

Opsamling fra Sundhedspolitisk Dialogforum 13. april 2018

Per Møller, ny næstformand i Sundhedskoordinationsudvalget, bød velkommen til det første møde i Sundhedspolitisk Dialogforum i denne valgperiode og introducerede til arrangementets program. De overordnede temaer var introduktion til det fælleskommunale/tværasektorielle sundhedsområde samt drøftelse af udfordringer på sundhedsområdet og Sundhedsaftalen 2019-2023.

Tema 1: Introduktion til det fælleskommunale sundhedsområde

I dagens første oplæg understregede KKR-næstformand Mogens Christen Gade, at KKR ser Sundhedspolitisk Dialogforum som et vigtigt forum for politisk sparring og til understøttelse af de KKR-udpegede politikere, som repræsenterer alle nordjyske kommuner. De nordjyske kommuner står overfor mange nye opgaver på sundhedsområdet, hvor fælleskommunale drøftelser i Sundhedspolitisk Dialogforum er relevante; det drejer sig bl.a. om udvikling af ny sundhedsaftale, nationale udspil om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, lægemanglen i Nordjylland og de udfordringer den nye sundhedsprofil har tydeliggjort.

Per Møller introducerede til den fælleskommunale og tværasektorielle organisering på sundhedsområdet (organisationsdiagram fremgår af medsendte slides fra præsentationen). Der blev lagt særlig vægt på Sundhedskoordinationsudvalg, Praksisplanudvalg og Samarbejdsudvalgene, samt det vigtige i at sikre en sammenhæng til KL-regi, hvor 3 nordjyske politikere er udpeget til KL's Sundheds- og Ældreudvalg.

Bente Graversen, direktør i Aalborg Kommune, gav efterfølgende en introduktion til udvikling af Sundhedsaftalen 2019-2023. Rammen for den nye sundhedsaftale er givet i en national vejledning, som er under revidering. Vejledningen forventes denne gang at give mere frie rammer i forhold til form og indhold af sundhedsaftalen og dermed mere plads til lokale politiske prioriteringer og fælles målsætninger. Den nye vejledning fremhæver bl.a. behovet for en proaktiv forebyggende tilgang og udvælgelse af målgrupper baseret på evidens/data. Sundhedsaftalen indgås mellem kommuner og region, mens almen praksis ikke er aftalepart, men en vigtig aktør ift. at få aftalen ført ud i livet.

Processen for udvikling af den nye sundhedsaftale blev afslutningsvis gennemgået. Politisk er processen forankret i Sundhedskoordinationsudvalget, men både på et udvidet politisk møde i juni og på et temamøde i efteråret 2018 vil der være bredere politisk inddragelse. Derudover vil KKR i efteråret 2018 blive koblet på processen, ligesom de enkelte byråd og regionsrådet skal godkende aftalen, inden aftalen ultimo juni 2019 fremsendes til godkendelse hos Sundhedsstyrelsen.

I forlængelse af introduktionen til udvikling af ny sundhedsaftale præsenterede Leif Serup, direktør i Hjørring Kommune, en række administrativt udviklede principper (godkendt af de 11 nordjyske sundhedsdirektører). Principperne skal danne grundlag for, hvordan de nordjyske kommuner tilgår arbejdet med den kommende sundhedsaftale. De 11 principper, som også blev udsendt med invitationen til Sundhedspolitisk Dialogforum, slår bl.a. fast:

- At de kommunale kerneopgaver og tilhørende udfordringer (herunder demografi) skal være styrende for den kommende sundhedsaftale.
- At implementering af allerede indgåede aftaler er afgørende.
- At opgaveoverdragelse skal ske efter aftale og kun, hvor det økonomiske grundlag for overdragelsen er belyst.

I en kort drøftelse af de administrative principper blev det nævnt, at opgaveoverdragelse og den tilhørende økonomi fylder meget i kommunerne. Der er supplerende behov for en national aftale på området, som kan understøtte de lokale bestræbelser på at sætte opgaveoverdragelse og tilhørende økonomi på dagsordenen.

Tema 2: Udfordringer på sundhedsområdet og Sundhedsaftalen 2019-2023

Tine Curtis, professor ved AAU og leder af KL's Center for Forebyggelse i praksis, samt Jakob Kjellberg, professor ved VIVE, var inviteret som oplægsholdere for at give forskellige perspektiver på de udfordringer, som kommunerne står overfor på sundhedsområdet.

Tine Curtis' oplæg om forebyggelse i kommunalt regi indledte med at slå fast, at de fleste danskere har et godt helbred, men mange har usunde vaner og mange lever med smerter og har flere kroniske sygdomme. Levealderen blandt danskerne stiger, men vi har fortsat en lav levetid sammenlignet med omkringliggende lande, og stigningen i levetiden sker i vid udstrækning med "tabte gode leveår" (dvs. ekstra leveår med dårligt helbred). Rygning blev fremhævet som en helt central helbredsmæssig risikofaktor, og mere generelt fremhævede Tine, at sygdomme relateret til KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion) er det, vi dør af, mens muskel-skelet lidelser og dårlig mental sundhed er sygdomme, vi lider af, men lever videre med. Samtidig er der en markant social ulighed i sundhed, hvor alene rygning og alkohol kan forklare 60-70 % af den sociale ulighed i dødeligheden.

Vi har, ifølge Tine Curtis, et solidt vidensgrundlag om sygdom og risikofaktorer, men hvorfor udvikler vores sundhedstilstand sig så ikke entydigt i en positiv retning? En del af forklaringen skal ifølge Tine findes i den generelle samfundsudvikling, som bl.a. medvirker til, at det sunde valg sjældent er det lette valg. Kommunerne kan naturligvis ikke alene imødegå samfundsudviklingen, men kommunerne kan bidrage til borgernes sundhed ved at:

- Indgå en ambitiøs men realistisk sundhedspolitik, der bygger på viden om borgernes sundhed
- Have fokus på både sunde rammer, sundhedsfremme i alle kontakter med borgerne og tilbud til borgere med særlige behov
- Etablere forebyggelsesindsatser med solid viden om effekt og høj kvalitet i implementeringen
- Involvere og sikre bidrag fra alle fagområder i kommunen
- Samarbejde med borgere, foreninger og andre aktører (eksempelvis ungdomsuddannelser, idræts- og foreningslivet, patientforeninger etc.)

Det er helt centralt, at kommunerne investerer i forebyggelse tidligt i livet. Det kan bl.a. ske gennem vejledning/støtte i sundheds- og tandplejen, sunde rammer i dagtilbud og skoler, samarbejde med foreningslivet om en aktiv fritid for alle børn, og fokus på at sikre unges uddannelse og beskæftigelse (det er sundere at have et arbejde end at være arbejdsløs). Derudover kan kommunerne gøre kommunale arbejdspladser til sunde arbejdspladser (f.eks. via røgfri arbejdstid), skabe sunde rammer på psykiatri- og handicapområdet (f.eks. via fysisk aktivitet) og forebygge på ældreområdet.

Ud over de tiltag kommunerne selv kan gøre, er der også mange muligheder for samarbejde med regionen og almen praksis om eksempelvis henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud, samarbejde om forebyggende sundhedsydelse til familier/børn, infektionshygiejnisk rådgivning mm.

Selvom et solidt vidensgrundlag taler for en styrket forebyggelsesindsats, er der flere udfordringer i arbejdet med forebyggelse, som kommunerne skal være bevidste om:

- Forebyggelsesindsatsen skal på tværs af fagområder ses som en del af kerneopgaven og ikke som en ekstraopgave, der skal håndteres ved siden af de "normale" opgaver.
- Måling af effekten på borgernes sundhed er vanskelig og med meget langt tidsperspektiv.
- På nogle forebyggelsesområder mangler der stadig sikker viden om kommunale indsatser (eksempelvis ift. mental sundhed).
- Folkesundheden afhænger også af forhold uden for kommunernes handlerum.

Jakob Kjellbergs oplæg omhandlede sammenhængen mellem kommuner og hospitaler på sundhedsområdet, opgaveoverdragelse mellem sektorerne, samt kom med bud på hvad kommunerne med fordel kan byde ind med af fokusområder til den kommende sundhedsaftale for 2019-2023.

Den demografiske udvikling vil i stigende grad presse kommunernes ressourcer. Antallet af borgere i den arbejdsdygtige alder er svagt faldende og antallet af ældre er stærkt stigende, hvilket rammer kommunerne økonomisk hårdt, da de kommunale sundheds- og omsorgsudgifter er stærkt aldersbetingede. Samtidig presses det nære sundhedsvæsen af et stigende antal borgere med kronisk sygdom og en stigende centralisering/specialisering i hospitalsregi, hvilket øger ressourcetrækket i almen praksis og kommunerne og øger behovet for kommunikation på tværs af sektorerne. Opgaveoverdragelse/opgaveglidning er en (nødvendig) følge af centraliseringen og det faldende antal sengepladser på hospitalerne (indlæggelsesvarigheden har været konstant faldende), men det efterlader ubesvarede spørgsmål: Hvem skal betale for opgaverne, hvad er prisen, og hvordan håndteres den store forskellighed mellem kommunerne? Her er de kommunale data desværre for nuværende af for dårlig kvalitet som grundlag for brugbare analyser.

Jakob Kjellberg fremhævede forskellige områder, som kommunerne med fordel kan rette opmærksomheden mod, når der ses på kommunernes ressourceforbrug på sundhedsområdet:

- Kommunerne har tilsammen omkring 3.500 midlertidige pladser – bruges disse pladser på bedst mulige og mest effektive måde (og er de ved at udvikle sig til "B-hospitaler")?
- Hjemmesygeplejen i kommunerne bruger en stor, og stigende, andel af tiden på medicinbehandling – er der et effektiviseringspotentiale her, eksempelvis ved at borgerne i et vist omfang selv kommer til kommunale sundhedscentre i stedet for at kommunale medarbejdere kører ud til borgerne?
- Kommunikation på tværs af sektorerne: Det er nødvendigt at videreudvikle den måde vi kommunikerer og har adgang til hinanden på tværs af sektorerne, da dette stadig halter. Herunder kan kommunerne formentlig forbedre de interne arbejds- og kommunikationsgange, så de kommunale spidskompetencer udnyttes bedre (eksempelvis ved at SOSU'en i første omgang kontakter en kommunal demenssygeplejerske frem for den praktiserende læge).

Det øgede pres på kommunerne medfører uanset hvad behov for at udvikle billigere løsninger og en forbedret aktivering af almen praksis og hjemmesygeplejen. Derudover kan et øget samarbejde med civilsamfundet og eventuel ny teknologi være med til at løse udfordringerne. Generelt advarede Kjellberg dog mod at opfinde komplekse løsninger på abstrakte problemer – problemerne skal løses ved konkrete tiltag "nede på jorden".

Som oplæg til en gruppedrøftelse af kommunale fokusområder i den kommende sundhedsaftale præsenterede Per Møller det fælleskommunale sundhedspolitiske papir "Sundhed i Nordjylland – fælleskommunale fokusområder" (udsendt sammen med programmet til Sundhedspolitisk Dialogforum). Papiret er udviklet af Sundhedspolitisk Dialogforum i sidste valgperiode og har til formål at fungere som overlevering til det nuværende Sundhedspolitisk Dialogforum samt som input til kommunernes arbejde med udvikling af den nye sundhedsaftale. Papiret opstiller ulighed i sundhed som et centralt pejlemærke for kommunerne, en rehabiliterende tilgang fremhæves som en grundlæggende kommunal tilgang til sundhedsarbejdet, mens aftalt opgaveoverdragelse udgør en del af forudsætningen for kommunernes opgaveløsning. I forlængelse af dette opstiller papiret fire fælleskommunale fokusområder:

1. Styrkelse af børn og unges fysiske og mentale sundhed
2. Styrkelse af sundheden hos mennesker med psykisk sygdom
3. Bidrag til at sikre borgerens arbejdsmarkedstilknøytning
4. Styrket fokus på tilgængelighed til sundhedsydelser

Spørgsmålet er, om disse fokusområder fortsat er de vigtigste i kommunernes arbejde med en ny sundhedsaftale? På den baggrund blev der i gruppedrøftelser og efterfølgende plenumpræsentation lagt op til besvarelse af spørgsmålet: Hvad er de 3 vigtigste fokusområder for kommunerne i arbejdet med en ny sundhedsaftale? Følgende fokusområder fremkom i plenumopsamlingen:

- Klynge Vest:
 - Opgaveoverdragelse: Vi vil kommunalt gerne tage relevante opgaver, men det kræver forudgående dialog.
 - Forskellighed mellem kommuner: Kommunerne har forskellige forudsætninger/arbejdsvilkår og kan derfor eksempelvis have brug for forskellige aftaler med regionen. Den geografiske placering spiller en stor rolle her. Der kan være brug for øget fokus på rådgivning og hotline-funktioner som en del af en drøftelse om bedre tilgængelighed.
 - Generelt arbejde med de resultater fra sundhedsprofilen, som kræver et ekstra fokus.
- Klynge Syd:
 - Økonomi: Der er brug for, via KKR's politiske dagsorden og via KL, at løfte spørgsmålet om økonomi ved opgaveoverdragelse nationalt.
 - Kommunikation: Jf. Kjellbergs oplæg er der brug for at løfte kommunikationen internt kommunalt, tværkommunalt og mellem sektorerne, og herunder også se på bl.a. over/underdokumentation. IT kan medvirke til at skabe en bedre sammenhæng for borgerne.
 - Virker det vi gør? Der er brug for kritisk at evaluere om det, vi gør, har den forventede effekt, og om indsatserne matcher med kommunernes nuværende og fremtidige udfordringer.
 - Politisk ejerskab og sammenhæng til SKU: I processen med en ny sundhedsaftale er det afgørende, at der skabes ejerskab i alle kommuner og god politisk sammenhæng til arbejdet i SKU (der kan eventuelt tænkes i en SKU-strategi for sammenhæng til alle kommuner).
- Klynge Nord:
 - Forebyggelsesstrategi: Der er brug for en forebyggelsesstrategi omkring børn, unge og forældre (bl.a. omkring rygning) – dem der kan selv, skal selv!
 - Kommunikation: Forbedret kommunikation både mellem systemer/sektorer, men også med borgere for at motivere og informere dem. Hvis ikke vi er tydelige i kommunikationen internt mellem sektorer, kan vi heller ikke forvente, at kommunikationen til borgerne bliver tydelig.
 - Vigtigt med udvikling af tværfaglige indsatser/helhedsfokus. Vi skal arbejde videre med visionen om "én indgang" for borgerne, men det er nemmere sagt end gjort.
- Klynge Midt:
 - Psykiatri: Der er brug for større sammenhæng på psykiatriområdet.
 - Bedre kommunikation på tværs.
 - Kronikerområdet: Der er brug for fortsat fokus på kronikerområdet, herunder i forhold til diabetesområdet og Steno Diabetes Center.
 - Henvisninger: Henvisninger fra almen praksis og hospitaler til kommunale tilbud er ligeledes fortsat vigtigt.
 - Beskæftigelse som en sundhedsfremmende faktor.

Per Møller rundede dagen af med at samle op på de mange emner, dagens program bød på; det drejede sig bl.a. om demografi, opgaveoverdragelse, implementeringsfokus, forebyggelse, det komplekse samspil mellem beskæftigelse og sundhed, økonomiske strukturer/incitament, kommunikation og kronisk sygdom.

Næste møde i Sundhedspolitisk Dialogforum afholdes fredag **den 5. oktober 2018** (en foreløbig mødeindkaldelse er sendt ud).