

Opsamling fra møde i Sundhedspolitisk Dialogforum

Den 17. august 2017 kl. 8.00-13.00

Gigantium i Aalborg

Anders Broholm bød velkommen og gennemgik dagens program med følgende hovedpunkter:

- Oplæg ved professor Jakob Kjellberg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen
- Debat om afrapporteringen fra det nationale udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen
- Godkendelse af fælleskommunale fokusområder til videregivelse til kommende kommunale sundhedspolitikere

Oplæg ved Jakob Kjellberg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Slides fra Jakob Kjellbergs oplæg er vedlagt som bilag 1.

Jakob Kjellbergs oplæg gav et overordnet billede af de udfordringer, som det samlede sundhedsvæsen står overfor. Store demografiske ændringer med et markant stigende antal ældre borgere presser sundhedsudgifterne op; i år 2000 var der således godt 4 borgere i den arbejdsdygtige alder for hver borger over 65 år, og i år 2036 vil dette tal være næsten halveret. For kommunerne er udgifterne til sundheds- og omsorgsydelser markant stigende med borgernes alder, og dermed lægger det stigende antal ældre pres på kommunernes økonomi. Derudover kan nævnes, at sygehusudgifterne presses i vejret af bl.a. nye dyre behandlingsformer. Samtidig er der selvskabte økonomiske incitamentter til aktivitetsforøgelse på sygehusene i en situation, hvor der er brug for, at borgere i mindre omfang håndteres på sygehusene, og i stedet, ud fra LEON-princippet, håndteres af kommuner og almen praksis.

På trods af behovet for at mere løftes i regi af almen praksis, er der over de seneste år sket et fald i antallet af praksispersonale (eksempelvis sygeplejersker) pr. praktiserende læge, hvilket formentlig blandt andet kan henføres til økonomiløftet for de praktiserende læger. Samtidig er læger med almen medicin som speciale uhensigtsmæssigt fordelt, både ved at mange almen medicinere ikke er praktiserende læger og ved en skæv geografisk fordeling af disse.

Fordi praksissektoren således er kapacitetsmæssigt udfordret (der køres eksemplvis stadig færre sygebesøg) og færre borgere skal på sygehuset, løber presset over på kommunerne. Ud fra LEON-princippet giver det i vid udstrækning god samfundsøkonomisk mening, at mange opgaver løses af eksemplvis akutsygeplejersker i stedet for læger, men kommunerne kan naturligvis ikke finansiere deres indsats med samfundsøkonomiske gevinster. Der er dog lavet store investeringer i hjemmesygepleje, men store dele af denne investering går ikke til kommunale kerneydelser (herunder rehabiliterende indsatser), men primært til medicin håndtering.

Der skal således nødvendigvis gøres noget for at skabe holdbare løsninger på udfordringerne. I den forbindelse advarede Jakob Kjellberg mod at blive for kreative i løsningsforslagene. Eksempelvis har et stort anlagt dansk projekt ("Integrated Care"), hvor sundhedssektorerne skulle arbejde tættere sammen, vist uheldige resultater med øget forbrug af sundhedsydelser og forlænget sygefravær for målgruppen som konsekvens.

I stedet skal der kigges strukturelt på problemer mellem sektorerne. Eksempelvis skal almen praksis have større kapacitet, fordi flere opgaver skal håndteres der. Men det kræver, at andet praksispersonale (sygeplejersker, fysioterapeuter etc.) aflaster de praktiserende læger. Derudover skal kommunerne blive bedre til at fokusere på kerneydelsen i form af hjemmesygeplejen og den rehabiliterende indsats, der skal ske. Kommunerne skal eksempelvis blive bedre til at stoppe en ydelse til borgerne, hvis der ikke længere er behov for den (f.eks. hvis borgeren bliver mere selvhjulpne). Og en yderligere del af løsningen kan være, at civilsamfundet i større grad inddrages i at løfte de opgaver, som kommunerne varetager.

Paneldebat om afrapporteringen fra det nationale udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Slides fra Jakob Kjellbergs oplæg er vedlagt som bilag 2.

Jakob Kjellberg lagde op til paneldebatten ved kort at redegøre for afrapporteringen fra det nationale udvalg samt hans syn på afrapporteringen. Det nationale udvalgs arbejde er sket under nogle snævre rammer, idet et af kriterierne for udvalgets afrapportering er, at anbefalingerne skulle være omkostningsneutrale. På den baggrund har udvalget ifølge Jakob Kjellberg lavet en fin problemidentifikation, men afrapporteringens 20 anbefalinger til løsninger indeholder minimalt nyt og anviser kun i minimalt omfang konkrete løsninger. Udvalget har således lavet en "plan om en plan", som ikke bringer sundhedsvæsenet videre.

Som opfølgning på Jakob Kjellbergs oplæg blev et panel bestående af regionsrådsformand Ulla Astman, folketingsmedlem Flemming Møller Mortensen og rådmand Mads Duedahl bedt om at give deres syn på det nationale udvalgs afrapportering. Ulla Astman tilsluttede sig, at afrapporteringen er "en tynd kop te" uden løsninger på de store udfordringer, som et presset sundhedsvæsen står overfor. Afrapporteringen indeholder dog ifølge Ulla Astman enkelte lyspunkter i form af bl.a. et fokus på psykiatri samt håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber. Flemming Møller Mortensen var slemt skuffet over en uambitiøs afrapportering, og gav udtryk for, at ministeren og departementet ikke havde formået at få parterne i udvalget til at enes. Mange af afrapporteringens anbefalinger er ifølge Flemming Møller elementer, som burde fungere og blive afklaret pr. automatik uden at skulle indgå i en national afrapportering. Mads Duedahl tilsluttede sig de øvrige paneldeltageres skuffelse over afrapporteringen. Derudover fremhævede Mads Duedahl bl.a. KL's mindretalsudtalelser i afrapporteringen (der er således bl.a. brug for mindre opgaveglidning og mere planlagt opgaveoverdragelse), ligesom behovet for at kommunerne aflaster almen praksis blev fremhævet.

Efter paneldeltagernes åbningsbemærkninger blev der åbnet for spørgsmål/kommentarer fra salen. I den debat fremkom bl.a. følgende:

- Dobbeltdiagnoser: Med udgangspunkt i afrapporteringens anbefaling 5 og 6 blev borgere med dobbeltdiagnoser (psykisk lidelse og samtidigt misbrug) debatteret. Det blev bl.a. bemærket, at borgere med dobbeltdiagnoser er et svært område, som strukturreformens opgavedeling ikke nødvendigvis har gjort lettere – en del af ansvaret for områdets kompleksitet ligger således på Christiansborg. I forhold til lokale løsninger blev det bl.a. bemærket, at vi kommer langt med kommunikation og fleksibilitet mellem sektorerne, og der blev opfordret til at se på yderligere løsninger via sundhedsaftalen. Derudover blev det bemærket, at Aalborg Kommunes projekt VAMiS (vedr. udredning og strukturerede forløb til at afhjælpe misbrug hos borgere med nedsat psykisk funktionsniveau) eventuelt kunne bredes ud til andre kommuner.
- Praktiserende læger: Det blev igen bemærket, at den geografiske fordeling af praktiserende læger på landsplan er problematisk, men vi har ikke nu og her en løsning. I Nordjylland forventes ca. 1/3 af de praktiserende læger at gå på pension frem mod 2020, og der er derfor brug for snarlige løsninger. Der forsøges bl.a. med differentieret basishonorar til lægerne, og på Mors og i Hjørring har ministeriet givet dispensation til forsøg med delestillinger (sygehus/almen praksis). Der blev også udtrykt behov for at udvide kapaciteten i almen praksis via andet praksispersonale (sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer etc.). Økonomiloftet må i den forbindelse ikke stå i vejen for behandling af patienter, men for øjeblikket opleves det ikke, at økonomiloftet rammes, og derudover er loftet et nødvendigt styringsinstrument for budgetsikkerheden.
- Forebyggelse: Forebyggelse fylder for lidt og der er brug for at øge fokus på en tidlig og borgerrettet forebyggende indsats. Herunder kan der eventuelt ses på mulige gevinster ved at udbrede erfaringer fra store kommuner til mindre kommuner.
- Dialog mellem sektorerne: Der er brug for at kommuner og region hæver sig over ”kassetænkning”. I Nordjylland er der et godt samarbejde mellem region og kommuner, men økonomidiskussioner bliver i for høj grad en ”skyttegravskrig” mellem region og kommuner. Der burde i stedet samarbejdes om at sætte en fælles nordjysk dagsorden om nødvendigheden af flere midler til sundhedsområdet og nødvendigheden af et øget fokus på en økonomi indrettet efter løsning af sundhedsproblemer frem for økonomi indrettet efter ren aktivitet. Det blev dog i denne sammenhæng bemærket, at det i sidste ende er et nationalt ansvar at fastslå fordelingen af midler.

Fælleskommunalt rammepapir

På Sundhedspolitisk Dialogforum den 14. oktober 2016 blev det besluttet, at udarbejde et fælleskommunalt sundhedspolitisk rammepapir. På Sundhedspolitisk Dialogforum den 9. marts 2017 blev der fremlagt det første forslag til fælleskommunale fokusområder og efterfølgende er der arbejdet videre på baggrund af input fra medlemmerne af Sundhedspolitisk Dialogforum.

Anders Broholm fremlagde hovedpunkterne i det reviderede udkast til rammepapiret:

- Ideen med rammepapiret er, at det skal fungere som en ”overlevering” til nye kommunale politikere på sundhedsområdet efter valget i november 2017. Derudover skal rammepapiret

være en del af det kommunale politiske input til arbejdet med udvikling af ny sundhedsaftale, som skal politisk godkendes i 2019.

- Rammepapiret indledes med en overordnet vision for sundhedsarbejdet i de nordjyske kommuner. Den overordnede vision er kraftigt inspireret af visionen fra den nuværende politiske sundhedsaftale 2015-2018, men ordlyden er tilpasset for at lægge vægt på borgerens aktive deltagelse og medansvar for egen sundhed.
- I rammepapiret er ulighed i sundhed fremhævet som et særligt pejlemærke for det kommunale arbejde på sundhedsområdet. Rammepapiret lægger desuden vægt på rehabilitering som en kommunal kerneværdi og som en grundlæggende tilgang for de kommunale indsatser på sundhedsområdet. Planlagt opgaveoverdragelse bliver i rammepapiret derudover beskrevet som en væsentlig forudsætning for at kommunerne kan løfte opgaver på sundhedsområdet på en fornuftig måde.
- I rammepapiret præsenteres fire kommunale fokusområder:
 1. Vi skal styrke børn og unges fysiske og mentale sundhed
 2. Vi skal sammen styrke sundheden hos mennesker med psykisk sygdom
 3. Vi skal bidrage til at sikre borgerens arbejdsmarkedstilknytning
 4. Vi skal styrke fokus på tilgængelighed til sundhedsydelser

Der blev derefter lagt op til drøftelse af rammepapiret. Det blev bl.a. bemærket, at papiret er et godt redskab som overlevering til nye sundhedspolitikere, og der blev opfordret til at papiret sættes på dagsordenen til det første Sundhedspolitiske Dialogforum efter det kommende kommunalvalg. Papiret kan der danne basis for en kommunal drøftelse frem mod næste sundhedsaftale, ligesom de nye politikere kan drøfte, om der til den tid er mangler i papiret eller om der er elementer, som yderligere skal foldes ud og udbygges.

Rammepapiret blev godkendt, og det blev aftalt, at papiret sendes til de enkelte kommuner med anbefaling om godkendelse. Derefter forelægges KKR rammepapiret til orientering på møde den 13. oktober 2017.

Evaluerings af Sundhedspolitisk Dialogforum

Afslutningsvis blev der lavet en kort evaluering af Sundhedspolitisk Dialogforum, og herunder hvorvidt der er ønske om at videreføre forummet i næste valgperiode. Det blev bl.a. bemærket, at forummet giver anledning til gode diskussioner og giver mulighed for at få kendskab til andre kommuners initiativer og syn på forskellige sager. For de politikere, som repræsenterer kommunerne i bl.a. Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget, har forummet givet mulighed for at forbedre deres mandat til eksempelvis sundhedsaftaleforhandlinger; på den måde giver forummet kommunerne mulighed for at stå stærkere i kraft af de fælles drøftelser.