

## Opsamling fra møde i Sundhedspolitisk Dialogforum

Den 27. marts 2015 kl. 8.30-13.00 - Hotel Søparken

### 1. Sundhedsaftalen 2015-2018 (v. Anders Broholm)

Der blev budt velkommen til arrangementet af Anders Broholm med budskabet om, at det er vigtigt, at kommunerne kan gå i takt ift. sundhedsområdet og her spiller disse møder i Sundhedspolitisk Dialogforum en vigtig rolle. Det er endvidere tanken, at der på møderne skal videregives information til de kommunale medlemmer, som dermed bliver bedre rustet til at komme med input til relevante udvalg i egen kommune.

Dagens primære tema er Praksisplan og underliggende aftale, men der blev indledt med en status ift. Sundhedsaftalen og den netop godkendte implementeringsplan (*se desuden bilag med dias fra dagen*).

Sundhedsaftalen er nu godkendt af Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen har vurderet aftalens indhold og har fundet, at aftalen lever op til alle formelle krav. Overordnet er tilbagemeldingen fra Sundhedsstyrelsen positiv, men der er peget på enkelte områder (opmærksomhedspunkter), som der i det kommende arbejde skal fokuseres ekstra på.

*Sundhedsstyrelsen vurderer det bl.a. positivt at:*

- Indsatser i aftalen er baseret på data og indikatorer
- Relevante målgrupper er inddraget, og der er konkrete indsatser for forskellige målgrupper
- Der er fokus på opgaveflytning

Sundhedskoordinationsudvalget har i marts 2015 godkendt fase 1 af implementeringsplanen for Sundhedsaftalen. Det er vigtigt, at der sikres den nødvendige finansiering til projekterne, og at der tages ressourcemæssige hensyn i forhold til at få sat projekterne i gang. Der er en række projekter, som allerede er i gang og herunder er der særskilt godkendt 6 projekter til opstart på nuværende tidspunkt. Det drejer sig om:

- Forebyggelse til psykisk syge
- Styringsmodel for sundheds-IT: Vi skal arbejde for at sikre den gode kommunikation, hvilket er særligt vigtigt i sektorovergange.
- Ledsagelse under indlæggelse: Prioriteringen er foranlediget af den seneste tids mediefokus på praksis vedr. BPA-ordning under indlæggelse. Aftalen skal kigges igennem. Hvordan fordeler vi denne opgave imellem os? Hvem skal betale for udgiften? Vi skal holde fast i, at det, som foregår på sygehusene, er sygehusenes ansvar.
- Triple aim: Der er ca. 1 % af befolkningen, som anvender 32 % af sundhedsudgifterne. Det skal der kigges på, og der skal laves en målrettet indsats for denne gruppe. Dette kan være godt for økonomien og den enkelte borger.
- Revidering af rammeaftalen for Kronikerindsatsen: Rammeaftalen skal revideres. Virkeligheden ændrer sig hele tiden og aftalen skal på baggrund heraf tilpasses den nuværende situation.

- Monitorering af børn og unges sundhed: Sundhedsprofilerne siger primært noget om de voksne. Derfor er der nu ønske om at sætte et særligt fokus på børnene i den nærmeste fremtid.

Set med kommunale øjne får vi med disse projektforslag taget fat på vigtige indsatser, og vi glæder os til at komme videre med arbejdet.

## **2. Praksisplan og underliggende aftale**

**Indledning v. Henning Sørensen, medlem af Praksisplanudvalget, Morsø** (se desuden bilag med dias fra dagen).

Der blev oprettet et nyt Praksisplanudvalg i 2014. Det er en ny situation for kommunerne, at vi har fået direkte indflydelse på lægedækning og lægernes opgaver. Der er med Praksisplanudvalget tale om et betydningsfuldt udvalg i forhold til netop planlægning af lægedækning mv.

Arbejdet er dog ikke blevet nemmere med denne model. Der er nu ikke kun to, men tre parter, som skal finde en fælles linje. Det er ikke kun et spørgsmål om at afklare, hvem der betaler – men også hvem som skal udføre opgaverne – der er ikke meget mening i at lave aftaler, som der ikke er nogen til at varetage.

Området har stor fokus i KL-regi. Der er centralt netop indgået fælles delaftale ift. FMK (oprydning). KL fik aftalen på plads, men efterfølgende var der en enkelt region, som ikke ville være med alligevel. Sådanne situationer skaber svære vilkår.

Vi skal nu i gang med at lave aftale vedr. lægedækning og samtaleterapi. Det skal i den forbindelse f.eks. overvejes, om opgaven kan varetages af blandt andet psykologer eller psykoterapeuter. Også mere generelt kan vi måske komme til at tænke nyt - måske skal der eksempelvis tænkes på en udlicitering af lægepraksis, eller hvordan skal vi tænke lægedækning fremadrettet?

Der har været arrangeret en række temadage i København for medlemmer af Praksisplanudvalgene om blandt andet forhandlingsteknik og økonomi. Samtidig har det på møderne været muligt at få drøftet, hvordan de andre medlemmer af Praksisplanudvalg i andre regioner oplever situationen. Vi er også som kommuner meget afhængige af PLO og lægerne gør et stort og vigtigt stykke arbejde, men de har også store krav med til forhandlingerne.

Når der skal laves en underliggende aftale, er vi 11 kommuner med forskellige ønsker og behov, men ikke desto mindre er der fælles udfordringer. Det er derfor vigtigt, at vi arbejder tæt sammen.

### **Oplæg vedr. rammerne for arbejdet i Praksisplanudvalget v. direktør Bente Graversen (Aalborg)**

Bente Graversen indledte kort med at fortælle om formålet med dagens drøftelser, hvilket er at give input til PPU medlemmerne til de kommende forhandlinger og dermed styrke det kommunale mandat.

Efter et oplæg om de overordnede rammer, var der oplæg om tre overordnede temaer i form af:

- a) Sygebesøg/samtalerterapi
- b) Sundhedsaftale
- c) Procesplan og mandat.

Efter hvert oplæg var der drøftelser i klyngerne ved bordene og fælles opsamling. Klyngedrøftelserne blev styret af Mads Duedahl, rådmand, Aalborg Kommune.

#### **Vedr. de overordnede rammer for arbejdet:**

I 2014 blev sundhedsloven revideret og i forbindelse hermed blev det besluttet, at der skulle oprettes et Praksisplanudvalg. Kommunerne er repræsenteret i udvalget ved 5 kommunalpolitikere, og udvalget har som overordnet målsætning at øge sammenhængen mellem region, kommuner og praktiserende læger.

Vi har med ændringen fået rammerne for en lokal tilpasning til specifikke behov. Men vi skal finde ud af at udfylde rammerne lokalt, og dette er en særlig udfordring, fordi kommunerne er meget forskellige.

De overordnede emner, der indgår i Praksisplanen, og som Praksisplanudvalget har fokus på, er:

- Lægedækning og tilgængelighed
- Kapacitet og rekruttering
- Almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen
- Almen praksis' opgaver i relation til det tværsektorielle samarbejde (sundhedsaftalen)

Praksisplanen er et samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommuner og praktiserende læger, og tanken er, at praksisplanen skal understøtte almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen. Planen skal bl.a. medvirke til at sikre den nødvendige lægekapacitet i alle regionens områder, således at alle borgere kan få en læge (regional opgave).

Praksisplanen udmøntes i praksis via den underliggende aftale. Den underliggende aftale er en aftale mellem kommuner, region og de praktiserende læger lokalt om vilkårene (ressourcer) for lægernes arbejde med praksisplanens indhold.

#### **Vedr. Lægedækning – rekruttering/fastholdelse** (se flere baggrundsinformationer på de medsendte dias).

I Nordjylland er der 371 ydernummer, hvoraf 12 ydernumre er disponerede og 22 er ledige ydernumre.

Der er stor fokus på at rekruttere nye praktiserende læger. Antallet af uddannelsesstillinger er skruet op, men det er svært at få dem besat. Tilgængelige boliger, institutionspladser og job til ægtefæller er vigtige elementer ift. rekruttering.

### **Vedr. § 2 aftaler**

§ 2 aftaler er et begreb fra den tidligere overenskomst og dækker over lokale særaftaler. I den nye overenskomst for almen praksis er der ikke længere mulighed for at indgå § 2 aftaler, men eksisterende aftaler videreføres indtil de opsiges eller udløber.

I Nordjylland vedrører de fleste eksisterende § 2 aftaler lægedækning/planlægning (se dias for flere detaljer). I alt bruges der ca. 30 mio. årligt på § 2 aftaler i dag. Disse midler er regionens og kan potentielt forsvinde ud af området, idet regionen kan vælge at hjemtrække § 2 midler til deres egen kasse (midlerne er ikke bundet). Vi vil fra kommunal side arbejde på at fastholde midlerne.

### **Tema A: Sygebesøg og samtaleterapi (oplæg v. Bente Graversen)**

#### **Samtaleterapi**

Samtaleterapi gives som et samtaleforløb til patienter, som den alment praktiserende læge vurderer, har behov for samtaler af terapeutisk karakter. Patientgruppen er blandt andet personer med lettere stress, misbrug og depression, men patientgruppen er ikke afgrænset i aftalen.

Vedrørende samtaleterapi er Region Nordjylland anderledes stillet end de øvrige regioner, idet der i Nordjylland allerede eksisterer en § 2-aftale omkring samtaleterapi (omfanget heraf er ca. 3,8 mio. kr. årligt). De øvrige regioner har ikke lokale aftaler, som dækker samtaleterapi. Baggrunden for den nordjyske § 2 aftale er, at man tidligere manglede psykiatere og derfor lavede et uddannelsesforløb for lægerne i regionen, så de kunne varetage denne opgave. Den nordjyske aftale er billigere, end hvis det kørte efter overenskomsten. KL vurderer umiddelbart, at eftersom Region Nordjylland har en decentral aftale på samtaleterapi, er der ikke behov for at gøre yderligere vedr. denne på nuværende tidspunkt. Men hvis parterne opsiges aftalen, falder aktiviteten tilbage på overenskomsten og skal decentraliseres.

Det kan nævnes, at der er mulighed for at åbne op for at andre aktører varetager de opgaver, som ligger i overenskomstens bestemmelser, hvis de alment praktiserende læger ikke ønsker at indgå i forhandling om opgaven (f.eks. vil det være muligt for psykologer at varetage opgaven ift. samtaleterapi).

#### **Sygebesøg**

Hovedsageligt går sygebesøg til ældre borgere og hovedsageligt til borgere i eget hjem (ikke plejehjem). Der er stor variation i brugen af sygebesøg mellem kommunerne, når man ser på antal sygebesøg per 1.000 indbyggere. Udover variation i antallet af sygebesøg er der ligeledes stor (geografisk betinget) variation mellem kommunerne, når man ser på den afstand lægen tilbagelægger i forbindelse med sygebesøg (størstedelen af sygebesøgene er inden for en afstand på 4 km fra praksisadressen).

Derudover er der, også indenfor de enkelte kommuner, meget stor spredning i forhold til, hvor ofte de enkelte praktiserende læger tager på sygebesøg. I Aalborg Kommune er der eksempelvis praktiserende læger, som i 2014 havde under 10 sygebesøg per 1000 sikrede, mens andre praktiserende læger i samme kommune havde mere end 150 sygebesøg per 1000 sikrede. Tilsvarende forskelle kan findes blandt de praktiserende læger i de øvrige nordjyske kommuner.

I relation til sygebesøg var der en samlet økonomi på 11,2 mio. kr. i 2013. De seneste år er der set en nedgang i opgavemængden for sygebesøg, men niveauet i 2013 er marginalt højere end i 2012.

Overenskomsten er bygget op på en måde, så der ikke honoreres højt for disse besøg. Der er ingen standard for, hvornår der køres sygebesøg – behovet vurderes af lægen selv.

Kommuner har indgået aftale om, at vi inden for en time kan være i en borgers hjem, og måske vil det spille ind på antallet af sygebesøg fremadrettet.

I finansloven fra 2014 er der afsat 400 mio. til at gennemføre en indsats ift. at få læger ud til landets plejehjem. Men hvordan midlerne skal bruges er endnu ikke klarlagt, og der er mange måder at organisere arbejdet.

Der skal indgås en aftale regionalt vedr. sygebesøg, før de "nye midler" frigives og kan bruges til at forhandle om yderligere underliggende aftaler.

**Anbefaling:**

Det er vigtigt, at kommunerne afsætter de nødvendige midler i overenskomstperioden til brug for den underliggende aftale. Dog er det ikke sikkert, at der skal bruges midler i år (formentlig først i 2016 og 2017).

Økonomien i sygebesøg er for nedadgående i Nordjylland. Hvis ydelserne fortsætter med at falde, får vi færre midler til Nordjylland. Det betyder, at jo før vi får indgået en aftale om sygebesøg, jo bedre.

Praksisplanudvalget skal behandle et oplæg 4. juni 2015 på disse 2 aftaler (sygebesøg og samtaleterapi). Aftaler relateret til sundhedsaftalen skal behandles efter sommerferien.

Det er vigtigt, at de nuværende midler fastholdes til rekruttering og fastholdelse!

**Gruppedrøftelser Tema A – Sygebesøg og samtaleterapi:**

Spørgsmål til gruppedrøftelser:

- Er den nuværende økonomiske ramme for sygebesøg og samtaleterapi passende?
- Hvilke erfaringer har klyngen med sygebesøg og samtaleterapi samt samarbejdet med almen praksis på området?
- Opleves der problemer med sygebesøg og samtaleterapi (eksempelvis problemer med at få lægerne ud på sygebesøg i hjemmene, problemer med sygebesøg på kommunale tilbud, for højt/lavt brug af samtaleterapi i bestemte områder, mv.)?
- Er der behov som ikke dækkes med den eksisterende ordning vedrørende sygebesøg og samtaleterapi?
- Er der behov for at åbne op for andre aktører på området?

## Opsamling fra klyngerne:

Klynge Midt
<p>Ift. sygebesøg: Lad os ikke lave konflikt her. De 11 mio. kører videre. Samtaleterapi samme melding. Vi kan lave en aftale, hvor vi ser på områderne igen efter eksempelvis et år. Fokus på hvem der skal tage det fremover.</p>
Klynge Syd
<p>Samtaleterapi: Uddannede sygeplejersker kan varetage opgaven. Sygebesøg: Svært at få læger ud til specialiserede tilbud.</p>
Klynge Vest
<p>Samtaleterapi: Fortsæt med nuværende aftale, ellers bliver det for dyrt. Behov for at tænke anderledes. Kan det kigges på muligheden for andre aktører? Samtaleterapi: Ydelsen benyttes i Thisted Kommune men stort set ikke i Morsø. På kort sigt: Aftalen bør fortsætte på uændret niveau/med uændret indhold. Begrundelsen herfor er, at det vil blive dyrere at ændre på aftalen og/eller alternativt hente andre faggrupper ind (f.eks. psykologer) ind til at overtage opgaven. Samtaleterapi suppleres af mange andre (væsentligere) indsatser i regi af bl.a. Jobcentre. Endelig har almen praksis også mulighed for at viderehenvise patienterne, hvis de vurderer at samtaleterapeuttilbuddet ikke er tilstrækkeligt. På lang sigt: Skal måske erstattes af et tilbud i kommunale sundhedscentre.</p>
Klynge Nord 1 og 2
<p>Vigtigt at fastholde midlerne på området. Samtaleterapi: Med lægemangel, er det så smart, at lægerne skal varetage denne opgave. Man kunne knytte psykologer til lægehusene, men hvem skal ansætte dem? Sygebesøg: Fælles problem, at det er svært at få læger til at tage ud på midlertidige pladser. Mors har etableret afklaringscenter. Mere fleksible aftaler med lægerne, så de kan dække for hinanden. Fælles problem at få lægerne ud til sygebesøg på midlertidige pladser. Hvordan løses det? Ligesom på Mors – afklaringscenter? Fast læge – så ikke mere tilgang til egen læge? Løse aftaler, så lægerne kan dække hinanden af?</p>

## Fælles opsamling vedr. Samtaleterapi/sygebesøg v. Mads Duedahl

### Samtaleterapi

- Er der andre faggrupper som kunne komme ind herover?
- Vi har en billig ordning i dag – lade den gå videre nu, men se på den på sigt. Det har vi et år til at se på – der skal være fleksibilitet ift. borgerne.

### Sygebesøg

- Udfordringer ift. geografi og kommunegrænser.
- Kommunale midlertidige pladser – svært at få sygebesøg her.
- Vigtigt at få aftalen på plads snart, fordi vores forbrug er nedadgående.
- Positivt hvis aftalen videreføres – men få en anden aftale forhandlet på sigt.

## Tema B: Sundhedsaftale (Oplæg v. Bente Graversen)

Projekter i Sundhedsaftalen 2015-2018:

- 21 projekter fra tidligere Sundhedsaftale
- 5 projekter som skal igangsættes i 2015
- SKU har prioriteret 6 projekter til snarlig igangsættelse
- 42 yderligere projekter til afvikling i resten af aftaleperioden (2015-18)

Det kan lade sig gøre at lave aftaler med almen praksis om projekter i sundhedsaftale – flere nuværende § 2 aftaler udspringer af tidligere sundhedsaftale.

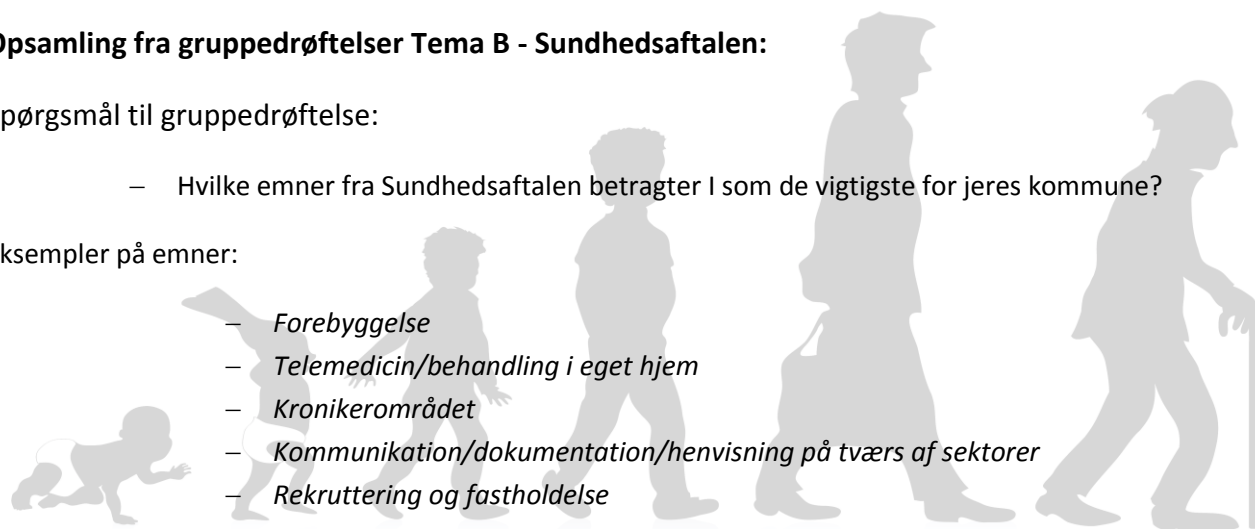
Selvom der er aftalt mange projekter og initiativer i sundhedsaftaleregii, så er det ikke alle aftaler, som involverer almen praksis. Der skal først nedsættes arbejdsgrupper, laves kommissorier og arbejdsgrupperne skal i gang med at folde projekterne ud – inden da ved vi ikke, om de bliver en del af en underliggende aftale. Hvor der skal indgås aftale om honorering, skal sagen videre til Praksisplanudvalget.

### Opsamling fra gruppedrøftelser Tema B - Sundhedsaftalen:

Spørgsmål til gruppedrøftelse:

- Hvilke emner fra Sundhedsaftalen betragter I som de vigtigste for jeres kommune?

Eksempler på emner:



- Forebyggelse
- Telemedicin/behandling i eget hjem
- Kronikerområdet
- Kommunikation/dokumentation/henvisning på tværs af sektorer
- Rekruttering og fastholdelse

### Opsamling fra klyngerne:

Klynge Midt
<p>Rekruttering og fastholdelse fylder meget (ikke en hemmelighed, at der mangler læger og at læger er ældre). Når regionen laver regionsklinikker i samme hus som læger, skal samarbejde med disse andre ydere tænkes ind.</p> <p>Uddannelse: Vi vil have lov at uddanne flere. Vi er nødt til at få 50 flere uddannelsespladser.</p> <p>Telemedicin og kronikere, fortsættes.</p>
Klynge Vest
<p>Det er regionens opgave at skaffe læger, det skal vi ikke overtage i kommunerne.</p> <p>Telemedicin og fokus herpå vil være nødvendigt fremadrettet (vigtigt at opsamle erfaringer fra kørende projekter)</p> <p>Indlæggelse/genindlæggelse: Vi har en stor udfordring her, og regionens sygehuse har ansvar for at patienter er færdigbehandlede inden udskrivelse. Psykiatri og somatik er ligestillet.</p>



Psykiatriske patienter er meget sårbare og kan have gavn af lokalt tilbud.

Sundhedsaftalen:

- Rekruttering er vigtig, men det er væsentligt at huske, at det er en regional opgave. De penge, der i dag er afsat til området i §2-aftaerne bør fortsat anvendes på netop dette område.
- Forebyggelse er vigtig. Ulighed i sundhed skal adresseres. Det er både vigtigt at tænke forebyggelse i nærområdet (eksempelvis i form af tilbud på psykiatriområdet) og i form af samspillet med sygehuset om bl.a. at forebygge genindlæggelser. Almen praksis skal lave henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud.
- Telemedicin.

### Klynge Syd

Rekruttering en forudsætning for de andre indsatser. Kommunikation mellem sektorer stor udfordring. Herudover blev drøftet:

- Henvisninger
- Det stigende antal kronikere
- Kommunikation mellem sektorer
- Vanskeligheder mellem systemer
- FMK – potentiale deri, men der er lang vej
- Effektiviseringspotentiale
- Medarbejdere bruger meget tid på at koordinere
- Har en betydning for UTH
- Udenlandske læger – ikke et problem – men kan være sproglige udfordringer
- Børneområdet

### Klynge Nord 1 og 2

Kommunikation: Ved lighed i sundhed bliver kommunikationen ekstra vigtig, da de svageste er sårbare ift. dårlig kommunikation.

Rekruttering: Hvordan gør vi os som kommuner attraktive for nye læger? Det har vi fokus på ift. erhvervslivet, men hvordan gør vi det ift. lægerne? Uddannelsen på AAU kan måske ses som del af tiltrækning (forskning på uddannelsen kunne øges for at gøre det mere tiltrækkende).

Vigtigt at rette fokus mod:

- patientforløb på tværs af sektorer
- mulighederne for at forpligte praktiserende læger til at henvise til kommunale tilbud forudsætter tidlig opsporing
- systematik i lægernes tilskyndelse til at henvise til kommunale tilbud
- "tillidsskabende" initiativer mellem kommunale tilbud (sygeplejersker) og praktiserende læger
- Behovet for at opbløde det sort/hvide billede af, at sygdom er lægernes opgave, mens forebyggelse er kommunernes opgave.
- Rekruttering og fastholdelse - Regional opgave – men de enkelte kommuner kan afhjælpe egen situation
- Glidende patientovergange - Kerne i at lave sundhedsaftale – patienterne mærker ikke overgange
- Incitamentsstrukturer ift. finansiering i forhold til at få lægerne til at deltage i forebyggelsesopgaven og henvisning - skal de have betaling for alt? De har jo et behandlingsansvar.
- Udfordring at lægerne har manglende kendskab og tillid til de kommunale sundhedstilbud – det skal man adressere i dialog med lægerne



## Fælles opsamling på tema B - Sundhedsaftalen

Følgende emner blev nævnt som vigtige ift. den samlede prioritering, når der indgås underliggende aftale om elementer fra sundhedsaftalen:

- Det er vigtigt, at der arbejdes for at få mest mulig sundhed for pengene
- Rekruttering vigtigt
- Telemedicin og Kronikerområdet – den tidlige indsats bør prioriteres
- FMK og sårbare grupper
- Psykiatri i nærområdet og fokus på færdigbehandling
- Kommunikation ml. sektorer skal fungere
- Henvielse til forebyggelsestilbud

## Oplæg vedr. tema C: Mandat og den videre proces

Praksisplanudvalget forhandler fælles aftaler, men skulle en kommune ønske at lave en bilateral aftale er det vigtigt, at sådanne aftaler kommer ind omkring PPU til kommentering/udtalelse.

### Administrativ proces:

- Klyngebaseret organisering med involvering af sundhedsdirektørernes forretningsudvalg
- Understøttende arbejdsgruppe
- Faglig bistand fra KL's sekretariat for almen praksis (KLAP)
- Løbende orientering af kommunaldirektørkredsen

### Forventet proces:

- I juni 2015 forventes aftaler vedrørende sygebesøg og samtaleterapi behandlet i PPU
- Næste step efter sygebesøg/samtaleterapi er Sundhedsaftalen, men arbejde er også i gang med regeringsudspillet "Jo før jo bedre". Aftaler vedr. læger på plejehjem og penge til sundhedsklinikker kan også være på vej.

## Gruppedrøftelser Tema 3: Mandat og den videre proces

Følgende spørgsmål var til drøftelse:

- Forventninger til tids- og procesplan og gensidig orientering
- Hvordan tænker I, at de enkelte klynger bedst kan involveres i processen?
- Forventninger til Praksisplanudvalget

**Opsamling fra klyngerne:**

<b>Klynge Midt</b>
Løbende information vigtigt (gerne i korte statusmails). Klyngen vil gerne indkaldes igen, når der er noget relevant og støtter, at Sundhedspolitisk Dialogforum løbende bruges ligesom formøder til forankringsmøder måske kan anvendes. Klyngen vil gerne involvere øvrige byrådder i processen. Vigtigt at afklare i kommunerne, hvad man har af særønsker.
<b>Vest</b>
Gennem socialudvalg i de to kommuner vil der være gensidig information. Gennem Socialudvalgene i Morsø og Thisted orienteres løbende om arbejdet i PPU
<b>Syd</b>
Tema til møder i de politiske forankringsgrupper (med formøde) Tidsplan, proces, mandat, forventninger: Dialog i klyngen. Bl.a. i form af fælles sagsfremstillinger til behandling i begge kommuner. Klare meldinger til direktørerne, som kan tage det med i de politiske udvalg, hvis der er væsentlige emner.
<b>Klynge Nord 1 og 2</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigtigt med de her møder i Sundhedspolitisk Dialogforum – samlet fodslag</li> <li>• Også vigtigt med de politiske forankringsgrupper - Formøder – fordi Regionen og PLO sidder der</li> <li>• Kan tages op i udvalgene i kommunerne så alle politikere i kommunerne har en del i det</li> <li>• Vigtigt med tæt dialog</li> <li>• Vigtigt at PPU har et klart mandat</li> </ul> <p>Nuværende struktur og plan er åben og inddragende. Det påhviler den enkelte kommune at lægge relevante sager på sundhedsudvalgsmøder. Klyngestrukturen er vigtig at udnytte – gør brug af ad hoc møder i klyngerne i fornødent omfang.</p>

**Fælles opsamling på Tema C: Mandat og tidsplan**

Der skal handling på de her sager – vi vil nødig stå uden aftaler i 2017.

Der blev lagt vægt på, at KKR på møde d. 27. februar 2015 har peget på, at Sundhedspolitisk Dialogforum fremadrettet skal være sparringspartner for medlemmerne af PPU. Foræet skal bruges på denne måde og løbende orienteres. Det skal være klart, hvad der indgås aftaler om. Ønske om korte mails fra PPU for at sikre løbende opdatering. PPU medlemmerne forhandler på kommunernes vegne.

Vigtigt med klyngedrøftelser (politisk og administrativt) og med dialog med PPU-medlemmerne.

Som udgangspunkt sager fra alle 11 kommuner. Men enkeltkommuner kan også rejse sager. Disse sager skal ind centralt til kommentering.

Vigtigt med kommunale formøder inden møder i de lokale Politiske forankringsgrupper.

### 3. Oplæg vedr. ny Plan for sygehuse samt Psykiatriplan

D. 26. februar 2015 sendte Region Nordjylland ny Plan for sygehuse og speciallægepraksis og ny Psykiatriplan i høring hos blandt andet kommunerne. Høringsfasen afsluttes ultimo april 2015. Formålet med oplægget er at give en introduktion til hovedtankerne i de nye planer.

**Oplæg vedr. Ny Plan for sygehuse og speciallægepraksis v. Peter Larsen, afdelingsleder Region Nordjylland** (Se desuden bilag med dias fra dagen).

Udarbejdelsen af en sygehusplan er lovgivningsbestemt i Sundhedsloven. Arbejdet med denne plan startede i september 2014. Kommunerne blev inddraget tidligt i processen: repræsenteret i styregruppe, temagrupper og i advisory board. Der blev desuden afholdt borgermøder i Aars, Thisted, Hjallerup.

Rammer for arbejdet:

- Økonomi
  - Besparelse på 10 mio. i 2015
  - Besparelse på 40 mio. i 2016 og årene fremover
  - Bloktilskudsproblematik
  - Kommunal medfinansiering
- Faglighed og udvikling
  - Akutsygehuse – centralt element
  - Akutmodtagelserne var ”fredet”
  - Decentrale enheder – såfremt bæredygtigt
  - SST – fylder mere end de har gjort tidligere. De afgør meget. Præger profilen for det nordjyske sundhedsvæsen
- Efterspørgslen efter sundhedsydelser
  - ’Ældrebyrden’
  - Støt stigende
  - Ikke bare mere ting – men flere ting (komorbiditet)
  - Mindretal der trækker meget på økonomien

3 overordnede elementer i planen:

- a) Målsætninger for patientforløbene
- b) Strukturelle ændringer
- c) Aktivitetsmæssige tilpasninger

Med den nye plan er der lagt op til en ”strammere” sygehus-visitation; her bliver de kommunale tilbud væsentlige.

Planen bygger på Erik-Juhl forudsætningerne, som blandet andet fastslår, at den ambulante aktivitet skal stige med 50 % ... der er vi slet ikke endnu.

Den ambulante behandling er på nuværende tidspunkt steget med 32 %. Liggetiden er stadig den højeste på landsplan. Vi er den region med flest indlæggelser. Svært at efterkomme alle anbefalingerne – stationær aktivitet i det nye sygehus svært realiserbar.

Der er et aktuelt fokus på den 1 pct. borgere, som anvender 32 pct. af de samlede omkostninger i RN og 36 pct af alle sengedagene. Hvad for nogle patienter er der tale om? Meget stor del af omkostningerne ligger sidst i patienternes liv – hvor er det vi kan sætte ind? Mere stratificeret indsats – mere sundhed for pengene.

### **Oplæg vedr. Ny Psykiatriplan v. Per Lund, Psykiatridirektør, Region Nordjylland**

Den største udfordring for psykiatrien er udredning og behandling til tiden for alle. Specialiseret behandling til alle og mere specialiseret behandling til flere borgere.

Der er en evig diskussion vedr. specialisering kontra nærhed. Der ønskes specialisering i større og mere robuste enheder.

Psykiatrien i Region Nordjylland gennemførte hjemmebesøg ca. 22-23.000 gange i 2014. Dette tal overrasker mange. Det er dyrt at have medarbejdere til at køre ud til borgere i dette omfang. Telepsykiatri og telemedicin kan være en hjælp for mange psykiske patienter. Psykiske syge har masser af ressourcer, vi skal bare finde ud af at bruge dem. De er ikke en homogen gruppe. Reel inddragelse af patienter og pårørende.

Overdødelighed er tydeligt adresseret i sundhedsaftalen.

Tværsæktorielle forløbsprogrammer. Sætte nyt i gang.

Tvang i Psykiatrien er et stort fokus fra regeringen og Folketinget.

Styrkelse af den ambulante psykiatri:

- Mere fleksibilitet, subakutte tilbud, tidlig opfølgning efter udskrivelse
- Nye målgrupper
  
- Psykiatrilandskortet i fremtiden
  - Færre senge
  - Flere ambulante pladser rundt om – og mere specialiserede

I en kort fælles afsluttende drøftelse af planerne blev bl.a. bemærket de problemer, som mindre nærhed i psykiatrien kan give. Mere generelt giver mindre nærhed også risiko for større belastning på kommunerne.

**Fælles afslutning på dagen:**

Anders Broholm samlede op på dagens program og de spændende oplæg. Det blev understreget at den nye viden bliver taget med hjem i de repsektive kommuner og bliver bragt i spil i de relevante fagudvalg.

**NB: Bemærk at næste møde i Sundhedspolitisk Dialogforum afholdes d. 22. oktober 2013 kl. 8.30-13.00, så book allerede nu dagen!**

Tak for deltagelsen!

