til de kerneområder, der har politisk indhold og interesse.

Århus Kommune har udarbejdet første del af høringssvaret i samarbejde med Randers Kommune. Den sidste halvdel omfatter Århus Kommunes egne, mere konkrete høringssvar.

Fælles høringssvar fra Randers og Århus Kommune

Såvel Region Midtjylland som kommunerne i regionen står overfor betydelige effektiviseringskrav og kommunerne i regionen med en 0-vækst udfordring i de kommende år. Samtidigt stiger antallet af kronisk syge, ligesom den demografiske udvikling også betyder et stigende pres på sundhedsydelserne.

Rådhuset
Rådhuspladsen 2
8000 Århus C

Sagsnr. M3/2009/01711-009
Journalnr. 00.15.00A00

Telefon 8940 2000
Fax 8940 6670

E-post
www.aarhuskommune.dk

Formålene med at indgå sundhedsaftaler er bl.a. at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen samt at etablere en klar arbejdsdeling på de sundhedsområder, hvor der er et delt ansvar mellem region og kommune.

Randers og Århus Kommuner vurderer det positivt, at der nu udarbejdes et særskilt afsnit med en konkret samarbejdsmodel for "fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse".

Randers og Århus Kommune mener dog, at udkast til generel sundhedsaftale mangler nogle grundlæggende elementer for at kunne efterleve disse overordnede formål.

Et af dem er det fælles ansvar, som region og kommuner har, for at udvikle det nære sundhedsvæsen.

Udviklingen i hospitalssektoren kan med andre ord ikke anskues adskilt fra udviklingen i primær sektor (kommuner og almen praksis).

De tre parter skal have et fælles fokus om det samlede patientforløb. Det gælder både på det somatiske og det psykiatriske område.

Udvikling af det nære sundhedsvæsen – en fælles opgave

Specialiseringen i hospitalssektoren med kortere indlæggelser og mere ambulant behandling nødvendiggør en udbygning af sundhedstilbud i primærsektoren.

Kommunerne kan gøre en forskel – især i forhold til de ældre borgere, der indlægges akut på de medicinske afdelinger. Kommunerne kan – i samarbejde med almen praksis og hospitalerne – gennem en tidlig indsats bidrage til at reducere forbruget af ydelser på hospitalerne. Det vil være godt for borgerne og godt for samfundsøkonomien.

Udvikling af det nære sundhedsvæsen kan f.eks. være *udbygningen af samarbejdet med det geriatriske område*.

Styrken ved det geriatriske speciale er, at der tænkes i rehabilitering af borgeren fra første dag.

Flere kommuner i Region Midt har i regi af den første sundhedsaftale arbejdet målrettet med udvikling af sundhedstilbud til kronisk syge. Den fælleskommunale erfaring er, at det er muligt at tilbyde sundhedstilbud til målgruppen med højt fagligt indhold og i tæt samarbejde med almen praksis og hospitaler. Der arbejdes p.t. på implementering af fælles forløbsprogrammer for diabetes, kol og hjerte-karområdet.

Kommunernes erfaring er dog, at rekruttering af borgere til de nye sundhedstilbud er en udfordring, som bedst løses i et endnu tættere samarbejde mellem de tre parter.

Randers og Århus Kommune foreslår derfor, at der *opstilles fælles målsætninger foren gradvis øgning af andelen af kronisk syge, der henvises til kommunale sundhedstilbud.*

Randers og Århus Kommune har sammen med andre storbykommuner (København, Ålborg og Odense) samarbejdet om beskrivelse af væsentlige områder og strategier, som vurderes at kunne resultere i kompenserende besparelser eller rationaliseringer, hvis incitamentsstrukturen styrkes. Med høringssvaret er vedlagt bilag med eksempler.

For at fremme det nødvendige udviklingsarbejde og mulighederne for at opnå kompenserende besparelser *anbefaler Randers og Århus Kommune, at Region Midt afsætter en større udviklingspulje med det formål at understøtte udvalgte, tværsektorielle udviklingstiltag, der understøtter udviklingen af de nære sundhedstilbud. Efterfølgende anbefales det, at der aftales en finansieringsmodel til finansiering af fælles tilbud (jf. §239).*

Århus Kommunes høringssvar

Fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse – en nødvendighed

Århus Kommune deltager i arbejdet i projektet "fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse". Desværre er arbejdet ikke afsluttet, og indgår dermed heller ikke i høringmaterialet.

For Århus Kommune er resultaterne af dette arbejde af afgørende betydning. Det er nødvendigt for at sikre sammenhængende patientforløb, og for at sikre godt arbejdsmiljø for det kommunale sundhedspersonale, at opgaverne overdrages på planlagt vis.

Århus Kommune kunne ønske sig, at samarbejdsmodellen for opgaveoverdragelse overføres, så den også anvendes indenfor det psykiatriske område. Problemstillingerne på somatik området og psykiatri området ligner på mange måder hinanden.

Behandling i borgers eget hjem

Flere og flere behandlingsopgaver flyttes ud i borgerens eget hjem. Med medicinsk teknologi kan borgeren selv medvirke til behandlingen eller kommunens hjemmepleje inddrages i opgaven.

Det kommunale sundhedspersonale får brug for lettere adgang til hospitalernes specialister for at kunne løfte opgaverne (hot-line). Det gælder f.eks. i samarbejdet med geriatrisk afdeling og samarbejdet omkring borgeren med psykiatrisk lidelse.

Århus Kommune ønsker, at ovenstående muligheder for adgang til hospitalernes specialister indgår i forhandlingerne om den bilaterale sundhedsaftale.

Samarbejde om Medico-teknik + velfærdsteknologi

Udkast til generel sundhedsaftale omhandler stort set ikke det medico-tekniske område – eller velfærdsteknologien, som det oftest benævnes i kommunal sammenhæng.

Århus Kommune mener, der ligger et stort potentiale i at udbygge samarbejdet på dette felt. Århus Kommune, Sundhed og Omsorg, har etableret et velfærdsteknologisk kontor, som bl.a. skal fremme brugen af velfærdsteknologi i hjemme(syge-)plejen og i plejeboligerne.

Århus Kommune vil gerne invitere Region Midtjylland til samarbejde på dette område. Mulighederne er mange. En mulighed er f.eks. at udvikle et virtuelt sundhedshus, hvor hospitaler, almen praksis og kommune sammen kan afprøve forskellige teknologiske muligheder for behandling i eget hjem.

Rehabilitering

Århus Kommune ønsker at anerkende det samarbejde, der er med Region Midtjylland i Rehabiliteringsparken Marselisborg Centret.

Århus Kommune ser store muligheder i udviklingen af Marselisborg Centret; bl.a. med udvikling af nye rehabiliteringstilbud til nye borgergrupper.

Udviklingen af de nye tilbud sker bl.a. via samarbejdet med regionen om forløbsprogrammer for udvalgte kronikergrupper.

Århus Kommune finder det positivt, at hospitaler, almen praksis og kommuner kan samarbejde om forløbsprogrammer på kronikerområdet.

Århus Kommune anbefaler, at de kommende emner bliver: muskelskelet (som er i gang), kræftområdet (når kræftpakke 3 er klar) og "den ældre medicinske patient".

Århus Kommune – generelle bemærkninger til den sundhedsfaglige sundhedsaftale

Den sundhedsfaglige sundhedsaftale skal på mange områder strammes op i teksten, så den bliver kortere og mere håndgribelig - målrettet det sundhedsfaglige personale, der skal arbejde med den i hverdagen. Det betyder, at teksten skal formuleres mere i procedurer og på instruksniveau.

De mange links til hjemmesider m.m. er vanskelige at overskue for sundhedsfagligt personale, der ikke står ved en PC arbejdsplads dagligt.

Den sundhedsfaglige sundhedsaftale

I afsnittet om ***indlæggelse og udskrivelse*** er der mulighed for fortolkninger af teksten, hvilket er meget uheldigt. Det gælder særligt i afsnittet om udskrivelse og beskrivelse af de kommunale forberedelsestider.

De forskellige typer af udskrivelser er meget svære at skelne fra hinanden. For at øge overskueligheden, kan det anbefales at slå nogle af grupperne sammen og at samle alle typerne i ét skema, med angivelse af alle de handlinger, der hører til.

Der bør være en afklaring af hvilke afdelinger, der er "akutmodtageenheder". Århus Kommune mener ikke, at begrebet "akutmodtageenheder" tolkes ens på alle hospitalsenheder i regionen.

Der henvises i afsnittet til arbejdsgrupper, der er nedsat f.eks. i forhold til det palliative område, demens, senhjerneskeade m.m. Teksten bør fjernes i den sundhedsfaglige sundhedsaftale, da det sundhedsfaglige personale ikke skal forholde sig til det før, det bliver en konkret samarbejdsaftale.

Afsnittet om ***mennesker med sindslidelse*** omfatter kun et lille uklart afsnit om det ambulante område. Århus Kommune mener, at

denne del af aftalen bør udbygges i forhold til lokalpsykiatrisamarbejdet, og ser frem til en nærmere drøftelse heraf i forbindelse med forhandlingen af den bilaterale sundhedsaftale.

Med venlig hilsen

Dorthe Laustsen
Sundhed og omsorgsrådmand

Hosea Dutschke
Direktør

Bilag:

2 kommunale indsatser, der kan forebygge forbruget af regionale sundhedsydelser

Nedenfor gives to konkrete eksempler på kommunale indsatser og fremtidige brændpunkter, som vil forebygge forbrug af regionale sundhedsydelser.

Eksempel 1: Omsorgshoteller i Århus Kommune

Målgruppe og indsats

Den ældre medicinske patient, der har haft et kortvarigt indlæggelsesforløb, og hvor der p.g.a. de accelererede patientforløb har været kort tid til observation og vurdering af borgerens funktionsevne og efterfølgende behov. I Århus Kommune er der for de 65 + årige ca. 7.000 akutte indlæggelser på medicinske afdelinger på sygehusene i Århus. Ca. 2.500 af disse bliver udskrevet samme dag eller dagen efter. Dvs. de er indlagt under 1 dag.

Specialiseringen på hospitalerne øger desuden udfordringen med ældre borgere med en kompleks situation f.eks. med flere diagnoser.

Omfang (hvor mange borgere, hvor længe, hvor ofte)

Det er vurderet, at der er brug for ca. 100 omsorgshotelpladser, fordelt på 2 matrikler. Ophold på omsorgshotel forventes maksimalt at vare 5 uger. Det betyder, at der årligt kan visiteres omkring 1.040 borgere hvert år.

Det vurderes på baggrund af erfaringerne fra de eksisterende korttidspladser, at omkring halvdelen vil være borgere der kommer fra eget hjem og den anden halvdel vil være borgere der udskrives fra hospital.

Resultater af indsatsen

Det forventes, at flere borgere – efter ophold på omsorgshotellet – vil kunne udskrives til eget hjem frem for f.eks. kommunal plejebolig. Endvidere vil opholdet på omsorgshotellet mindske risikoen for at borgerne bliver indlagt og/eller genindlagt på hospitalet.

Kommunens udgifter til indsatsen (anlæg og driftsudgifter)

Indsatsen stiller dog særlige krav til indretningen af omsorgshotellerne, udover hvad der forefindes i de eksisterende korttidspladser, bl.a. skal der være egnede træningsfaciliteter. I driftsbudgettet skal der ske en opprioritering af de sygeplejefaglige ressourcer og en styrket indsats på det rehabiliteringsmæssige område. Endelig skal der være et udbygget samarbejde med geriatrisk speciallæge og/eller adgang til geriatrisk specialistviden.

Til etablering af første etape af omsorgshotellerne i Århus (ca. 66 pladser) er det skønnet, at der er brug for tilførsel på 5 mio. kr. i yderligere årlige driftsudgifter i forhold til de eksisterende korttidspladser. Dvs. at en udbygning til ca. 100 pladser vil betyde yderligere årlige driftsudgifter på 7-8 mio. kr.

Skøn over regionens besparelser

Ved etableringen af kommunale omsorgshoteller forventes der både at ske en reduktion/udskydelse af nye indlæggelser på medicinske afdeling og at man vil kunne undgå unødige genindlæggelser. I 2009 var ca. 1.000 af de 7.000 indlæggelser på medicinske afdelinger en "for-nyet indlæggelse indenfor 30 dage". Man kan ikke sige, hvor mange af disse der var unødige, man ved f.eks. ikke, om det er samme sygdomsforløb man bliver genindlagt for.

Den samlede DRG-værdi for disse 7.000 akutte indlæggelser for de 65 + årige er knap 270 mio. kr. Dvs. at hvis det samfundsøkonomisk skal løbe rundt og dække kommunens yderligere driftsudgifter på de 7-8 mio. kr. skal der ske en reduktion på 3 % i de regionale udgifter. Det-

te vil svare til at antallet af indlæggelser skal falde fra de nuværende 7.000 til 6.800 om året.

En afgørende forudsætning for at man kan opnå den samfundsøkonomiske besparelse er, at der ikke kommer nye patienter i sengene. Dvs. at det er afgørende, at hospitalet reducerer deres aktivitet svarende til reducerede aktiviteter som følge af det kommunale omsorgshotel. En måde at gøre dette på, er at udnytte § 239 og derved få hospitalet/regionen til at betale for aktiviteten i kommunerne. Problemstillingen kunne evt. inddrages som et element i sundhedsaftalen.

Eksempel 2: Rehabilitering af kronisk syge

På baggrund af erfaringer fra Københavns kommune er der beregnet, hvad effekten af indsatsen vil være i forhold til en rehabiliteringsindsats svarende til den indsats der ydes i Sundhedscenter Århus, hvor der er ca. 300 forløb pr. år. Her er det antaget, at for 5 rehabiliteringsforløb på KOL, hjerte og diabetesområdet spares fire indlæggelser.

Det er vurderet, at hvert rehabiliteringsforløb koster kommunen omkring 15.000 kr. Det antages, at man sparer 4 indlæggelser for hver 5 rehabiliteringsforløb, dvs. at man i gennemsnit sparer 4.000 kr. pr. forløb i medfinansiering. Det antages endvidere, at hver borger som ikke indlægges har behov for hjemmehjælp til en værdi á 500 kr. pr. dag. Hver indlæggelse antages at vare 6 dage. Således får kommunen for hver indlæggelse der undgås en ekstraudgift til hjemmehjælp på $6 \times 500 \text{ kr.} = 3.000 \text{ kr.}$ Når der spares 4 indlæggelser for hver 5 forløb vil gennemsnitsudgiften til hjemmehjælp være på 2.400 kr. ($3.000 \text{ kr.} \cdot 80\%$).

Således er den kommunale nettoudgift pr. forløb $15.000 + 2.400 - 4.000 = 13.400 \text{ kr.}$

Skøn over regionens besparelser ved indsatsen

For fem rehabiliteringsforløb antages det, at der forebygges fire hospitalsindlæggelser á 25.000 kr. Omkostningen for hospitalet for en indlæggelse er således $25.000 \text{ kr.} - 5.000 \text{ kr.}$ (medfinansiering) = 20.000kr. Fire sparede indlæggelser giver en besparelse på 80.000 kr. for regionen. Således giver et rehabiliteringsforløb regionen en besparelse på 80.000: $5 = 16.000 \text{ kr.}$

Århus Kommune tager også afsæt i evaluering af rehabiliteringsforløb på Hillerød Hospital også vurdering de faldende udgifter på andre områder bl.a. i ambulatorier, til almene praktiserende læger og til et fald i medicinforbrug. Her var samlet besparelser på omkring 1.500 kr. pr. forløb.

Samfundsmæssigt vil en øget rehabiliteringsindsats overfor kroniske patienter betyde en gevinst på over 3.000 kr. pr. forløb. Men igen er den afgørende forudsætning for denne besparelse, at der ikke kommer nye patienter i sengene. Dvs. det er afgørende at regionen reducere aktiviteten som følge af den øgede indsats på rehabiliteringsområdet.

Høringssvar



Region Midtjylland

Regionalt Sundhedssamarbejde

RS-samarbejde@rm.dk

20. maj 2010

Hørings svar vedr. Generel Politisk Sundhedsaftale for 2011-2014

Ikast-Brande Kommune har den 13-04-2010 modtaget høringsudkastet til den generelle sundhedsaftale 2011-2014 og har indgående drøftet udkastet.

Udkastet til Sundhedsaftalen er et flot oplæg, der fremstår mere tydeligt end den foregående og kan tjene som et godt redskab for det fremtidige samarbejde mellem kommuner, region og praksissektoren. Nedenfor påpeges de områder, hvor Ikast-Brande Kommune ser betydelige problematikker.

Aftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer indgår ikke i høringsudkastet. Ikast-Brande Kommune har fået oplyst, at et udkast vil foreligge i juni måned, og vil understrege at indholdet af denne aftale er afgørende for vurderingen af den samlede sundhedsaftale. Det er afgørende at der med aftalen sikres kommunerne rettidig inddragelse i kapacitetsændringer og aktivitetsniveau, der har direkte eller afledte økonomiske konsekvenser for kommunernes økonomi.

I forhold til større omlægninger i regionen, der vil have tværsektoriel virkning, bør udarbejdes økonomiske og sundhedsmæssige vurderinger forud for beslutningen. Det bør være en præmis, at udvidelse af kommunens driftsopgaver som følge af en eventuel opgaveoverdragelse ledsages af en tilstrækkelig økonomisk ramme for de nye opgaver.

Endvidere bør der arbejdes hen i mod større brug af § 239, hvoraf det fremgår at der kan indgås aftale med kommunen om betaling for opgaver, der henvises til at blive løst i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse.

Aftale om indlæggelse og udskrivning

Ikast-Brande Kommune er enige med målsætningen om, at færdigbehandlede patienter ikke er indlagt. Der bør i aftalen om indlæggelse og udskrivning tilsvarende indgå en målsætning om, at borgere med behov

Sundheds- og Omsorgs-
område
Centerparken 1
7330 Brande
Tlf.: 9960 4000
Fax: 9960 3169
E-mail:
sikri@ikast-brande.dk

Sagsbehandler:
Sidse Kristensen
Direkte telefon:
9960 3104
Sags ID:
2009/79157



for behandling kan blive indlagt. Dette er særligt relevant på det psykiatriske område.

Det er i aftalen anført som succeskriterium, at 95 % af de regninger, kommunerne modtager for færdigbehandlede patienter, er korrekte. Dette ambitionsniveau er ikke højt nok.

Det fremgår som politisk målsætning, at undgå uhensigtsmæssige genindlæggelser og finde alternativer hertil. Begrebet uhensigtsmæssige indlæggelser bør defineres i aftalen og ikke blot i bilaget. Her defineres uhensigtsmæssige indlæggelser når en patient bliver indlagt på sygehuset akut fordi der ikke er tilbud i den kommunale sektor om en relevant indsats, eller at der mangler mulighed for en vurdering af speciallæge uden indlæggelse. Ikast-Brande Kommune finder det væsentligt at understrege, at selvom indlæggelsen kan være uhensigtsmæssigt i sygehusystemet, kan indlæggelsen for den enkelte borger stadig være hensigtsmæssig.

Aftalen lægger op til at alle akutte indlæggelser foregår via akutmodtagelsen, og at 65 % af disse indlæggelser forventes udskrevet indenfor 24 timer. Dette giver en stor udfordring for kommunerne og der bør arbejdes på fælles løsninger f.eks. i form af at sikre kommunerne adgang til specialiseret lægefaglig rådgivning fra hospitalerne.

Endvidere lægges i aftalen op til øget fokus på udvalgte patientgrupper - patienter i palliativ behandling, patienter med senhjerneskade og patienter med kroniske sygdomme. Til denne liste kan med fordel tilføjes ældre medicinske patienter samt udsatte borgere.

Aftale om træningsområdet

Det er positivt, at der i aftalen om træningsområdet er konkrete målsætninger for udviklingen på træningsområdet. Dog savner Ikast-Brande Kommune en klart frist for, hvornår hospitalerne skal udsende genoptræningsplan til kommunerne. Det bør fremgå af aftalen, at en eventuel genoptræningsplan sendes til kommunerne når borgeren udskrives fra hospitalet.

Endvidere bør der i aftalen skitseres en klar proces for, hvordan man håndterer processen hvis genoptræningsplaner ikke er fyldestgørende beskrevet eller hvis kommunen stiller spørgsmålstegn ved rimeligheden af den specialiserede genoptræning.

Aftale om hjælpemidler og behandlingsredskaber

I aftalen om hjælpemidler og behandlingsredskaber er det anført, at gråzoner, der ikke er tydelige i afklaringskatalog og gældende lovgivning afklares på klynge niveau. Ikast-Brande Kommune henstiller til, at en sådan



yderligere afklaring sker i den bilaterale aftale, således at alle kommunens borgere stilles ens, uanset hvilket hospital de behandles på, og således, at den enkelte kommune kan fastholde eget serviceniveau.

I aftalen er der uklarheder vedrørende hospicehjælpemidler. Det bør i aftalen forudsættes, at hospice råder over de fornødne hjælpemidler til den palliative indsats.

Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse

Det er positivt, at aftalen om sundhedsfremme og forebyggelse giver større klarhed end tidligere og præciserer de forskellige sektors ansvarsmåder. I forbindelse med forløbsprogrammerne må det pointeres, at økonomien fortsat er uafklaret. Der er afsat puljemidler til implementering af tre forløbsprogrammer til og med 2012, men eventuelt nye driftsopgaver i kommunerne som følge af forløbsprogrammerne må ses under hensyntagen til økonomien.

Endvidere bør det indgå som mål, at de praktiserende læger indgår i et mere forpligtende samarbejde, herunder at der henvises til de kommunale tilbud. Det foreslås, at det Regionale Råd for Sundhedsfremme og Forebyggelse, som endnu ikke er sat i værk, afskaffes, og at samarbejdet i stedet fortsætter i de eksisterende fora.

Aftale om registrering af utilsigtede hændelser

Indgåelse af aftalen om registrering af utilsigtede hændelser må ske under forbehold for de endelige lovmæssige og økonomiske rammer.

Aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom

I aftalen om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom er det anført som mål, at der skal ske en reduktion af indlæggelser i tidsrummet 16-08 samt i weekender. Der kan sættes spørgsmålstejn ved det saglige i dette mål om, at indlæggelser kun kan ske inden for almindelig arbejdstid og hvilken effekt det vil have i de kommunale tilbud hvis en borger, der har behov for behandling, ikke kan blive indlagt. Det er væsentligt at understrege, at kommunen forventer at der ikke reduceres i regionens tilbud til borgere med psykisk sygdom, uden der er sket en afklaring af, hvad der træder i stedet. Af aftalen bør det klart fremgå, at borgere der har behov for behandling kan blive indlagt.

Aftale om økonomi og opfølgning

I aftalen om økonomi og opfølgning er konkrete aftaler om økonomien fraværende. Der bør som beskrevet tidligere i høringssvaret være fokus på retningslinjer for gensidig inddragelse i beslutninger, der får afledte økonomiske konsekvenser på tværs af sektorer. Økonomigruppen får med den nye sundhedsaftale en større rolle i forhold til tværgående økonomi



og opfølgning på de politiske mål. Dette er med til at gøre sundhedsaftalen til et mere anvendeligt arbejdsredskab.

Ikast-Brande Kommune ser frem til det fortsatte samarbejde med at gøre den nye sundhedsaftale endnu bedre. I forhold til de fremtidige bilaterale forhandlinger ønsker Ikast-Brande Kommune ud over ovenstående at have fokus på lægedækning i almen praksis i Ikast-Brande Kommune, lokale akutordninger samt den palliative indsats.

Med venlig hilsen

Carsten Kissmeyer
Borgmester

Henning Hansen
Kommunaldirektør

HØRINGSSVAR

25. maj 2010

Til KKR ved Jonna Holm Pedersen

SUNDHED

Nygade 16, 7620 Lemvig

T: 96 63 12 00

F: 96 63 12 36

E: sundhed@lemvig.dk

J cpr-nr.

Hørings svar vedrørende Den generelle politiske sundhedsaftale fra Lemvig Kommune

Social- og Sundhedsudvalget har på sit møde den 25. maj 2010 drøftet den generelle politiske sundhedsaftale. Udvalget finder, at det er godt, at aftalen er opdelt i en politisk og sundhedsfaglig del.

I forhold til indholdet knyttede udvalget følgende bemærkninger:

Indholdet kunne optimeres i det øjeblik, at beskrivelsen om øget social lighed i sundhed også omfatter fokus på behov for målgrupper med særlige behov.

Inden for indlæggelse – og udskrivningsforløbene finder udvalget det anvendte ordvalg om uhensigtsmæssige indlæggelser uheldigt, idet alle borgere har retten til at blive indlagt efter en konkret lægelig vurdering.

I forhold til tidligere drøftelser bør udvalgte patientgrupper også omfatte ældre medicinske patienter og sårbare grupper.

Vedrørende udskrivelse er det ikke ambitiøst nok for kommunen, at 95 % af de tilsendte regninger er korrekte. Ambitionen må være 100 % - vel vidende, at der kan være enkelte fejl.

I forhold til træningsområdet hilser udvalget det med tilfredshed, at genoptræningsplanerne skal være fyldestgørende udfyldt, men at der bør være mere ambitiøse mål i forhold til timingen af genoptræningsplanerne, så kommunen har disse planer senest dagen efter patienten er udskrevet.

I forhold til indsatsen for mennesker med psykisk sygdom bør ambitionerne optimeres i forhold til borgernes adgang til ydelser inden for behandling og mulighed for indlæggelse.

Den manglende beskrivelse vedrørende kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer findes særdeles kritisabel. Det er netop i dette felt, at samarbejdet mellem sektorerne skal højnes betydeligt, så der kan tages højde for ændringer i rutiner og økonomiske konsekvenser.

Social- og Sundhedsudvalget ser frem til at drøfte det endelige udkast til den politiske sundhedsaftale og specielt aftalen, der vedrører arbejdet, der skal forhindre opgaveglidning – og med fokus på en velforberedt opgaveoverdragelse, hvor det findes givtigt.

Med venlig hilsen

Orla Østerby
Formand for Social- og sundhedsudvalget

57





Sundhedskoordinationsudvalget
Region Midtjylland

e-mail: RS-samarbejde@rm.dk

Byrådservice

Rådhusgade 3

8300 Odder

Tlf. 8780 3333

www.odder.dk

Høringssvar fra Odder kommune vedr. den generelle sundhedsaftale for 2011-2014

21-05-2010

Sags Id. 727-2009-6400

Odder Kommune (OK) vil gerne kvittere for det store arbejde, der er lagt i udarbejdelse af den foreliggende sundhedsaftale. Samtidig er kommunen begejstret for ideen om at opdele aftalen i en politisk del og en sundhedsfaglig del. OK ser frem til et fortsat konstruktivt samarbejde mellem aftalens parter – kommuner, region og almen praksis – i den kommende implementeringsfase.

Sagsbeh.

Malene Herbsleb

Tlf. 51386162

malene.herbsleb@odder.dk

Dok id. 727-2010-59951

Overordnede kommentarer

OK har nærlæst aftalen og har på den baggrund dels nogle overordnede betragtninger og dels konkrete kommentarer til udvalgte afsnit.

Side 1/4

For det første finder OK i overensstemmelse med Horsens Klyngen det vigtigt, at aftalen er *fokuseret*, således at aftalen bliver realistisk at implementere inden for aftaleperioden. Det fordrer, at der er få, præcise og realistiske mål frem for mange diffuse hensigtserklæringer. Det fordrer også, at der er beskrevet klare tilhørende indsatses samt klare aftaler om, hvem der er ansvarlig for at implementere de enkelte dele af aftalen. Det er særligt vigtigt, at også almen praksis rolle fremgår tydeligt. På den måde sikres den bedste implementering af aftalen.

Odder kommune finder, at man i nogle afsnit er godt på vej med præcise mål mens klare mål og indsatses mangler i andre afsnit.

For det andet, er det ligeledes vigtigt, at den politiske del af aftalen er kortfattet. OK finder det i den sammenhæng ærgerligt, at der er vedhæftet ca. 60 siders bilag, der alene er møntet på den administrative håndtering af aftalen. OK finder, at de første 30 sider af aftalen bør kunne stå alene, når de sidenhen suppleres med den sundhedsfaglige del af aftalen. Samtidigt er det uhensigtsmæssigt, at der i dele af de vedhæftede bilag fremgår forpligtende initiativer, som ikke fremgår af den politiske del af aftalen. Endelig er der en del tekst i bilagsmaterialet, som er identisk med det, der står i den ordinære del af aftalen, ligesom meget af teksten i bilagsmaterialet er direkte møntet på det sundhedsfaglige personale og derfor bør kunne stå i den sundhedsfaglige aftale. Sidst men ikke mindst finder OK det uheldigt, at en lang række regionale initiativer beskrives i bilagsmaterialet (fx bilag 5), mens de tilsvarende kommunale initiativer ikke er nævnt. Det er med til at skævvride aftalen.

For det tredje finder OK det vigtigt, at aftalen afspejler den økonomiske virkelighed i såvel region som kommuner. Det er afgørende for indgåelse af aftalen, at der tages forbehold for de elementer, hvor eksempelvis den økonomiske ramme mellem kommuner og staten endnu ikke er på plads.

Afsnit 1: Indlæggelses- og udskrivningsforløb

OK vil gerne kvittere for, at afsnittet er blevet langt mere præcist og fokuseret end i den foregående aftale. Der indgår konkrete handlinger for indsatsen i 2011-2014, ex. afsnit 3.1. OK har dog enkelte ændringsforslag:

- 2.1: Der bør være et kort, indledende afsnit der forklarer, at det overordnede mål er, at alle indlæggelser er hensigtsmæssige. Odder kommune er imidlertid enige i, at selvom vi bestræber os på et mål på 100 % hensigtsmæssige indlæggelser, er et succeskriterium på 95 % mere realistisk, om end det stadig er højt sat
- 2.2: Vedr. færdigbehandlede: OK er enige i, at der ikke bør være færdigbehandlede patienter på hospitalerne, men også her kan det være hensigtsmæssigt at indføre et realistisk succeskriterium på mindre end 100 %
- 2.2: Det bør fremgå, at alle regninger, som kommunerne modtager, skal være korrekte.
- 3.2.2: Udskrivningsforløb via akutte modtageafdelinger fordrer ikke blot, at almen praksis har adgang til opfølgning efter indlæggelse fra modtageafdelingen – det samme behov er gældende for kommunerne. Det bør skrives ind i aftalen. Endvidere står der, at "kommunerne skal etablere et akutberedskab med let og entydig adgang til en sygeplejerske både dag, aften og nat". OK vil i den forbindelse påpege, at det til enhver tid er kommunerne, der finder ud af, hvilke faggrupper der skal være på vagt. I OK er der således ikke fast sygeplejerskevagt hele døgnet, hvis der ikke er planlagte sygeplejerskeopgaver. OK anmoder derfor om, at ordet "sygeplejerskevagt" slettes af afsnittet.

Afsnit 2: Børn, unge og gravide

OK savner, at afsnittet bliver kortere og mere præcist formuleret, og at der indføres konkrete mål og konkrete initiativer. De nuværende mål er meget overordnet beskrevet, og det fremgår ikke, hvad aftalens parter hver især skal initiere. OK har følgende ændringsforslag:

- 3.1: Afsnittet indeholder overordnede målsætninger frem for konkrete initiativer. Der kunne i stedet stå: "Procedure for udskrivelse i forbindelse med normale fødsel implementeres for at sikre sammenhæng og koordination i overgangen fra hospital til hjem og for at styrke familiedannelsen og barnets trivsel. Dette indebærer for de tre parter at: og her bør de konkrete tiltag fremgå.
- 3.2: samme problemstilling som i afsnit 3.1.
- 3.3, 3.4.1 og 3.4.2 og 4.2.: Afsnittene bør forkortes meget. Det er skrevet til fagfolk og ikke politikere. De bagvedliggende forklaringer for initiativerne kan med fordel udelades.

Afsnit 3: Træningsområdet

Afsnittet er konkret formuleret med anvisning af konkrete initiativer inden for aftaleperioden. I modsætning til de forrige aftaleområder indgår der en række værdier. Disse er relevante men kan udelades i den politiske aftale og indsættes i den sundhedsfaglige del. Pind 4 er en gentagelse af det foregående afsnit.

Afsnit 5: Sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Der er i afsnittet udvalgt særlige målsætninger fx i forhold til forbedring af folkesundheden via reduktion i andel af rygere til 20 %. Endvidere har man tydeligt prioriteret, hvilken indsats der har højeste prioritet, nemlig rygning. OK er overordnet meget enig i målsætningen, men det er vanskeligt at vurdere omfanget af den tilhørende indsats, når man ikke kender den faktiske andel af rygere anno 2010. Samtidig fremgår det ikke, hvem af aftalens parter (region, almen praksis, kommuner) der er ansvarlige for at finansiere og udmønte den tilhørende indsats.

Finansiering er også problematisk i forhold til implementering af forløbsprogrammerne. Odder Kommune gør opmærksom på, at der ikke er truffet varige aftaler vedr. finansiering af forløbsprogrammerne. Den nuværende statspulje gælder frem til 2012 og dækker alene udvikling af nye initiativer. Odder Kommune vil derfor tage forbehold for implementering af yderligere programmer, indtil der er indgået aftaler om finansiering.

Samtidig vil OK gøre opmærksom på, at kommunen overvejer at oprette tværdiagnostiske forløb, frem for diagnosespecifikke forløb. Dette sker for dels at kompensere for et lille befolkningsgrundlag og dels for at sikre kortest mulig ventetid, og dels fordi kommunen i stigende grad oplever, at borgere med kronisk sygdom har mere end én kronisk lidelse, og at der derfor er en række aspekter, der kan håndteres på tværs af diagnoser. Aftaleteksten bør afspejle, at der således kan være flere måder at løse opgaven på.

Endelig savner OK, at almen praksis' rolle i forhold til denne del af aftalen specificeres.

Afsnit 6: mennesker med psykisk sygdom

OK finder det væsentligt, at aftalen afspejler den økonomiske virkelighed i kommuner og regioner. Det kan således være vanskeligt at reducere antallet af akutte indlæggelser i weekend og aften/nat, hvis regionens lokal-psykiatriske indsats forsvinder eller reduceres kraftigt.

- 2.1: Det er anført som et mål, at der skal ske en reduktion i akutte indlæggelser, der sker i weekender og mellem kl. 16 og 08. OK finder, at det er et vanskeligt mål, da der ikke er anført alternativer til indlæggelse. Samtidig er det vigtigt at understrege, at kommunerne ikke kan varetage *behandling* af mennesker med psykisk sygdom.

Afsnit 8: Kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer

OK glæder sig til at modtage aftaleteksten og finder det ærgerligt, at den ikke foreligger som en del af høringsprocessen, da dette er en ~~60~~ordentligt vigtig del af aftalen.

Med venlig hilsen


Sanne Rubinke
Formand /


Jette Rud Knudsen
Socialdirektør

Høringssvar

Kommentarer til høringsudkast :

Generel Politisk Sundhedsaftale for Region Midtjylland

Overordnet forekommer udkastet velstruktureret, men dog præget af mange gentagelser og selvfølgeligheder.

Det er svært at være uenig i, at omstændigheder omkring indlæggelser og udskrivelser skal være så gode som mulige, sikre sammenhængende patientforløb, effektiv ressourcenyttelse, sikre sunde børn i sunde familier, undgå ulighed i sundhed osv.

Begreber som vision, mission, mål, ambition og værdier anvendes i stor stil - men kunne med fordel sammenkøbes til et koncentrat, idet der specielt heri indgår en stor grad af gentagelse.

Når sundhedsaftalen ses i lyset af aktuelle sparerunder på såvel kommunalt som regionalt niveau, bliver nogle mål/værdier/visioner noget "skønmaleriske" – idet det er svært at se, at det harmonerer med virkeligheden.

Overordnet skal vi sluttelig henlede opmærksomheden på at sundhedsloven beskriver at Almen praksis **ikke** er aftalepart i sundhedsaftalerne, idet overordnede og konkrete aftaler med almen praksis fortsat skal beskrives i såkaldte paragraf 2 aftaler og aftalerne indgås i det hertil nedsatte regionale udvalg : Samarbejdsudvalget for almen praksis.

Vi har følgende kommentarer til de enkelte afsnit:

Indledning side 4:

"Handlekraft

- Vi handler ud fra initiativpligten.....
- Med gensidig respekt...
- Med ansvarlighed, hvor vi ikke lover noget på den anden sektors vegne, men tager hensyn til regionens og den enkelte kommunes serviceniveau."

Her forventer vi naturligvis også indgår, at der ikke loves noget på vegne af almen praksis, som ikke er aftalt, og at man her også tager hensyn til muligheder/serviceniveau, som kan være forskellige afhængig af struktur, beliggenhed osv.

I afsnittet om **indlæggelses- og udskrivelsesforløb** er der valgt et succeskriterium på 95% for opfyldelse af målsætninger.

På trods af sundhedsstyrelsens definition af "den uhensigtsmæssige indlæggelse" forekommer det vanskeligt at opstille målemetoder, der er realistiske for % evaluering af indlæggelsers hensigtsmæssighed.

Derfor bliver udsagnet om 95% målopfyldelse ikke meningsfyldt.

En hensigtserklæring om at nedsætte antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser og tilstræbe at flere indlæggelser er forberedte af både læge og hjemmepleje, virker mere håndterlig.

Det må samtidig bemærkes, at hovedparten af indlæggelser, hvor hjemmeplejen medvirker, er medicinske indlæggelser af ældre medborgere. Hovedparten af disse indlæg-



gelses sker akut på nuværende tidspunkt; det er svært at forestille sig, at disse indlæggelser ikke fortsat forbliver akutte, og mulighederne for forberedelse af indlæggelserne er derfor minimale.

Pkt 2.2 Her er et af målene, at 95 % af patienterne er informeret om helbredstilstand og de forebyggelses-, behandlings- og plejetiltag, som vedkommende skal fortsætte med efter udskrivelsen.

Igen anvendes % mål, hvor det er uhensigtsmæssigt - det må da være hensigten, at alle patienter orienteres om deres behandling - og ikke kun 95 %.

I samme afsnit anføres, at 95% af regningerne skal være korrekte – igen et pragmatisk mål - målet er vel, at alle regninger er korrekte.

Pkt 3.2.2 Det er vigtigt at det her er pointeret, at der skal etableres akut sygeplejerskeberedskab i kommunerne hele døgnet - dette beredskab er imidlertid under aktuelle sparerunder udsat for et betydeligt pres og kan hermed formentlig ikke opretholdes i alle kommuner.

I bilag vedr. dette afsnit er et godt eksempel på selvfølgeligheder - i de opremsede punkter der alle starter med ”Vi vil..”. Dette burde kunne beskrives kortere, præcist og i mindre populistiske termer.

I samme bilag forekommer sætningen ”Vi vil inddrage patienten og de pårørende, hvis patienten ønsker det”. Denne sætning forekommer lidt mærkværdig; idet patienten altid inddrages i indlæggelsen – mens pårørende kun inddrages, hvis patienten ønsker det.

Samme bilag - Den overordnede mening med inddragelse af kommunale sygeplejemæssige overvejelser i forbindelse med hospitalsindlæggelser forekommer umiddelbart hensigtsmæssig. Det skal blot sikres, at den endelige afgørelse om hospitalsindlæggelse forbliver suverænt hos lægen, og at der specielt ikke for akutte indlæggelser etableres unødigt tidsrøvende konfereringsprocedurer.

Politisk aftale om børn og unge:

4.1 Det forudsættes, at fremtidige forældrevejledninger udarbejdes i fællesskab mellem kommuner, almen praksis og børneafdelinger.

4.2 Det er forventeligt, at en sundhedsplejersketelefon vil blive brugt, når den findes. Principielt foretrækker vi enstrengt visiteret adgang til akutte sundhedsydelser i vagttiden, idet borgerne herved har 1 adgang, hvorfra man viderevisiteres til relevante behov.

Politisk aftale om træningsområdet:

Igen er emnerne relevante, herunder hæfter vi os specielt ved fokus på elektronisk kommunikation. Kommunikationen omkring genoptræningsplaner forekommer aktuelt i vid udstrækning på papir, hvilket er uhensigtsmæssigt. Samtidig bør tilføjes, at der uafhængig af kommunikationsmåden kun bør udveksles nødvendig kommunikation – almen praksis har ikke behov for samme viden som kommuner/ hospitalsafdelinger, og det bør respekteres.

s.16. Det kunne være ønskeligt med servicemål på, hvor hurtigt kommunerne skal tilbyde genoptræning, idet en forudsætning for et godt resultat oftest er hurtig opstart af genoptræningen.

4. Igen sætningen: Patienten og de pårørende inddrages, hvis patienten ønsker det.

Politisk aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse:



Det er naturligvis relevant at have et mål om bedre folkesundhed og dermed også stigning i andel af borgere, der vurderer at have et godt helbred etc. - men hvorfra de procentvise ønskede forbedringer forekommer står hen i det uvisse.

Bilag: 3.3 Almen praksis er ansvarlig for tidlig opsporing

Hvis dette ansvar generelt set pålægges almen praksis, kræves der store ændringer i økonomi, aftaler/overenskomst for, at dette ansvar ikke kun vedrører de patienter, der henvender sig med et sundhedsproblem. Almen praksis har for nuværende ikke aftaler, der tilsiger eller honorerer proaktivitet i væsentligt omfang. (der henvises til overordnede betragtninger vedr aftaler)

Politisk aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom:

I afsnittet om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom omtales muligheden for opkvalificering af henvisningerne til Børne- og Ungdomspsykiatrien.

I den forbindelse nævnes en øget kontakt mellem kommunerne og almen praksis. Det er ikke realistisk at forestille sig, at almen praksis væsentligt kan bidrage til opkvalificering af de vurderinger, der er truffet hos psykologer og pædagoger i kommunerne, når det for eksempel drejer sig om behovet for at stille diagnoserne ADHD eller Aspergers Syndrom. Kompetencen til yderligere diagnostisk udredning vurderes her at ligge i psykiatrisk regi. Hvis der viser sig u håndterligt mange henvisninger til regionens instanser, bør dette imødegås med rådgivning direkte fra psykiatrien til det kommunale niveau.

Det forekommer naturligvis hensigtsmæssigt at undgå vagtarbejde, hvor det er muligt – omvendt er det iøjnefaldende, at man kun ønsker at undgå akutte psykiatriske indlæggelser i vagttid og ikke i hele døgnet. Det må som med øvrige indlæggelser være hensigtsmæssigt at søge at undgå akutte indlæggelser generelt.

I bilaget hertil afsnit 4.2.

Ud fra LEON-princippet er det hensigtsmæssigt at sikre flest mulige pt. behandlet i primærsektoren. Det er bemærkelsesværdigt, at der intet er beskrevet om, hvor/ hvordan praktiserende speciallæger i psykiatri inddrages, idet det vurderes at være hensigtsmæssigt mhp. effektiv ressourceudnyttelse samt mhp. sikring af speciallægevurdering/konference.

Politisk aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser:

Afsnittet om UTH – specielt bilag - forekommer unødigt bureaukratisk beskrevet.

Som et kuriosum kan endvidere nævnes, at der i udkastet findes formuleringen ”en utilsigtet hændelse begået” ordet begået er almindeligvis forbundet med skyld, og det ser således ud til, at også den regionale administration fortsat forbinder UTH med skyld.

Yderligere aftaleområder:

Side 29 - ”Det gode elektroniske patientforløb”. Det fremgår, at der foreligger en kommunal/regional plan for elektronisk kommunikation – den ønskes forelagt for praksisudvalget.

På praksisudvalgets vegne

Johannes Ravn Christensen og Bruno Melgaard Jensen



Kommentarer til høringsudkast :

Generel Sundhedsfaglig Sundhedsaftale for Region Midtjylland

Overordnet forekommer udkastet velstruktureret, men dog præget af mange gentagelser og selvfølgeligheder. Vi skal dog bifalde mange konkret beskrivelser om end antal og omfang heraf har et så stort omfang at der er risiko for at læsbarhed og anvendelighed påvirkes.

Vi vil også her henlede opmærksomheden på at sundhedsloven beskriver at Almen praksis **ikke** er aftalepart i sundhedsaftalerne, idet overordnede og konkrete aftaler med almen praksis fortsat skal beskrives i såkaldte paragraf 2 aftaler og aftalerne indgås i det hertil nedsatte regionale udvalg : Samarbejdsudvalget for almen praksis.

Vi henviser iøvrigt til kommentarer til generel sundhedspolitisk aftale, idet der jo naturligt er et stort sammenfald i indhold og beskrivelse.

Derfor kun et par konkrete kommentarer :

4. Indsatsområder for sundhedsfremme og forebyggelse

"ALMEN PRAKSIS' ANSVAR

- Sikrer tidlig opsporing og udredning af patientens behov for patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til risikofaktorer
- Sikrer sammenhæng for den enkelte patient i behandling og forebyggelsesindsatsen, både sygdomsspecifikt og tværgående
- Koordinerer indsatsen for patienter med særlige behov i tæt samarbejde med hospital og kommune
- Er tovholder for det samlede behandlingsforløb for patienter med kronisk og langvarig sygdom herunder psykisk sygdom "

Det må igen påpeges at der ikke foreligger aftaler med almen praksis som gør at ovenstående kan gennemføres for nuværende.

"10.2 Opgaver og opgavefordeling

Den praktiserende læge

- Den praktiserende læge forpligtiger sig ved sin henvisning til at deltage i mindst et samarbejds møde indenfor 1½ til 2 mdr. med kommunen og de regionale tilbud til traumatiserede flygtninge. Den praktiserende læge har ansvaret for evt. somatisk udredning og behandling af patienten. Herunder evt. ordination af medicin.
- Hvis henvisningen er ufuldstændig, fremsendes brev til praktiserende læge med henblik på yderligere oplysninger vedr. medicinering og tidligere udrednings- og behandlingsforløb.



- Ved henvisning anvendes den fælles henvisningsvejledning fra Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Århus og Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Holstebro (herefter blot klinikkerne).
- Praktiserende læge sender, med patientens samtykke, besked til kommunen om, at patienten er henvist til en af klinikkerne. Samtykkeerklæringen skrives ind i henvisningsvejledningen.

Ovenstående kræver en konkret paragraf 2 aftale med almen praksis.

På praksisudvalgets vegne

Bruno Melgaard Jensen



Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg
Att: Regionalt sundhedssamarbejde
Mail: RS-samarbejde@rm.dk

Laksetorvet
DK-8900 Randers C
Telefon 89 15 15 15
www.randers.dk

14. maj 2010

Høringssvar på udkast til generel sundhedsaftale 2011

Randers Kommune har modtaget udkast til generel sundhedsaftale i høring.

Randers Kommune ønsker indledningsvist at anerkende det store arbejde, der har været med at udarbejde den generelle sundhedsaftale.

Overordnet set fungerer det godt, at den generelle sundhedsaftale er todelt henholdsvis med en politisk sundhedsaftale og en sundhedsfaglig sundhedsaftale.

Randers Kommune finder det endvidere positivt, at der som noget nyt er opsat politiske mål, succeskriterier m.v. Den politiske aftale er dog meget lang og med mange bilag. Den bør afkortes til de kerneområder, der har politisk indhold og interesse.

Randers Kommune har udarbejdet første del af høringssvaret i samarbejde med Århus Kommune. Den sidste halvdel omfatter Randers Kommunes egne, mere konkrete høringssvar men indeholder også fælles elementer med svar fra Århus Kommune.

Fælles høringssvar fra Randers og Århus Kommune

Såvel Region Midtjylland som kommunerne i regionen står overfor betydelige effektiviseringskrav og kommunerne i regionen med en 0-vækst udfordring i de kommende år. Samtidigt stiger antallet af kronisk syge, ligesom den demografiske udvikling også betyder et stigende pres på sundhedsydelserne.

Formålene med at indgå sundhedsaftaler er bl.a. at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen samt at etablere en klar arbejdsdeling på de sundhedsområder, hvor der er et delt ansvar mellem region og kommune.

Randers og Århus Kommuner vurderer det som positivt, at der nu er lavet et særskilt kapitel om rammeaftale for opgaveglidning til opgaveoverdragelse.

Randers og Århus Kommuner finder dog samtidig, at udkast til generel sundhedsaftale mangler nogle grundlæggende elementer for at kunne efterleve disse overordnede formål.

Et af dem er det fælles ansvar, som region og kommuner har, for at udvikle det nære sundhedsvæsen.

Udviklingen i hospitalssektoren kan med andre ord ikke ansues adskilt fra udviklingen i primær sektor (kommuner og almen praksis). De tre parter skal have et fælles fokus om det samlede patientforløb.

Det gælder både på det somatiske og det psykiatriske område.

Udvikling af det nære sundhedsvæsen – en fælles opgave

Specialiseringen i hospitalssektoren med kortere indlæggelser og mere ambulante behandlinger nødvendiggør en udbygning af sundhedstilbud i primærsektoren.

Kommunerne kan gøre en forskel – især i forhold til de ældre borgere, der indlægges akut på de medicinske afdelinger. Kommunerne kan – i samarbejde med almen praksis og hospitalerne – gennem en tidlig indsats bidrage til at reducere forbruget af ydelser på hospitalerne. Det vil være godt for borgerne og godt for samfundsøkonomien.

Udvikling af det nære sundhedsvæsen kan f.eks. være *udbygningen af samarbejdet med det geriatriske område*.

Styrken ved det geriatriske speciale er, at der tænkes i rehabilitering af borgeren fra første dag.

Flere kommuner i Region Midt har i regi af den første sundhedsaftale arbejdet målrettet med udvikling af sundhedstilbud til kronisk syge.

Den fælleskommunale erfaring er, at det er muligt at tilbyde sundhedstilbud til målgruppen med højt fagligt indhold og i tæt samarbejde med almen praksis og hospitaler. Der arbejdes p.t. på implementering af fælles forløbsprogrammer for diabetes, KOL og hjerte-karområdet.

Kommunernes erfaring er dog, at rekruttering af borgere til de nye sundhedstilbud er en udfordring, som bedst løses i et endnu tættere samarbejde mellem de tre parter.

Randers og Århus Kommune foreslår derfor, at der *opstilles fælles målsætninger for en gradvis øgning af andelen af kronisk syge, der henvises til kommunale sundhedstilbud*.

Randers og Århus Kommune har sammen med andre storbykommuner (København, Esbjerg, Ålborg og Odense) samarbejdet om beskrivelse af væsentlige områder og strategier, som vurderes at kunne resultere i kompenserende besparelser eller rationaliseringer, hvis incitamentsstrukturen styrkes. Med høringsvaret er vedlagt bilag med eksempler.

For at fremme det nødvendige udviklingsarbejde og mulighederne for at opnå kompenserende besparelser *anbefaler Randers og Århus Kommune, at Region Midt afsætter en større udviklingspulje med det formål at understøtte udvalgte, tværsektorielle udviklingstiltag, der understøtter udviklingen af de nære sundhedstilbud. Efterfølgende anbefales det, at der aftales en finansieringsmodel til finansiering af fælles tilbud (jf. §239)*.

Randers Kommunes høringssvar.

Vedr. børn, unge og gravide.

Randers Kommune har ingen bemærkninger til den indholdsmæssige del, men finder at afsnittet sprogligt er lidt upræcist.

Vedr. sundhedsfremme og forebyggelse, patientrettet forebyggelse.

Randers Kommune finder, at det bør præciseres, at der skal arbejdes mere forpligtigende med henvisning til kommunale sundhedstilbud – jf. også ovenfor.

Randers Kommune finder det positivt, at der er i denne aftale specifikt er sat fokus på social lighed i sundhed.

Vedr. Psykiatri.

Randers Kommune mener, at den kommunale socialpsykiatri (bostøtten) med fordel kunne inddrages i etablering af en samarbejdsstruktur om arbejdsmarkedsindsatsen – jf. afsnit 4.3.

Vedr. Kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorerne.

Desværre er arbejdet ikke afsluttet, og indgår dermed heller ikke i høringsmaterialet. Randers Kommune ser frem til at se resultaterne af dette arbejde og vurderer, at det har en stor og afgørende betydning. Det er nødvendigt for at sikre sammenhængende patientforløb, og for at sikre godt arbejdsmiljø for det kommunale sundhedspersonale, at opgaverne overdrages på planlagt vis.

Randers Kommune kan pege på, at samarbejdsmodellen for opgaveoverdragelse med fordel kan overføres til også at gælde det psykiatriske område.

Generelt finder Randers Kommune det vigtigt, at kommunerne inddrages så tidligt som overhovedet muligt i regionens planlægning, således at region og kommune sammen ser på mulighederne for udvikling af et sammenhængende sundhedsvæsen, herunder det nære sundhedsvæsen.

Randers kommune står i allernærmeste fremtid overfor at skulle bygge et Tryghedshotel med 5 forebyggende pladser (forebyggende en hospitalindlæggelse). Randers Kommune kan konkret foreslå, at der indgås en §239 aftale herom.

Samarbejde om Medico-teknik + velfærdsteknologi

Udkast til generel sundhedsaftale omhandler stort set ikke det medico-tekniske område – eller velfærdsteknologien, som det oftest benævnes i kommunal sammenhæng. Randers Kommune vil gerne udbygge samarbejdet med regionen om dette. Det være sig i regi af det kommende sundhedscenter i Randers Kommune, hvor både kommune, region, privatpraksis og patientforeninger vil indgå – eller det være sig i regi af ældreområdet.

Rehabilitering

Randers Kommune finder det positivt, at hospitaler, almen praksis og kommuner kan samarbejde om forløbsprogrammer på kronikerområdet. Det bemærkes endvidere, at det vurderes vigtigt og positivt, at der i forbindelse med implementeringen igangsættes en fælles dataindsamling og monitorering af forløbsprogrammerne.

Randers kommune anbefaler, at de kommende emner bliver: muskel-skelet (som er i gang), kræftområdet (når kræftpakke 3 er klar) og "den ældre medicinske patient".

Bilag**2 kommunale indsatser, der kan forebygge forbruget af regionale sundhedsydelse**

Nedenfor gives to konkrete eksempler på kommunale indsatser og fremtidige brændpunkter, som vil forebygge forbrug af regionale sundhedsydelser.

Eksempel 1: Omsorgshoteller i Århus Kommune**Målgruppe og indsats**

Den ældre medicinske patient, der har haft et kortvarigt indlæggelsesforløb, og hvor der p.g.a. de accelererede patientforløb har været kort tid til observation og vurdering af borgerens funktionsevne og efterfølgende behov. I Århus Kommune er der for de 65 + årige ca. 7.000 akutte indlæggelser på medicinske afdelinger på sygehusene i Århus. Ca. 2.500 af disse bliver udskrevet samme dag eller dagen efter. Dvs. de er indlagt under 1 dag.

Specialiseringen på hospitalerne øger desuden udfordringen med ældre borgere med en kompleks situation f.eks. med flere diagnoser.

Omfang (hvor mange borgere, hvor længe, hvor ofte)

Det er vurderet, at der er brug for ca. 100 omsorgshotelpladser, fordelt på 2 matrikler. Ophold på omsorgshotel forventes maksimalt at vare 5 uger. Det betyder, at der årligt kan visiteres omkring 1.040 borgere hvert år.

Det vurderes på baggrund af erfaringerne fra de eksisterende korttidspladser, at omkring halvdelen vil være borgere der kommer fra eget hjem og den anden halvdel vil være borgere der udskrives fra hospital.

Resultater af indsatsen

Det forventes, at flere borgere – efter ophold på omsorgshotellet – vil kunne udskrives til eget hjem frem for f.eks. kommunal plejebolig. Endvidere vil opholdet på omsorgshotellet mindske risikoen for at borgerne bliver indlagt og/eller genindlagt på hospitalet.

Kommunens udgifter til indsatsen (anlæg og driftsudgifter)

Indsatsen stiller dog særlige krav til indretningen af omsorgshotellerne, udover hvad der forefindes i de eksisterende korttidspladser, bl.a. skal der være egnede træningsfaciliteter. I driftsbudgettet skal der ske en opprioritering af de sygeplejefaglige ressourcer og en styrket indsats på det rehabiliteringsmæssige område. Endelig skal der være et udbygget samarbejde med geriatrisk speciallæge og/eller adgang til geriatrisk speciallægeviden.

Til etablering af første etape af omsorgshotellerne i Århus (ca. 66 pladser) er det skønnet, at der er brug for tilførsel på 5 mio. kr. i yderligere årlige driftsudgifter i forhold til de eksisterende korttidspladser. Dvs. at en udbygning til ca. 100 pladser vil betyde yderligere årlige driftsudgifter på 7-8 mio. kr.

Skøn over regionens besparelser

Ved etableringen af kommunale omsorgshoteller forventes der både at ske en reduktion/udskydelse af nye indlæggelser på medicinske afdeling og at man vil kunne undgå unødige genindlæggelser. I 2009 var ca. 1.000 af de 7.000 indlæggelser på medicinske afdelinger en "fornyset indlæggelse indenfor 30 dage". Man kan ikke sige, hvor mange af disse der var unødige, man ved f.eks. ikke, om det er samme sygdomsforløb man bliver genindlagt for.

Den samlede DRG-værdi for disse 7.000 akutte indlæggelser for de 65 + årige er knap 270 mio. kr. Dvs. at hvis det samfundsøkonomisk skal løbe rundt og dække kommunens yderligere driftsudgifter på de 7-8 mio. kr. skal der ske en reduktion på 3 % i de regionale udgifter. Dette vil svare til at antallet af indlæggelser skal falde fra de nuværende 7.000 til 6.800 om året.

En afgørende forudsætning for at man kan opnå den samfundsøkonomiske besparelse er, at der ikke kommer nye patienter i sengene. Dvs. at det er afgørende, at hospitalet reducere deres aktivitet svarende til reducerede aktiviteter som følge af det kommunale omsorgshotel. En måde at gøre dette på, er at udnytte § 239 og derved få hospitalet/regionen til at betale for aktiviteten i kommunerne. Problemstillingen kunne evt. inddrages som et element i sundhedsaftalen.

Eksempel 2: Rehabilitering af kronisk syge

På baggrund af erfaringer fra Københavns kommune er der beregnet, hvad effekten af indsatsen vil være i forhold til en rehabiliteringsindsats svarende til den indsats der ydes i Sundhedscenter Århus, hvor der er ca. 300 forløb pr. år. Her er det antaget, at for 5 rehabiliteringsforløb på KOL, hjerte og diabetesområdet spares fire indlæggelser.

Det er vurderet, at hvert rehabiliteringsforløb koster kommunen omkring 15.000 kr. Det antages, at man sparer 4 indlæggelser for hver 5 rehabiliteringsforløb, dvs. at man i gennemsnit sparer 4.000 kr. pr. forløb i medfinansiering. Det antages endvidere, at hver borger som ikke indlægges har behov for hjemmehjælp til en værdi á 500 kr. pr. dag. Hver indlæggelse antages at vare 6 dage. Således får kommunen for hver indlæggelse der undgås en ekstraudgift til hjemmehjælp på $6 \times 500 \text{ kr.} = 3.000 \text{ kr.}$ Når der spares 4 indlæggelser for hver 5 forløb vil gennemsnitsudgiften til hjemmehjælp være på 2.400 kr. ($3.000 \text{ kr.} \cdot 80\%$).

Således er den kommunale nettoudgift pr. forløb $15.000 + 2.400 - 4.000 = 13.400 \text{ kr.}$

Skøn over regionens besparelser ved indsatsen

For fem rehabiliteringsforløb antages det, at der forebygges fire hospitalsindlæggelser á 25.000 kr. Omkostningen for hospitalet for en indlæggelse er således 25.000 kr. – 5.000 kr. (medfinansiering) = 20.000kr. Fire sparede indlæggelser giver en besparelse på 80.000 kr. for regionen. Således giver et rehabiliteringsforløb regionen en besparelse på $80.000 : 5 = 16.000 \text{ kr.}$

Århus Kommune tager også afsæt i evaluering af rehabiliteringsforløb på Hillerød Hospital også vurdering de faldende udgifter på andre områder bl.a. i ambulatorier, til almene praktiserende læger og til et fald i medicinforbrug. Her var samlet besparelser på omkring 1.500 kr. pr. forløb.

Samfundsmæssigt vil en øget rehabiliteringsindsats overfor kroniske patienter betyde en gevinst på over 3.000 kr. pr. forløb. Men igen er den afgørende forudsætning for denne besparelse, at der ikke kommer nye patienter i sengene. Dvs. det er afgørende at regionen reducere aktiviteten som følge af den øgede indsats på rehabiliteringsområdet.

Høringssvar til den generelle politiske sundhedsaftale fra Region Midtjylland

Dato 20-05-2010

Linda Kirkegaard

Tel. +45 8728 4673

Linda.Kirkegaard@stab.rm.dk

1-30-72-121-09

Regionsrådet har den 26. maj 2010 behandlet udkast til den generelle politiske sundhedsaftale. Aftalen er desuden drøftet i Forretningsudvalget og i de rådgivende udvalg vedr. hospitaler, primær sundhed og kommunesamarbejde samt psykiatri- og socialområdet. Nærværende høringssvar er udarbejdet på baggrund af disse drøftelser.

Side 1

Høringssvaret indgår i Sundhedskoordinationsudvalgets behandling af den generelle sundhedsaftale på mødet den 10. juni 2010.

Region Midtjylland vil gerne udtrykke stor ros til den høringsversion, der foreligger samt anerkende det store arbejde temagrupperne har leveret.

Regionen har følgende generelle bemærkninger til aftaleudkastet:

- De første 30 sider af aftalen bør kunne stå alene
- Der bør beskrives i indledningen til den politiske aftale, at sundhedsaftalen skal ses i sammenhæng med hele sundhedsområdet både i region og kommuner
- Visionerne bør gælde for det samlede sundhedsvæsen, herunder bør indskrives, hvordan sundhedsaftalerne indgår heri
- Det er regionens opfattelse, at begreberne mål, midler og succeskriterier bør anvendes mere præcist.
Eksempelvis:
 - Hvornår og hvordan skal patienter opleve sammenhængende forløb?
 - Der kan stilles spørgsmålstejn ved om visionen er mere middelorienteret end målorienteret
- Hensynet til social ulighed i sundhed bør stå mere klart i sundhedsaftalen – nogle borgere er ikke stærke nok til selv at bede om ydelser
- Regionen har et ønske om at sikre tilgængelighed til sundhedstilbud i hele regionen
- Det er vigtigt at gensidig kompetenceudvikling indgår i aftalen. Der bør f.eks. være fokus på fælles kompetenceudvikling på spe-

cialiserede områder mellem hospitalspersonale og kommunalt personale

- Sundhedsaftalen skal bidrage til at tydeliggøre, at patienten skal opleve en højere grad af integration mellem somatik og psykiatri
- Borgeroplevelsen bør være ét samlet sundhedsvæsen, således borgeren ikke mærker overgange mellem sektorer – almen praksis, hospital og kommune
- Regionen har et ønske om en mere tydelig markering af, at den generelle aftale gælder på det regionale niveau som et sæt fælles spilleregler. På klyngeniveau kan parterne afprøve udviklingstiltag mv. Der ønskes eksemplificering herpå i indledningen
- Det er vigtigt at nævne, hvordan implementering af aftalen sikres

I det efterfølgende er der en kort gennemgang af Region Midtjyllands bemærkninger til de enkelte kapitler.

Indlæggelse og udskrivelse

- En præcisering af, hvordan uhensigtsmæssige genindlæggelser defineres, bør indarbejdes i den politiske aftale
- Det er vigtigt, at den kommunale forberedelsestid med den nye sundhedsaftale bliver ens på tværs af regionen
- Der bør i regi af sundhedsaftalen arbejdes med at udvikle mulighederne for behandling i eget hjem
- Eksempler på gode initiativer i forbindelse med udskrivelsesforløb bør nævnes i den politiske aftale

Træning

- Det er ikke ambitiøst at have et mål om at ligge på landsgennemsnittet, idet landsgennemsnittet ikke nødvendigvis afspejler den rigtige fordeling mellem almindelig ambulant og specialiseret ambulant genoptræning
- Regionen foreslår, at man bør vurdere og sammenligne data fra Danmark med data fra andre nordiske lande

Behandlingsredskaber og hjælpemidler

- Det er vigtigt at sikre, at psykiatriske patienter med behov for somatiske behandlingsredskaber/hjælpemidler får disse. Dette fokusområde er vigtigt grundet denne patientgruppes personlige ressourcer

Sundhedsfremme og forebyggelse

- Regionen synes det er et fremskridt, at sundhedsaftalerne rummer konkrete målsætninger inden for selvvurderet helbred, rygning og fysisk aktivitet

Mennesker med psykisk sygdom

- Det er regionens opfattelse, at implementeringsdelen skal have øget fokus
- Mål skal være målbare samtidig med, at der skal være fokus på opfølgning af målene. Det er endvidere væsentligt, at opfølgningen skal ske på klyngeniveau
- Børn og unge

- Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) i kommunerne bør nævnes eksplicit i aftalen
- Voksen
 - Regionen mener, at der er behov for, at der sker en somatisk udredning af psykiatriske patienter – herunder kan fremhæves anbefaling i psykiatriplan om efteruddannelse af personale, således at de bliver klædt på til at spotte somatiske sygdomme hos denne patientgruppe

Utilsigtede hændelser

- Der bør ydes en indsats for at sikre, at personalet i kommuner, på hospitaler og i almen praksis føler sig trygge ved at indrapportere utilsigtede hændelser til Sundhedsstyrelsens database

Med venlig hilsen

Region Midtjylland



Region Midtjylland
Afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde
Skottenborg 26
8800 Viborg

Ringkøbing-Skjern Kommune

Sagsbehandler
Lene Norup Møller
Direkte telefon
99741554
E-post
l.moller@rksk.dk

Dato
26. maj 2010
Sagsnummer
2010031264A

Ringkøbing-Skjern Kommunes høringssvar til den generelle politiske og sundhedsfaglige sundhedsaftale 2011-2014

Region Midtjylland har den 13. april 2010 udsendt udkast til den generelle sundhedsaftale 2011-2014 (2. generations sundhedsaftale). Ringkøbing-Skjern Kommune anerkender det store arbejde, der ligger bag udkastet, hvor mange medarbejdere – både kommunale og regionale – har været involveret.

Ringkøbing-Skjern Kommune skal med dette høringssvar knytte nogle bemærkninger til 2. generations sundhedsaftalen. Der er bemærkninger til både den politiske og den sundhedsfaglige del af sundhedsaftalen.

Høringssvaret er godkendt af kommunens social- og sundhedsudvalg på møde den 25. maj 2010.

Den generelle politiske sundhedsaftale

Generelt

I forhold til den nugældende 1. generations sundhedsaftale er det en stor fordel, at 2. generations sundhedsaftalen er delt op i en politisk del og en sundhedsfaglig del. Målet med denne opdeling er bl.a. at gøre den politiske aftaledel kort og præcis, således at det bliver lettere for politikere m.fl. at få et ejerskab til aftalen. Man kan dog diskutere, om dette mål er nået, i og med at den politiske del fylder ca. 100 sider incl. bilag. Ringkøbing-Skjern Kommune mener, at aftalens første 29 sider skal kunne stå alene. Bilagsdelen på ca. 70 sider bør i stedet indgå i en sundhedsfaglig/administrativ sundhedsaftale.

Herudover har den politiske del meget overordnede og langsigtede mål. Dette gør sundhedsaftalen meget "luftig". Ingen kan være uenig i disse overordnede mål, men man bør måske overveje at indføre nogle mere konkrete og kortsigtede mål. F.eks. bør man indføre et konkret mål vedr. uhensigtsmæssige indlæggelser, hvor region og kommuner

Åbningstider
mandag – onsdag 9.30 – 15.00
torsdag 9.30 – 16.45
fredag 9.30 – 13.00

Telefontider
mandag – onsdag 8.00 – 15.30
torsdag 8.00 – 17.00
fredag 8.00 – 13.30

Hjemmeside www.rksk.dk

Telefon 99 74 24 24

forpligtes til at samarbejde om at undgå disse, bl.a. ved at udvikle tilbud efter Sundhedslovens § 239.

Både region og kommuner står i disse år med store økonomiske udfordringer. Konsekvenserne af disse økonomiske udfordringer bør fremgå mere tydeligt af sundhedsaftalen.

Indlæggelse og udskrivning

På side 10 bør %-satsen på 95 udgå, idet det har en negativ signalværdi. F.eks. er det ikke i orden, at 5% af regionens regninger til kommunerne er ukorrekte.

Regionens mål (side 11) om, at 65% af de akutte indlæggelser forventes udskrevet inden for 24 timer betyder en omkostningstung indsats fra kommunerne og stiller stadigt større krav til kommunernes akutte beredskab. Det er vigtigt, at både region og kommuner i den forbindelse er opmærksomme på risikoen for ufinansieret opgaveglidning.

Ved disse hurtige udskrivelser bør kommunerne have mulighed for at trække på regionens sygeplejefaglige specialistviden.

Konsekvenserne af de hurtige udskrivelser bør også beskrives for patienterne, ligesom de er beskrevet for kommunerne, almen praksis og hospitalerne.

På side 12 bør der også anføres et fokus på de ældre medicinske patienter.

Børn, unge og gravide

Ingen bemærkninger.

Træning

Vedr. udarbejdelse af "Den gode genoptræningsplan" (side 16) skal Ringkøbing-Skjern Kommune bemærke, at genoptræningsplanerne i dag ofte mangler oplysninger. Dette giver anledning til daglige frustrationer og misforståelser. Temagruppen bør derfor fremskynde arbejdet med konceptet for "Den gode genoptræningsplan".

Behandlingsredskaber og hjælpemidler

På side 18 er det anført som et mål, at der skal indføres standardiserede hjælpemiddelpakker til udvalgte udskrivelsesforløb. Ringkøbing-Skjern Kommune vurderer, at der ikke i kommunalt regi er behov for standardiserede hjælpemiddelpakker, i og med at borgeren i hvert enkelt tilfælde skal bevilges hjælpemidler ud fra en konkret individuel vurdering.

På side 46 (bilaget) er målgruppen angivet som værende både somatiske og psykiatriske patienter og borgere. I den forbindelse skal det nævnes, at der i praksis opleves vanskeligheder vedr. de psykiatriske patienter, i og med at Hjælpemiddeldepotet i Hospitalsenheden Vest kun servicerer de somatiske afdelinger.

Side 19 vedr. initiativpligten: Ringkøbing-Skjern Kommune er enig i, at borgeren som udgangspunkt ikke skal komme i klemme mellem 2 sektorer. Ringkøbing-Skjern Kommune vil dog i denne forbindelse gøre opmærksom på det almindelige kommunalretlige grundprincip om "hjemmelskrav" – dvs. at kommunen skal henvise til en hjemmel for at kunne levere en ydelse (f.eks. et hjælpemiddel). Ifølge den nuværende lovgivning, så vil der være tilfælde, hvor borgeren selv skal afholde udgiften til et hjælpemiddel, og borgeren vil derfor "føle" sig i klemme. F.eks. i de tilfælde, hvor en borger har behov for et midlertidigt hjælpemiddel, der hverken kan karakteriseres som et træningsredskab eller et behandlingsredskab i henhold til sundhedsloven. I henhold til servicelovens regler om bevilling af hjælpemidler er der krav om "varig funktionsnedsættelse". Hvis reglerne vurderes som værende uhensigtsmæssige, så er det op til lovgiver at løse.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Udviklingen af evalueringsværktøjer bør ske i et samarbejde med Sundhedsstyrelsen, således at de bliver ens på nationalt plan.

Det bør klart fremgå af denne aftale, at nye initiativer ikke kan iværksættes, inden økonomien er klarlagt.

Herudover bør der arbejdes på at udarbejde en fælles strategi for en sammenhængende forebyggelsesindsats mellem kommunerne og regionen.

Psykiatri

Der er generelt et godt samarbejde mellem Ringkøbing-Skjern Kommune og regionspsykiatrien. Sundhedsaftalen afspejler da også dette gode samarbejde i formål, målsætninger og værdier.

Det er positivt, at der fortløbende arbejdes med at skabe de bedst mulige kommunikationsveje samarbejdspartnere imellem og mulighed for hurtigt overblik over kontaktpersoner og tilbud, så samarbejdet smidiggøres.

Det er også positivt, at der ydes ambulant behandling, hvor det er muligt. Der opleves dog nedsat service fra regionens side i relation til mødevirksomhed som følge af specialiseringen i psykiatrien. De tidligere meget velfungerende distriktspsykiatriske teammøder er ophørt. Denne mangel skal der arbejdes på at udbedre via klyngemøder.

Aftaler vedr. indlæggelser og udskrivelser skal fortsat optimeres, så samarbejdet fungerer så smidigt som muligt, hvilket aftalen også afspejler:

- Det er hensigtsmæssigt at minimere akutte indlæggelser i weekender og på hverdage 16-08 og anvende de tilbud, som er til stede, og som kan stå i stedet for indlæggelse. Det må dog ikke ske på en sådan måde, at det medfører yderligere udgifter for kommunerne.
- Tilsvarende er det hensigtsmæssigt at minimere antal sengedage for færdigbehandlede patienter. Det må dog ikke betyde, at begrebet "færdigbehandlet", tolkes stadig snævrere, så der sker en utilsigtet opgaveglidning.
- Det er vigtigt, at der fortsat er en oplevelse af, at patienter kan blive indlagt og bliver indlagt, når der er behov herfor.
- Det er også vigtigt, at Regionspsykiatrien afholder sig fra at foreslå støttemuligheder til patienten efter udskrivelse, idet det er en kommunal myndighedsopgave.

Det er positivt, at aftalen vedr. patienter med misbrug og psykisk sygdom er medtaget. Fælles-team funktionen fungerer allerede godt.

Tilsvarende er fælles indsats vedr. patienter med børn og samarbejdet om traumatiserede flygtninge vigtigt.

Ringkøbing-Skjern Kommune ser frem til en aftale vedr. oligifreni i efteråret 2010.

Opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser

Ingen bemærkninger

Kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer

Ufinansieret opgaveglidning fra region til kommuner er et vedvarende problem. I denne henseende er aftalen om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer vigtig for at fremme planlagt opgaveoverdragelse i stedet. Aftalen bør derfor færdiggøres hurtigst muligt.

Den generelle sundhedsfaglige sundhedsaftale

Indlæggelsesforløb

På side 7 vedr. personer, der bor på social institution og har fysisk og/eller fysisk handicap er det anført, at der i hvert enkelt tilfælde aftales, hvordan behovet er ved indlæggelse og ved udredningen og behandlingen, og om et personale, som kender patienten, kan følge med på hospitalet og være der en del af tiden under indlæggelsen. Aftalen kan også omfatte personer med demens.

Ringkøbing-Skjern Kommune gør opmærksom på, at det er uklart, hvorvidt denne passus generelt omfatter hele ældreområdet, idet

ældre demente som oftest bor i egen plejebolig og ikke på "social institution". Såfremt passussen omfatter hele ældreområdet, så vil sådanne aftaler være omkostningstunge for kommunen og urealistiske at gennemføre i stort omfang.

For så vidt angår personer med fysisk og psykisk handicap er det kun undtagelsesvist, at personalet kan være der en del af tiden under indlæggelsen. Men personalet følger gerne med på hospitalet og samarbejder omkring indlæggelse og udskrivning.

Udskrivelse

Side 14 vedr. kommunal forberedelsestid for patienter, hvor der er behov for større/specielle hjælpemidler og boligændringer. Ringkøbing-Skjern Kommune mener ikke, at det er tilstrækkeligt med en kommunal forberedelsestid på 5 kalenderdage. Den kommunale forberedelsestid bør i stedet være 5 hverdage.

Træning

På side 23 er det anført, at hvis der er tale om specialiseret ambulante genoptræning, skal dette begrundes. Ringkøbing-Skjern Kommune er enig heri, idet den nyeste vejledning om træning i kommuner og regioner lægger op til en større andel af kommunal træning, end vi ser i dag.

På side 25 vedr. information og kommunikation ved iværksættelse af ambulante genoptræning bør det præciseres, at der bør arbejdes målrettet med, at genoptræningsplanerne er udfyldt fyldestgørende fra starten af.

Herudover bør der arbejdes på, at genoptræningsplanerne udarbejdes så hurtigt som muligt og gerne i forbindelse med patientens udskrivelse. Således kan man også forkorte den i punkt 7 beskrevne "ventetid".

Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Side 30 vedr. initiativpligten: Ringkøbing-Skjern Kommune er enig i, at borgeren som udgangspunkt ikke skal komme i klemme mellem 2 sektorer. Ringkøbing-Skjern Kommune vil dog i denne forbindelse gøre opmærksom på det almindelige kommunalretlige grundprincip om "hjemmelskrav" – dvs. at kommunen skal henvise til en hjemmel for at kunne levere en ydelse (f.eks. et hjælpemiddel). Ifølge den nuværende lovgivning, så vil der være tilfælde, hvor borgeren selv skal afholde udgiften til et hjælpemiddel, og borgeren vil derfor "føle" sig i klemme. F.eks. i de tilfælde, hvor en borger har behov for et midlertidigt hjælpemiddel, der hverken kan karakteriseres som et træningsredskab eller et behandlingsredskab i henhold til sundhedsloven. I henhold til servicelovens regler om bevilling af hjælpemidler er der krav om "varig funktionsnedsættelse". Hvis reglerne vurderes som værende uhensigtsmæssige, så er det op til lovgiver at løse.

På side 31 er det anført, at hospitalets udlån af hjælpemidler og apparatur, som patienten efter hospitalets vurdering har behov for, imens patienten venter på hospitalsbehandling – kun gælder for patienter, som har været til forundersøgelse. Ringkøbing-Skjern Kommune skal her gøre opmærksom på brev af 10. september 2009 fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til Region Midtjylland, hvor ministeriet skriver, at hvis den praktiserende læger mener, at patienten har behov for et behandlingsredskab inden første besøg på hospitalet, så kan lægen gøre hospitalet opmærksom på dette i forbindelse med henvisningen, således at hospitalet kan foretage en vurdering. Denne mulighed bør nævnes i sundhedsaftalen.

Side 31 vedr. hjælpemidler/redskaber, der ordineres som led i genoptræningen. Her bør det præciseres, at der er tale om træningsredskaber jfr. sundhedslovens § 140.

Ringkøbing-Skjern Kommune mener, at hele afsnittet om samarbejdsaftaler, som ikke tydeligt fremgår af den gældende lovgivning (side 32), bør udgå, idet det bidrager til forvirring inden for et i forvejen vanskeligt administrerbart område. Afsnittet bør erstattes af en beskrivelse af kommunernes/regionens lovgivningsmæssige forpligtelser i relation til hjælpemidler, behandlingsredskaber og træningsredskaber i henhold til sundhedsloven og serviceloven. Man kan eventuelt anvende ordlyden fra cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet. Dette skal også ses i lyset af det grundlæggende kommunalretlige princip om hjemmelskrav.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Vedr. punkt 5 om regionens rådgivningsforpligtelse, så er det ønskeligt, at kommunerne – på lige fod med rådgivning om hygiejne – også har mulighed for telefonisk rådgivning på områderne KOL, diabetes og hjerte-/karområdet.

Med disse bemærkninger ser Ringkøbing-Skjern Kommune frem til det videre forløb samt klyngeforhandlingerne og de bilaterale forhandlinger i løbet af 2010. Målet er således, at Region Midtjylland og kommunerne i Region Midtjylland får sundhedsaftaler, der er til gavn for alle borgere i Region Midtjylland.

Venlig hilsen

Bent Brodersen

Formand for Social-
og sundhedsudvalget

John Christensen

Sundheds- og omsorgschef

Høringssvar

Høringssvar vedr. udkast til Den generelle Sundhedsaftale fra Samsø Kommune

Samsø Kommunes Social- og kulturudvalg godkender udkast til Den generelle Sundhedsaftale - men er enige i de kommunale kommentarer fremført på møde i Sundhedsstyregruppen den 22. april 2010 (refereret i "Tillæg til referat af styregruppemøde den 22. april 2010").

Samsø Kommune forventer, at kommunerne bliver inddraget i formulering af "Aftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer", som endnu ikke foreligger.

Samsø Kommune ønsker at drøfte fremsendelse af genoptræningsplaner i den bilaterale sundhedsaftale for Samsø Kommune og Region Midtjylland.

Der gøres opmærksom på, at udkast til Den generelle Sundhedsaftale formelt skal godkendes på møde i Kommunalbestyrelsen den 15.6.2010.

Med venlig hilsen

Nanna Salicath
Afdelingschef
Sundhedsafdelingen

19. maj 2010

Silkeborg Kommunes høringssvar til udkast til Generel Politisk Sundhedsaftale – høringsudkast 13. april 2010

Silkeborg Kommune anerkender det store forarbejde, der er ydet på regionalt og kommunalt hold i forhold til at udarbejde det foreliggende udkast til den politiske del af sundhedsaftalerne. Det er en klar forbedring af aftalen, at den er inddelt i en politisk og en administrativ del, hvor den politiske del indeholder de politiske målsætninger og bagvedliggende administrative og organisatoriske principper, da dette vil gøre aftalen mere målrettet og anvendelig for både politikker, leder og sundhedsfagligt personale.

Høringssvarets opbygning:

1. Generelle bemærkninger
2. Bemærkninger ift. indlæggelses- og udskrivelsesforløb (tekstdel og bilagsdel)
3. Bemærkninger ift. børn, unge og gravide (tekstdel og bilagsdel)
4. Bemærkninger ift. træningsområdet (tekstdel og bilagsdel)
5. Bemærkninger ift. behandlingsredskaber (tekstdel og bilagsdel)
6. Bemærkninger ift. sundhedsfremme og forebyggelse (tekstdel og bilagsdel)
7. Bemærkninger ift. indsatsen for mennesker med psykisk sygdom (tekstdel og bilagsdel)
8. Bemærkninger ift. opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser (tekstdel og bilagsdel)
9. Bemærkninger ift. kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer (tekstdel og bilagsdel)
10. Bemærkninger ift. økonomi og opfølgning (tekstdel og bilagsdel)
11. Bemærkninger ift. yderligere aftaleområder

Ad 1. Generelle bemærkninger

Det er positivt, at udkastet til sundhedsaftale er blevet mere strategisk og mere operationel end den nuværende sundhedsaftale. Silkeborg Kommune har følgende generelle bemærkninger og generelle ændringsforslag.

Borgeren – patienten – er i centrum og skal være det. Samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner (sygehuse og praksissektor) og efterlevelse af samarbejdsaftalerne er imidlertid essentielle for, at borgeren kan opleve et sammenhængende patientforløb. Samarbejdet er også en forudsætning for en virkeliggørelse af LEON-princippet. På den baggrund vil det være hensigtsmæssigt, at **opfølgningen på sundhedsaftalen på nogle punkter blev mere præcis og målbar**. Eksempler herpå kan være monitorering af varslingsfristerne – der nu mere fremstår som hensigtsserklæringer -, indholdet i genoptræningsplaner og brugen af elektronisk kommunikation. Flere eksempler er angivet

i afsnittene herunder. Disse mere indholdsmæssige faktorer har stor betydning for at realisere det sammenhængende patientforløb og fjerner således ikke fokus fra borgeren/patienten, men understøtter det.

Opgaveglidning og opgaveoverdragelse er en hel central udfordring for kommunerne og samarbejdet mellem kommuner og regioner i disse år. Da der ikke foreligger et forslag til aftale, er det ikke muligt at give en konkret tilkendegivelse på dette punkt. Der sker imidlertid en omfattende opgaveglidning fra sygehuse til den kommunale hjemmesygepleje og som følge heraf internt i kommunerne fra hjemmesygeplejen til hjemmeplejen. Kommunerne kompenseres i vid udstrækning ikke for denne opgaveflytning og oplever på den baggrund et meget stort pres på de kommunale udgifter. Silkeborg Kommune vil opfordre til, at der i den kommende aftaleperiode gøres brug af § 239 aftaler, idet egentlige behandlingsopgaver fortsat er et regionalt ansvarsområde, selv om de pga. opgaveglidning eller opgaveoverdragelse varetages af kommunens sundhedspersonale. **Indgåelse af § 239-aftaler er også en forudsætning for at kunne anlægge en samfundsøkonomisk betragtning, som beskrevet på side 4.** Silkeborg Kommune er meget opmærksom på denne problemstilling, da kommunen forventer en stor overflytning af opgaver som følge af oprettelse af Center of Excellence på Regionshospitalet Silkeborg.

Silkeborg Kommune opfordrer til **et tættere og mere forpligtende samarbejde mellem kommuner og almen praksis**. Silkeborg Kommune har stor glæde af praksiskonsulentordningen med almen praksis og ser frem til, at samarbejdet mellem kommune og almen praksis styrkes ved implementering af Kronikerkompasset. Samarbejdet må imidlertid gerne blive endnu tættere og mere forpligtende. Fx har henvisninger fra almen praksis stor betydning for den kommunale medfinansiering af sundhedsydelser og Silkeborg Kommune opfordrer på den baggrund til, at der igangsættes et analysearbejde af almen praksis' henvisningsmønstre mhp. identificering af forskelle, udviklingsmuligheder og styringsmæssige muligheder – og at de nye kommunale sundhedstilbud mere aktivt indtænkes heri.

Redaktionelt: Målskemaerne kan med fordel være opstillet i samme rækkefølge som tekst- og bilagsdel. Eventuelt kan målskemaerne indgå som bilagsdel umiddelbart efter teksten i bilaget, hvilket vil reducere antallet af opslag.

Ad 2. Bemærkninger ift. indlæggelses- og udskrivelsesforløb (tekstdel og bilagsdel)

Side 82: Det er ikke et realistisk mål, at 95 % af alle indlæggelser skal være forberedt af praktiserende læge.

Side 82: Det kan med fordel angives, hvad det nuværende niveau for genindlæggelser er.

Side 82: Succeskriterium er angivet til, at 95 % af patienterne er informeret om helbredstilstand efter udskrivelsen. Det bedste mål vil være, om patienten oplever eller føler, at de er informeret.

Side 11, afsnit 3.2.2: For hospitalerne: Hospitalerne skal sikre almen praksis og kommunen adgang til lægelige oplysninger ved udarbejdelse af udskrivningsnotat/lægenotat på samme tid som patienten udskrives (foreslået tilføjelse er kursiveret).

Ikke beskrevet i aftalen: I og med at varslingsfristerne/ angivelse af den kommunal forberedelsestid er et af de væsentligste mål i sundhedsaftalen i forhold til samarbejdet mellem region og kommune og en vigtig forudsætning for det sammenhængende patientforløb, opfordrer Silkeborg Kommune til, at varslingsfristerne monitoreres, fx ved at der udføres egentlige audits på varslingsfristernes overholdelse på klyngeniveau. Uden konkret opfølgning har varslingsfrist mere karakter af hensigtserklæringer.

Ad 3. Bemærkninger ift. børn, unge og gravide (tekstdel og bilagsdel)

Ikke beskrevet i aftalen: Silkeborg Kommune oplever, at problemstillingen på børneområdet rækker ud over træningsaftalen (hvor det er nævnt med et enkelt ord) og ind over flere af de andre aftaler. Silkeborg Kommune vil opfordre til, at der udarbejdes en børnerapport a la Syddanmarks mhp. at sikre et koordineret forløb for børn og unge med såvel habiliterings- som rehabiliteringsbehov.

Side 89: Vedr. Sammenhængende indsats for reduktion af social ulighed og udsatte gravide: Ordet "Allonge" erstattes.

Side 89: Vedr. Sammenhængende forløb ved udskrivelse – der mangler angivelse af måletidspunkt. Det kan evt. angives som medio 2011, medio 2012 og medio 2013.

Ad 4. Bemærkninger ift. træningsområdet (tekstdel og bilagsdel)

Træningsområdet er et af de områder, der har fyldt meget på møder mellem regionen og kommunerne, og hvor der er meget stor forskel på praksis på de enkelte sygehuse og imellem regionerne. Det er derfor et vigtigt fokusområde.

Ikke beskrevet i aftalen: Silkeborg Kommune foreslår, at der formuleres et succeskriterium, der angiver, at "borgere uden aktuel funktionsnedsættelse modtager ikke (er ikke berettiget til – ikke del af målgruppen for) genoptræningsplan, men henvises i stedet som hidtil til speciale 51". Målemetode vil være opfølgning i klyngerne fx ved audits, fx én gang årligt.

Begrundelsen for succeskriteriet er, at kommunerne oplever, at borgere, som af egen læge henvises til udredning på sygehus, og hvor der ikke er en aktuel funktionsnedsættelse (i stedet fx uspecifikke nakkeproblemer), kommer hjem med en genoptræningsplan, hvor de tidligere ville være henvist til speciale 51 fysioterapi. Det har ikke været hensigten med kommunernes overtagelse af genoptræningsopgaven, at

genoptræning af ikke-aktuelle funktionsnedsættelser skal tilbydes borgeren uden egenbetaling.

Side 84: Det kan med fordel angives, hvor mange genoptræningsforløbsbeskrivelser – og inden for hvilke diagnoser - der planlægges udarbejdet i 2011 og om arbejdet med forløbsbeskrivelserne herefter kan betragtes som tilendebragt.

Side 84-85: Det er uklart, hvad der konkret ligger i succeskriterierne: "Arbejde med genoptræning versus rehabilitering, f.eks. på kræftområdet i 2012" og "Børneområdet". Det kan med fordel konkretiseres, så det bliver klart, hvad kommuner og region sammen ønsker at opnå.

Side 84: Det fremgår som mål, at genoptræningsplanerne skal være udfyldt fyldestgørende og at måletidspunkt er primo 2012. Succeskriteriet er, at der er udarbejdet et koncept for "den gode genoptræningsplan". Det vil imidlertid være en væsentlig understøttelse af målsætningen, at der laves en konkret opfølgning på, om konceptet herefter tolkes ens mellem region og kommuner og om der udarbejdes genoptræningsplaner i overensstemmelse hermed. Som målemetode vil en audit på klyngeniveau være oplagt, hvilke Silkeborg Kommune derfor foreslår indskrevet. Auditten kan finde sted ultimo 2012.

Audit er et godt opfølgningssinstrument, som gør opfølgningen konkret og får bagvedliggende problemstillinger tydeliggjort. Silkeborg Kommune har indgået i en analyse af genoptræningsplaner, hvor der ved konkret gennemgang af genoptræningsplaner bl.a. blev afdækket, at procedurer omkring instruktion ikke blev fulgt, hvilket medførte, at der blev udarbejdet specialiserede genoptræningsplaner til borgere, som blot skulle have været instrueret op til 3 gange. For at afdække tilsvarende systematiske fejl er audits en nødvendig – om end krævende - arbejdsopgave. For kommunerne er den imidlertid pengene værd.

Spørgsmålet om en genoptræningsplan er udfyldt fyldestgørende vil ligeledes kunne afdækkes ved audit, da det meget ofte i dag er nødvendigt at ringe til sygehuset for at få begrundelse for specialiseret og for at få supplerende materiale (fx operationsbeskrivelse). Dette samarbejde kan med fordel effektiviseres, så alt relevant materiale fremsendes med genoptræningsplanen.

Side 84: Der modtages et højt antal genoptræningsplaner pr. 1000 borgere i Silkeborg Kommune. Udgiften pr. plan ligger samtidig betragteligt over regions- og landsgennemsnittet. Det er derfor godt, at der med sundhedsaftalen sigtes mod, at niveauet i alle kommuner skal nærmes til landsgennemsnittet. Omvendt vil landsgennemsnittet ikke nødvendigvis være et udtryk for, at der udarbejdes de rigtige genoptræningsplaner til de rigtige borgere. Det kunne være ønskeligt med et vejledende antal planer pr. 1000 borgere og en %-sats for fordelingen mellem almindelig og

specialiseret genoptræning, fx 90/10, da der må sigtes mod en så lav del af specialiserede planer som muligt med udgangspunkt i LEON-princippet.

Side 84: Silkeborg Kommune bakker op om en årlig revidering af snitfladekataloget på genoptræning, men understreger samtidig, at snitfladekataloget kun er vejledende og ikke må tilsidesætte en individuel og konkret vurdering af, om den enkelte genoptræningsplan er i overensstemmelse med kriterierne for specialiseret genoptræning.

Ad 5. Bemærkninger ift. behandlingsredskaber (tekstdel og bilagsdel)

Side 85: Silkeborg Kommune bakker op om en forenklet administration på hjælpemiddelområdet med standardiserede hjælpemiddelpakker. Tildelingen af pakkerne skal dog fortsat ske på baggrund af individuel vurdering og må ikke føre til, at borgeren overkompenseres eller modtager overflødige hjælpemidler.

Ad 6. Bemærkninger ift. sundhedsfremme og forebyggelse (tekstdel og bilagsdel)

Side 85: Silkeborg Kommune foreslår et mere ambitiøst mål ift. fald i andel rygere. Ambitionen kan således være et fald til 17 % daglige rygere, og at andelen af unge under 25 år der ryger fast eller lejlighedsvist er under 12 %.

Side 85-86: Beskrivelse af opfølgingsindsatsen på forløbsprogrammerne er angivet til "Opsamles på klyngestyregruppemøderne" og kan med fordel blive mere præcis – fx "fremdrift i de enkelte forløbsprogrammer drøftes på hvert klyngestyregruppe sammen med nøgletal e.l. for antal genindlæggelser af borgere med kronisk sygdom". Målet kan tilsvarende konkretiseres til "Færre indlæggelser og akutte indlæggelser af borgere med kroniske lidelser". Såfremt der er datamæssige udfordringer i at tilvejebringe disse data, kan opfølgningens konkretiseres til fx den del af borgere, som har diabetes 2 og modtager kommunalt tilbud.

Silkeborg Kommune ser som tidligere nævnt frem til implementering af Kronikerkompasset.

Ad 7. Bemærkninger ift. indsatsen for mennesker med psykisk sygdom (tekstdel og bilagsdel)

Silkeborg Kommune er enig i, at tidlig opsporing i kommunerne er vigtig, men ønsker samtidig at gøre opmærksom på, at der reelt hermed sker en ufinansieret opgaveglidning. Kommunen opfordrer til, at der iværksættes en egentlig opgaveoverdragelse og at opgaveoverdragelsen resulterer i en § 239-aftale.

Side 87: Ift. voksenpsykiatri er det en målsætning at nedbringe overdødeligheden blandt mennesker med psykiske lidelser, men succeskriterium og opfølgning adresserer ikke dette direkte. Der bør så vidt muligt måles på, om overdødeligheden nedbringes. I forlængelse heraf bør der angives (en milepæl for), hvornår klyngerne skal have igangsat de tværsektorielle projekter, således at der kan sikres en status primo 2013.

Side 22: Det fremgår, at kommunerne og almen praksis skal blive bedre til at varetage en gatekeeper-funktion ift. henvisninger til BUC. I Silkeborg Kommune efterspørges et forum hvor psykiatrien kan formidle til kommunerne, hvilke uhensigtsmæssige henvisninger der fremsendes i dag. Der kunne fx ske en kvalificering af indstillingsproceduren med indførelse af et forvisitationsudvalg, hvor psykiatrien tager ud i kommunerne og vejleder inden der sker indstilling. Noget tilsvarende fungerer på Fyn.

Side 88: Der er ikke angivet måletidspunkt for Kvalificering af henvisningsforløbet og af henvisninger (succeskriteriet vedr. modeller for at bedre samarbejdet mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, kommunerne og praksis). Silkeborg Kommune foreslår følgende formulering: "Modeller forelægges Sundhedskoordinationsudvalget medio 2011 med henblik på fastlæggelse af model og tidsplan." Der er tilsvarende ikke angivet opfølgingsmetode på "Kvalificering af henvisninger fra praktiserende læger". Her kunne en audit på (afviste) henvisninger angives som en opfølgingsmetode. Tidspunktet kan ligeledes angives til medio 2011, medio 2012 og medio 2013, så der fortløbende er fokus på at forbedre kvaliteten i henvisningerne.

Side 87: Silkeborg Kommune bemærker i øvrigt, at det er positivt, at der skal arbejdes tværsektorielt og sundhedsfremmende ift. sindslidende. Et meget konkret udvikling af samarbejdsmetoder afprøves med etablering af Psykiatriens Hus. Tilsvarende er det positivt, at der arbejdes på at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og frafald fra behandlingstilbud, men der kan være behov for at angive, hvordan en aktiv opfølgning skal finde sted på klyngeniveau.

Ad 8. Bemærkninger ift. opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser (tekstdel og bilagsdel)

Side 86-87: Det tværsektorielle netværk "laver aggregerede analyser" hhv. "delagtiggøres i analyseresultater" – hvilket umiddelbart kan give indtryk af, at netværket delagtiggøres i et arbejde det selv har forestået. Det er muligvis brug for en mindre sproglig justering.

Ad 9. Bemærkninger ift. kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer (tekstdel og bilagsdel)

Det er et meget vigtigt område i aftalen, men da der ikke foreligger et forslag, er det ikke muligt at afgive politisk hørings svar på denne del.

Ad 10. Bemærkninger ift. økonomi og opfølgning (tekstdel og bilagsdel)

Side 77: Er sundhedskonsekvensanalyse udtryk for at der skal udarbejdes Mini-MTV?

Side 79: "Evalueringsrapporten" er et nyt ord, der introduceres – kan der i stedet stå Statusopgørelse og afrapportering?

Side 81: Det bør fremgå, at de kommunale repræsentanter i sekretariatet udpeges ad hoc.

Ad 11. Bemærkninger ift. yderligere aftaleområder

Side 90-91: Målsætning vedr. elektronisk kommunikation foreslås ændret til *Implementering* af tids- og handleplan. Målemetode og tidspunkt kan konkretiseres med de angivne og meget målbare milepæle i IT-strategien for hhv. teknisk og organisatorisk implementering, hvoraf en række milepæle ligger forud for 2013, der angives som opfølgningstidspunkt. Implementering af IT-understøttelse kræver stor ledelsesmæssig bevågenhed, og opfølgning på IT-strategien bør derfor være fortløbende med opfølgning årligt – på klyngeniveau dog oftere.

Høringssvar

Til Regionsrådet i Region Midtjylland
e-mail RS-samarbejde@rm.dk


Dato: 25. maj 2010

Sagsnr.: 10/36967

Høringssvar vedr. den generelle sundhedsaftale 2011-2014

Hermed fremsendes Skanderborg Kommunes høringssvar vedr. den generelle sundhedsaftale 2011-2014, idet der tages forbehold for byrådets endelige godkendelse af høringssvaret på møde onsdag den 26. maj 2010.

Med venlig hilsen



Jørgen Gaarde
Borgmester

Skanderborg Kommune

Adelgade 44

8660 Skanderborg

Tlf. 8794 7000

www.skanderborg.dk

Til Regionsrådet i Region Midtjylland

Dato: 25. maj 2010

Sagsnr.: 10/36967

Høringssvar til forslag til generel sundhedsaftale

Skanderborg Kommune har den 14. april 2010 modtaget forslag til generel sundhedsaftale for Region Midtjylland 2011-14 til høring. Helt overordnet er vi meget tilfredse med den nye struktur i sundhedsaftalen, - herunder opdelingen i en politisk målfastsættende del og i en mere administrativ og sundhedsfaglig del i forhold til det daglige samarbejde.

Skanderborg Kommune har derudover følgende bemærkninger, der er forsøgt tematiseret:

Indsatsen for mennesker med psykisk sygdom

Det er positivt, at den psykiatriske behandlingsindsats har fået et fokus i sundhedsaftalen, på linje med den somatiske behandling. Det er et område, hvor vi som kommune har et stort snitfade fra især socialpsykiatrien til de psykiatriske afdelinger. Vi har et klart ønske om at sikre sammenhængende og effektive patientforløb med udgangspunkt i den enkelte patient/bruger.

For en del af brugerne er der tale om meget lange – i nogle tilfælde livslange - og tunge forløb, hvor der er brug for lægeligt tilsyn og samarbejde ved indlæggelse på somatiske afdelinger. Konkret har vi haft gode erfaringer med samarbejdet i en aftale med Regionshospitalet Silkeborg om delt finansiering til medarbejdere fra bostederne, der følger med ind på hospitalet. Byrådet ser et perspektiv i et sådant samarbejde, også i forbindelse med den lokale sundhedsaftale.

Tilsvarende er der et godt, konkret samarbejde om behandlingsforløb, hvor socialpsykiatrien og psykiatriske afdelinger spiller sammen under indlæggelser og faglige observationer fra fagligt personale i bostederne anvendes i behandlingsforløbet.

På børne- og ungeområder har der været en voldsom stigning i henvisninger til udredning, det skal vi fælles arbejde på at forbedre, så de relevante kommer frem til udredning, og ressourcerne i øvrigt bruges til konsulenttydelser ud til kommuner og praksissektor, så indlæggelser kan undgås. Det er dog vores erfaring, at langt de fleste af henvisningerne via Pædagogisk Psykologisk Rådgivning i kommunen accepteres som relevante til udredning, hvorimod flere af henvisningerne fra de praktiserende læger afvises evt. med bemærkninger om at søge kontakt til kommunen. Herved sker der reelt en opgaveglid-

Skanderborg Kommune

Adelgade 44

8660 Skanderborg

Tlf. 8794 7000

www.skanderborg.dk

ning. Skanderborg Kommune vil opfordre til, at de praktiserede læger får den relevante kompetence til og mulighed for at henvise børn og unge til udredning i Børn og Ungecentret.

Skanderborg Kommune har også bemærket det u hensigtsmæssige ved ventetiderne på psykiatrisk udredning og behandling til børn og unge. Kommunen finder det derfor nødvendigt at styrke indsatsen på det børnepsykiatriske område.

Der har tidligere været gjort forsøg med konsultationsmøder med børnepsykiatere fra Risskov og psykologer fra vores Pædagogiske Psykologiske Rådgivning. Disse møder var meget nyttige i det løbende samarbejde, herunder henvisningspraksis, og med til at modvirke skuffede forventninger hos borgerne.

Til gengæld har vi oplevet u hensigtsmæssigheder i samarbejdet mellem bosteder og psykiatriske afdelinger om opfølgning på behandling, herunder især justering af langvarig medicinsk behandling for patienten. Byrådet ser derfor grund til at understrege, at patienter uanset bosted har lige adgang til lægeligt tilsyn, og ser det gerne præciseret i aftalen og evt. fulgt op i lokale sundhedsaftaler om praktisk tilrettelæggelse i samarbejde med bosteder med flere brugere, der er ordineret psykofarmaka. Vi har desværre eksempler på, at patienter er blevet afskåret fra en sådan opfølgning på psykiatrisk afdeling med henvisning til, at vedkommende var beboer i et døgntilbud.

Vi ser gerne fælles forpligtende mål for samarbejdet om disse brugere, - for at undgå akutte indlæggelser, som er utilfredsstillende for alle parter, hvad enten det er i løbet af ugen eller i weekender.

Kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer

Det bemærkes, at det afsnit endnu ikke er færdigbeskrevet i det foreliggende forslag til generel sundhedsaftale.

For Skanderborg Kommune er det vigtigt, at den konstruktive linje, der er lagt i samarbejdet om planlagte opgaveoverflytninger frem for uplanlagte, ufinansierede opgaveglidninger, fastholdes og udbygges. Vi vil derfor også opfordre til at der føres en yderligere dialog mellem parterne, inden afsnittet beskrives i sundhedsaftalen.

"Fra høringspart til samarbejdspart": der er en så tæt sammenhæng mellem regionens sundhedsopgaver og kommunens sundhedsindsats, at det er helt naturligt, kommunerne inddrages tidligt og gennem hele planlægningen af kapacitet og andre væsentlige ændringer i regionen – alt sammen med udgangspunkt i, at der kan fastholdes sammenhængende forløb for borgeren, og at den nødvendige finansiering skal følge opgaven. Som et konkret eksempel kan anføres, at en forventning om, at 65 % af alle akutte indlæggelser når til udskrivning indenfor 24 timer, vil uvægerligt føre til at fortolkningen af, hvornår en patient er færdigbehandlet og klar til udskrivning kommer under pres, med deraf følgende pres på kompetencerne og beredskabet i den kommunale hjemmepleje. Derfor ser vi gerne tydeliggjort i den generelle sundhedsaftale, at kommunerne inddrages i planlægnings-

arbejdet, så borgernes behov vil kunne imødekommes, og den nødvendige kapacitet, de nødvendige kompetencer og finansieringen kan være på plads.

Qua den tætte sammenhæng er Skanderborg Kommune også interesseret i at gå i en nærmere dialog om mulighederne i ”§239”-aftaler, især i forhold til Skanderborg Sundhedscenter og udvalgte botilbud. Derfor ser vi gerne, at mulighederne for ”§239”-aftaler fremhæves i afsnittet.

Indlæggelses- og udskrivningsforløb

De gode indskrivnings- og udskrivningsforløb er helt afgørende for borgernes oplevelse af sammenhæng, og det er stort område i det daglige samarbejde. Derfor er det et naturligt fokusområde i sundhedsaftalen og både for regionen og kommunen. En del af udskrivningsforløbet er afregningen af kommunens aktivitetsbestemte bidrag. Det fremgår af forslaget, at Regionen har et mål om at 95 % af de regninger, der fremsendes til kommunerne på færdigbehandlede patienter skal være korrekte. Det er selvsagt ikke ambitiøst nok, vi har en berettiget forventning om, at alle de fremsendte regninger er korrekte.

For at sikre sammenhængende forløb for den enkelte patient, og med de tidlige udskrivinger, kan vi som kommune ikke garantere, at der aldrig vil være færdigbehandlede patienter indlagte. Det kan i særlige tilfælde være nødvendigt med fortsat indlæggelse før det nødvendige beredskab i hjemmeplejen eller socialpsykiatrien kan være etableret.

I aftalen nævnes ”udvalgte grupper” (afsnit 3.2.4.), det ønsker vi udvidet med ”socialt sårbare grupper”.

Endelig kunne Skanderborg Kommune foreslå et fælles udviklingsarbejde, hvor kommuner, praksislæger og vagtlæger får en bedre adgang til speciallæger på hospitalerne. Det kunne bl.a. være med til at forhindre uhensigtsmæssige indlæggelser, og være med til at sikre succesfulde udskrivningsforløb.

Økonomi – og fælles sag i de kommende økonomiforhandlinger

Kommunerne bidrager med omkring 20 % af regionens finansiering på sundhedsområdet. Dertil kommer kommunernes sundhedsudgifter i eget regi. Det understreger det naturlige i, at kommunerne inddrages tidligt og vedvarende i regionens planlægning for sundhedsarbejdet. Skanderborg Kommune har tidligere tilkendegivet samme synspunkt overfor Regionsrådet i forbindelse med Regionens aktuelle besparelser.

Skanderborg Kommune forventer således også, at kommunerne betragtes som en del af sundhedsarbejdet i de aktuelle forhandlinger med regeringen. Byrådet har en forventning til, i det omfang regeringen har et ønske om at styrke sundhedsarbejdet ved at tilføre økonomiske midler, skal det ske i overensstemmelse med finansierings- og opgavefordelingen mellem region og kommuner.



SKIVEKOMMUNE

Region Midtjylland
Regionalt Sundhedsamarbejde
Att: Tine Bak-Møller
Skottenborg 26
8800 Viborg

Den 19. maj 2010

Skive Kommunes høringssvar vedrørende Generel Politisk Sundhedsaftale 2011 -2014

Skive Kommunes Sundhedsudvalg har på vegne af Byrådet behandlet oplægget til Generel Politisk Sundhedsaftale.

Overordnet kan Skive Kommune tilslutte sig oplægget, der er velskrevet og generelt afspejler de drøftelser, der har været mellem kommuner og region undervejs i forløbet.

Skive Kommune vil specielt udtrykke sin tilfredshed med, at det er blevet et mål i Sundhedsaftalen at aktivitetsniveauet på træningsområdet i Region Midtjylland skal afspejle landsgennemsnittet – samt at afvigelser herfra skal analyseres, med henblik på at sikre, at målet nås.

Kommunen er også særdeles tilfreds med, at det fremover direkte skal fremgå af genoptræningsplanerne hvorfor der er valgt hhv. specialiseret eller almindelig genoptræning.

På to områder finder Skive Kommune dog, at oplægget bør forbedres.

Aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom

Det drejer sig dels om afsnittet om børne- og ungdomspsykiatri, hvor det fremgår:

- alle relevante instanser i den primære sektor skal være overvejet/afprøvet inden henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien
- øget kontakt mellem kommune og egen læge før henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien
- at formålet med ovenstående tiltag er at opnå et fald i afviste henvisninger til Børne- og ungdomspsykiatrien

Skive Kommune ønsker, at dette afsnit omformuleres.

Region Midtjylland

Modt.: 21 MAJ 2010
94

Social- og arbejdsmarkedsforvaltningen

Torvegade 10
7800 Skive
Tlf: 9915 5500
Fax: 9915 5777
CVR-nr.: 29189579
sas-forv@skivekommune.dk
www.skive.dk

Reference.: 779-2009-174815

Henvendelse til:
Trine Brøcker
Direkte tlf. 9915 6667
trbr@skivekommune.dk

Mens det er fornuftigt og relevant at overveje alle mindre indgribende tiltag inden henvisning til psykiatrien, vil det hverken være økonomisk eller ressourcemæssigt muligt at *afprøve* alle relevante instanser i den primære sektor forud for en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

Eftersom et stort antal af de henviste børn og unge netop henvises med henblik på udredning, fordi der er mistanke om psykiatriske lidelser eller udviklingsforstyrrelser, kan hverken de pågældende børn, unge, deres forældre eller kommunen være tjent med, at der inden henvisning forsøges forskellige tiltag i den primære sektor.

Skive Kommune ønsker derfor at "/afprøves" tages ud af første pind.

Tilsvarende er kommunen uenig i, at en øget kontakt mellem kommuner og almen praksis nødvendigvis er relevant før henvisning til BUC.

Eftersom alene BUC har kompetence til at udrede om der er tale om psykiatrisk lidelse eller ej, vil der i sagens natur blive henvist et antal sager, der ender med en afvisning.

Dette kan ikke undgås eller mindskes ved øget kontakt mellem praktiserende læger og kommunen, idet ingen af disse parter har faglig kompetence til at afgøre, om et barn eller et ungt menneske, der viser tegn på en udviklingsforstyrrelse eller en psykiatrisk lidelse, rent faktisk kan diagnosticeres.

Det er videre kommunens opfattelse, at en øget kontakt mellem kommune og egen læge før henvisning i mange tilfælde kan vise sig blot at blive et unødvendigt bureaukratisk mellemled, der risikerer at forlænge ventetiden for barnet/den unge unødigt.

Skive Kommune ønsker derfor at anden pind i ovenstående afsnit tages ud.

Vedrørende kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse

Skive Kommune ønsker, at det af afsnittet om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer kommer til at fremgå, at kommuner og region i den kommende periode vil arbejde for en udnyttelse af mulighederne i Sundhedslovens § 239.

Bestemmelse § 239 fastlægger at: *"Et regionsråd kan indgå aftale med en kommunalbestyrelse om betaling for personer, der henvises til et tilbud i kommunalt regi som alternativ til en sygehusindlæggelse."*

Det er Skive Kommunes opfattelse at der, både med hensyn til kvalitet og økonomi, på enkelte områder vil være rationale i at kommunerne mod betaling løser opgaver inden for det regionale ansvarsområde.

Kommune opfordrer derfor til, at det af Sundhedsaftalen kommer til at fremgå, at region og kommuner i samarbejde skal analysere om der er opgaver, hvor bestemmelsen med fordel kan anvendes.

Endvidere bør det fremgå, at hvis det viser sig hensigtsmæssigt, vil der blive indgået aftaler i henhold til § 239 mellem de enkelte kommuner og Region Midtjylland.

Med venlig hilsen



Anna-Lise Vestergaard
Formand for Sundhedsudvalget



Ingelev Jensen
Direktør



Region Midtjylland
Regionshuset Viborg
Postboks 21
Skottenborg 28
8800 Viborg

Telefon 96 84 84 84
Telefax 96 84 83 51
mail adr.:
jnr.: 00.18.00-P27-1-06
dato: 25. maj 2010

Høringsvar vedrørende udkast til Generel Politisk Sundhedsaftale Region Midtjylland 2011-14

Indledningsvis vil Struer Kommune gerne påskønne resultatet af det store forberedende arbejde fra temagrupperne, der ligger som grund for det fremsendte udkast. I forhold til første generation af generel sundhedsaftale er der denne gang tale om et udkast, der både sætter politisk retning og klare målbare pejlemærker for de kommende års samarbejde mellem parterne på sundhedsområdet.

Det er således lykkedes, at bringe volumen i den politiske del af aftalen til et overskueligt og dermed acceptabelt niveau samtidig med at aftalen i sit indhold både er klar og præcis.

Det er dog Struer Kommunes opfattelse, at den politiske aftaletekst bør kunne stå alene, hvorfor den efterfølgende bilagsdel med fordel kan placeres andet steds - eksempelvis i tilknytning til Sundhedsfaglige Sundhedsaftale.

Endelig ønsker Struer Kommune, at Den Generelle Sundhedsaftale i størst mulig udstrækning er det grundlag de bilaterale forhandlinger skal tage afsæt i. Kun på denne måde vil det være muligt at opnå ensartede Sundhedsaftaler for alle 19 kommuner og Region Midtjylland. Dette skønnes vigtigt og nødvendigt set i lyset af den øgede specialisering, der medfører at patienterne i større udstrækning end tidligere vil blive udskrevet fra flere forskellige specialehospitaler og ikke nødvendigvis det i forhold til patientens hjemkommune nærmeste.

Mission, Vision og Værdier for samarbejdet på sundhedsområdet i Region Midtjylland

Struer Kommune finder at ovennævnte retningsgivende formuleringer er af en så *overordnet* karakter, at de nærmest fremstår som en form for "selvfølgelige udsagn", som det er umuligt at være uenige i. I **Visionen** savnes et borgerperspektiv, hvor kvalitetsbegrebet tilmed "sættes i spil".

Endvidere kunne denne med fordel udbygges til også at omfatte et element i forhold til informationsudveksling såvel internt som eksternt i de implicerede sektorer.

For nogle borgere (ældre) har den fysiske nærhed til et behandlingstilbud samme store betydning, som at kunne modtage den ypperste specialiserede indsats, hvis denne gives på et hospital langt fra borgerens hjemadresse.

I afsnittet vedrørende værdier for samarbejdet omtales ordet "dristighed", hvilket kunne overvejes udskiftet med eksempelvis "fleksibilitet". De første associationer ved "dristighed" leder tanker i retning af "dumdristighed" – en ukalkuleret handling, der alene tilsigter at vise vovemod.

Nederst på side 6 under afsnittet "Dokumenterbar effekt" nævnes at "*De økonomiske konsekvenser af igangsatte initiativer og procedurer skal følges*". Struer Kommune er af den opfattelse, at afsnittet kan og skal opstrammes, således at *økonomiske konsekvenser i størst mulig udstrækning skal belyses forud for igangsætning*.

Indlæggelses- og udskrivningsforløb

De oplyste procentsatser er problematiske. Succeskriteriet på de 95 % hensigtsmæssige indlæggelser kan misforstås, idet Struer Kommune mener at indsatsen for alle er 100 % og ikke blot de 95 %. En indledning til afsnittet vil i givet fald kunne rammesætte, at aftaleparterne naturligt søger de 100 procent og ikke stiller sig tilfredse med et resultat på 95 %, vel vidende at dette forekomme mest realistisk.

Genoptræningsydelsen er tilsyneladende faldet ud under afsnittet "Den velinformerede patient".

Målsætningen omhandlende færdigbehandlede patienter bør omformuleres til følgende: "*Der er ingen færdigbehandlede patienter på hospitalerne, såfremt aftalen om kommunal forberedelsestid er overholdt*".

Den ældre medicinske patient bør være en udvalgt patientgruppe i dette afsnit.

Der er behov for at beskrive, hvilke konsekvenser FAME har for kommunerne.

Muligheden for at udvikle teknologi på dette område bør indskrives.

En målsætning om, at alle borgere, der har behov for behandling, kan blive indlagt, efterlyses. Dette for at sikre indsatsen i socialpsykiatrien.

Struer Kommune efterspørger muligheden for at primært kommunalt fagpersonale gives mulighed for at konsultere specialisterne på hospitalet og dermed opnå faglig sparring med den konsekvens at nedbringe antallet af unødige genindlæggelser.

Genindlæggelse indenfor 24 timer efter udskrivelse må vidne om faglige brist i udskrivningsproceduren og bør gøres til genstand for yderligere undersøgelse med henblik på at frembringe organisatorisk læring heraf.

Børn, unge og gravide

Afsnittet er forfattet i et mere upræcist og fagrelateret sprogbrug. Teksten kan således strammes yderligere op, således at målbare indsatser indarbejdes.

Træningsområdet

Under målsætninger savnes et tidsperspektiv for modtagelse af genoptræningsplaner. Denne skal være udformet før udskrivelse og bør følge patienten. Sidstnævnte har betydning for kommunernes mulighed for at overholde tidsperioden for tilbud om genoptræning.

Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Ingen politiske kommentarer til afsnittet.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Mål for at de praktiserende læger henviser til kommunale sundhedstilbud bør indføres i afsnittet.

Udformning og implementering af yderligere to forløbsprogrammer vil være afhængig af den kommunaløkonomiske kompensation hertil. Foreløbig har kommunerne ikke fået statslige midler til dette initiativ.

Struer Kommune ser gerne at den ældre medicinske patient sikres en høj prioritet blandt de oplyste udviklingsområder, da der ofte er tale om sammensatte og komplekse forløb, hvilket i værste fald genererer gentagne indlæggelser.

Indsatsen for mennesker med psykisk sygdom

Børn og ungeområdet:

- Behov for at gøre målene mere konkrete, f.eks. ved at oplyste konkrete mål for de enkelte år - eksempelvis et mål for, hvordan man skal samarbejde om henvisninger.

Voksenområdet:

- Indskriv passus om, at lommehåndbogen i sidste periode er udarbejdet på den somatiske del af sundhedsaftalen - nu sker noget tilsvarende for psykiatriområdet.
- Bemærkning til afsnit 2.1 om reduktion af akutte indlæggelser, der sker i weekender og mellem kl. 16 og 08 på hverdage: det kræver klare aftaler for at få dette til at fungere.
- Tilføjelse: "Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde" med henblik på at kunne reducere kommunale sociale udgifter.
- Demensområdet er ikke medtaget i forslaget, hvilket er en mangel set i lyset af den fortsatte udbredelse af demenslidelser blandt ældre borgere. Det forventes at 80 % af samtlige beboere i landets plejeboliger er diagnosticeret med en demenslidelse eller fremstår med udtalte adfærdsafvigelser. Kommunerne står således overfor en massiv udfordring på området.

Utsigtede hændelser

Struer Kommune vil gerne komme med forslag om ikke at oprette det omtalte tværsektorielle netværk, idet det vurderes at øvrige eksisterende netværk vil være i stand til at håndtere temaet.

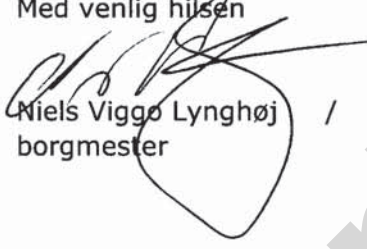
Struer Kommunes ambition på dette område afspejles af den statslige økonomiske kompensation.

Kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse

Dette afsnit er endnu under udarbejdelse og således ikke medtaget, hvilket Struer Kommune finder direkte mangelfuldt. Den politiske styringsmulighed er blandt andet afhængig af at kunne allokere ressourcer til prioriterede indsatser. Netop derfor forventes dette afsnit at være et helt centralt omdrejningspunkt for fremtidige aftaler om at skabe gode kvalitativt sammenhængende patientforløb.

Hver sektor skal gives muligheden for at kunne indrette sig til ændrede faglige udfordringer. Og den heraf afledte opnåelse af nye fagprofessionelle kompetencer og økonomiske ressourcetildeling, fordrer at grundlaget for omtalte udvikling er klart og præcist aftalt parterne imellem.

Med venlig hilsen


Niels Viggo Lynghøj
borgmester


Claus Damgaard
kommunaldirektør

Region Midtjylland
Regionshuset
Skottenborg 26
8800 Viborg

Viborg, den 3. juni 2010

Høringssvar vedrørende udkast til generel sundhedsaftale

Sundhedsbrugerrådet har set udkastet til generel sundhedsaftale og takker for muligheden for at afgive høringssvar med henblik på, at bemærkningerne indgår som høringssvar til Sundhedskoordinationsudvalget i forbindelse med behandling af aftalen d. 10. juni 2010

Sundhedsbrugerrådet har følgende konkrete kommentarer til det udkast, der er forelagt og som er gennemgået på Sundhedsbrugerrådets møde d. 26. maj 2010:

- I Generel Politisk Sundhedsaftale fremgår i afsnittet om politisk aftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler under punkt 3 om værdier for at sikre det gode samarbejde om hjælpemidler og behandlingsredskaber, at det er vigtigt ikke at love borgere/patienter udlån af hjælpemidler/behandlingsredskaber på vegne af en anden sektor, idet der tages hensyn til regionens og den enkelte kommunes serviceniveau.

Sundhedsbrugerrådet finder, at det bør indarbejdes i sundhedsaftalen, at hensynet til serviceniveau underkendes i de tilfælde, hvor det er stridende imod lovgivningen og FN konventioner, for så vidt angår hjælpemidler, der skal være individuelt tilpasset.

- Sundhedsbrugerrådet stiller sig undrende overfor, at forløbsprogram for muskel-skeletlidelser ikke omfatter alle muskel-skeletlidelser.
- Sundhedsbrugerrådet ønsker at henlede opmærksomheden på, at definitionen af begrebet "færdigbehandlet" kan dele pligten til behandling på 2 instanser, dvs. henholdsvis på kommunen og regionen.
- Sundhedsbrugerrådet efterlyser en politisk opsamling på de opstillede mål i perioden.
- Sundhedsbrugerrådet ønsker at påpege, at det ved udskrivning skal sikres, at ingen patienter kommer i klemme mellem region og kommune. Den gode udskrivning fra hospitalet skal indarbejdes fra regionens side og fra kommunernes side indarbejdes den gode modtagelse. Kommunerne skal generelt være gearret til modtagelse af patienterne.

Venlig hilsen



Sundhedsbrugerrådet i Region Midtjylland
Ejnar Pedersen, formand

Høringssvar

Region Midtjylland
Sundhedsområdet
Regionshuset Viborg
Skottenborg 26
Postboks 21
8800 Viborg

Syddjurs Kommune
21. maj 2010

Udkast til høringssvar vedr. generel sundhedsaftale i Region Midtjylland 2011-2014

Syddjurs kommune har modtaget udkast til generel sundhedsaftale til høring. Udvalget for sundhed, ældre og socialudvalget har på møde den 10. maj behandlet udkast til den generelle sundhedsaftale og byrådet i Syddjurs kommune har efterfølgende på møde i byrådet den 27. maj 2010 vedtaget nedenstående høringssvar.

Generelle bemærkninger

Syddjurs kommune finder det positivt, at denne udgave af sundhedsaftalen er opdelt i en politisk del og en sundhedsfaglig del. Det vil kunne bidrage til at styrke den videre proces i arbejdet med formidling og implementering af sundhedsaftalen både politisk og sundhedsfagligt.

I modsætning til første generationsudgaven af sundhedsaftalen udtrykkes operationelle og forpligtende politiske målsætninger for de fælles aftaleområder.

Syddjurs kommune er opmærksom på, at Region Midtjyllands overordnede planlægning af sygehusdriften i høj grad påvirker vilkårene for kommunens løsning af de borgerrettede sundhedsydelser. Sygehusvæsenets centralisering, specialisering og accelererede patientforløb medfører at opgaver flyttes til kommunerne. Sundhedsaftalen kommer derfor til at danne ramme om lokale aftaler om de konkrete opgaver, der skal løses mellem kommune, region og almen praksis i aftaleperioden.

Der ligger i sundhedsaftalen ikke rammer for økonomi i forhold til opgaveflytning ud over det, der ligger i den generelle finansieringsmodel. Syddjurs Kommune finder det er særdeles vigtigt, at der aftales indikatorer, der kan medvirke til at opgaver og økonomi kan beskrives ved opgaveflytninger mellem sektorerne.

Aftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb.

Det overordnede formål og de konkrete målsætninger med henblik på at sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløb samt forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser vurderes at være konkrete og ambitiøse. De forpligter gensidigt til fortsat udviklingsarbejde i bestræbelserne på at nå målene. Et særligt fokusområde vedr. indlæggelse/udskrivelse af borgere med demenssygdomme bør medtages i sundhedsaftalen.

Det bemærkes, at de tidligere kendte varslingsfrister i forbindelse med udskrivelse erstattes af begrebet kommunal forberedelsestid. Begrebet dækker den forberedelsestid kommunen har brug for i stedet for standard tider for varsling. Fra kommunens side er det ønskeligt, at udskrivelse fortsat sker velforberedt fra begge parter side, herunder at hospitalet om muligt varsler færdigbehandlingstidspunkt.

Syddjurs Kommune bemærker, at det er fremhævet i sundhedsaftalen, at udbredelsen af akutte modtageafdelinger vil betyde nye typer af indlæggelses- og udskrivningsforløb, og at det vil få konsekvenser for alle sektorerne. Fremover forventes 65% af alle akutte indlæggelser udskrevet inden for 24 timer. I forhold til kommunerne er der derfor en forventning om, at der etableres et akut døgnberedskab med let og entydig adgang til en sygeplejerske. Udbredelsen af akutte modtageafsnit vil lægge et betydeligt pres på det kommunale beredskab i hjemmeplejen og sygeplejen.

Dette understreger behovet for at fastholde opmærksomheden på de afledte økonomiske og faglige konsekvenser, som ændringerne i indlæggelsesforløb vil have for de kommunale omsorgs- og sundhedsopgaver

Aftale vedr. børn, unge og gravide.

Syddjurs Kommune bemærker, at der i forslaget til denne delaftale savnes klare og operationelle målsætninger. De beskrevne mål bærer præg af hensigtserklæringer, men de valgte fokusområder er vigtige og relevante.

Syddjurs Kommune fremhæver vigtigheden af fælles strategi for en sammenhængende forebyggelsesindsats, som sikrer færre gravide rygere og deres familier samt færre familier med overvægt.

Aftale vedr. træningsområdet.

Syddjurs Kommune finder, at der i forslaget til generel politisk sundhedsaftale opstilles en række relevante og brugbare målsætninger med fokus på harmonisering af aktivitetsniveauet på træningsområdet, genoptræningsplanernes kvalitet og udvikling af genoptræningsområdet. Særligt noteres det at aktivitetsniveauet på træningsområdet i Region Midtjylland svarer til landsgennemsnittet målt på bl.a. andelen af specialiserede genoptræningsplaner, der indtil nu har ligget over landsgennemsnittet.

Det er endvidere positivt, at det af genoptræningsplanen skal fremgå tydeligt, med hvilken begrundelse der fra hospitalets side er valgt henholdsvis specialiseret eller almindelig ambulans genoptræning.

Aftale vedr. hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Der lægges i aftalen vægt på værdier for at sikre det gode samarbejde om hjælpemidler og behandlingsredskaber, herunder at der skal være gensidig respekt om sektorenes faglige vurderinger af borgerens behov for hjælpemidler.

Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse.

De konkrete mål i forhold til forbedring af folkesundheden vurderes at være relevante, ligesom der i denne aftale er lagt særlig vægt på arbejdet med udvikling og implementering af forløbsprogrammer for mennesker med kronisk sygdom.

Syddjurs kommune finder det positivt at indsatsen i forhold til KRAM faktorerne skal være særligt fokus på at indgå aftaler, der skaber sammenhæng i forebyggelse på tværs af sektorgrænser, og at rygestop har højeste prioritet i aftaleperioden.

Aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom.

Der er overordnet tale om en god og anvendelig delaftale, hvor der opstilles relevante målsætninger for området.

Syddjurs Kommune er på dette område meget opmærksom på, at udvikling af tilbud på området skal være velkoordineret, så opgaverne i forhold til sindslidende løses i sammenhæng.

Syddjurs Kommune mener, at der i målsætningerne bør fremhæves en fælles strategi for den koordinerede indsats og ikke blot som en hensigt i værdierne for samarbejdet.

Syddjurs Kommune er endvidere opmærksom på afledte økonomiske konsekvenser for en øget kommunal indsats på psykiatriområdet.

Aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser.

Denne delaftale er ny i forhold til tidligere og har fokus på patientsikkerhed, herunder forpligtelser til at rapportere utilsigtede hændelser i overgange mellem sektorer. Syddjurs kommuner anerkender, at der skal være fokus på patientsikkerheden til læring og udvikling med henblik på forebyggende initiativer. Der synes dog stadig at være nogen usikkerhed om implementering af aftalen, herunder registreringspraksis og organisering af risikomanagers og tværsektorielle netværk. Opmærksomheden rettes herfra på de økonomiske følgeudgifter af ordningen

Aftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer.

Denne delaftale, der er ikke er en del af de obligatoriske områder i sundhedsaftalen, er under udarbejdelse og forventes afsluttet ultimo juli. Der er stor opmærksomhed på delaftalen og det forventes at den bringes til høring i kommunerne inden endelig vedtagelse.

Aftale om økonomi og opfølgning.

Syddjurs Kommune vil understrege det nødvendige i, at der udvikles indikatorer, der kan anvendes til opgavebeskrivelse i relation til økonomi ved overflytning af opgaver mellem region og kommune. Der registreres allerede et øget pres på hjemmeplejens ydelser og ansøgning til korttidsafdeling efter udskrivelse fra sygehus, hvilket bekræfter nødvendigheden af en fremadrettet dokumentation af opgaveflytning mellem sektorerne.

Med venlig hilsen

Kirstine Bille
Borgmester

Til Sundhedskordinationsudvalget i Region Midtjylland

Job & Velfærd
Sundhedsstaben

St. Sct. Hans Gade 4
DK-8800 Viborg

Tlf.: 87 87 87 87
Fax.:

www.viborg.dk

Høringssvar angående den generelle sundhedsaftale 2011-2014

Dato: 4. maj 2010
Sagsnr.: 2010/21869
Sagsbehandler: vjd

Direkte tlf.: 87 87 60 83
Direkte e-mail: vjd@viborg.dk

Det er med interesse at Viborg Kommune har gennemgået det samlede udkast til generel sundhedsaftale 2011-2014. Denne 2. generations sundhedsaftale udgør et godt grundlag dels for samarbejdet mellem sektorerne i sundhedsvæsenet, dels for at sikre borgerne mere sammenhæng og kontinuitet i behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Viborg Kommune har følgende generelle kommentarer til sundhedsaftalen:

- Opdelingen i en politisk del og en sundhedsfaglig del er som udgangspunkt meget relevant. Den politiske del er dog blevet meget omfattende, hvorfor det foreslås, at bilagsektionen udelades, da den genfindes i den sundhedsfaglige sundhedsaftale.
- Styrket samarbejde om udvikling og anvendelse af ny teknologi er helt centralt for at alle sektorer i sundhedsvæsenet kan møde de fremtidige udfordringer. Viborg Kommune har i den forbindelse særlig fokus på anvendelse af telemedicin. Kommunen foreslår, at der i den generelle, politiske sundhedsaftale skrives ind, hvordan det kan sikres, at nye teknologier udvikles og anvendes. Det kan eksempelvis være i form af målsætninger for, hvornår hvilke teknologier, er bragt i anvendelse. Det kan ske på linje med temagruppen for ITs udarbejdelse af "Det gode elektroniske patientforløb".
- I takt med accelererede patientforløb, mere ambulante behandling og øget brug af behandling i hjemmet bliver det meget væsentligt for den kommunale sundhedsvæsen at kunne få adgang til specialistviden på hospitalerne. Viborg Kommune anser det for afgørende, at der etableres mulighed for rådgivning og vejledning omkring den enkelte patient fra hospitalets specialiserede personale til sundhedsprofessionelle i kommunen. Det kan eksempelvis indgå i delaftalen om Indlæggelse og udskrivning.
- Viborg Kommune ønsker fremadrettet, at høringsfrister tilrettelægges, så den demokratiske proces med høring af relevante råd kan nås.

Viborg Kommune har følgende bemærkninger til specifikke delaftaler:

Delaftalen om Sundhedsfremme og forebyggelse

- Social lighed i sundhed er et fokusområde for Viborg Kommune. Derfor **106** ønsker Kommunen, at det fremgår tydeligere af den generelle politiske

sundhedsaftale, hvordan vi kan samarbejde mere om og iværksætte flere indsatser, der imødegår social ulighed i sundhed.

- Den ældre, medicinske patient er ligeledes et omdrejningspunkt for mange indsatser i Viborg Kommune. Kommunen ønsker det ekspliciteret, at der skal udarbejdes et forløbsprogram for den ældre, medicinske patient.
- Større samspil og forpligtende samarbejde med almen praksis er et vigtigt element i at sikre borgerne kontinuitet og sammenhæng i forløb. På den baggrund foreslår Viborg Kommune, at almen praksis i større omfang forpligtes til at henvise til kommunens borgerrettede og patientrettede tilbud.
- Viborg Kommune opfordrer til større samarbejde om borgerrettet forebyggelse, dels udvikling af indsatser relateret til KRAM-faktorerne, dels brug af regionens rådgivningsforpligtelse i forhold til planlægning, kvalitetssikring og evaluering af forebyggelsestiltag, samt initiering af partnerskaber med forskningsinstitutioner med henblik på at skabe ny, relevant praksisbaseret viden.

Delaftalen om Voksenpsykiatri

- I denne delaftale er det vigtigt for Viborg Kommune, at der formuleres en målsætning og aftaler for borgere med en demenssygdom, særligt omkring udredning og behandling.
- Viborg Kommune ønsker at styrke det tværsektorielle samarbejde, så den psykiatriske sundhedsydelse tilrettelægges således, at den understøtter en kommunal omkostningseffektiv opgaveløsning.

Delaftalen om Børne- og ungdomspsykiatri

- Det er vigtigt at henvisningsforløbet og henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatri sker med respekt for den forpligtelse der ligger i henholdsvis kommunerne og regionen. Regionen har således afvist henvisninger fra praktiserende læge alene med den begrundelse, at der skal foreligge en psykologisk undersøgelse udfærdiget af PPR. Det er udtryk for en uhenigtsmæssig og uacceptabel opgaveglidning, som kommunen ikke har – og heller ikke forventes at have – ressourcer til.
- Der bør indgås aftaler i forhold til samarbejdet mellem BUC og PPR om kontakt mellem parterne forud for udskrivningskonferencen med henblik på at den videre indsats kan blive koordineret.
- Den lokale sundhedsaftale bør præcisere opgavefordelingen mellem kommunen og regionen.
- Viborg Kommune indgår stadigvæk gerne i en dialog om, hvordan vi sammen kan håndtere ventelisteproblematikken til gavn for børnene og deres familier.

Delaftalen om børn, unge og gravide

- Det er vigtigt, at det bliver meget præcist formuleret, hvem der har ansvaret for den nyfødte / den nye familie efter fødslen og at det er formuleret ens i den politiske del og den faglige del af sundhedsaftalen.

- Viborg Kommune er af den opfattelse, at der er sket en opgaveglidning fra Region til Kommune, der bundes i Regionens Midtjyllands beslutning i 2009 om tidlig udskrivelse af den nye familie.

Viborg Kommune ser frem til et perspektivrigt samarbejde med Region Midtjylland i den kommende sundhedsaftale periode.

På vegne af Socialudvalget i Viborg Kommune.

Med venlig hilsen

Mette Nielsen
Formand for Socialudvalget

HØRINGSSVAR

Høringsvar angående den generelle sundhedsaftale 2011-2014

Handicaprådet / Handicaporganisationernes medlemmer i HR udtaler:

Vi kan tilslutte os høringssvaret fra Socialudvalget i Viborg Kommune med medfølgende bemærkninger:

Generelt:

Vejledningsfunktionen bør ud over personale og andre berørte i sundhedssektoren også være meget fokuseret på patienten således, at denne er velorienteret / får en grundig vejledning i hele forløbet fra indlæggelse til udskrivning og om det videre forløb mht. muligheder for pleje, personlig hjælp, hjælpemidler, træning og ambulante efterbehandling. evt. med en skriftlig handleplan.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Forbedre sundheden i regionen: lokale træningsmuligheder også for borgere som ikke er visiteret til vederlagsfri fysioterapi.

Voksenpsykiatri:

Vi har forståelse for ønsket om en omkostningseffektiv opgaveløsning, men mener at det primære ønske / succesmål bør være behandling / behandlingsgaranti. Der bør også sættes fokus på medicinudgifter for disse borgergrupper.

Ældrerådets høringssvar vedr. Sundhedsaftalen for Region Midtjylland 2011 - 2014.

Ældrerådet kan være bekymret for om det personale, der skal udføre opgaverne er klædt på dertil. Om brugere og pårørende vil opleve en positiv forbedring.

Der er fokuseret meget på at indlæggelsestiden skal være så kort som muligt, men hvad med ventetiden for indlæggelsen, samt tidsfrist for hvor lang tid, der må gå inden udlevering af hjælpemidler.

Ventetiden fra første undersøgelse til indlæggelse er ofte meget lang og ofte skal borgerne til mange ambulante undersøgelser inden, måske også flere forskellige steder. Et psykisk og fysisk svær tid for mange, hvor borgerne ofte befinder sig i ingenmandsland.

På Ældrerådets vegne
Anni Lykke
Kåte Mikkelsen