



21-11-2013

Til  
Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

### **Høringssvar: Revideret bekendtgørelse & vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

BEDRE PSYKIATRI takker for muligheden for at afgive høringssvar, og betragter således ændringsforslagene som et vigtigt skridt i retningen af en reel ligestilling mellem det somatiske og psykiatriske område. Det bør bemærkes, at BEDRE PSYKIATRI har valgt at samle høringssvaret for hhv. bekendtgørelsen og vejledningen pga. teksternes sammenfald og sammenhæng.

BEDRE PSYKIATRI har læst høringsudkastene og har følgende konkrete kommentarer.

#### **Fra formel til reel ligestilling**

BEDRE PSYKIATRI er af den grundlæggende overbevisning, at sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler skal sikre en forpligtende, systematisk, koordinerende og sammenhængende forløb og indsats for den enkelte patient og de pårørende. At der udarbejdes én sundhedsaftale i hver region, og der samtidig fastsættes obligatoriske indsatsområder, er et interessant tiltag for at skabe mest muligt ensretning og kvalitet i behandlingen og i det tværsektorielle arbejde.

Det bemærkes, at høringsudkastets vejledning tager udgangspunkt i behovet for ligestilling af psykiatri og somatik, som kommer til udtryk ved psykiatrien ikke længere har sit eget indsatsområde i sundhedsaftalerne, men nærmere beskrevet under de fire nye indsatsområder.

BEDRE PSYKIATRI finder umiddelbart, at høringsudkastets intentioner om ligestilling ikke står proportionelt med virkeligheden, idet sammenstillingen af den begrebsmæssige sondring mellem det somatiske og psykiatriske område ikke ændrer ved den faktisk manglende ligestilling. Dette gælder fx i forhold til økonomisk tilførsel til psykiatrien, faglige ressourcer, behandlingstilgange, levealderen og overdødeligheden blandt personer med psykiske sygdomme mv.

Det fremgår af vejledningen, at inden for de enkelte indsatsområder kan sundhedsaftalen opdeles i forhold til det psykiatriske henholdsvis det somatiske sundhedsområde, men i den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at mange patienter har både somatiske og psykiske sygdomme. BEDRE PSYKIATRI anbefaler på nuværende tidspunkt at fastholde sondringen mellem somatiske og psykiatriske patienter for systematisk at opfølge, vurdere og evaluere udviklingen af sundhedsaftalerne frem mod en reel ligestilling af psykiatri og somatik.

### **Obligatoriske indsatsområder**

Det fremgår af høringsudkastet, at der fastsættes fire obligatoriske indsatsområder for sundhedsaftalen. BEDRE PSYKIATRI gør opmærksom på, at det fremgår af psykiatriudvalgets rapport okt. 2013, at de ti væsentligste udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske sygdomme indeholder indsatsområder, der ligger ud over, hvad lovforslagets sundhedsaftaler rummer. BEDRE PSYKIATRI anbefaler at se nærmere på rapportens anbefalinger og indsatsområder for med at inkorporere disse i udarbejdelse af sundhedsaftalerne.

BEDRE PSYKIATRI gør yderlig opmærksom på, at der af Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne – sammenfatning og perspektivering fra 2011 fremgår følgende opmærksomhedspunkter på psykiatriområdet: *"Dobbeltdiagnosepatienter, hvor psykisk syge har et samtidigt misbrug, er ofte sete patienter, og generelt er der beskrevet et organisatorisk ansvar for, at dobbeltdiagnosepatienter ikke tabes i behandlingssystemerne. Det fremgår dog ikke helt klart, om disse patienter reelt bliver hjulpet. Almen praksis og også praktiserende speciallæger i psykiatri indgår kun i begrænset omfang som aktører i sundhedsaftalerne. Der er erfaring for, at nogle mennesker med psykiske lidelser ikke får (eller henvises til) den optimale behandling, og i en del tilfælde angiver såvel psykiatriske afdelinger som kommunale behandlingssteder, at almen praksis kunne være den rette behandler. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der i de kommende sundhedsaftaler bør være fokus på samarbejdet mellem kommunen og praksissektoren - eventuelt i et shared care med de psykiatriske afdelinger. Shared care er således kun få steder omtalt som fremtidig metode, men ikke som konkret behandlingsmulighed eller praksis."*

Jf. høringsudkastet skal sundhedsaftalen i relevant omfang tage udgangspunkt i en række tværgående temaer: *Arbejdsdeling og samarbejde, herunder videndeling og sundhedsfaglig rådgivning imellem sektorer. Koordination af kapacitet. Inddragelse af patienter og pårørende. Lighed i sundhed.* BEDRE PSYKIATRI stiller sig uforstående over for, at disse temaer kan indgå i forskelligt omfang, idet de risikerer at skabe for store regionale, kulturelle og faglige forskelle for den enkelte patient og de pårørende, og således risikere at fungere efter den enkelte regions/kommunes forgodtbefindende. BEDRE PSYKIATRI finder samtlige tværgående temaer for yderst relevante og ikke mindst i lyset af psykiatriudvalgets anbefalinger for at skabe en sammenhængende, systematisk og forpligtende psykiatrisk indsats. Derfor anbefales derfor at inkorporere de tværgående temaer i de obligatoriske indsatsområder jf. bekendtgørelsens § 4 stk. 2.

### **Inddragelse af patienter og pårørende**

Det anføres, at sundhedsaftalen skal understøtte et sundhedsvæsen, hvor borgeren inddrages i beslutninger om egen sundhed og behandling, og hvor borgeres, patienters og pårørendes perspektiv inddrages i udviklingen af samarbejdet. Det fremgår dog ikke, hvordan aftalens parter skal sikre at bruger og pårørende systematisk og forpligtende inddrages i forløbet. Hvilke redskaber og metoder skal aftalens parter fx tage i brug for at sikre dialog, inddragelse, deltagelse, adgang, viden, præferencer og ressourcer mv. jf. vejledningens ordlyd.

Med venlig hilsen

BEDRE PSYKIATRI

Den 22.11.2013

### Høringssvar vedrørende vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

BPK støtter overordnet intentionen om større gennemsigtighed og ensartethed i de borgernære sundhedstilbud, som man må forvente at opnå med denne ændring, hvor antallet af aftaler reduceres til 5.

BPK mener, at de regionale sundhedskoordinationsudvalg og deres sundhedsaftaler skal sikre at anvende den ledige kapacitet der findes i den enkelte region, bl.a. ved anvendelse af privat kapacitet til at opnå en tilfredsstillende indsats og tilbud til borgerne på de fire prioriterede områder.

BPK *anbefaler* på den baggrund at der i koordinationsudvalget tænkes bredt, herunder i offentligt-privat samarbejde og udbud for at sikre både tilgængelighed, kapacitet og kvalitet. Dette fokus bør bevares inden for alle fire indsatsområder.

BPK støtter også formålet, der har fokus på at sikre borgerne sammenhæng i deres forløb og på tværs af sektorovergange. Aftalen skal medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører, og BPK vil i den sammenhæng pege på, at rådgivning til almen praksis, speciallæger og f.eks. Pædagogisk Psykologisk Rådgivning i højere omfang er nødvendigt, for at alle er vidende om og kan vejlede borgerne i de rettigheder, de har i forhold til ventetider. Det gælder f.eks. i forhold til sygehusbehandling, udredning, henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien o.a.

BPK stiller sig gerne til rådighed for yderligere sparring.

Med venlig hilsen



Hanne Jensen

Chefkonsulent

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S



**Børns Vilkår**  
FOR BØRN I DANMARK  
Børns Vilkår  
Trekronergade 126 F, 2. sal  
2500 Valby

25. november 2013

## **Høringssvar vedr. revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

Børns Vilkår takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. ovennævnte vejledning.

Vi har desværre ikke mulighed for at afgive høringssvar. Børns Vilkår modtager et meget stort antal høringsbreve og har af ressourcemæssige årsager besluttet alene at besvare dem, der ligger indenfor kerneområdet af organisationens virksomhed.

Med venlig hilsen

Ingrid Hartelius Dall  
Jurist

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

21. november 2013

**Høring vedrørende revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

Sundhedsstyrelsen har fremsendt høringsudkast til vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Dansk Kiropraktor Forening har ikke bemærkninger til vejledningen.

Med venlig hilsen



Annette Bonne  
Chefkonsulent



# Dansk Selskab for Folkesundhed

## Høringssvar fra Dansk Selskab for Folkesundhed (DSFF) på "Revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler"

Dansk Selskab for Folkesundhed har modtaget forslaget til bekendtgørelse om sundhedskoordineringsudvalg og sundhedsaftaler og har følgende bemærkninger til forslaget og til det af Sundhedsstyrelsen udsendte forslag til vejledning.

Selskabet hilser alle tiltag, der fremmer sammenhæng i sundhedsvæsenet velkommen. Det er derfor positivt, at der fremover skal laves en fælles sundhedsaftale, der omfatter alle kommunerne i de enkelte regioner. Dette vil medvirke til større gennemskuelighed for borgerne. Udkastet til sundhedsaftale skal tage afsæt i nationale indikatorer og opstille fælles konkrete målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet. Vi forventer at disse målsætninger bliver tydelige og målbare, således at de kan medvirke til at fastholde fokus på væsentlige sundhedspolitiske mål.

De 4 obligatoriske indsatsområder er væsentlige og relevante, men det er vigtigt at vejledningen overlader råderum til udvikling af sundhedsvæsenet på det lokale og regionale niveau.

Ud fra et folkesundhedsperspektiv er det interessant, at der i bekendtgørelsesudkastet lægges vægt på samarbejde, videndeling, sundhedsfaglig rådgivning, inddragelse af patienter og pårørende, lighed i sundhed, dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling. Det er vigtigt at der fremover sker en løbende opfølgning med henblik på at sikre en positiv udvikling på disse områder. Især er det vigtigt at sikre at kommunernes serviceniveau og tilbud ikke kun er målrettet de ressourcestærke borgere. For minimere den social ulighed er det vigtigt at og de socialt udsatte/ikke ressourcestærke borgere tænkes ind.

For at sikre det folkesundhedsmæssige aspekt kunne det være ønskeligt at de praktiserende læger havde en tydeligere rolle i arbejdet med at udforme sundhedsaftalerne. Denne gruppe møder borgerne først og har af den grund i langt de overvejende tilfælde mulighed for at tænke sundhedsfremme, forebyggelse og indsats ind som det primære. Det er yderst vigtigt at denne gruppe får ejerskab til aftalen. Det vil derfor være ønskeligt at det fremgår tydeligere hvilke roller parterne har i at sikre sammenhæng.

På vegne af Dansk Selskab for Folkesundhed

Torben Jørgensen  
Formand DSFF  
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed  
Nordre Ringvej 57  
2600 Glostrup,



Den 25. november 2013  
Ref.: lhv  
Sagsnr.: 1311-0007

### **Dansk Sygeplejeråds høringssvar vedrørende Revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

Dansk Sygeplejeråd har tidligere tilsluttet sig lovforslagets mål om at erstatte de eksisterende 98 sundhedsaftaler med en pr. region.

DSR påskønner, at vejledningen tager udgangspunkt i at sikre udviklingen i de borgernære sundhedstilbud med henblik på, at kommunerne skal håndtere flere og mere komplekse opgaver. Dette kan kun ske ved et velfungerende samarbejde på tværs af sektorer.

Det er positivt, at de nye sundhedsaftaler får øget fokus på at sikre en højere grad af sammenhæng for patienter, der har flere samtidige sygdomme, herunder både somatiske og psykiske sygdomme.

Ændringen af vejledningen i retning af mere fokus på brugerinddragelse er et positivt skridt i den rigtige retning. For at brugeren får mest ud af fremtidens sundhedstilbud er det vigtigt, at de bliver hørt, både i forhold til udviklingen af nye indsatser og sundhedstilbud, og i særdeleshed i forhold til inddragelse i egen behandling.

#### **Sundhedsudvalget**

Sundhedsudvalget får med den nye bekendtgørelse en større rolle i forbindelse med udformningen af den enkelte regionale sundhedsaftale og herved også en betydelig større koordinationsrolle. Det stiller høje krav til organiseringen og samarbejdet mellem region, kommuner, almenpraksisudvalget, patientinddragelsesudvalget m.v. Samtidig skal sundhedsudvalget sikre sig et overblik over samtlige sundhedsplaner og udviklingen på sundhedsområdet i hele regionen, og formå at inddrage de kommuner der ikke er repræsenteret i sundhedsudvalget.

DSR påskønner, at der skal opstilles konkrete målsætninger, der muliggør evaluering af de nye sundhedsaftaler. Der kan med fordel også indgå en procesevaluering af de nye sundhedsaftaler.

Det er positivt, at sundhedskoordinationsudvalgene i de fem regioner skal informere og dele viden med hinanden om forhold vedrørende det tværsektorielle samarbejde, så læring kan foregå.

### **The Danish Nurses' Organization**

Sankt Annæ Plads 30

DK-1250 København K

Ekspedition:  
mandag-torsdag 9.00-16.00  
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55  
Fax: +45 33 15 24 55

www.dsr.dk  
dsr@dsr.dk

### **Sundhedsaftalen**

DSR bifalder, at sundhedsaftalen både skal indeholde det somatiske og det psykiatriske område inden for de fire obligatoriske områder: Forebyggelse, Behandling og pleje, Rehabilitering og Sundheds IT og digitale arbejdsgange.

DSR påskønner især, at de tværgående temaer også medtager vigtige emner som lighed i sundhed, og inddragelse af patienter og pårørende i sundhedsaftalen. Vi ved, at uligheden i sundhed er stigende. Derfor er det et vigtigt signal til sundhedsvæsenets aktører.

DSR bemærker dog, at det ikke fremgår af udkastet til vejledning, hvordan sundhedsaftalerne bliver synlige/tilgængelige for de medarbejdere, der arbejder i sundhedsvæsenet. Det er efter vores opfattelse en væsentlig forudsætning for, at medarbejderne tager sundhedsaftalerne til sig, at de sikres et kendskab til dem.

### **Yderligere bemærkninger**

I forhold til det forestående arbejde med sundhedsaftalerne påpeger Dansk Sygeplejeråd, at det er vigtigt med politisk opmærksomhed på, at de nye aftaler skal afspejle et større ambitionsniveau end hidtil, og at det ikke bør være den laveste fællesnævner, der fastlægger niveauet for de nye sundhedsaftaler.

Med venlig hilsen



Grete Christensen  
Formand





## Danske Fysioterapeuter

Til: **Sundhedsstyrelsen**

### Høringssvar vedr. revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Danske Fysioterapeuter takker for muligheden for at give høringssvar vedr. revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Vi er positive over for, at der alene skal være én sundhedsaftale pr. region, fordi det vil være med til at ensarte sundhedstilbuddene til borgerne uanset hvilken kommune, de bor i.

Danske Fysioterapeuter er dog stadig forundrede og ærgerlige over, at praktiserende fysioterapeuter ikke er repræsenteret i sundhedskoordinationsudvalgene. Vi finder, at fraværet i planlægning og dialog af en hel sektor på trænings-, genoptrænings- og rehabiliteringsområdet er direkte skadelig for det sammenhængende patientforløb. Derfor foreslår vi, at det indgår, at praktiserende fysioterapeuter skal inddrages særligt ved udformningen af sundhedsaftalens afsnit om træning og andre emner, hvor den fysioterapeutiske praksis-sektor er naturlig samarbejdspartner.

Vi finder vejledningen generelt meget lidt forpligtende for sundhedsaftalen parter. Der er for meget "kan" og for lidt skal. Særligt afsnit 4.1, 4.2 og 4.3 har præg af dette. Danske Fysioterapeuter anbefaler, at vejledningen gøres mere forpligtende på sådanne væsentlige områder. Dette eksemplificeres i kommentarerne til de enkelte afsnit.

Danske Fysioterapeuter har følgende kommentarer til vejledningens enkelte afsnit.

#### Afsnit 2

Sundhedskoordinationsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsniveau, herunder understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. Praktiserende fysioterapeuter spiller en afgørende rolle, hvis det skal lykkes. Danske Fysioterapeuter er derfor uenige i sammensætningen af sundhedskoordinationsudvalget.

Vi anbefaler, at praktiserende fysioterapeuter som minimum *skal* inddrages om emner, jf. bekendtgørelsen § 2, stk. 4, hvor den fysioterapeutiske praksis-

Dato:  
25. november 2013

E-mail:  
cm@fysio.dk

Tlf. direkte:  
+45



sektor vil være en naturlig samarbejdspartner. Derfor bør *kan* erstattes med *skal*.

### Afsnit 2.2

Danske Fysioterapeuter mener, at målsætningerne beskrevet i vejledningen "nedbringelse af antallet af forebyggelige og u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser samt nedbringelse af antallet af færdigbehandlede patienter på sygehus" er vigtige, men vi ønsker at supplere med en målsætning med et større rehabiliterende fokus. Det kunne gøres ved at indskrive en målsætning om et bestemt antal borgere, der skal opnå et i forvejen fastsat funktionsniveau efter et rehabiliteringsforløb.

### Afsnit 2.3

Danske Fysioterapeuter støtter, at der som opfølgning på sundhedsaftalen bør tages udgangspunkt i de målsætninger, som er aftalt ved sundhedsaftalens indgåelse og i de nationale indikatorer for sundhedsaftaler.

Sundhedsstyrelsen har tidligere gennemført evalueringer af sundhedsaftalerne. I forbindelse med evalueringerne har det været drøftet, hvilke supplerende indikatorer, det vil være relevant at inddrage i sundhedsaftalerne fremadrettet, og i den forbindelse er ønsket om monitorering af effekt af genoptræning/rehabilitering fremhævet.

Danske Fysioterapeuter råder i dag over en database med relevante test og måleredskaber til hhv. undersøgelse, prognostisk vurdering og effektmåling til brug på genoptræningsområdet (<http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/>).

Danske Fysioterapeuter anbefaler, at der udvikles indikatorer, der monitorerer på effekten af intervention, fx antal patienter som opnår forventet funktionsniveau efter et rehabiliteringsforløb.

Danske Fysioterapeuter stiller sig til rådighed for arbejdet med udvikling af nye indikatorer.

### Afsnit 3.2

Den fysioterapeutiske praksissektor er en afgørende samarbejdspart, når borgerne skal sikres sammenhængende forløb på tværs af sektorgrænser. Derfor undrer det, at inddragelse af praktiserende fysioterapeuter står svagt beskrevet i vejledningen. Danske Fysioterapeuter anbefaler, at teksten ændres, således at praktiserende fysioterapeuter *skal* have en rolle i udarbejdelsen af og gennemførelsen af aftalen.

### Afsnit 4.1

At vejledningen ikke er forpligtende i forhold til nogle af dens væsentlige intentioner ses i dette afsnit. "Endelig kan aftalen med fordel beskrive, hvordan parterne samarbejder om at sikre ny viden omkring effektive forebyggelsesmetoder". Danske Fysioterapeuter anbefaler at anvende *skal* i stedet for *kan*.

### Afsnit 4.2

I afsnittet ses endnu et eksempel på en uforpligtende vejledning. "Endvidere kan aftalen med fordel beskrive, hvordan parterne samarbejder om dokumen-



tation og kvalitetsudvikling". Danske Fysioterapeuter anbefaler også her, at vejledningen gøres mere forpligtende.

#### Afsnit 4.3

Afsnittet bærer præg af, at man – som oplyst til referencegruppen omkring udarbejdelsen af udkastet til den nye vejledning – forventer ændringer på området til ikrafttræden i 2014, men at det endnu er uklart, hvilke forandringer, der bliver tale om. Danske Fysioterapeuter har sammen med Ergoterapeutforeningen tidligere henvendt sig om ovenstående men er endnu ikke blevet inddraget i arbejdet.

På baggrund af denne uklarhed bliver både overskriften og de fire indledende punkter lidt uklare. Hvornår tales der om genoptræning, og hvornår tales om rehabilitering? Og hvorfor denne skelnen? Og hvor bliver ligestillingen mellem psykiatri og somatik af, hvis det alene er borgere med somatiske lidelser, der refereres til under andet punkt?

I afsnittet står, at "Aftalen bør omfatte samarbejdet mellem alle relevante aktører på rehabiliteringsområdet som fx sygehuse, kommunale tilbud, almen praksis samt den øvrige praksissektor, herunder særligt praktiserende speciallæger, fysioterapeuter (inkl. Vederlagsfri fysioterapi), kiropraktorer og psykologer". Hvis intentionen med sundhedsaftalen skal indfris, så mener Danske Fysioterapeuter, at bør slettes og erstattes med skal. Det giver ingen mening, at nogle relevante aktører risikerer at holdes uden for samarbejdet.

Danske Fysioterapeuter tilslutter sig definitionen af rehabilitering, der findes i "Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabilitering" fra 2004. Definitionen er fremkommet efter en grundig debat med afsæt i en tværfaglig tilgang til emnet. Definitionen udgør det begrebsmæssige grundlag i dansk rehabiliteringspraksis og har fokus på, at rehabilitering er en samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Vi mener, at denne tilgang er vigtig, hvis potentialet i sundhedsaftalerne skal forløses.

Danske Fysioterapeuter opfordrer til, at vejledningen anvender hvidbogens definition.

#### Afsnit 4.4

I tredje punkt står "sundheds-it og digitale arbejdsgange i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse med henblik på at understøtte sundhedsaftalen på indsatsområde 1-3". Danske Fysioterapeuter mener, at den øvrige praksissektor skal nævnes i samme sætning.

#### Afsnit 5.2

Danske Fysioterapeuter finder det positivt, at vejledningen beskriver behovet for kompetenceudvikling af medarbejdere. Vi mener, at det er bærende i et sammenhængende sundhedsvæsen, at der satses på strategisk kompetenceudvikling.

#### Afsnit 5.5

Dette afsnit er ekstremt vigtigt, hvis vi fremadrettet skal levere sundhedsydelser af høj kvalitet i sammenhæng og på tværs af sektorer. Parterne skal leve



op til deres ansvar og sammen med relevante fagpersoner udarbejde en fælles plan for dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling.

Danske Fysioterapeuter anbefaler, at relevante faggrupper, herunder fysioterapeuter, inddrages i en systematisk tilgang til området. Vi vil med interesse og forventning følge området tæt.

#### Referencer

Cirkulæret om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sundhedsvæsenet er relevant under alle de tre første indsatsområdet.

Danske Fysioterapeuter står naturligvis til rådighed, såfremt der er behov for yderligere kommentarer til høringssvaret.

Med venlig hilsen

Tina Lambrecht  
Formand

Sundhedsstyrelsen  
[fobs@sst.dk](mailto:fobs@sst.dk)

Blekinge Boulevard 2  
2630 Taastrup, Danmark  
Tlf.: +45 3675 1777  
Fax: +45 3675 1403  
[dh@handicap.dk](mailto:dh@handicap.dk)  
[www.handicap.dk](http://www.handicap.dk)

Taastrup, den 25. november 2013  
Sag 17-2013-00781– Dok. 136444/kwk

## Høringssvar fra Danske Handicaporganisationer vedr. udkast til vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

---

Danske Handicaporganisationer (DH) takker for muligheden for at fremkomme med bemærkninger til denne høring.

### Kapitel 1 Indledning samt kaptitel 2 Sundhedskoordinationsudvalg vedr. inddragelse af patienter og pårørende

Det fremgår af bekendtgørelsens § 1, stk. 5, at sundhedskoordinationsudvalget systematisk og i relevant omfang skal inddrage regionernes patientinddragelsesudvalg. Det fremgår ikke af bekendtgørelsen eller vejledningen, hvordan denne inddragelse skal ske.

Af vejledningens indledning fremgår det, at ændringerne i vejledningen tager udgangspunkt i ønsket om en styrket inddragelse af patienter og pårørende i det danske sundhedsvæsen. Det gælder både den enkelte patients mulighed for at få indflydelse på eget forløb og borgernes generelle mulighed for at få indflydelse på organisering og udvikling af sundhedsvæsenet via aktiv brugerinddragelse. Dette ønske kan DH naturligvis tilslutte os fuldt ud. Vi mener dog ikke, at inddragelsen er sikret tilstrækkeligt med formuleringen om, at patientinddragelsesudvalget skal inddrages systematisk og i relevant omfang.

DH vil derfor anbefale, at kravene til brugerinddragelse beskrives mere detaljeret i vejledningen. Vejledningen bør tydeliggøre, at organisationer, der repræsenterer de enkelte grupper af patienter, skal inddrages i alle faser vedrørende udvikling, implementering og opfølgning på sundhedsaftalerne. Det kan også indgå, at de lokale handicapråd og de regionale sundhedsbrugerråd/dialogfora samt patientinddragelsesudvalg skal inddrages på de relevante tidspunkter.

Ligeledes bør det fremgå tydeligt af vejledningen, at når indsatsen dokumenteres, er det vigtigt, at patienten inddrages således dennes perspektiv til fulde kommer til udtryk i dokumentationen.

Det fremgår af såvel bekendtgørelse som vejledning, at sundhedskoordinationsudvalget kan nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper, bl.a. med henblik på faglig rådgivning.

Det fremgår af vejledningens pkt. 2, at det i den forbindelse kan være relevant også at inddrage andre relevante aktører som fx private sygehuse, apotekersektoren, den øvrige praksissektor samt andre forvaltningsområder. Sådanne arbejdsgrupper og underudvalg vil formentlig komme til at spille en væsentlig rolle i arbejdet. I overensstemmelse med det udtrykte ønske om at sikre patienter og pårørende indflydelse på organisering og udvikling af sundhedsvæsenet via aktiv brugerinddragelse, vil det være ønskeligt, om man i vejledningen peger på, at patienter og pårørendes organisationer bør inddrages i underudvalg og arbejdsgrupper – evt. via patientinddragelsesudvalget.

Af vejledningens pkt. 2.1 fremgår det, at Sundhedskoordinationsudvalget i forbindelse med udarbejdelsen af udkastet til sundhedsaftale bør sikre en inddragende proces, hvor der skal være særligt fokus på at inddrage alle kommuner, herunder også de kommuner, som ikke har plads i udvalget. På samme måde bør man sikre en bred inddragelse af patient- og pårørendeorganisationer – også de, der ikke har plads i patientinddragelsesudvalget.

### ***Afsnit 2.3 vedr. opfølgning på sundhedsaftalen (men relevant for flere afsnit i vejledningen)***

Det fremgår af vejledningen, bl.a. i afsnit 2.3, at sundhedskoordinationsudvalgene har ansvar for at følge op på sundhedsaftalernes gennemførelse og vurdere behovet for at revidere indholdet. DH foreslår, at det skrives ind i vejledningen, at sundhedskoordinationsudvalgene skal høre relevante handicap- og patientorganisationer ifm. opfølgning på sundhedsaftalerne. Handicap- og patientorganisationerne har kontakt til mange af de borgere, der oplever tværgående forløb indenfor et eller flere af de obligatoriske indsatsområder og vil derfor kunne bidrage med vigtig viden om, hvor der er behov for at ændre på aftalerne – og hvor problemerne *ikke* skyldes sundhedsaftalerne, men manglende implementering.

Helt konkret kan det skrives ind i vejledningen, at sundhedskoordinationsudvalgene skal høre de regionale sundhedsbrugerråd ifm. opfølgning på aftalerne. Ligeledes kan det præciseres, at de kommunale handicapråd skal inddrages i forhold til de områder, hvor kommunerne forpligter sig på sundhedsaftalerne.

Det fremgår af Retssikkerhedsvejledningens §37 (VEJ nr 73 af 03/10/2006), at kommunalbestyrelserne *skal* høre handicaprådene vedr. alle initiativer med betydning for mennesker med handicap:

*”Handicaprådets opgaver er beskrevet i § 46 i bekendtgørelsen. Opgaverne består i at besvare høringer fra kommunalbestyrelsen om alle initiativer, som har betydning for mennesker med handicap. Kommunalbestyrelsen er således forpligtet til at høre handicaprådet, over alle initiativer som har betydning for mennesker med handicap. Handicaprådet skal dermed have indflydelse på kommunens handicappolitik i bred forstand og på såvel spørgsmål af overordnet karakter som på forhold, der har betydning for de handicappedes hverdag.”*

Erfaringerne viser imidlertid, at meget få kommuner er bevidste om disse regler på sundhedsområdet, hvorfor det vil være relevant at tydeliggøre dette i vejledningen.

## Kapitel 3 Sundhedsaftalen

### *Afsnit 3.6 Forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler*

Når der aftales forløbsprogrammer, bør det være programmer, der udvikles og aftales på tværs af regionerne, således der ikke opstår mange forskellige programmer med meget forskellig kvalitet. Evt. behov for lokale afvigelser fra de generelle programmer kan aftales supplerende.

### *Afsnit 3.5 samt 6.2 vedr. supplerende aftaler*

Ønsket om at erstatte sundhedsaftaler mellem regionerne og de enkelte kommuner med én fælles aftale for hver region er begrundet i et ønske om en mere ensartet indsats. På den baggrund kan det bekymre, at man åbner mulighed for at indgå supplerende aftaler mellem regionerne og de enkelte kommuner, der ikke skal godkendes af Sundhedsstyrelsen. Der er risiko for, at den fælles sundhedsaftale bliver et udtryk for mindste fællesnævner, og at de enkelte kommuner kan forhandle sig til en mere omfattende indsats i de supplerende aftaler. Det fremgår af vejledningens pkt. 6.2, at de supplerende aftaler ikke indgår i sundhedsstyrelsens vurdering. Vi så gerne, at de supplerende aftaler indgik i sundhedsstyrelsens vurdering, således at ovennævnte kunne imødegås.

## Kapitel 4 Obligatoriske indsatsområder

### *4.1 Indsatsområde 1: Forebyggelse*

I forbindelse med forebyggelse som obligatorisk indsatsområde er det vigtigt at nævne uddannelse af pårørende og personer selv, fx gennem familie – eller brugerkurser.

I forbindelse med forebyggelse (men også relevant ift. genoptræning/behandling) skal der tages hensyn til, at patienterne ikke skal risikere at skulle benytte to forskellige tilbud med et nærmest identisk tilbud, hvis patienterne ønsker at benytte sig af det ene tilbud til mere end én foranstaltning, fx genoptræning hos en fysioterapeut samtidig med modtagelse af vederlagsfri fysioterapi hos en anden.

DH mener, at det ikke er tilstrækkeligt, at man i sundhedsaftalen **kan** beskrive, hvorledes tilgængelighed til de forskellige tilbud sikres. Dette bør derimod være obligatorisk. I forlængelse heraf mener DH, at tilgængelighed til en given klinik eller andet sundhedstilbud bliver et ufravigeligt krav for at kunne indgå en kontrakt om at levere sundhedsydelser finansieret af det offentlige, hvilket DH har anført i høringssvaret til bekendtgørelsen på området.

### *4.3 Indsatsområde 3: Rehabilitering, herunder træning*

DH mener, at det eksplicit skal fremhæves i vejledningen, at rehabilitering er det samme som habilitering, og at det derfor omfatter patienter, der er født med et handicap eller en kronisk sygdom, ligesom det omfatter patienter, der har fået et handicap eller en kronisk sygdom på et senere tidspunkt.

DH anbefaler, at definitionen på rehabilitering fra hvidbogen om samme anvendes til at beskrive den indsats, rehabiliteringen bør omfatte, med hvilket formål samt grader af selvbestemmelse.

#### **4.4 Indsatsområde 4: Sundheds-it og digitale arbejdsgange**

Det er vigtigt, at enhver form for IT og digitalisering udvikles således, at den lever op til de internationalt udviklede standarder for tilgængelighed, samtidig med at det sikres, at eventuelle hjælpemidler, fx efter lov om social service, har en standard, der gør det muligt for en person med nedsat funktionsevne at benytte sig af digitaliseringens gode sider.

## **Kapitel 5 Tværgående temaer**

### **5.4: Lighed i sundhed**

DH finder det positivt, at der med dette tværgående tema sættes fokus på lighed i sundhed. Særligt for personer med nedsat kognitiv og intellektuel funktionsevne, der bl.a. bor i botilbud/plejehjem/institutioner eller ældre- og handicappede boliger er der store udfordringer. Det er DH's erfaring, at disse borgere ofte ikke bliver indtænkt i generelle tiltag, der skal højne befolkningssundheden, ligesom de ikke har adgang til at kunne deltage i nødvendige øvelser og fysisk træning i relation til deres funktionsnedsættelse.

Som det også fremgår af DH's høringssvar til bekendtgørelsen, mener DH dog, at fokus på særligt sårbare patienter/personer med handicap og lighed i sundhed bliver obligatoriske emner i sundhedsaftalerne – og ikke temaer, der i "relevant omfang" skal indgå i sundhedsaftalerne.

Af afsnit 5.4 Lighed i sundhed fremgår, at det er en central udfordring at gøre tilbud tilgængelige for alle borgere. Det nævnes i den forbindelse, at der bør tages hensyn til forskelle i funktionsevne og at der skal være fokus på socialt udsatte og sårbare borgere. DH mener, at det er særdeles positivt, at tilgængelighed er nævnt, fordi mange handicapgrupper er udelukket fra at bruge de nødvendige tilbud pga. forskellige barrierer – både fysiske, holdningsmæssige og i forhold til adgang til information. For at understrege denne pointe, anbefaler DH, at der i forbindelse med omtale af tilgængelighed direkte refereres til mennesker med handicap.

Venlig hilsen



Stig Langvad  
*formand*



Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

## Høring over revideret vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høring på Sundhedsstyrelsens reviderede vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Generelt finder Danske Patienter, at der er mange positive elementer i den nye vejledning. Nogle af dem nævnes specifikt nedenfor, sammen med de øvrige bemærkninger.

### Generelle kommentarer

Med henblik på at sikre større ensartethed på sundhedsområdet finder Danske Patienter det positivt, at der fremover kun skal udarbejdes én sundhedsaftale i hver region, samtidig med at der kan indgås frivillige aftaler til imødekomme af særlige lokale forhold. Men det er helt afgørende, at der følges op med skærpede nationale krav til indholdet, så de ikke bliver defineret ud fra den mindst ambitiøse kommune.

Det er positivt, at der i vejledningen til bekendtgørelsen lægges op til, at samarbejdet mellem de regionale og kommunale aktører skal styrkes på flere områder. Danske Patienter er særligt tilfredse med, at samarbejdet skal styrkes i forhold til at skabe en bedre sammenhæng i forebyggelse, behandling og rehabilitering, i forhold til opgaveglidningen og i forhold til at skabe et mere integreret samarbejde mellem almen praksis og de kommunale tilbud. Dét samarbejde halter en hel del i dag.

Ligeledes er det vigtigt, at der lægges vægt på at sikre sammenhæng i indsatsen med andre områder, som social- og beskæftigelsesområdet. Men det vil styrke den reelle indsats for en bedre sammenhæng, hvis der er en større grad af forpligtelse til det. Sammenhængende forløb på tværs af sektorerne har så stor betydning for den enkeltes mulighed for at fastholde arbejde, ordentligt familieliv m.v. at det bør få større prioritet.

Sidestillingen af psykiatri og somatik er generelt meget positivt.

Danske Patienter har ingen bemærkninger til valg af indsatsområder, men har særskilte kommentarer til et par af dem, som det fremgår nedenfor.

Dato:  
22.november 2013

Danske Patienter  
Nørre Voldgade 90  
1358 København K

Tlf. 33 41 47 60

E-mail:  
ndn@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31 812 976

Side 1/4

## **Kommentarer til de enkelte områder**

### **Inddragelse af brugerne**

Det er særligt positivt, at der lægges op til en styrket inddragelse af patienter og pårørende. Danske Patienter ærgrer sig dog over, at man ikke har taget skridtet fuldt ud og afsat plads i Sundhedskoordinationsudvalgene til en repræsentant for brugerne, således at brugernes viden og erfaring med sundhedsområdet kan blive inddraget som integreret del, og dermed kunne medvirke til relevant og konsekvent inddragelse af patientinddragelsesudvalgene. Vejledningen giver ikke anvisninger på, hvor ofte eller i hvilke sammenhænge patientinddragelsesudvalget skal involveres, og der kan derfor være fare for, at det ikke sker i tilstrækkeligt omfang. Herunder bør man være opmærksom på, at patientinddragelsesudvalgenes arbejde er afgrænset til sundhedsaftaleområdet, hvor det skal styrke brugerperspektivet. Men det bør ikke afløse, men supplere allerede eksisterende initiativer, fx sundhedsbrugerrådene, som udtaler sig på et bredere område.

Side 2/4

Tilsvarende finder Danske Patienter det vigtigt, at Sundhedskoordinationsudvalget i den inddragende proces, som de skal sikre, jf. afsnit 2.1, også inddrager brugerne direkte, da brugerinddragelse på et tidligt tidspunkt er med til at sikre et sundhedsvæsen tilpasset netop brugerne. Dette vil ligge i fin forlængelse af intentionen udtrykt under 5.3 om, at inddragelse skal indgå som led i kvalitetsudvikling generelt.

### **Målgrupper**

Danske Patienter har ingen bemærkninger til, at sundhedsaftalen omfatter alle borgere med behov for en sammenhængende indsats fra aktører på tværs af sektorer, tværtimod. Derimod er Danske Patienter bekymret for, hvordan kommunerne vil prioritere i valget af indsatser. Hidtil har vi set, at visse diagnoser, i stort set alle kommuner, er blevet prioriteret på bekostning af andre grupper med behov. Under punkt 4.1 anføres det, at aftalen bør tage udgangspunkt i de regionale og kommunale sundhedsprofiler i forbindelse med fastlæggelse af målsætninger og monitorering af disse på forebyggelsesområdet.

Men hvilken betydning vil det have at tage udgangspunkt i de regionale og kommunale sundhedsprofiler? Dette bør konkretiseres, så man kan indfri ambitionen om, at alle borgere med behov for en sammenhængende indsats også modtager en sådan. Det er fx uklart hvad det er kommunerne skal tage udgangspunkt i? Er det antallet af patienter med en bestemt sygdom eller tilstand? Alvorlighedsgraden? Konsekvenser for øvrige sektorer som social og beskæftigelse? KRAM- faktorerne eller forebyggelsespakkerne?

### **Indsatsområde 1: Forebyggelse**

Forebyggelse er et meget vigtigt område, og et område hvor der er stort behov for, at kommuner og regioner samarbejder. Det er væsentligt, at der sættes fokus på at skabe effektive og sammenhængende forebyggelsesforløb til borgere med behov herfor. Det bør dog præciseres, at der både er tale om borger såvel som den patientrettede forebyggelse.

### **Indsatsområde 3: Rehabilitering, herunder træning**

Det er yderst positivt, at rehabilitering nu skrives ind i sundhedsaftalerne, og at der er fokus på borgerens tilbagevenden til arbejde eller uddannelse. Det er af stor betydning, at de kommunale tilbud på rehabiliteringsområdet omfatter tilbud på både sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet. Det er dog usikkert om rehabiliteringsforløbet er en rettighed, patienterne har krav på, og hvornår der vil være tale om rehabilitering fremfor kun genoptræning. Det bør præciseres hvem der definerer kravene hertil?

Side 3/4

Tilsvarende kan der være fare for, at rehabiliteringen ikke bliver så omfattende, som ønsket, da kommunerne ikke forpligtes. Det anbefales derfor, at "bør" erstattes med "skal" i forhold til kommunernes tilbud på rehabiliteringsområdet.

I forlængelse af ovenstående og for at bidrage til sikring af høj og ensartet kvalitet i rehabiliteringsindsatserne, anbefaler Danske Patienter, at der opstilles nationale retningslinjer og mål for rehabiliteringsindsatsen. Nationale retningslinjer for rehabilitering bør formulere krav til indholdet af en rehabiliteringsindsats i relation til forskellige målgrupper og til de kompetencekrav, der er nødvendige for at varetage opgaven.

I forhold til forståelse af rehabiliteringsbegrebet vil Danske Patienter opfordre til, at der tages udgangspunkt i definitionen på rehabilitering fra Hvidbogen "Rehabilitering i Danmark". I Hvidbogen er rehabilitering defineret således:

*"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgernes hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats".*

#### **Tværgående tema nr.5.2**

Det er nødvendigt at sikre kompetenceudvikling i kommunerne ved overdragelse af opgaver, så kommunerne kontinuerligt rustes til at varetage opgaverne og så patienterne vedvarende får den kvalitet i behandlingen de har krav på.

Danske Patienter finder det fornuftigt at benytte princippet om LEON, men mener samtidig, at princippet skal understøttes af nationale retningslinjer, der skal beskrive både indholds – og kompetencekrav på sundhedsområdet, for at sikre en høj ensartet kvalitet i kommuner og regioner.

#### **Tværgående tema nr. 5.3**

I vejledningen er der anført, at brugerperspektivet skal inddrages i udviklingen af samarbejdet mellem aftalens parter, hvilket skal ske ved at regionens patientinddragelsesudvalg inddrages i Sundhedskoordinationsudvalgets drøftelser, samt ved at patientgrupper kan være repræsenteret i arbejdsgrupper. Danske Patienter ser frem til

den bebudede bekendtgørelse. Rammerne for og udmøntningen heraf vil være afgørende for, hvilke og hvor stor betydning udvalgets arbejde får i relation til at styrke brugerperspektivet.

Danske Patienter finder, som tidligere anført, at det vil styrke brugerperspektivet, hvis repræsentanter fra brugerne sikres en fast plads i Sundhedskoordinationsudvalget.

Side 4/4

Med venlig hilsen



Morten Freil  
Direktør



21-11-2013

Sag nr. 13/1086

Dokumentnr. 51891/13

Rikke Gravlev Poulsen

/Birgitte Harbo

Tel. 35298115

E-mail: bih@regioner.dk

## **Høringssvar om revideret vejledning om sundhedskoordina- tionsudvalg og sundhedsaftaler**

Danske Regioner har modtaget udkast til forslag om ændring af vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Høringssvaret afgives med udgangspunkt i bidrag fra regionerne. Der tages i høringssvaret forbehold for politisk godkendelse.

Danske Regioner tager desuden forbehold for eventuelle økonomiske konsekvenser i forbindelse med implementering af bekendtgørelse og vejledning.

Danske Regioner vil i forbindelse med udarbejdelse af den nye vejledning gerne kvittere for en god og involverede proces, hvor der er lyttet til parternes ønsker til indhold og ændringer.

Nedenfor fremgår først generelle bemærkninger til vejledningen. Dernæst præsenteres specifikke bemærkninger til de enkelte indsatsområder og til sidst listes en række tekstmære kommentarer til vejledningen.

### **Generelle bemærkninger**

Danske Regioner støtter generelt set forslag til ændringer af sundhedsloven om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Danske Regioner finder det således positivt, at der fremover skal udarbejdes én samlet sundhedsaftale, som alle kommuner i regionen tilslutter sig. Dette er med til at sikre en vis ensartethed i de muligheder, der er for den enkelte borger i et patientforløb.

Det er ligeledes positivt, at der i vejledningen er fokus på overgange i samarbejdet og ikke mindst, at der er fokus på parallelle og samtidige forløb på tværs af sektorerne. Det er endvidere positivt, at der lægges op til en lige-

stilling mellem det somatiske og det psykiatriske område. Det er vigtigt, at der er stor opmærksomhed på at sikre, at mennesker med psykisk sygdom fortsat får det nødvendige fokus i sundhedsaftalen. Det bemærkes endvidere, at vejledningen på det psykiatriske område godt kunne være skarpere vedrørende muligheden for at indgå forpligtende samarbejder med kommunerne. Det er endvidere vigtigt, at aftaleparterne er forpligtet til at indgå samarbejde om sammenhængen i forløb til borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug, dvs. patienter med dobbeltdiagnoser.

Herudover støtter Danske Regioner op om, at vejledningen i højere grad indtænker andre områder, som social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet. Dette er vigtigt med hensyn til at sikre den sammenhængende tværsektorielle indsats for borgerne. I forlængelse heraf savner Danske Regioner dog et skærpet fokus på at sikre sammenhængen mellem sundhedsaftalerne og rammeaftalerne på socialområdet. Ligeledes er det uklart, hvordan dette samarbejde understøttes lovmæssigt.

Danske Regioner konstaterer, at særligt vejledningen rummer mange og upræcise krav, opfordringer og anbefalinger, som giver det indtryk, at sundhedsaftalerne kan og bør løse alt. Danske Regioner konstaterer desuden, at vejledningen sigter meget bredt, hvad angår målgrupper, hvor sundhedsaftalerne skal sikre sammenhæng og samarbejde for alle patienter. Det kan gøre den vanskelig at arbejde med i praksis. Vejledningen er desuden meget ordrig og præget af mange gentagelser og lange sætninger, hvilket ikke gavner dens praktiske anvendelighed. Begreberne ”med fordel”, ”hensigtsmæssig”, ”kan” og ”bør” benyttes f.eks. inkonsekvent gennem vejledningen, og det er svært at tyde om ordene vægter forskelligt. I lyset heraf foreslår Danske Regioner en gennemskrivning af vejledningen.

De fire indsatsområder – *forebyggelse, behandling og pleje, rehabilitering, herunder træning samt sundheds-it og digitale arbejds gange* – er sammen med de tværgående temaer efter Danske Regioners mening relevante. De nye områder er med til at sætte fokus på en forløbstankegang, og områderne kan være med til at styrke det tværsektorielle samarbejde.

Da sundhedsfremme fortsat er et vigtigt område for det tværsektorielle samarbejde, foreslår Danske Regioner, at sundhedsfremme også indgår i overskriften for indsatsområdet om forebyggelse. Danske Regioner anbefaler desuden, at ordet træning i overskriften for indsatsområdet om rehabilitering erstattes af ordet genoptræning. Det giver fortsat mening at lave afta-

ler om genoptræning. Ordet træning bruges i øvrigt ikke i teksten i vejledningen.

Side 3

Det er en styrkelse af sundhedsaftalerne, at den digitale understøttelse af sammenhængende patientforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsniveau bringes i fokus som selvstændig og obligatorisk indsatsområde. Dog er det vigtigt at være opmærksom på, at sundheds-it bør tænkes ind i de andre indsatsområder som et tværgående tema.

Ligeledes er Danske Regioner positive overfor, at der er øget fokus på patient- og pårørendeinddragelse. Dette fokus er i tråd med andre centrale udspil.

Danske Regioner mener, at patientsikkerhed og utilsigtede hændelser er områder der er meget vigtige at fokusere på. Derfor ønsker Danske Regioner, at vejledningen i højere grad sætter fokus på patientsikkerhed og utilsigtede hændelser. Danske Regioner foreslår, at beskrivelsen af patientsikkerhed flyttes fra afsnit 5.1 til afsnit 5.5, og at patientsikkerhed desuden nævnes eksplicit i overskriften under afsnit 5. 5 om dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling. Endvidere foreslår Danske Regioner at *"bør"* ændres til *"skal"* under afsnit 5.1 i sætningen *"Aftalen bør endvidere have fokus på at forebygge utilsigtede hændelser og sikre større patientsikkerhed."*

Danske Regioner finder det positivt, at sundhedsaftalerne skal tage afsæt i konkrete målsætninger med henblik på at sikre større kvalitet og ensartethed i det tværsektorielle samarbejde samt styrke implementering og opfølgning. I afsnittet om tværgående temaer står der i andet afsnit *"Som udgangspunkt er alle nedenstående temaer relevante i forhold til alle indsatsområder, men de enkelte temaer kan dog indgå i forskelligt omfang. Derudover kan parterne vælge at samle beskrivelsen af det enkelte tema i ét kapitel i sundhedsaftalen. I så fald bør der være opmærksomhed på, at beskrivelsen omfatter alle indsatsområder."* Formuleringen stemmer ikke overens med § 4 stk. 4 i bekendtgørelsen, hvor det fremgår, at der fastsættes en række tværgående temaer, som sundhedsaftalen i relevant omfang skal tage udgangspunkt i. Det er helt afgørende, at de tværgående temaer kun skal beskrives, hvor de er relevante, og hvor de derfor kan få et reelt indhold.

Danske Regioner mener desuden, at det bør fremgå af vejledningen (som det gør i bekendtgørelsen), at sundhedskoordinationsudvalget skal opstille fælles konkrete målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt

i regionen, og at de konkrete målsætninger for de obligatoriske indsatsområder skal understøtte de overordnede mål, som udvalget har fastsat.

Side 4

Danske Regioner mener, at begrebet ”*borgernære sundhedstilbud*” bør udgå af vejledningen. Der er ikke nogen fælles forståelse af, hvad begrebet dækker over. Man bør i stedet anvende en konkret beskrivelse af de sundhedstilbud, der sigtes på.

Danske Regioner ser positivt på, at der i de kommende sundhedsaftaler er fokus på at sikre større og mere integreret samarbejde med almen praksis. Det fremgår, at de opgaver, som almen praksis forpligtes til at udføre jf. sundhedsaftalerne skal følges op af en underliggende aftale. Det er væsentlig at være opmærksom på, at der alene skal indgås aftale i det omfang opgaverne ikke i forvejen er den del af overenskomsten.

Af § 3 i udkast til revideret bekendtgørelse og i udkast til revideret vejledning beskrives Sundhedskoordinationsudvalgets opgaver, herunder at udvalget skal vurdere udkast til regionens sundhedsplan. I vejledningen står, at sundhedskoordinationsudvalget *kan* vurdere udkast til kommunernes sundhedspolitik i det omfang, at sådanne politikker foreligger. Danske Regioner finder, at udvalget *skal* vurdere udkast til kommunernes sundhedspolitik, og at denne opgave også bør fremgå af bekendtgørelsen.

I henhold til bekendtgørelsens § 3 stk. 5 og vejledningens afsnit 2.5 drøfter Sundhedskoordinationsudvalget i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud - herunder koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet. Danske Regioner mener, at der bør stå: *herunder drøfte koordinering af de af parterne prioriterede midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.*

### **Specifikke bemærkninger til de enkelte indsatsområder**

#### *Forebyggelse*

Danske Regioner ser positivt på at forebyggelse stadig indgår som et specifikt indsatsområde og er enige i, at der er et behov for tværsektorielt samarbejde omkring de valgte fokusområder. Det er dog som om, at forebyggelse i forhold til udvikling af somatisk kronisk sygdom er blevet noget usynlig i vejledningen. Der er fortsat et stort behov for også at arbejde systematisk med tidlig opsporing af somatisk kronisk sygdom, hvilket bør synliggøres mere i vejledningen. Derfor foreslås det, at der indsættes et ekstra punkt



med følgende indhold: *Tidlig opsporing og forebyggende indsats overfor risikofaktorer for udvikling af somatisk sygdom*

Side 5

I teksten introduceres begrebet forebyggelsesforløb. Beskrivelsen af forebyggelsesforløb er for Danske Regioner uklar, herunder er det uklart, om forebyggelsesforløb omfatter den patientrettede forebyggelse, både på sygehuse og i kommuner.

I samme afsnit foreslås det, at ordet *operationer* erstattes med ordet *behandling*, da der også kan være behov for forebyggelsesindsatser forud for anden behandling end operationer. I forlængelse heraf er det vigtigt at bemærke, at forebyggelsestilbud forud for operationer og anden behandling giver god mening, men at der kan være visse udfordringer med at nå at gennemføre f.eks. et rygestopforløb grundet ventetidsgarantien.

Sidste fokusområde foreskriver at "*Tilgængelige og målrettede forebyggelsestilbud til socialt udsatte borgere med særlige behov. Tilrettelæggelsen af tilbud bør ske med baggrund i en behovs- og resourceafdækning*". Det forudsættes her, at der tænkes i individuel behovs- og resourceafdækning.

Aftalen kan desuden omfatte aftaler om rådgivning vedr. hygiejne. Det er dog uklart om hvad der konkret tænkes ved hygiejne, og om begrebet her dækker både MRSA og den almindelige infektionshygiejne. I den forbindelse bør Sundhedsstyrelsen overveje, om de to særskilte vejledninger omhandlende sundhedslovens § 119 bør revideres.

Danske Regioner undrer sig over, at der afslutningsvis i afsnittet specifikt er nævnt den faglige anbefaling omkring udnyttelse af forebyggelsespotentiale. Det er uklart, hvordan afsnittet skal forstås, og om der forventes at personalet i alle sektorer uddannes specifikt. Der kan være andre kompetencer som også er nødvendige, som f.eks. at forebygge fald eller at identificere underernæring el. lign.

### *Behandling og pleje*

Afsnittet bærer præg af manglende gensidighed, idet der er mere fokus på udskrivelse end indlæggelse. Sundhedsaftalen har til formål at medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om kvalitet og sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorerne. Danske Regioner er enige i at der skal være fokus på udskrivelse, men mener også at det bør tydeliggøres, at der er ligeledes et stort behov for at fokusere på indlæggelse.

I vejledningen står der hvor *"behandlings- og plejeforløb til borgere med somatiske og/eller psykiske sygdomme, hvor indsatsen leveres tæt på borgerens hverdagsliv og på tværs af sektorer samtidigt"*. Danske Regioner synes det er uklart, hvilke forløb der refereres til i denne sammenhæng og forstår ikke hvordan disse forløb adskiller sig fra almindelige indlæggelses- og udskrivningsforløb. Det giver derudover ikke mening, at det specificeres, at indsatsen leveres tæt på borgerens hverdagsliv, da det er en selvfølge, at indsatserne leveres tæt på borgerens hverdagsliv. Sætningen bør omformuleres i det lys.

Under tredje fokusområde bemærkes det, at den kommende sundhedsaftale skal have fokus på kvalitet og sammenhæng i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien - herunder rådgivning til almen praksis og PPR. Dette er uklart, og det bør derfor præciseres, om der lægges op til, at der er en anden/særlig rådgivningsforpligtelse fra børne- og ungdomspsykiatrien til almen praksis end for øvrige patientgrupper.

Efter Danske Regioners mening er det desuden uklart, hvilken gruppe, der refereres til, når der står *"akutte indsatser til borgere med behov herfor."* Gruppen bør defineres nærmere.

I andet afsnit under fokusområderne står der *"Det er herunder også et vigtigt opmærksomhedspunkt, at nogle borgere har både somatiske og psykiske sygdomme samt eventuelt også sociale problemer."* Danske Regioner finder, at termen *"sociale problemer"* er for upræcis og foreslår i stedet følgende formulering *"Det er herunder også et vigtigt opmærksomhedspunkt, at nogle borgere har både somatiske og psykiske sygdomme og derudover kan være socialt udsatte /sårbare."*

Som sidste bemærkning til indsatsområdet om behandling og pleje, står der i sidste afsnit *"Endvidere kan aftalen med fordel beskrive, hvordan parterne samarbejder om dokumentation og kvalitetsudvikling af området med henblik på løbende at sikre ny viden, forebygge utilsigtede hændelser, opnå større patientsikkerhed og generel udvikling af sundhedsområdet"*. For Danske Regioner er det væsentlig, at der signaleres et højt ambitionsniveau for dokumentation og kvalitetsudvikling. For at sikre et målrettet samarbejde om kvalitetsudvikling foreslår Danske Regioner at *"kan"* ændres til *"skal"*.

Indsatsområdet bærer præg af, at der benyttes en masse begreber som ikke er klart defineret. Danske Regioner ser herunder gerne, at begrebet rehabilitering defineres klarere i vejledningen. Endvidere bør det fremgå af afsnittet, at en genoptræningsplan kan indgå som en del af en rehabiliteringsplan.

Med henblik på at sikre en sammenhængende indsats overfor borgere med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler anbefaler Danske Regioner, at der under dette indsatsområde, tilsvarende indsatsområde 1 og 2, sættes fokus på indsatsen overfor misbrug. Herunder at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om kvaliteten og sammenhængen i rehabiliteringsforløb til borgere med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler.

Under formålets første fokusområde står der ”... *herunder borgerens fastholdelse eller tilbagevenden til uddannelse eller arbejde*”. Danske Regioner foreslår, at ordene ”*aktivitet og deltagelse*” tilføjes efter herunder, da aktivitet og deltagelse er centralt for rehabilitering. Derudover foreslås det, at der under punkt 3 og 4 indsættes ordet *indlæggelse*, så der i stedet står ”... *under indlæggelse og efter udskrivning fra sygehus.*”

I andet afsnit efter indsatsområdets fokusområder mangler regionernes tilbud og private tilbud at blive nævnt på lige fod med de kommunale tilbud. Som teksten står nu, er der en stor del af de sociale tilbud, der er skrevet ud, idet der kun refereres til de kommunale tilbud.

Der er planlagt revision af nogle af de væsentlige rammer på genoptræningsområdet i 2014 (*Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningssted efter udskrivning fra sygehus og Vejledning om træning i regioner og kommuner*). Ændringerne i disse rammer vil have konsekvenser for indholdet i de kommende sundhedsaftaler, og Danske Regioner vil gøre opmærksom på, at det derfor er afgørende, at der sker en tidlig og løbende inddragelse af regioner og kommuner undervejs i revisionsprocessen.

#### *Sundheds-it og digitale arbejdsgange*

Danske Regioner ser positivt på, at sundheds-it er tænkt ind som et selvstændigt indsatsområde. En velfungerende elektronisk kommunikation er en grundlæggende forudsætning for et sammenhængende patientforløb. Det er vigtigt at være opmærksom på, at sundheds-it også bør tænkes ind i de andre indsatsområder som et tværgående tema.

Det anføres, at digital kommunikation og digitale arbejdsgange i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse skal bidrage til dokumentation af indsatser. Det forekommer uklart, hvad der i vejledningen menes med at dokumentere indsatser. Dette bør præciseres.

Endvidere er det afgørende at understrege vigtigheden af, at der sikres adgang til digital udveksling af information mellem/til og fra alle relevante områder i kommunerne. Det er desuden vigtigt at få beskrevet, hvordan praksissektor forpligtes på efterlevelse af de indgåede aftaler omkring implementering af IT-systemer. I forlængelse heraf anbefaler Danske Regioner, at der i perioden sker en drøftelse af fælles anvendelse og brug af Sundhedsjournalen som sygehuse og praksis har adgang til i dag, og som kommunerne forventes at tage i anvendelse.

Afslutningsvis står der at aftalen omkring sundheds-it *bør* revideres en gang årligt. Det synes Danske Regioner ikke giver nogen mening, da aftalen vel er en del af den samlede sundhedsaftale som *skal* revideres årligt.

### **Tekstnære bemærkninger**

Side 3, afsnit 2.2, tredje afsnit: Sætningen "*Målene er rettet mod nedbringelse af antallet af forebyggelige og uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser samt nedbringelse af antallet af færdigbehandlede patienter på sygehusene*" bør ændres. Det lyder som om, at man skal nedbringe antallet af de patienter som bliver færdigbehandlet, men der menes vel at man skal nedbringe antallet af færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene.

Afsnit 2.2, andet afsnit er formuleret på en sådan måde, at det fremgår at konkrete målsætninger fremmer videndeling. Videndeling er vigtig, men det er vanskeligt at forestille sig, at målsætninger som sådan kan fremme videndeling.

Afsnit 2.3: Afsnittet forekommer uklart. Det kan forstås som om, at det er implementeringsplanen der skal sikre aftalerne, men implementeringsplanen skal vel blot angive, hvornår de fornødne aftaler skal være implementeret og hvornår eventuelle fælles initiativer skal sættes i gang. Desuden er sidste linje "*Derudover bør indgå organisatoriske og sundhedsfaglige indikatorer, som identificeres i relation til de aftalte målsætninger.*" uklar, og kan med fordel slettes.

Side 4, afsnit 2.5: Sætningen *"Udvalget kan derudover hensigtsmæssigt drøfte problemstillinger i relation til sundhedsaftalens indsatsområder, som ofte giver anledning til uoverensstemmelser mellem parterne"* virker unødvendig og forslås slettet, idet sundhedskoordinationsudvalgene siden etableringen har haft fokus på bl.a. drøftelser af problemstillinger, der kan give anledning til uoverensstemmelser mellem parterne.

Side 9

Side 6, afsnit 3.2: Der står at *"... det forudsættes, at sundhedskoordinationsudvalget inddrager den fornødne almenmedicinske fagkundskab i udarbejdelsen af sundhedsaftalen."* Sætningen bør slettes, da det ikke giver mening at fremhæve almenmedicinske fagkundskab over andre sundhedsfaglige kompetencer.

Side 7, afsnit 3.4: Sætningen *"I den forbindelse kan der hensigtsmæssigt være fokus på at sikre en koordineret indsats med henblik på fastholdelse og tilbagevenden i uddannelse og arbejde"* bør slettes, da der kan være risiko for at afgrænsningen bruges til en uhensigtsmæssig prioritering af patienter, således at patienter/borgere, hvis mulighed for tilbagevenden til arbejde eller uddannelse, nedprioriteres i den fælles indsats. Desuden bør det bemærkes, at udfordringerne ved at udveksle oplysninger på tværs af sektor- og forvaltningsgrænser i praksis kan hindre mulighederne for at lave aftaler, der går på tværs.

I afsnittet nævnes specifikt udgående og opsøgende teams, hvilket undrer Danske Regioner. Udgående og opsøgende teams er en del af enten tilbud fra sygehuse eller kommunale tilbud, og Danske Regioner foreslår at det slettes. Ligeledes bør det slettes i afsnit 4.2.

Afsnit 3.5: Danske Regioner forholder sig positiv til, at afsnittet er blevet kortet ned. Afsnittet kan dog bruge en gennemskrivning. I første sætning står der: *"... som enten omhandler andre temaer end de obligatoriske områder eller som har en tværgående karakter."* Sætningen er uklar og bør omskrives, da brugen af *"enten eller"* ikke giver mening. Senere i afsnittet står der *"supplerende aftaler er af frivillig karakter..."*. Det bør tydeliggøres, at det er frivilligt at indgå aftalen, men ikke at følge den. Endvidere er afsnittets sidste sætning overflødig, og bør slettes.

Side 8, afsnit 3.6: Det foreslås at afsnittet omkring forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler flyttes indunder de tværgående temaer. Danske Regioner er enige i, at der er behov for fortsat udvikling af forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler, men finder at teksten vil fungere bedre under tværgående temaer.

Side 12, sidste sætning: Sætningen er meget lang og knudret og kan med fordel omskrives.

Side 10

Side 13, afsnit 5.2, 4. afsnit: ”*Som udgangspunkt*” bør udgå af sætningen.

Med venlig hilsen

Thomas I. Jensen  
Kontorchef



**Vedr. høring: Revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

25. november 2013  
Sagsnr. 2013-091682  
Dok. Nr. 1400426

Departementet for Sundhed og Infrastruktur har ingen bemærkninger til vejledningen.

Inussiarnersumik inuulluaqqusillunga  
Med venlig hilsen

Postboks 1160  
Tlf: 34 50 00  
Fax: 32 55 05  
3900 Nuuk  
Email: [pn@nanoq.gl](mailto:pn@nanoq.gl)  
[www.nanoq.gl](http://www.nanoq.gl)

Ajâja Bastiansen  
Toqq/direkte 346606  
[abas@nanoq.gl](mailto:abas@nanoq.gl)



Sundhedsstyrelsen

Email: [fobs@sst.dk](mailto:fobs@sst.dk)

Aalborg d. 25. nov. 2013

### **Høring: Revideret vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler**

Sundhedsstyrelsen har sendt revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler i høring med frist d. 25. november 2013.

De nordjyske kommuner kan overordnet tilslutte sig KL's høringssvar af 25. nov. 2013 og bemærkningerne heri. Høringssvaret er i vidt omfang dækkende og repræsentativt for holdningen hos de nordjyske kommuner.

Herudover kan tilføjes, at der udtrykkes bekymring over en manglende styrkelse og forpligtigende involvering og inddragelse af almen praksis. De nordjyske kommuner så gerne, at almen praksis havde en mere forpligtigende rolle i sundhedsaftalerne.

I det nordjyske har vi gode erfaringer med én sundhedsaftale, med en politisk sundhedsaftale og særlige udviklingsprojekter som bilaterale aftaler.

På vegne af de 11 kommuner i Nordjylland.

Med venlig hilsen

Maria Thorsager

Konsulent

---





Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Holbergsgade 6  
1057 København K

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

### **Diabetesforeningens høringssvar vedr. revideret bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

Diabetesforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar på udkast til bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Dette er et samlet høringssvar på både bekendtgørelsen og vejledningen, da de overordnede kommentarer gør sig gældende for begge. Det fremgår, hvornår bemærkningerne vedrører bekendtgørelsen eller vejledningen.

Foreningen finder det overordnet positivt, at der fremover skal udarbejdes 5 sundhedsaftaler i stedet for 98. Forhåbentligt kan det være med til at sikre god kvalitet og samme standard i alle kommuner.

Samtidig ser foreningen dog et behov for skærpede nationale krav til indholdet af sundhedsaftalerne, så kvaliteten i én region ikke defineres af den laveste fællesnævner – den mindst ambitiøse kommune.

### **Sammenhængende patientforløb og forløbsprogrammer**

Sammenhæng i patientforløb er utrolig vigtigt, ikke mindst fordi diabetes er en kompliceret sygdom, som kræver inddragelse af mange forskellige specialister og flere sektorer. For mange diabetikere spiller den praktiserende læge en afgørende rolle i deres forløb, alligevel oplever mange, at der ikke er sammenhæng til den øvrige indsats i regionen eller kommunen. Det bør være et særligt prioriteret fokusområde.

Forløbsprogrammet er en af nøglerne til at sikre mere sammenhængende patientforløb med patienten i centrum. I vejledningen står, at *"Som led i sundhedsaftalen kan der aftales udarbejdelse af forløbsprogrammer"*. Diabetesforeningen mener ikke, at det skal formuleres som "kan", men i stedet "bør". Med de nuværende forløbsprogrammer er der tale om første generation. Der er behov for at forløbsprogrammerne revideres.

Arbejdet med forløbsprogram for type 2-diabetes er kommet godt i gang, men er langt fra i mål endnu. Derfor er der en række områder, som Diabetesforeningen mener, det er vigtigt, fremadrettet at have fokus på i nye reviderede forløbsprogrammer. Det gælder fx, at det bliver skærpet og kommunikeret klarere, hvad der ligger i lægernes tovholderfunktion. Forløbsprogrammerne skal oversættes til mere konkrete vejledninger, og stratificeringsmodellen for diabetes justeres, så den bliver mere anvendelig i daglig praksis.

#### ☐ **Odense:**

Rytterkasernen 1  
5000 Odense C

#### ☐ **København:**

Skindergade 38,1  
1159 København K

Telefon 66 12 90 06

Fax 65 91 49 08

df@diabetesforeningen.dk

www.diabetes.dk

CVR DK - 35 23 15 28

Tilbud om patientuddannelse og rehabilitering er oftest holdbaserede, og kun få tilbud er målrettet sårbare og multisyge patienter. Derfor skal der mere fokus på disse målgrupper fremadrettet. Der er alt for stor variation i de kommunale tilbud, hvorfor sundhedsaftalen, herunder forløbsprogrammer, skal gøres mere forpligtende for kommunerne.

### **Indsatsområder og tværgående temaer**

Diabetesforeningen finder de nye indsatsområder og tværgående temaer relevante at fokusere på i en fremadrettet indsats for at sikre sammenhængende patientforløb.

Jf. § 4, stk. 4 i bekendtgørelsen skal sundhedsaftalerne i "relevant omfang" tage udgangspunkt i de tværgående temaer. Flere af de tværgående temaer (lighed i sundhed og inddragelse af patienter og pårørende) er relevante for samtlige obligatoriske indsatsområder, hvorfor det bør være et krav, at der tages udgangspunkt i de tværgående temaer.

### **Inddragelse af patienter og pårørende**

Da det er afgørende, at patienternes erfaringer, behov og interesser tages i betragtning, når der træffes beslutninger vedrørende sammenhæng i sundhedsvæsenet, finder Diabetesforeningen det yderst relevant med systematisk inddragelse af regionens patientinddragelsesudvalg. Af bekendtgørelsen eller vejledningen bør det dog fremgå, hvordan og i hvilket omfang dette udvalg skal inddrages. Der bør være krav om inddragelse af patienter og pårørende både i udviklingen, implementeringen og opfølgningen på sundhedsaftalerne.

Konkret står der i vejledningens afsnit om inddragelse af patienter og pårørende *"kan der hensigtsmæssigt ske inddragelse af patienter og pårørende..."*. Det bør formuleres skarpere med et krav om, at patienter og pårørende bør være repræsenteret i de arbejdsgrupper, som er med til at udarbejde forslag til sundhedsaftaler.

### **Ligestilling mellem somatik og psykiatri**

Diabetesforeningen finder det positivt, at der i vejledningen tages udgangspunkt i behovet for en ligestilling af psykiatri og somatik, og at der samtidigt er fokus på, at flere patienter har sygdomme inden for både somatikken og psykiatrien.

Skulle ovennævnte medføre behov for yderligere drøftelse eller spørgsmål, står vi naturligvis til rådighed.

Med venlig hilsen



Henrik Nedergaard  
Adm. direktør



Sundhedsstyrelsen  
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

**Ergoterapeutforeningen**  
Nørre Voldgade 90  
DK-1358 København K  
Tlf: +45 88 82 62 70  
Fax: +45 33 41 47 10  
cvr nr. 19 12 11 19  
etf.dk

Den 25. november 2013  
Side 1  
Ref.: bj  
E-mail: [bj@etf.dk](mailto:bj@etf.dk)  
Direkte tlf: 36 53 49 21

## **Høring vedr. revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

Ergoterapeutforeningen har modtaget ovennævnte vejledning i høring og har i den anledning flg. bemærkninger:

Indledningsvis vil Ergoterapeutforeningen rose intentionerne med den nye vejledning. Det er godt at tage udgangspunkt i behovet for fortsat udvikling og sikring af større sammenhæng i sundhedstilbuddene, ligesom ønsket om ligestilling imellem psykiatri og somatik samt fokus på borgerinddragelse er væsentlige temaer. Men skal intentionerne på disse vigtige områder indfries, kræver det efter Ergoterapeutforeningens opfattelse en mere ambitiøs, konkret og forpligtende vejledning.

Herudover har Ergoterapeutforeningen flg. kommentarer til vejledningens enkelte afsnit:

### **Afsnit 2.2: Fastsættelse af konkrete målsætninger**

Det er ærgerligt og virker uambitiøst, når de mål, der refereres til alene går på nedbringelse af indlæggelser og nedbringelse af antallet af færdigbehandlede patienter på sygehusene. Det ville være ønskeligt med nogle mere positive og konkrete målsætninger (på rehabiliteringsområdet f.eks. at xx antal patienter/borgere opnår forventet funktionsniveau efter rehabiliteringsforløb).

### **Afsnit 2.6: Information af sundhedskoordinationsudvalg i de øvrige regioner.**

Ergoterapeutforeningen mangler en præcisering af Sundhedsstyrelsens rolle i forhold til erfaringsopsamling omkring de sundhedsaftaler, som bliver resultatet af den nye vejledning. I dette afsnit beskrives sundhedskoordinationsudvalgenes rolle i den forbindelse, men hvad er Sundhedsstyrelsens koordinerende og rådgivende rolle her?

### **Afsnit 3.6: Forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler**

Dette afsnit kunne med fordel indeholde et par formuleringer om, hvordan kliniske retningslinjer kan indgå i arbejdet med sundhedsaftalerne.

### **Afsnit 3.7: Sundhedsaftalernes form**

Ergoterapeutforeningen noterer sig, at det er en væsentlig ændring i forhold til i dag, at der efter den nye vejledning slet ikke stilles nogen form for krav til sund-

**Region Midt-Nord**  
Mindegade 10  
DK-8000 Århus C  
Tlf: +45 88 82 62 70

**Region Øst**  
Høje Taastrup Boulevard 82, 1.tv.  
DK-2630 Taastrup  
Tlf. + 45 88 82 62 70

**Region Syd**  
Lumbyvej 11  
DK-5000 Odense C  
Tlf: + 45 88 82 62 72

hedsaftalernes form, hvilket kan vanskeliggøre sammenligninger mellem sundhedsaftaler på landsplan.

#### Afsnit 4.1: Indsatsområde 1: Forebyggelse

I den nye vejledning eksisterer hjælpemiddelområdet ikke længere som selvstændigt indsatsområde. Det betyder, at området må behandles under de nye indsatsområder, men området er ikke nævnt under indsatsområde 1. Der er tale om et område med markante snitfladeproblematikker – også i forhold til forebyggende indsatser. F.eks. kan hjælpemidler og træningsredskaber være væsentlige i forbindelse med forebyggelsesindsatser forud for operationer. For at sikre, at borgerne ikke kommer i klemme, opfordrer Ergoterapeutforeningen til, at hjælpemiddelområdet indskrives i indsatsområde 1.

Afslutningen på dette afsnit er et eksempel på, hvordan vejledningen ikke forpligter i forhold til nogle af dens væsentlige intentioner. *"Der kan hensigtsmæssigt være fokus på inddragelse af brugerperspektiver"* – et "skal" ville i denne sammenhæng være passende.

#### Afsnit 4.2: Indsatsområde 2: Behandling og pleje

Endnu en del eksempler på en uforpligtende vejledning. *"Derudover kan aftalen have fokus på rettidig varsling og kommunikation...."* og *"Endvidere kan aftalen med fordel beskrive, hvordan parterne samarbejder om dokumentation og kvalitetsudvikling"*. Ergoterapeutforeningen opfordrer til, at vejledningen gøres forpligtende på sådanne væsentlige områder.

#### Afsnit 4.3: Indsatsområde 3: Rehabilitering, herunder træning

Hele dette afsnit bærer præg af, at man – som oplyst til referencegruppen omkring udarbejdelsen af udkastet til den nye vejledning – forventer ændringer på området til ikrafttræden i 2014, men at det endnu er uklart, hvilke forandringer, der bliver tale om. Derfor bliver både overskriften og de fire indledende bullits lidt uklare. Hvornår tales der om træning, og hvornår tales om rehabilitering? Og hvorfor denne skelnen? Og hvor bliver ligestillingen mellem psykiatri og somatik af, hvis det alene er borgere med somatiske lidelser, der refereres til under 2. bullit? Disse uklarheder kan efter Ergoterapeutforeningens opfattelse få den konsekvens, at vejledningen kan blive svær at anvende i praksis i forhold til indsatsområde 3.

Ergoterapeutforeningen opfordrer til, at vejledningen anvender den definition af rehabilitering, som findes i "Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabilitering" fra 2004. Denne definition har fokus på, at rehabilitering er en samarbejdsproces mellem borgeren, pårørende og fagfolk, og det giver god mening at tage udgangspunkt heri – ikke mindst hvis sundhedsaftalerne skal tænkes sammen med intentionerne i førtidspensionsreformen (med blandt andet rehabiliteringsteams).

Herudover ser Ergoterapeutforeningen gerne ordet "funktionsevne" udskiftet med ordet "funktionsniveau" i indledningen til dette afsnit, og det bør endvidere understreges, at det funktionsniveau, der tales om, er både fysisk, psykisk, socialt og kognitivt.

#### Afsnit 5.2: Koordination af kapacitet

Ergoterapeutforeningen undrer sig over udtrykket *"Lavest effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON)"*, og går ud fra, at der er tale om en fejl, da LEON jo står for "Lavest effektive omkostningsniveau".

Herudover ser Ergoterapeutforeningen med tilfredshed, at vejledningen i dette afsnit peger på behovet for kompetenceudvikling af medarbejdere. Ergoterapeutforeningen finder, at det er bærende i et sammenhængende sundhedsvæsen, at der satses på strategisk kompetenceudvikling.

#### Afsnit 5.4: Lighed i sundhed

*"Sundhedsaftalen skal understøtte en udvikling mod større lighed i sundhed".*

Denne formulering er endnu et eksempel på en særdeles ukonkret vejledning, og Ergoterapeutforeningen opfordrer til, at dette afsnit udbygges med konkrete eksempler og målsætninger.

#### Afsnit 5.5: Dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling

Et vigtigt afsnit. Ergoterapeutforeningen vil afvente sundhedsaftalernes udformning på dette punkt med stor forventning.

#### Side 17: Referencer:

Cirkulæret om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sundhedsvæsenet er relevant under alle de tre første indsatsområdet.

Da den nye vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler bliver et centralt arbejdsredskab for regioner og kommuner i bestræbelserne for at få en sammenhængende, tværfaglig sundhedsindsats, vil Ergoterapeutforeningen opfordre til, at ovenstående indarbejdes til gavn for patienterne og borgerne.

Ergoterapeutforeningen uddyber gerne dette høringssvar.

Med venlig hilsen



Gunner Gamborg  
Formand

**Fra:** Finn Kamper-Jørgensen [<mailto:finnkamper@gmail.com>]

**Sendt:** 19. november 2013 07:45

**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

**Emne:** Finn Kamper-Jørgensen - Kommentar vedr. styrelsens høringsudkast til sundhedskoorinationsudvalg/sundhedsaftaler

Nedenfor fremsendes min kommentar til høringsudkastet af 4. nov 2014 om Revideret vejledning vedr. sundhedskoorinationsudvalg og sundhedsaftaler. Det fremgår afslutningsvis hvad mit erfaringsgrundlag er for at kommentere, selv om jeg ikke findes på høringslisten.

Jeg har i mail til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bl.a. foreslået nedenstående ændring af udkast til bekendtgørelse:

*Samlet set ser jeg uhyre positivt på de fremskridt som såvel ministeriets bekendtgørelse som Sundhedsstyrelsens vejledning repræsenterer. Der er tale om meget vigtige sundhedspolitiske udviklingsinstrumenter for den kommende udvikling af borgernes sundhed og sundhedsindsatsen i landet. Ud fra mit erfaringsgrundlag mangler der imidlertid et enkelt tværgående synspunkt i bekendtgørelsen*

*Ministeriet har valgt at bygge bekendtgørelsen om sundhedsaftaler op om sundhedsvæsenets funktioner: forebyggelse, behandling og pleje, rehabilitering samt IT. Det er OK*

*I betragtning af, at op mod 50 % af ældrebefolkningen ifølge sundhedsprofilerne nationalt og lokalt har, hvad der kan karakteriseres som langvarig sygdom, ligger der en betydelig opgave i forebyggelsen - og en særdeles ressourcetung anvendelse af sundhedsvæsenets (og socialvæsenets) indsats vedrørende behandling, pleje, rehabilitering, genoptræning, palliation. Det er velkendt at ældre-befolkningen vejer tungt i vort sygehusvæsen, i almen lægepraksis og i den kommunale sundhedsindsats.*

*Jeg vil derfor foreslå, at ministeriet ændrer den foreslåede §4 stk. 2 således, at der indsættes et nyt punkt, - således at der i alt optræder 5 punkter i stk 2. Jeg foreslår at det nye punkt formuleres således:*

- **Ældrebefolkningen: Koordineret indsats vedr. forebyggelse, behandling, pleje, træning, rehabilitering, palliation.**

*Jeg har i en kommentar til Sundhedsstyrelsens vejledning uddybet mit synspunkt og bl.a. gjort opmærksom på at såvel bekendtgørelse som vejledning faktisk ikke forholder sig til den meget vigtige lovpligtige opgave, som kommunerne har vedr. forebyggende hjemmebesøg til ældrebefolkningen 75+. Der er et betydeligt behov for at indtænke koordineret opfølgning i forhold til praksissektoren og til sygehusvæsenet - og den øvrige kommunale indsats i øvrigt på sundheds- og socialområdet.*

*Jeg finder, at den nationale handlingsplan vedr. den ældre medicinske patient, opfølgning på hjemmehjælpskommissionens arbejde samt regeringens betoning af bla. lighed i sundhed bør medføre at ældrebefolkningen specifikt nævnes som et aftalepligtigt område*

Forslag til ændring/supplering af Sundhedsstyrelsens vejledning

1. Jeg skal ikke gentage argumentationen ovenfor - blot pege på, at den fortrinlige udmeldingsindsats fra styrelsen vedr. bl.a. ældre medicinske patienter konkret bør følges op med pligt til at præsentere en samlet koordineret sundhedsaftale for den meget ressourcetunge indsats som ældrebefolkningens store sygelighedsniveau afføder - ligesom forebyggelsen bør intensiveres. Tidligere tiders nihilistiske opfattelse af blandt andet, at selv meget gamle mennesker ikke tålte

operationer særlig godt - og kræft altid var en dødelig sygdom - er afløst af en moderne alders-uafgrænset indsats baseret på ny forskning, et optimistisk og nyt syn på nytten af at behandle selv meget gamle og svage mennesker og genoptræne dem, en konstant udvikling af moderne og omkostningstung teknologi og lægemidler samt en stigende forståelse for begrebet "en værdig død" via palliativ indsats. Der er behov for at få knæsat denne moderne opfattelse på ældreområdet så den når ud i alle dele af landet. Derfor forslaget om separat at inkorporere et obligatorisk punkt om ældrebefolkningen.

Det har undret mig, at hverken bekendtgørelse eller vejledning omtaler de lovpligtige forebyggende og opsøgende besøg til ældrebefolkningen 75+. Det er veldokumenteret at de virker. Der savnes et incitament til at etablere en koordineret opfølgning på disse vigtige besøg, som modtages af omkring 40-50 % af 75+ årige. En koordineret opfølgning vil både skulle omfatte øvrige dele af den kommunale sundheds- og socialindsats, praksissektoren samt sygehusvæsenet. Styrelsen bør henvise til lovgivningen og følge-udmeldinger vedr. disse besøg i sine referencer, som meget er centreret mod sundhedssektoren - der er en del relevant lovgivning mv. også i socialsektoren vedr. ældre, som relevant kunne anføres i referencer.

Hvis ministeriets accepterer mit forslag til tilføjelse af punktet om ældrebefolkningen vil jeg foreslå at styrelsens vejledning udbygges bl.a med henvisning til de funktioner i sundhedsvæsenet som omtales under punkterne forebyggelse, behandling og pleje samt rehabilitering og træning. Der kunne også trækkes på styrelsens fortrinlige udmeldinger om den ældre medicinske patient. Under punktet bør også omtales: koordineret opfølgning på forebyggende og opsøgende hjemmebesøg til ældre-befolkningen 75+

2. Hvis ministeriet ikke vil tilføje det foreslåede punkt som et nyt, separat punkt mener jeg, at styrelsen sagtens kan inkorporere ældre-befolkningen specifikt. Eksempelvis vil jeg foreslå følgende

- på s. 9 i afsnit 4.1 under punkterne tilføjes under 5. punkt: tilgængelige og målrettede forebyggelsesmuligheder og tilbud til ældre-befolkningen, socialt udsatte borgere og borgere med særlige behov .....
- på s. 10 i afsnit 4.2 tilføjes et nyt punkt: Ældre-befolkningen: Koordineret opfølgning af de lovpligtige kommunale forebyggelsesbesøg til ældre 75+ i forhold til praksissektoren og sygehusvæsenet samt koordineret indsats vedr. den ældre medicinske patient (jf. Sundhedsstyrelsens vejledninger på området)
- på s. 11 i afsnit 4.3 tilføjes et nyt punkt: ældre-befolkningen: koordineret genoptræning, rehabilitering og palliation

3. Hvis ministeriet ikke vil følge mit forslag om separat at medtage ældre-befolkningen som et supplement til at omtale sundhedsvæsenets funktioner vil man kunne sammenfatte de ting, jeg i denne mail har givet udtryk for i et nyt punkt under afsnit 5: Tværgående temaer, der starter s 12. Jeg ville foreslå det sat ind som det nye pkt 5.2.

Hvis Regeringens politik med at videreføre tanken og lovgivning om frikommuner vurderer jeg, at Sundhedsstyrelsen i en slutbemærkning i afsnit 5.5 kunne tilføje en slags "hvis"-sætning: Evalueret forsøgsarbejde kan være et vigtigt udviklingsredskab i en fortsat sundhedspolitisk udviklingsstrategi. Hvis Regeringen fortsætter forsøgsmuligheden inden for rammerne af de

såkalde "frikommuner", vil det være naturligt at inkorporere sådanne tanker i de generelle tanker om sundhedsaftaler resp. ad hoc aftale mellem region og aktuel kommune.

4. Jeg vurderer, at i afsnit 2.4 s. 4 kunne første sætning godt tåle en tilføjelse:  
Sundhedskoordinationsudvalget bør være bekendt med karakteriske udviklingstræk for praksisområdet og den kommunale sundhedsindsats.

5. Kig venligst jeres referencer en gang til igennem og medtag den tilgrænsende sociallovgivning fx vedr. ældrebesøg 75+, plejehjem, hjemmehjælp mv. Jeg savner også lidt referencer til det specialiserede undervisningsområde og socialområde, som der i øvrigt henvises til i styrelsens vejledning

Jeg har skrevet denne kommentar ud fra mit erfaringsgrundlag som bla omfatter

- aktuelt seniorråds/ælderrådsmedlem, Fredensborg kommune, -skal forsætte yderligere 4 år. Også medlem lokalt af Ældresagens Ældrepolitiske og sundhedspolitiske udvalg
- for mange år siden: overlæge i Sundhedsstyrelsen med ansvar for primær sundhedstjeneste og forebyggelse
- 20 år medlem af Sundhedsministeriets koncernledelse
- 30 år direktør for Statens Institut for Folkesundhed

Venlig hilsen

--

Finn Kamper-Jørgensen

læge

Toeltvej 37

3050 Humlebæk, DK

tlf. +45 49 19 11 88

mobil: +45 22 44 15 75

Mail: [finnkamper@gmail.com](mailto:finnkamper@gmail.com)





Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides gade 1  
2300 København S  
fobs@sst.dk

## Høringssvar vedrørende revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

FOA-Fag og Arbejde vil gerne benytte muligheden for at kommentere på ovennævnte høring.

### Generelle kommentarer

Vi synes, at med ændringen fra 98 sundhedsaftaler til 5 aftaler, er skabt mulighed for på tværs af kommuner og på tværs af kommune, praksissektor og region at udvikle fremtidens sammenhængende sundhedsvæsen. Men, det forudsætter naturligvis, at sundhedsaftalernes parter forpligter sig til at håndtere snitfladerne.

Det er ligeledes positivt, at psykiatrien nu sidestilles med somatikken i sundhedsaftalerne. Ligesom, der er snitflader mellem sundhedsområdet og det specialiserede sociale område, omend denne snitflade ikke er særligt præciseret.

### Specifikke kommentarer:

Afsnit 4.2, s.10: Her står: *"Aftalen bør beskrive en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejderes (både sundhedsfaglige og ikke-sundhedsfaglige) udførelse af lægelige ordinationer (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) fx ved medicingivning i eget hjem, på plejecentre eller på psykiatriske bosteder"*. FOA- Fag og Arbejde vil gøre opmærksom på, at det er vigtigt, at man ikke får lavet aftaler, der sætter barrierer op for den fleksible opgavevaretagelse ved at hegne opgaver ind til eksplícitte faggrupper. Det er vigtigt, at aftalerne giver mulighed for strategisk kompetenceudvikling. Det, der er centralt er, at opgaverne skal varetages af de rette kompetencer efter LEON-principperne, så vi sikrer en høj kvalitet og effektiv brug af kompetencerne.

### Dato:

18.11.2013

### Sagsnummer:

13/200836

### Ref.:

KAS/ulro



### FOA

Staunings Plads 1-3  
1790 København V

Telefon 4697 2626  
Telefax 4697 2300

Kontonr. 5301-0476807

E-mail  
foa@foa.dk  
a-kassen@foa.dk

www.foa.dk

Afsnit 5.2, s.13. Her står: *"I forbindelse med overdragelse af opgaver kan der være behov for kompetenceudvikling af medarbejdere, således at borgerne fortsat oplever høj kvalitet i ydelsen. Som udgangspunkt er det de enkelte aktørers ansvar at sikre, at sundhedspersonerne har de nødvendige kompetencer, som institutionens kerneopgaver forudsætter. Sundhedsaftalen kan dog medvirke til at sikre parternes medvirken til kompetenceudvikling i andre sektorer i forbindelse med nye eller overdragede opgaver".*

FOA- Fag og Arbejde finder, at det er bærende i et sammenhængende sundhedsvæsen, at der satses på strategisk kompetenceudvikling af medarbejdergrupperne. Både på tværs og tværs af kommuner, regioner og praksissektor.

Venlig hilsen



Karen Stæhr  
Sektorformand



## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud  
**Sendt:** 21. november 2013 12:53  
**Til:** Janni Stauersbøll Kramer  
**Emne:** VS: Høringssvar – bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

---

**Fra:** Pia Saxild [mailto:PS@fbr.dk]  
**Sendt:** 21. november 2013 12:11  
**Til:** DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse; Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud  
**Emne:** Høringssvar – bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Forbrugerrådet Tænk har af ressourcemæssige årsager ikke mulighed for at forholde os til hermed udkast til revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Forbrugerrådet Tænk kan således ikke tages til indtægt for at støtte forslaget eller for at gøre det modsatte.

Med venlig hilsen

**Sine Jensen**  
Seniorrådgiver, sundhedspolitik

T +45 7741 7737 / [taenk.dk](http://taenk.dk)  
Fiolstræde 17 B / Postboks 2188 / 1017 København K

**Forbrugerrådet  
Tænk**  
Danish Consumer Council

---

**Fra:** Cecilia Lawson Vinje [mailto:clv@sum.dk]  
**Sendt:** 4. november 2013 13:36  
**Til:** [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk); [kl@kl.dk](mailto:kl@kl.dk); [regionh@regionh.dk](mailto:regionh@regionh.dk); [regionsjaelland@regionsjaelland.dk](mailto:regionsjaelland@regionsjaelland.dk); [kontakt@regionsyddanmark.dk](mailto:kontakt@regionsyddanmark.dk); [kontakt@regionmidtjylland.dk](mailto:kontakt@regionmidtjylland.dk); [region@rn.dk](mailto:region@rn.dk); [3f@3f.dk](mailto:3f@3f.dk); [apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk](mailto:apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk); [danske.bandagister@mail.dk](mailto:danske.bandagister@mail.dk); [drq@rehabgroup.dk](mailto:drq@rehabgroup.dk); [do@optikerforeningen.dk](mailto:do@optikerforeningen.dk); [cert.info@dscert.dk](mailto:cert.info@dscert.dk); [dkfe@danskkiropraktorforening.dk](mailto:dkfe@danskkiropraktorforening.dk); [dsam@dsam.dk](mailto:dsam@dsam.dk); [office@ortopaedi.dk](mailto:office@ortopaedi.dk); [dp@dp.dk](mailto:dp@dp.dk); [dsr@dsr.dk](mailto:dsr@dsr.dk); [ds@socialrdg.dk](mailto:ds@socialrdg.dk); [info@tandlaegeforeningen.dk](mailto:info@tandlaegeforeningen.dk); [info@dansktp.dk](mailto:info@dansktp.dk); [dbio@dbio.dk](mailto:dbio@dbio.dk); [fysio@fysio.dk](mailto:fysio@fysio.dk); [info@deoffentligetandlaeger.dk](mailto:info@deoffentligetandlaeger.dk); [dbf@dentalbranchen.dk](mailto:dbf@dentalbranchen.dk); [etf@etf.dk](mailto:etf@etf.dk); [ff@farmakonom.dk](mailto:ff@farmakonom.dk); [foa@foa.dk](mailto:foa@foa.dk); [post@diaetist.dk](mailto:post@diaetist.dk); [kontakt@radiograf.dk](mailto:kontakt@radiograf.dk); [fas@dadl.dk](mailto:fas@dadl.dk); [fsd@rk.dk](mailto:fsd@rk.dk); [sek@jordemoderforeningen.dk](mailto:sek@jordemoderforeningen.dk); [post@kost.dk](mailto:post@kost.dk); [info@lkt.dk](mailto:info@lkt.dk); [lasf@lasf.dk](mailto:lasf@lasf.dk); [dadl@dadl.dk](mailto:dadl@dadl.dk); [info@lif.dk](mailto:info@lif.dk); [medico@medicoindustrien.dk](mailto:medico@medicoindustrien.dk); [lvs@dadl.dk](mailto:lvs@dadl.dk); [pd@pharmadanmark.dk](mailto:pd@pharmadanmark.dk); [pto@pto.dk](mailto:pto@pto.dk); [plo@dadl.dk](mailto:plo@dadl.dk); [sl@sl.dk](mailto:sl@sl.dk); [yl@dadl.dk](mailto:yl@dadl.dk); [landsforeningen@sind.dk](mailto:landsforeningen@sind.dk); [info@bedrepsykiatri.dk](mailto:info@bedrepsykiatri.dk); [mail@dukh.dk](mailto:mail@dukh.dk); [dhf@dhf-net.dk](mailto:dhf@dhf-net.dk); [dh@handicap.dk](mailto:dh@handicap.dk); [info@danskepatienter.dk](mailto:info@danskepatienter.dk); [info@danske-aeldreraad.dk](mailto:info@danske-aeldreraad.dk); [dch@dch.dk](mailto:dch@dch.dk); [df@diabetes.dk](mailto:df@diabetes.dk); Forbrugerrådets Reception; [info@gigtforeningen.dk](mailto:info@gigtforeningen.dk); [admin@hjernesagen.dk](mailto:admin@hjernesagen.dk); [post@hjerteforeningen.dk](mailto:post@hjerteforeningen.dk); [hospiceforum@hospice.dk](mailto:hospiceforum@hospice.dk); [mail@hoeforeningen.dk](mailto:mail@hoeforeningen.dk); [info@cancer.dk](mailto:info@cancer.dk); [lap@lap.dk](mailto:lap@lap.dk); [info@patientforeningen-danmark.dk](mailto:info@patientforeningen-danmark.dk); [pfs@pfsdk.dk](mailto:pfs@pfsdk.dk); [secretary@retspolitik.dk](mailto:secretary@retspolitik.dk); [post@udsatte.dk](mailto:post@udsatte.dk); [info@scleroseforeningen.dk](mailto:info@scleroseforeningen.dk); [mail@sjældnediagnoser.dk](mailto:mail@sjældnediagnoser.dk); [ulf@ulf.dk](mailto:ulf@ulf.dk); [aef@aeldreforum.dk](mailto:aef@aeldreforum.dk); [ae@aeldremobiliseringen.dk](mailto:ae@aeldremobiliseringen.dk); [aeldresagen@aeldresagen.dk](mailto:aeldresagen@aeldresagen.dk); [post@alzheimer.dk](mailto:post@alzheimer.dk); [info@bedrepsykiatri.dk](mailto:info@bedrepsykiatri.dk); [brd@brd.dk](mailto:brd@brd.dk); [bf@boernesagen.dk](mailto:bf@boernesagen.dk); [bv@bornsvilkar.dk](mailto:bv@bornsvilkar.dk); [hoeringssager@danskerhverv.dk](mailto:hoeringssager@danskerhverv.dk); [info@privatehospitaler.dk](mailto:info@privatehospitaler.dk); [gp@dkpharma.dk](mailto:gp@dkpharma.dk); [pd@pharmadanmark.dk](mailto:pd@pharmadanmark.dk); [lena.bjoern.rasmussen@regionh.dk](mailto:lena.bjoern.rasmussen@regionh.dk); [di@di.dk](mailto:di@di.dk); [info@patientsikkerhed.dk](mailto:info@patientsikkerhed.dk); [lmuurholm@ouh.regionsyddanmark.dk](mailto:lmuurholm@ouh.regionsyddanmark.dk); [kristen.kistrup@regionh.dk](mailto:kristen.kistrup@regionh.dk); [hellanse@rm.dk](mailto:hellanse@rm.dk); [dts@organtransplantation.dk](mailto:dts@organtransplantation.dk); [info@pharmakon.dk](mailto:info@pharmakon.dk); [info@sexogsamfund.dk](mailto:info@sexogsamfund.dk); [alu@sygeforsikring.dk](mailto:alu@sygeforsikring.dk); [fp@forsikringogpension.dk](mailto:fp@forsikringogpension.dk); [dansk-it@dansk-it.dk](mailto:dansk-it@dansk-it.dk); [lev@lev.dk](mailto:lev@lev.dk); [fp@forsikringogpension.dk](mailto:fp@forsikringogpension.dk); [dansk-it@dansk-it.dk](mailto:dansk-it@dansk-it.dk); [lev@lev.dk](mailto:lev@lev.dk); [ast@ast.dk](mailto:ast@ast.dk); [administration@dsff.dk](mailto:administration@dsff.dk); [dt@datatilsynet.dk](mailto:dt@datatilsynet.dk); DKetik Institutionspostkasse; [hmr@hmr.fo](mailto:hmr@hmr.fo); [govsec@nanog.gl](mailto:govsec@nanog.gl); [center@humanrights.dk](mailto:center@humanrights.dk); [pf@patientforsikringen.dk](mailto:pf@patientforsikringen.dk); [pob@patientombuddet.dk](mailto:pob@patientombuddet.dk); [pn@sm.dk](mailto:pn@sm.dk); [riomfr@fo.stm.dk](mailto:riomfr@fo.stm.dk); [riomgr@gl.stm.dk](mailto:riomgr@gl.stm.dk); [info@rigsrevisionen.dk](mailto:info@rigsrevisionen.dk); [info@socialstyrelsen.dk](mailto:info@socialstyrelsen.dk); Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse; [serum@ssi.dk](mailto:serum@ssi.dk); [hovedstaden@statsforvaltning.dk](mailto:hovedstaden@statsforvaltning.dk); [midtjylland@statsforvaltning.dk](mailto:midtjylland@statsforvaltning.dk); [nordjylland@statsforvaltning.dk](mailto:nordjylland@statsforvaltning.dk); [sjælland@statsforvaltning.dk](mailto:sjælland@statsforvaltning.dk); [syddanmark@statsforvaltning.dk](mailto:syddanmark@statsforvaltning.dk);

## **Foreningen af Kliniske Diætisters høringssvar vedrørende ” Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler –revision 2013”.**

Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD) siger tak for muligheden for at få lov til at kommentere på ovennævnte.

Repræsentanter fra FaKD har læst høringsudkastet igennem og finder overordnet, at vejledningen påpeger mange væsentlige indsatsområder i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder.

FaKD vil i det følgende afgive sit høringssvar således, at det kronologisk følger indholdet i høringsmaterialet.

De væsentligste områder som FaKD har bemærkninger til, er følgende:

### **1.1 Ændringer i forhold til tidligere vejledning**

I den reviderede vejledning savnes generelt inddragelse af **ernæringsindsats** som en naturlig del af alle 4 obligatoriske indsatsområder. Ved ikke at nævne ernæringsindsats som en del af både forebyggelses- behandling og pleje og rehabiliteringsarbejdet, risikerer sundhedsaftalerne at glemme dette område, som kan være et væsentligt element i sundhedstilbud både inden for somatikken og psykiatrien. Ligeledes kan manglende fokus i relation til sundheds-it og digitale arbejdsgange resultere i, at ernæringsindsats og de, der udfører den, glemmes som område og aktører og dermed ikke inddrages i det digitale arbejde.

Ligeledes savnes beskrivelse af, hvem der skal udføre de komplekse opgaver og sikre den nødvendige kvalitet. Det er velkendt, at for at få den rette kvalitet, skal det være de rette uddannede, der varetager opgaverne i praksis. Særligt set i henhold til at det er komplekse opgaver med målgrupper som patienter med psykisk sygdom, den ældre medicinske patient og kronikere.

Da der politisk er fokus på ligestilling i sundhedsvæsenet, er der behov for at specificere hvilke sundhedstilbud, der findes i hver kommune, gerne sat i relation til de nævnte målgrupper, og en optimering af opfølgning på dette fremover.

### **2.Sundhedskoordinationsudvalg**

I fodnoten nr. 1 om praksissektoren, side 2, beder vi om at ”kliniske diætister” indskrives i listen af fagprofessionelle.

### **3.4 Aktører**

I afsnittet nævnes: ”Aktørerne skal kende til relevant dele af sundhedsaftalen og medvirke ved implementeringen heraf”. Det var ønskeligt at få tilføjet, at disse aktører skal være fagprofessionelle med relevant uddannelse netop for at sikre at sundhedsaftalerne bliver korrekt implementeret.



#### **4. Obligatoriske indsatsområder**

##### **4.1 Indsatsområde 1: Forebyggelse**

I pkt. 6. side 9, nævnes ”i den forbindelse kan aftaler om rådgivning vedr. hygiejne hensigtsmæssigt indgå”. Nævnes her konkret hygiejne, mener FaKD at **ernæring** også kan beskrives mere tydeligt i dette høringsudkast, som vi bredt nævner flere steder i dette høringssvar.

Med henvisning til de nævnte målgrupper, kunne det være relevant at medtage et punkt om ernæringsindsats, der handler om tidlig opsporing og indsats over for ældre borgere med uplanlagt vægttab og nedsat funktionsevne, jf. indsatte referencer fra Sundhedsstyrelsen og DSAM. Der pågår i øjeblikket (2013-2014) et arbejde i regi af KL og Danske Regioner med det formål bl.a. at uddanne superbrugere til at varetage denne indsats, med baggrund i udmøntningsplanen for den ældre medicinske patient.

##### Reference:

1. Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger. Sundhedsstyrelsen 2013
2. Klinisk vejledning for almen praksis. Dansk Selskab for Almen Medicin, 2012.

Vi vil gerne i dette høringssvar foreslå at faggruppen professionsbacheloror i ernæring og sundhed, herunder de kliniske diætister nævnes, da de er oplagte til det arbejde der pålægges i kommunerne ift. forebyggelse og på sygehusene ift. behandling.

Uddybende: Vi har undersøgt landets kommuner ift. ansættelse af denne faggruppe og det varierer meget, om man fortsat anvender en sygeplejerske til at varetage funktionen omkring ernæringsterapi, eller om der anvendes diætister og/eller professionsbacheloror i ernæring og sundhed.

Frederiksberg kommune er en god rolle-model for at anvende diætister indenfor specifikke ernæringsrelaterede emner, men mange kommuner har slet ikke denne ekspertise. Vi mener, det er vigtigt at prioritere den nævnte faggruppe ift. kvaliteten indenfor ernæring, både indenfor forebyggelse og behandling.

##### **4.2. Indsatsområde 2: Behandling og pleje**

Med udgangspunkt i nedenstående reference kunne det være relevant at tilføje til handlings- og plejeforløb til borgere som indlægges eller udskrives på/fra somatiske eller psykiatriske sygehusenheder, at *borgeren får den nødvendige tværfaglige ernæringsindsats*.

##### Reference:

Socialstyrelsen. National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejebolig. Socialstyrelsen 2012



#### 4.3. Indsatsområde 3: Rehabilitering (herunder træning)

I forhold til rehabilitering er ernæring en vigtig forudsætning for en effekt. Det kunne derfor være relevant at tilføje nedenstående, med udgangspunkt i nedenstående referencer:

- ernæringsforløb efter udskrivning fra sygehus, herunder at borgere med behov for opernæring i kommunen eller på sygehus får udarbejdet en ernæringsplan (af en diætist)
- ernæringsforløb til borgere med komplekse problemstillinger og behov for langvarige, multidisciplinære, intensive rehabiliteringsindsatser under og efter udskrivning fra sygehus

I relation til forebyggelse af genindlæggelser, hvor der er peget på hhv. Følge- hjem ordninger og opfølgende hjemmebesøg af almen praksis (se nedenstående reference), kunne det være relevant, at disse aktører også havde fokus på ernæring.

Det er nævnt at sundhedsaftaler bør omfatte samarbejdet mellem alle relevante aktører på rehabiliteringsområdet som fx sygehuse, kommunale tilbud, almen praksis samt den øvrige praksissektor, herunder særligt praktiserende speciallæger, fysioterapeuter (inkl. vederlagsfri fysioterapi), kiropraktorer og psykologer.

FaKD foreslår derfor at følgende aktører også nævnes: *ergoterapeuter, kliniske diætister, og tandplejer.*

Ift. relevant information til ovennævnte, involverede aktører:

Der bør også særligt laves en aftale mellem kliniske diætister som involverede aktører fra hospital i overgangen ved udskrivelsen til en kommune. Den diætist, der overtager borgeren, skal have en ernæringsplan med fra hospitalet, udarbejdet af aktøren og ikke pålægges sygepleje-epikrisen, som det er nu. Ikke alle udskrives med en ernærings-epikrise fra hverken læge eller sygeplejerske, og har en klinisk diætist haft en patient, der udskrives til kommunalt regi, skal der være krav om "diætist til diætist information", for at undgå utilsigtede hændelser. Overgangen bør fungere som det f.eks. gør mellem fysioterapeuterne, hvor de afslutter patient i hospitalsregi, men følger op kommunalt.

#### Reference:

1. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet  
KL, Danske regioner med flere. Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. 2013
2. Pedersen, A., & Ovesen, L. (red.). Anbefalinger for den danske institutionskost.  
Fødevarestyrelsen 2009.
3. Socialstyrelsen. National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejebolig. Socialstyrelsen 2012.



#### **4.2. Indsatsområde 4: Sundheds-it og digitale arbejdsgange**

For at sikre ernæringsindsats og kvalitet deraf foreslår vi at tilføje til punktet "Implementering af Medcom standarder i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse" *med klar aftale om krav til indhold i indlæggelsesrapport og udskrivningsrapport fx vedr. ernæring, vægt etc. samt mulighed for vedhæftning af fx ernæringsplan udarbejdet af klinisk diætist.*

### **5 Tværgående temaer**

#### **5.1. Arbejdsdeling og samarbejde....**

Vi foreslår en tilføjelse i afsnittet "Aftalen bør i den forbindelse understøtte en proaktiv og koordineret indsats med henblik på forebyggelse, tidlig opsporing og indsats over for sygdom, *dårlig ernæringstilstand* og funktionsnedsættelse mhp...."

#### **5.4. Lighed i sundhed**

Bemærkning:

Vi ser **ulighed** i sundhed, da der ikke gives lige adgang til diætist.

Kun hospitalsindlagte patienter har en i øvrigt begrænset adgang til diætistbehandling pga. besparelser, og ikke alle kommuner har diætister tilknyttet, ligesom ernæringsindsatsen er meget forskellig fra kommune til kommune.

Der er 100 % brugerbetaling til privat praktiserende diætister (kun via sygeforsikringen Danmark fås et tilskud eller hvis man har en sundhedsforsikring), hvorimod der gives tilskud til bl.a. kiropraktorer, og fysioterapeuter via lægehenvielse. Sundhedslovens § 71 giver mulighed for også at give tilskud til diætist.

Sundhedslovens § 140 og § 140a kunne udvides tilsvarende med tilbud om opernæring og behandling hos klinisk diætist(nuværende tekst nedenfor)

**§ 140.** Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

**§ 140 a.** Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvielse.

Sundhedslovens § 159 kunne udvides til også at give autoriserede kliniske diætister mulighed for at ordinere ernæringspræparater (nuværende tekst nedenfor)

**§ 159.** Regionsrådet yder efter nærmere regler fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren tilskud til ernæringspræparater, som er ordineret af en læge i forbindelse med sygdom eller alvorlig svækkelse.

Med venlig hilsen

Ginny Rhodes

Formand for Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD)





Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

25. november 2013  
/LLI

**Høringssvar: Revideret bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.**

Gigtforeningen takker for mulighed for at komme med høringsvar til ovennævnte. Generelt finder Gigtforeningen, at der er mange positive elementer i den nye vejledning og bekendtgørelse. Nogle af dem nævnes specifik nedenfor sammen med de øvrige bemærkninger.

Gigtforeningen har valgt at tage udgangspunkt i vejledningen, og går ud fra at bemærkningerne hertil og de rettelser der måtte komme konsekvensrettes i bekendtgørelsen.

*Generelle kommentarer*

Med henblik på at sikre større ensartethed på sundhedsområdet finder Gigtforeningen det positivt, at der fremover kun skal udarbejdes én sundhedsaftale i hver region, samtidig med at der kan indgås frivillige aftaler til imødekommelse af særlige lokale forhold.

Det er positivt, at der i vejledningen til bekendtgørelsen lægges op til, at samarbejdet mellem de regionale og kommunale aktører skal styrkes ikke mindst i forhold til at skabe en bedre sammenhæng i behandling og rehabilitering, i forhold til opgaveglidningen og i forhold til at skabe et mere integreret samarbejde mellem almen praksis og de kommunale tilbud. Dét samarbejde halter en hel del i dag.

Ligeledes er det meget vigtigt, at der lægges vægt på at sikre sammenhæng i indsatsen med andre områder, som social- og beskæftigelsesområdet. Der bør dog være en højere grad af forpligtelse til det, således at der er større sikkerhed for at parterne reelt arbejder for at skabe sammenhængende forløb på tværs af sektorerne.

Sidestillingen af psykiatri og somatik er generelt meget positivt.

Gigtforeningen har ingen bemærkninger til valg af indsatsområder, men har bemærkninger til et par af dem, som det fremgår nedenfor.

*Kommentarer til de enkelte områder*

Gigtforeningen  
Gentoftegade 118  
2820 Gentofte  
tlf. 39 77 80 00  
fax 39 65 11 96  
info@gigtforeningen.dk  
www.gigtforeningen.dk

Gigtforeningen er en privat og uafhængig organisation, som støtter gigtforskning og arbejder for bedre behandling og større livskvalitet for de 700.000 mennesker i Danmark, der lever med en led-, ryg- eller muskelsygdom.

Under protektion af  
Hendes Majestæt  
Dronningen



### Inddragelse af brugerne

Det er særligt positivt, at der lægges op til en styrket inddragelse af patienter og pårørende. Gigtforeningen finder det dog uforståeligt, at man ikke har taget skridtet fuldt ud og afsat plads i Sundhedskoordinationsudvalgene til en repræsentant for brugerne, således at brugernes viden og erfaring med sundhedsområdet bliver inddraget som en naturlig og konsekvent del, og ikke kun ved særlig inddragelse af patientinddragelsesudvalgene. Vejledningen giver ikke nogen anvisninger på, hvor ofte eller i hvilke sammenhænge patientinddragelsesudvalget skal involveres, og der kan derfor være fare for, at det ikke sker i tilstrækkeligt omfang.

Tilsvarende finder Gigtforeningen det vigtigt, at Sundhedskoordinationsudvalget i den inddragende proces, som de skal sikre, jf. afsnit 2.1., også bør inddrage brugerne direkte, da brugerinddragelse på et tidligt tidspunkt er med til at sikre et sundhedsvæsen tilpasset netop brugerne.

### Målgrupper

Vedrørende målgrupper har Gigtforeningen ingen bemærkninger til, at sundhedsaftalen omfatter alle borgere med behov for en sammenhængende indsats fra aktører på tværs af sektorer, tværtimod. Men vi har en stor bekymring for, hvordan kommunerne vil prioritere i valget af indsatser. Indtil nu har vi set, at visse diagnoser stort set i alle kommuner er blevet prioriteret på bekostning af andre grupper med behov.

Under punkt 4.1. anføres, at aftalen bør tage udgangspunkt i de regionale og kommunale sundhedsprofiler i forbindelse med fastlæggelse af målsætninger og monitorering af disse på forebyggelsesområdet. Men hvad betyder det konkret? Hvad er det kommunerne skal tage udgangspunkt i? Antal personer med en bestemt sygdom eller tilstand? Alvorlighedsgraden? Konsekvenser for øvrige sektorer som social og beskæftigelse? KRAM-faktorerne? Forebyggelsespakkerne? Samtidig kan der jo være store variationer mellem kommunerne i én region. Skal det løses ved frivillige aftaler?

### Indsatsområde 1: Forebyggelse

Det er et meget vigtigt område, og et område hvor der er stort behov for, at kommuner og regioner samarbejder. Det er væsentligt, at der sættes fokus på at skabe effektive og sammenhængende forebyggelsesforløb til borgere med behov herfor. Det bør dog præciseres, at der er tale om den patientrettede forebyggelse.

### Indsatsområde 3: Rehabilitering, herunder træning

Det er yderst positivt, at rehabilitering nu skrives ind i sundhedsaftalerne, og at der er fokus på borgerens tilbagevenden til arbejde eller uddannelse. Det er af stor betydning, at de kommunale tilbud på rehabiliteringsområdet omfatter tilbud på både sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet.

Gigtforeningen  
Gentoftegade 118  
2820 Gentofte  
tlf. 39 77 80 00  
fax 39 65 11 96  
info@gigtforeningen.dk  
www.gigtforeningen.dk

Gigtforeningen er en privat og uafhængig organisation, som støtter gigtforskning og arbejder for bedre behandling og større livskvalitet for de 700.000 mennesker i Danmark, der lever med en led-, ryg- eller muskelsygdom.

Under protektion af  
Hendes Majestæt  
Dronningen

Det er dog usikkert om rehabiliteringsforløbet er en rettighed, patienterne har krav på, og om hvornår der vil være tale om rehabilitering fremfor kun genoptræning. Hvem definerer kravene hertil?

Tilsvarende kan der være fare for, at rehabiliteringen ikke bliver så omfattende, som ønsket, da kommunerne ikke forpligtes. Det anbefales derfor, at "bør" erstattes med "skal" i forhold til kommunernes tilbud på rehabiliteringsområdet.

I forhold til forståelse af rehabiliteringsbegrebet vil Gigtforeningen opfordre til, at man tager udgangspunkt i definitionen på rehabilitering fra Hvidbogen "Rehabilitering i Danmark". I Hvidbogen er rehabilitering defineret således:

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgernes hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats".

Endelig kan der være fare for, at den mindst ambitiøse kommune i en region sætter niveauet, hvorfor der bør opstilles nationale kriterier og mål for rehabiliteringsindsatsen.

#### Tværgående tema nr. 5.3.

I vejledningen er anført, at brugerperspektivet skal inddrages i udviklingen af samarbejdet mellem aftalens parter, hvilket skal ske ved at regionens patientinddragelsesudvalg inddrages i Sundhedskoordinationsudvalgets drøftelser, samt ved at patientgrupper kan være repræsenteret i arbejdsgrupper.

Gigtforeningen finder ikke, at det giver tilstrækkelig sikkerhed for, at brugerperspektivet bliver taget med ind i processen, og vil derfor igen opfordre til at brugerne sikres en fast plads i Sundhedskoordinationsudvalget.

Med venlig hilsen



Lene Witte  
Direktør

Tlf. 39 77 80 36

Gigtforeningen  
Gentoftegade 118  
2820 Gentofte  
tlf. 39 77 80 00  
fax 39 65 11 96  
info@gigtforeningen.dk  
www.gigtforeningen.dk

Gigtforeningen er en privat og uafhængig organisation, som støtter gigtforskning og arbejder for bedre behandling og større livskvalitet for de 700.000 mennesker i Danmark, der lever med en led-, ryg- eller muskelsygdom.

Under protektion af  
Hendes Majestæt  
Dronningen

Sundhedsstyrelsen  
fobs@sst.dk

WILDERS PLADS 8K  
1403 KØBENHAVN K  
TELEFON 3269 8888  
MOBIL 3269 8876  
LOMJ@HUMANRIGHTS.DK  
MENNESKERET.DK

J. NR. 540.10/29975/LOMJ

**HØRING OVER REVIDERET VEJLEDNING OM  
SUNDHEDSKOORDINATIONSUDVALG OG  
SUNDHEDSAFTALER**

25. NOVEMBER 2013

Sundhedsstyrelsen har ved e-mail af 4. november 2013 anmodet om Institut for Menneskerettigheders eventuelle bemærkninger til høring over revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Institut for Menneskerettigheder har ikke bemærkninger til udkastet.

Der henvises til j.nr. 4-1211-9/1/REN

Venlig hilsen

Louise Marie Jespersen  
SPECIALKONSULENT

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud  
**Sendt:** 26. november 2013 08:40  
**Til:** Janni Stauersbøll Kramer  
**Emne:** VS: Jordemoderforeningen - Høringssvar – vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Lillian Bondo [<mailto:lib@jordemoderforeningen.dk>]

Sendt: 25. november 2013 21:41

Til: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud; Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

Emne: Jordemoderforeningen - Høringssvar – vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Jordemoderforeningen har ingen kommentarer til høringen - vi kan tilslutte os det skitserede.

Med tak og venlig hilsen

Lillian Bondo

[lib@jordemoderforeningen.dk](mailto:lib@jordemoderforeningen.dk)

+45 23 43 94 33



Til Sundhedsstyrelsen  
fobs@sst.dk

**KKR**  
HOVEDSTADEN

### **Høringssvar fra KKR Hovedstaden vedr. revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

KKR Hovedstaden takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler modtaget den 4. november 2013 med frist den 25. november 2013.

#### **Overordnede bemærkninger**

KKR Hovedstaden finder overordnet, at den reviderede vejledning udgør et godt udgangspunkt for udarbejdelse af en ny sundhedsaftale, som styrker det samarbejdende sundhedsvæsen.

Det er meget positivt, at der nu kun skal indgås én aftale i hver region. Det bør dog betones tydeligere, at de supplerende aftaler, som kan indgås, især er relevante i forhold til udviklingsopgaver. Yderligere bør det af vejledningen fremgå, at de supplerende aftaler kan indgås løbende.

KKR Hovedstaden lægger vægt på, at det klart i vejledningen fremgår, at aftalen er en politisk aftale. Ligeledes bidrager det til en styrket aftale, at der skal opstilles fælles, konkrete målsætninger og følges op herpå løbende. Det ville dog have været ønskeligt, at vejledningen i højere grad fokuserer på den borgrettede effekt, som regioner og kommuner i fællesskab ønsker at opnå, fremfor at fokusere på ydelser og aktivitet.

KKR Hovedstaden lægger stor vægt på et godt samarbejde med almen praksis, idet almen praksis er en særdeles vigtig aktør i det nære sundhedsvæsen. Det er positivt, at almen praksis er blevet forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen. Dog ses det som en udfordring, at almen praksis ikke er aftalepart. Det er på nuværende tidspunkt – hvor rammerne om de nye praksisplanudvalg endnu ikke er klarlagt – fortsat utydeligt, i hvor høj grad almen praksis er

Den 25. november 2013

Sags ID: SAG-2013-06091  
Dok.ID: 1776906

AFP@kl.dk  
Direkte  
Mobil 2443 7906

Albertslund Kommune  
Nordmarks Alle  
2620 Albertslund

[www.kl.dk/kkr-hovedstaden](http://www.kl.dk/kkr-hovedstaden)  
Side 1/3

forpligtet. Der ses en potentiel skrøbelighed i det samlede aftalekompleks med en sundhedsaftale, praksisplan og underliggende aftaler.

KKR Hovedstaden finder det relevant, at det nære sundhedsvæsen løser de sundhedsopgaver, som mest hensigtsmæssigt ligger her, blandt andet vurderet ud fra LEON-princippet. For at bevare en høj kvalitet og klarhed om opgavernes placering, peger KKR Hovedstaden på behovet for klarere rammer for opgaveoverdragelse fra region til kommuner, herunder behovet for at sikre, at de korrekte kompetencer er til stede ved overdragelsen. Det bør af vejledningens tekst fremgå meget klart, at der skal indgås en konkret aftale herom mellem region og kommuner, hvori der tages stilling til opgavens art, kompetencer og muligheden for lægefaglig støtte og rådgivning fra regionen. Spørgsmål om finansiering i forbindelse med opgaveoverdragelse bør drøftes på nationalt niveau, fx i forbindelse med økonomiforhandlingerne. Yderligere bør udviklingen i anvendelsen af LEON-princippet følges løbende i et samarbejde mellem KL, Danske Regioner og de nationale sundhedsmyndigheder.

I forlængelse heraf efterlyser KKR Hovedstaden klarere rammer for den rådgivning, som sundhedsvæsenets aktører kan søge hos hinanden. Kommunerne har, i takt med at indlæggelserne bliver kortere og at behandling og kommunal indsats oftere foregår sideløbende, i stigende grad behov for let og hurtigt at kunne trække på sundhedsfaglig rådgivning fra region og praksissektor. Rammerne for denne rådgivning ønskes defineret klarere i vejledningen.

Endelig finder KKR Hovedstaden, at det bør tydeliggøres i vejledningen, at rehabilitering skal være et tværgående emne, idet det rehabilitering skal og bør indgå som en integreret del den patientrettede forebyggelse, behandling og pleje.

## **Specifikke bemærkninger**

### Afsnit 3.3. Målgrupper

Målgruppebeskrivelsen fremstår meget bred. Sundhedsaftalen omfatter således alle borgere, der har behov for en sammenhængende indsats. KKR Hovedstaden finder, at aftalens beskrivelse af målgrupper i højere grad burde prioritere målgrupper, hvor sundhedsvæsenet har særlige udfordringer med at sikre kvalitet og sammenhæng i tværsektorielle patientforløb.

Yderligere vil det være ønskeligt at handicapområdet nævnes eksplicit i vejledningen. Borgere med funktionsnedsættelse har ofte svært ved at benytte de almindelige sundhedstilbud, og det vil være relevant med et mere eksplicit fokus på det i udarbejdelsen af de kommende sundhedsaftaler.

#### Afsnit 3.8. Sundhedsaftalens gyldighedsperiode

KKR Hovedstaden finder, at det bør fremgå i vejledningen og/eller bekendtgørelsen, at sundhedsaftalen er 4-årig og følger valgperioden.

#### Afsnit 5.4. Lighed i sundhed

Det forudsættes, at fokus på rekruttering af de rette borgere til tilbuddene dækkes af den eksisterende formulering om tilgængelighed. Evt. kan fokus på rekruttering og opsøgende arbejde tydeliggøres i vejledningen.

#### Afsnit 5.5. Dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling

Det fremgår, at parterne så tidligt som muligt bør inddrage hinanden i planlægningen af projekter, som involverer andre aktører. Det er uklart hvem disse ”andre aktører” er.

Med venlig hilsen

Steen Christiansen  
Formand KKR Hovedstaden



Sundhedsstyrelsen

**KKR**  
MIDTJYLLAND

## **Høringssvar fra KKR Midtjylland til Sundhedsstyrelsens vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.**

Sundhedsstyrelsen har sendt en revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler til høring med frist den 25. november 2013.

### **Generelle bemærkninger**

KKR Midtjylland finder, at der med den reviderede vejledning ligger et godt afsæt for samarbejdet mellem kommuner, region, almen praksis og hospitaler og vil gerne kvittere for, at vejledningen repræsenterer en mere holistisk tilgang til sundhedsopgaven.

### **Borgervinkel, opgaveoverdragelse m.v.**

Det fremgår af vejledningen at forslaget til ændringer er begrundet i ”..behovet for at sikre en fortsat udvikling af borgernære sundhedstilbud, som skal kunne håndtere flere og mere komplekse opgaver. Der er i den forbindelse fokus på at sikre større og mere integreret samarbejde mellem almen praksis og kommunale tilbud og på at sikre større sammenhæng for patienter, som har samtidige forløb i flere sektorer, herunder særligt patienter med psykisk sygdom, de ældre medicinske patienter og patienter med kronisk sygdom”.

Vi så gerne, at borgervinkelen trådte tydeligere frem end patientvinkelen i vejledningen (jf. det citerede afsnit). Baggrunden er, at en borgervinkel fremmer en tværsektoriel og samarbejdende tilgang/kultur, mens en

Den 24. november 2013

Sags ID: SAG-2013-07294  
Dok.ID: 1777141

JHP@kl.dk  
Direkte  
Mobil 2443 7958

Horsens Kommune  
Rådhusvej 4  
8700 Horsens

[www.kl.dk/kkr-midtjylland](http://www.kl.dk/kkr-midtjylland)  
Side 1/3



patienttilgang fremmer en ”tjeklistekultur”, som netop ikke er hensigtsmæssig, når der arbejdes i sundhedsaftaleregi, hvor der arbejdes på tværs mellem sektorer og mellem fag.

Vi er meget enige i, at der skal sikres et større og et mere integreret samarbejde mellem kommunerne og almen praksis, men vil i den sammenhæng pege på, at det er vigtigt, at formuleringerne om opgaveoverdragelse formuleres skarpere.

Borgerne skal sikres de bedste rammer for behandling i eget hjem. Derfor skal det inden en opgaveoverdragelse aftales, hvilke opgaver der overdrages, hvordan de håndteres og hvilke kompetencer, de forudsætter hos for eksempel kommunens fagpersoner. Det har vi for eksempel arbejdet med i Midtjylland på apopleksiområdet. Det bør fremgå af vejledningen, at der skal laves disse aftaler.

Vi ser samarbejdet med de praktiserende læger som en yderst vigtig krumtap i udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen, og vi ser frem til at indgå i et mere forpligtende samarbejde med almen praksis. Et sådant samarbejde kan skabe mere tryghed for borgeren og for pårørende, omkring behandling og rehabilitering i eget hjem.

Det fremgår, at aftalen skal medvirke til at sikre, at regioner, almen praksis og kommunale tilbud kan søge rådgivning hos hinanden. Dette er en meget vigtig faktor i udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen, men for at det i praksis kan fungere, mener vi, at man centralt bør skabe rammer, der sikrer en smidig adgang til rådgivning.

I Midtjylland arbejder vi med 3 fælles sundhedspolitiske målsætninger. Som eksempel kan vi nævne, at vi har en fælles målsætning om, at nedbringe forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser. Konkret arbejder kommunerne med akut teams, opfølgende hjemmebesøg og akutpladser. Her er det vigtigt, at kommunerne får bedre adgang til rådgivning især ved brug af akutpladser.

Det forekommer uhensigtsmæssigt, at det formuleres i vejledningen, at Sundhedskoordinationsudvalget skal vurdere kommunernes sundhedspolitik. Derimod forekommer det mere hensigtsmæssigt, at kommuner og regioner løbende orienterer om væsentlige ændringer på sundhedsområdet og tilgrænsende områder (social – og beskæftigelsesområdet).

Sluttelig vil vi nævne, at vi grundlæggende har et godt samarbejde med region, hospital og almen praksis. De områder vi har fremhævet ovenfor som høringssvar udspringer af erfaringer fra samarbejdet.

Vi ser frem til arbejdet med at udvikle 3. generation af sundhedsaftalerne, og som nævnt indledningsvist kvitterer vi for den udvikling, der er sket i høringsforslaget til vejledningen, dog med de kommentarer som fremgår ovenfor.

Med venlig hilsen

Anders G. Christensen, fmd. KKR Midtjylland

Jan Petersen. Næstformand KKR  
Midtjylland.



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Email: [Spok@sum.dk](mailto:Spok@sum.dk)

Sundhedsstyrelsen

Email: [fobs@sundhedsstyrelsen.dk](mailto:fobs@sundhedsstyrelsen.dk)

**KKR**  
SJÆLLAND

**KKR Sjællands bemærkninger til høringsudkast til vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler samt revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

Den 25. november 2013

Sags ID: SAG-2013-07318

Dok.ID: 1777475

KKR Sjælland sender hermed sit høringssvar til høringsudkast til vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler samt revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler offentliggjort den 4. november 2013.

HFH@kl.dk

Direkte

Mobil 2281 8888

**Kommentarer til revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler:**

Holbæk Kommune

Kanalstræde 2

Postbox 89

4300 Holbæk

Det er KKR Sjællands opfattelse, at høringsudkastet for den reviderede bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler primært skaber klarere rammer for at kunne danne fem styrkede politiske aftaler med få, men målbare målsætninger, der forenkler den løbende målopfølgning i sundhedsaftaleprocessen.

[www.kl.dk/kkr-sjælland](http://www.kl.dk/kkr-sjælland)

Side 1/4

Det bør dog fremgå langt tydeligere af bekendtgørelsen, at den øgede målopfølgning vil medføre øgede administrative ressourceomkostninger.

**Kommentarer til høringsudkast til vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler:**

KKR Sjælland finder, at høringsudkastet til vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler udgør et godt grundlag for, at tredje generations sundhedsaftalerne for hver af de fem regioner bliver politisk styrkede aftaler. KKR Sjælland hilser det velkomment, at der nu skal indgås én sundhedsaftale for alle kommuner i de enkelte regioner. Kommunerne i region Sjælland har siden 2010 haft en sundhedsaftale, hvilket har givet et styrket samarbejde med regionen.

KKR Sjælland er ligeledes positive overfor, at psykiatrien ligestilles med somatikken, under de i aftalen nærmere beskrevne indsatsområder. I

vejledningen kunne det fremhæves, at en sammenhængende sundhedsindsats på tværs af somatik og psykiatri også omfatter arbejdsmarkedsområdet.

Efter KKR Sjællands opfattelse, er flere af referencegruppens forslag til en styrkelse af sundhedsaftalerne ikke i tilstrækkelig grad indarbejdet i det fremsendte høringsudkast. Det gælder særligt følgende forhold:

- Præcisering af, at der kun er tale om én sundhedsaftale pr. region – som også gælder alment praktiserende læger, selvom de ikke er aftalepart. Ikke mindst af hensyn til, at mange borgere i dag har flere samtidige forløb, hvilket stiller krav til et integreret samarbejde mellem de tre sektorer. Vejledningen må være medvirkende til større gennemskuelighed generelt.
- Samarbejds-/projektaftaler mellem kommuner og region/sygehuse bør ikke reguleres i vejledningen.
- SKU må ikke afkoble den politiske fødekæde og skal ikke erstatte drøftelser i de enkelte kommuner. Præcisering og fremhævelse af SKU's fremtidige rolle og funktionsområde er derfor nødvendig.:
- Fremhævelse af det nære sundhedsvæsen og muligheden for at etablere trækingsrets på lægefaglige ydelser som en del af KL-udspillet ”Mere borger – mindre patient”. Hvilket kan suppleres med et vejledningens afsnit der definerer opgaveoverdragelse mere præcist.
- En for bred beskrivelse af målgrupperne for de obligatoriske indsatsområder: Frem for at alle borgere/patienter er målgruppe for alle indsatsområder, bør de lokale parter have mulighed for at beskrive, hvordan arbejdet med de enkelte målgrupper gribes an i forhold til at differentiere indsatsen derhen, hvor de sundhedsøkonomiske udfordringer er størst.
- Vejledning bør afspejle et holistisk billede og ikke kun et billede af patienter. Rehabiliteringsdelen er en essentiel del af forløbet.
- Vejledningen bør opstille klare rammer for opgaveoverdragelse, herunder sondre mellem opgaver under regionalt behandlingsansvar med regional finansiering (forlagt sygehusbehandling) og anden opgaveoverdragelse. der må aldrig være usikkerhed om placeringen af det lægefaglige ansvar og betaling.
- Som en væsentlig forudsætning for at kunne ligestille det psykiatriske område med det somatiske område bør vejledningen i højere grad lægge op til at sikre en bedre sammenhæng mellem ambulante psykiatriske behandlinger og kommunernes indsats.
- Særligt i forhold til psykiatriområdet, men også mere generelt, bør vejledningen fremme rehabiliteringstankegangen med henvisning til både LEON-princippet og principper om mindst indgribende indsats.

Generelt ønsker KKR Sjælland, at vejledningen afgrænses, så parterne har vide muligheder for at indgå en konteksttilpasset sundhedsaftale. De

områder, vejledningen beskriver, bør til gengæld være tydelige og med klare krav ("skal" frem for "kan" og "bør").

Endvidere finder KKR Sjælland ikke, at det er SKU's opgave at vurdere kommunernes sundhedspolitikker. Skal de forelægges SKU, bør det være til orientering. KKR Sjælland finder, at fødeplaner bør tilføjes listen over udkast, som SKU skal vurdere til regionens sundhedsplan. Ligeledes har sundhedsstyrelsen har, i forlængelse af godkendelsen af sundhedsaftalerne, en vigtig opgave i, at understøtte vidensdelingen mellem aktørerne.

Det er yderst vigtigt at de praktiserende læger får ejerskab til aftalen. De praktiserende læger møder borgerne først og har af den grund i langt de overvejende tilfælde mulighed for at tænke sundhedsfremme, forebyggelse og indsats ind som det primære. Det ville derfor være ønskeligt, at det fremgik tydeligere, hvilken rolle de praktiserende læger har i at sikre sammenhæng.

Vejledningen bør klart beskrive, hvornår de private leverandører ikke er forpligtet af aftalerne, selv om de leverer offentligt finansieret behandling. Rehabilitering kan med fordel fremhæves yderligere i materialet som alternativ til behandling generelt, idet rehabiliteringsbegrebet anvendes tværgående i kommunerne på forebyggelses-, genoptrænings-, arbejdsmarkeds-, pleje og psykiatriområdet.

#### *Forebyggelse*

Forebyggelse skal defineres, også i forhold til regionens rådgivningsforpligtelse. Det er her vigtigt at understrege behovet for og kravet om samarbejde på tværs af kommune, almen praksis og sygehus, herunder behovet for hurtig adgang til udredning.

#### *Behandling og pleje*

Vejledningen bør beskrive klart, hvilke kommunale opgaver under lægeligt ansvar (delegation), der skal ske ved behandlingsansvarlig læge i almen.

#### *Rehabilitering, herunder træning*

Rehabiliteringsemnet bør være et tværgående tema, da dette indsatsområde indgår som en integreret del af såvel den patientrettede forebyggelse som behandlings- og plejeopgaverne.

Rehabilitering kan desuden med fordel fremhæves yderligere i materialet som alternativ til behandling generelt, idet rehabiliteringsbegrebet anvendes tværgående i kommunerne på forebyggelses-, genoptrænings-, arbejdsmarkeds-, pleje og psykiatriområdet.

Aftalen bør ikke omfatte de borgere, som ikke indlægges eller hvor der ikke er behov for en koordineret indsats. Forløbene bør hvad mennesker med

sindslidelse angår afgrænses til borgere, som samtidig har tilbud i ambulant regionalt regi og en kommunal social indsats i eget hjem eller botilbud.

#### *Sundheds-it og digitale arbejdsgange*

Sundheds-it og digitale arbejdsgange skal understøtte sundhedsaftalen på indsatsområde 1-3 og især optimere almen praksis og sygehusenes elektroniske henvisning til især kommunal patientrettet forebyggelse.

#### *Tværgående temaer*

Vejledningen bør i højere grad afspejle et ønske om at understøtte, at der er tale om politiske aftaler gennem få relevante og konkrete målsætninger med afsæt i aktuelle regionale udfordringer.

Rådgivning går begge veje og kommunerne har også viden, som sygehus og almen praksis har behov for/kan have gavn af. Der skal gennem vejledningen skabes klare rammer for, at kommunerne kan indgå aftaler om vidensdeling og sundhedsfaglig rådgivning og at disse aftaler har sit primære afsæt i sundhedsloven og bekendtgørelsen, suppleret af vejledningen. Det bør tydeliggøres, at der i forbindelse med en overdragelse indgås en aftale, som sikrer kompetenceudvikling og udreder de økonomiske konsekvenser i forbindelse med opgaveoverdragelsen, så der kan opnås mest sundhed for færrest ressourcer og følger op på kvaliteten særligt ved større omlægninger/overdragelser.

Det bør være en ”skal”-opgave, at sundhedsaftalen skal sikre partnerens medvirken til kompetenceudvikling i andre sektorer i forbindelse med nye eller overdragende opgaver, for at sikre, at opgaverne overdrages i henhold til LEON-princippet og opgavekvaliteten, at der følges på opgaveoverdragelsen især ved større omlægninger.

Vejledningen skal tydeliggøre, at parterne i henhold til Psykiatriudvalgets anbefaling, er forpligtet til at drøfte kapacitetsplanlægning i SKU på både det somatiske og det psykiatriske område.

Med venlig hilsen



Henrik Holmer  
Formand KKR Sjælland



Niels Hörup  
Næstformand KKR Sjælland

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Att. Fuldmægtig Cecilia Lawson Vinje  
Mail [spok@sum.dk](mailto:spok@sum.dk)

Sundhedsstyrelsen  
Att. Overlæge Bente Møller  
Mail [bem@sst.dk](mailto:bem@sst.dk)

den 21. november 2013

**KKR Syddanmarks høringssvar til revideret bekendtgørelse om sundhedskoordina-  
tionsudvalg og sundhedsaftaler samt til høringsudkast til vejledning om sundhedsko-  
ordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

KKR Syddanmark sender hermed sit høringssvar til høringsudkast til vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler samt revideret bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler offentliggjort den 4. november 2013. KKR Syddanmarks høringssvar er koordineret blandt de 22 syddanske kommuners sundhedsdirektører.

Første del af høringssvaret er særligt rettet mod Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse mens den anden del af svaret vedrører Sundhedsstyrelsen.

*DEL I Kommentarer til revideret bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler:*

KKR Syddanmark imødeser, at høringsudkastet for den reviderede bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler primært skaber klarere rammer som et væsentligt grundlag for at kunne danne fem styrkede politiske aftaler med få, men målba- re målsætninger, der forenkler den løbende målopfølgning i sundhedsaftaleprocessen. Det bør dog fremgå langt tydeligere af bekendtgørelsen, at den øgede målopfølgning vil medføre øgede administrative ressourceomkostninger.

Sundhedsaktørerne bør ved en justering af sundhedsloven få en klarere ramme for, at kunne søge vederlagsfri rådgivning om patienter/borgere, hvilket kan skabe større flek- sibilitet i forhold til muligheder for at parterne kan trække på hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet.

Kompetenceudviklingen vil samtidig understøtte vidensdeling, sammenhæng og kvalitet i den løbende opgaveoverdragelse til kommunerne som følge af sygehusenes fortsatte specialisering. Der bør i forlængelse heraf tilrettelægges særlige rådgivningsforløb for kommuner på psykiatriområdet.

Styrkede sundhedsaftaler opnås alene ved en styrket politisk inddragelse og ejerskab. Derfor bør opbakning og godkendelse af sundhedsaftalen ske i et tæt samspil kommu- nerne imellem gennem KKR. Det er også i dette samarbejde, at den enkelte regions

sundhedsaftale kan suppleres med lokale temaer, men der bør være fokus på, at holde sundhedsaftalen stringent. Hvis regionsrådet indgår supplerende aftaler med én eller flere kommunalbestyrelser, efterspørger KKR Syddanmark af planlægningsmæssige og koordineringsmæssige hensyn en tidsplan for dette arbejde.

*DEL II Kommentarer til høringsudkast til vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler:*

KKR Syddanmark finder i lighed med KL, at høringsudkastet til vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler udgør et godt grundlag for, at tredje generations sundhedsaftalerne for hver af de fem regioner bliver politisk styrkede aftaler. Vejledningen er forståelig og relevant, og kan være med til at sikre sammenhæng på tværs af områder.

KKR Syddanmark er meget positive overfor, at psykiatrien ligestilles med somatikken under de i aftalen nærmere beskrevne indsatsområder. KKR Syddanmarks holdning er, at en sammenhængende sundhedsindsats på tværs af somatik og psykiatri også omfatter arbejdsmarkedsområdet - dette forhold kan med fordel fremhæves i materialet.

KKR Syddanmark bemærker, at flere af tidligere påpegede forhold i referencegruppen med betydning for, at sundhedsaftalerne kan blive styrket, ikke i tilstrækkelig grad er imødekommet i det fremsendte høringsudkast. Det gælder særligt følgende forhold:

- Præcisering af, at der kun er tale om én sundhedsaftale pr. region – som også gælder alment praktiserende læger, selvom de ikke er aftalepart. Ikke mindst af hensyn til, at mange borgere i dag har flere samtidige forløb, hvilket stiller krav til et integreret samarbejde mellem de tre sektorer. Vejledningen må være medvirkende til større gennemskuelighed generelt.
- Samarbejds-/projektaftaler mellem kommuner og region/sygehuse bør ikke reguleres i vejledningen.
- Præcisering og fremhævelse af SKU's fremtidige rolle og funktionsområde: SKU må ikke derved afkoble den politiske fødekæde og skal ikke erstatte drøftelser i de enkelte kommuner.
- Fremhævelse af det nære sundhedsvæsen og muligheden for at etablere trækningssret på lægefaglige ydelser som en del af KL-udspillet "Mere borger – mindre patient". Som KL mener KKR Syddanmark, at dette udspil også kan anvendes til at skrive vejledningens afsnit om opgaveoverdragelse mere præcist.
- En for bred beskrivelse af målgrupperne for de obligatoriske indsatsområder: Frem for at alle borgere/patienter er målgruppe for alle indsatsområder, bør de lokale parter have mulighed for at beskrive, hvordan arbejdet med de enkelte målgrupper gribes an i forhold til at differentiere indsatsen derhen, hvor de sundhedsøkonomiske udfordringer er størst.
- Vejledningen spejler et sygehusbillede og ikke et rehabiliterende billede, idet vejled-



ningen fokuserer meget på tilbudsdelene. Rehabilitering kan med fordel fremhæves yderligere i materialet som alternativ til behandling generelt.

- Vejledningen bør opstille klare rammer for opgaveoverdragelse, herunder sondre mellem opgaver under regionalt behandlingsansvar med regional finansiering (forlagt sygehusbehandling) og anden opgaveoverdragelse. Der må aldrig være usikkerhed om placeringen af det lægefaglige ansvar.
- Som en væsentlig forudsætning for at kunne ligestille det psykiatriske område med det somatiske område bør vejledningen i højere grad lægge op til at sikre en bedre sammenhæng mellem ambulante psykiatriske behandlinger og kommunernes indsats.
- Særligt i forhold til psykiatriområdet, men også mere generelt, bør vejledningen fremme rehabiliteringstankegangen med henvisning til både LEON-princippet og principper om mindst indgribende indsats.

Generelt ønsker KKR Syddanmark, at vejledningen er afgrænset, så parterne har vide muligheder for at indgå en konteksttilpasset sundhedsaftale. De områder, vejledningen beskriver, bør til gengæld være tydelige overfor parterne.

KKR Syddanmark har følgende konkrete bemærkninger til vejledningens enkelte afsnit:

#### **Ændringer i forhold til tidligere vejledning jf. kapitel 1**

Det bør også påpeges, at ændringerne styrker sundhedsaftalen som politisk dokument.

#### **Sundhedskoordinationsudvalg jf. kapitel 2**

Vejledningen har fortsat en for høj detaljeringsgrad. Beskrivelsen af SKU's rolle er for omfattende.

Under pkt. 2.2. om fastlæggelse af konkrete målsætninger er der oplyst de mål, som er aftalt i økonomiaftalen for 2014. Der bør være tale om "få konkrete målsætninger", da for mange mål bliver uoverskueligt. I såvel målformulering som prioritering af indsatser er det vigtigt, at vægten lægges på en vidensbaseret tilgang med fokus på borgerrettet kvalitet og effekt frem for ydelser.

I Region Syddanmark er der behov for nogle mere ambitiøse mål end de fire fælles mål for den patientrettede forebyggelsesindsats.

Det er uklart, om der i regionen kan opsættes yderligere mål. Fx er der behov for et supplerende mål på ambulant somatik.

Under pkt. 2.4: SKU's opgave er ikke at vurdere kommunernes sundhedspolitikker. Skal de forelægges SKU, bør det være til orientering. SKU bør drøfte planerne med henblik på at vurdere, om de udfordrer den til den tid aktuelle opgavevaretagelse og komme med

forslag til planerne. Fødeplaner bør også tilføjes listen over udkast, som SKU skal vurdere til regionens sundhedsplan, som også omtalt af KL.

Under pkt. 2.6: Sundhedsstyrelsen har som sin rolle at godkende sundhedsaftalerne og har derved en vigtig opgave i, at understøtte SKUs vidensdeling mellem aktørerne.

### **Sundhedsaftalen jf. kapitel 3**

KKR Syddanmark anbefaler, at første afsnit konkretiseres, således at teksten ændres til følgende:

”som en del af sundhedsaftalen udarbejdes en administrativ aftale”.

Under pkt. 3.1: Det bør præciseres, at koordineringen mellem disse opgaver sker i rammeaftaleregime. Som vejledningen også beskriver, kan aktørerne så vidt muligt koordinere sundhedsaftalen med de aftaler, som har betydning for aktiviteterne på de områder, som har betydning for at sikre et sammenhængende forløb.

Under pkt. 3.2: For at sikre det sundhedsmæssige aspekt, bliver de praktiserende læger helt centrale. Denne gruppe møder borgerne først og har af den grund i langt de overvejende tilfælde mulighed for at tænke sundhedsfremme, forebyggelse og indsats ind som det primære. Det er derfor yderst vigtigt, at denne gruppe får ejerskab til aftalen. Det ville derfor være ønskeligt, at det fremgik tydeligere, hvilken rolle parterne har i at sikre sammenhæng.

Vejledningen bør klart beskrive, hvornår de private leverandører ikke er forpligtet af aftalerne, selv om de leverer offentligt finansieret behandling, som også påpeget af KL.

Et andet centralt element er, at der rent faktisk løftes på de opgaver, der falder ud af sundhedsaftalen. Det ville derfor være relevant, at stille krav til parterne om mål og effekt for aftalens indsatser. Nok så vigtigt er det, at der skabes rammer for sanktioner i forhold til de parter, der ikke måtte løfte på de fælles opgaver eller opgaver, der er aftalt. Eksempelvis er der i Syddanmark indgået en §2-aftale om medicinopfølgning hos egen læge en gang årligt. Kun ca. en tredjedel af lægerne benytter aftalen. Tilsvarende benyttes §2-aftalen om opfølgende hjemmebesøg ikke i tilstrækkeligt omfang.

Under pkt. 3.3: Ligestilling af konkrete parametre for psykiske og somatiske sygdomme bør fremgå mere tydeligt, som også påpeget af KL.

Under pkt. 3.5: Supplerende aftaler bør kunne indgås løbende, som også påpeget af KL.

### **Obligatoriske indsatsområder jf. kapitel 4**

Rehabilitering kan med fordel fremhæves yderligere i materialet som alternativ til behandling generelt, idet rehabiliteringsbegrebet anvendes tværgående i kommunerne på forebyggelses-, genoptrænings-, arbejdsmarkeds-, pleje og psykiatriområdet.

**Indsatsområde 1: Forebyggelse**

Forebyggelse skal defineres og afgrænses, også i forhold til regionens rådgivningsforpligtelse.

Det bør i afsnittet præciseres, om der er tale om afdækning eller udredning. Det er her vigtigt at italesætte behovet for samarbejde på tværs af kommune, almen praksis og sygehus, herunder behovet for hurtig adgang til udredning. Psykiatriudvalgets rapport om fælles og tværsektorielle indsatsplaner bør indgå i dette indsatsområde.

Det kan med fordel fremhæves, at den borgerrettede forebyggelse også omhandler konkrete kommunale indsatser inden for KRAM-faktorerne, og at samarbejdet sektorerne imellem omkring disse er vigtige.

Det fremgår, at forebyggelsesindsatser forud for operationer indgår i aftalen. Det anbefales, at det præciseres, at præoperativ træning er en del af behandlingen og ikke indgår i forebyggelsesindsatsen.

Der er ikke kun tale om kommunale tilbud, men kommunerne i det sidste afsnit.

**Indsatsområde 2: Behandling og pleje**

Det bør indføjes, at også socialforvaltningen på børneområdet kan visitere til børne- og ungdomspsykiatrien og at kommunerne skal have mulighed for, at indhente specialiseret rådgivning fra behandlingspsykiatrien.

Vejledningen bør stille krav om, at det i sundhedsaftalerne beskrives klart, hvilke kommunale opgaver under lægeligt ansvar (delegation), der skal ske ved behandlingsansvarlig læge i almen praksis - alternativt ved behandlingsansvarlig sygehuslæge.

**Indsatsområde 3: Rehabilitering, herunder træning**

Rehabiliteringsemnet bør være et tværgående tema, da dette indsatsområde indgår som en integreret del af såvel den patientrettede forebyggelse som behandlings- og plejeopgaverne. Rehabilitering kan desuden med fordel fremhæves yderligere i materialet som alternativ til behandling generelt, idet rehabiliteringsbegrebet anvendes tværgående i kommunerne på forebyggelses-, genoptrænings-, arbejdsmarkeds-, pleje og psykiatriområdet.

Der bør være en tydelig afgrænsning af, hvilket områdefelt sundhedsaftalen indeholder. Aftalen bør ikke omfatte de borgere, som ikke indlægges eller hvor der ikke er behov for en koordineret indsats. Forløbene bør, hvad mennesker med sindslidelse angår, afgræn-

ses til borgere, som samtidig har tilbud i ambulant regionalt regi og en kommunal social indsats i eget hjem eller botilbud.

Vedr. arbejdsdeling: Sundhedsaftalen kan ikke regulere arbejdsdelingen ift. tilbud på social- og undervisningsområdet. Det sker bl.a. i regi af rammeaftalen og den nye koordinationsmodel.

Det kan med fordel fremgå, at aftalen også kan sikre en løbende vurdering af udviklingen ift. almen/specialiserede genoptræningsplaner.

#### **Indsatsområde 4: Sundheds-it og digitale arbejdsgange**

Sundheds-it og digitale arbejdsgange skal understøtte sundhedsaftalen på indsatsområde 1-3 og særligt optimere almen praksis og sygehusenes elektroniske henvisning til især kommunal patientrettet forebyggelse. Dette bør, som også påpeget af KL, tilføjes vejledningen.

#### **Tværgående temaer jf. kapitel 5**

Vejledningen bør i højere grad afspejle et ønske om at understøtte, at der er tale om politiske aftaler gennem få relevante og konkrete målsætninger med afsæt i aktuelle regionale udfordringer. Det skal præciseres som det primære, at SKU fastsætter egne mål ift. udviklingen på sundhedsområdet.

Under pkt 5.1: Rådgivning går begge veje og kommunerne har også viden, som sygehus og almen praksis har behov for/kan have gavn af. I dag er det imidlertid ikke muligt for kommunerne, at finde rammer for en mere let tilgængelig rådgivning, hverken i sundhedsloven, bekendtgørelsen eller vejledningen, som også nævnt af KL. Der skal gennem vejledningen skabes klare rammer for, at kommunerne kan indgå aftaler om vidensdeling og sundhedsfaglig rådgivning og at disse aftaler har sit primære afsæt i sundhedsloven og bekendtgørelsen, suppleret af vejledningen, som også nævnt af KL.

Under pkt. 5.2: I afsnit 5.2 foreslås afsnittet ”Sundhedsaftalen skal derfor skabe rammer ... inddrages.” udvidet på følgende vis med henblik på at sikre mere ensartede rammer for håndtering af opgaveoverdragelse (tilføjelser fremhævet):

”Sundhedsaftalen skal derfor skabe rammer for en planlagt, **aftalt** og koordineret overdragelse af opgaver mellem sektorerne, typisk fra sygehuse til kommuner og almen praksis, når der findes grundlag for dette. **Det indebærer bl.a., at den fremtidige placering af det lægefaglige ansvar er afklaret.**

**Omfatter opgaven behandlingsopgaver under regionalt ansvar (forlagt sygehusbehandling), indgås der nærmere aftale om regional finansiering.**

I forbindelse med overdragelse af opgaver kan andre relevante aktører i det borgernære sundhedsvæsen, herunder særligt den øvrige praksissektor, inddrages.”

Som KL mener KKR Syddanmark, at det bør tydeliggøres, at der i forbindelse med en overdragelse indgås en aftale, som sikrer kompetenceudvikling og udreder de økonomiske konsekvenser i forbindelse med opgaveoverdragelsen, så der kan opnås mest sundhed for færrest ressourcer og følger op på kvaliteten særligt ved større omlægninger/overdragelser.

Det bør være en ”skal”-opgave, at sundhedsaftalen skal sikre parternes medvirken til kompetenceudvikling i andre sektorer i forbindelse med nye eller overdragende opgaver, for at sikre, at opgaverne overdrages i henhold til LEON-princippet og opgavekvaliteten samt at der følges på opgaveoverdragelsen, især ved større omlægninger.

Under pkt. 5.2: Vejledningen skal tydeliggøre, at parterne i henhold til Psykiatriudvalgets anbefaling, er forpligtet til at drøfte kapacitetsplanlægning i SKU på både det somatiske og det psykiatriske område.

Under pkt. 5.3: Formuleringen ”regionens patientinddragelsesudvalg” er uhensigtsmæssig, idet der er tale om et tværsektorielt område. Der er således behov for en konkretisering af afsnittet omkring patientinddragelsesudvalget. Der bør stå ”patientinddragelsesudvalget i de 5 regioner”, som også foreslået af KL.

Under pkt. 5.5: I forhold til udviklings- og forskningsarbejdet mellem regioner og kommuner skal det aftales, hvordan regionerne understøtter udviklings- og forskningsarbejdet i kommunerne, som også påpeget af KL.

Det bør fremgå, at aktørerne løbende bør vurdere, om der er behov for fælles kompetenceudvikling fx i forbindelse med de tværgående opgaver, nye tiltag for at sikre sammenhæng og en fælles forståelse til gavn for det samlede patient/borgerforløb.

#### **Godkendelse af sundhedsaftalen jf. kapitel 6**

Der er lagt op til en meget bureaukratisk godkendelsesproces i Sundhedsstyrelsen.

Med venlig hilsen



Egon Fræhr  
Formand for KKR Syddanmark



Sundhedsstyrelsen

Email: [fobs@sundhedsstyrelsen.dk](mailto:fobs@sundhedsstyrelsen.dk)

## **Høring: Revideret vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

Sundhedsstyrelsen har sendt revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler i høring med frist den 25. november 2013.

### **Overordnede bemærkninger**

KL finder, at der med den reviderede vejledning foreligger et godt afsæt for et styrket samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommuner.

KL finder dog, at der er brug for, at vejledningen i højere grad afspejler regeringens vision om et stærkt fælles sundhedsvæsen, hvor det enkelte menneske er mere borger og mindre patient. Skal denne vision realiseres, finder KL for det første, at vejledningens tekst om opgaveoverdragelse skal formuleres skarpere.

Det bør fremgå, at der skal indgås aftaler mellem kommuner og regioner. Borgere bør sikres de bedste rammer for behandling i eget hjem. Det forudsætter, at parterne forinden har været i dialog om, hvad det er for en opgave, som skal overdrages til kommunen, hvordan den skal håndteres, hvilke kompetencer mv. det forudsætter blandt kommunens fagpersoner og hvordan man følger op på, at det sker under fornuftige rammer. Her har vi et fælles ansvar i forbindelse med overdragelse af opgaven, så vi sikrer borgerne nogle gode rammer, når de behandles i eget hjem.

For det andet mener KL, at der er brug for nogle klarere rammer for, hvordan sundhedsvæsenets parter kan søge rådgivning hos hinanden og dele viden om den fælles patient/borger. KL finder ikke, at hverken sundhedsloven, bekendtgørelsen, eller vejledningen om SKU og sundhedsaftaler giver kommunerne rammer, som skaber mulighed for en mere let tilgængelig rådgivning.

Den 25. november 2013

Sags ID: SAG-2013-03770

Dok.ID: 1769969

LHT@kl.dk

Direkte 3370 3558

Mobil 2938 1782

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)

Side 1/6

Som det også nævnes i vejledningen, har samarbejdet skiftet karakter. Hvor samarbejdet mellem sygehus, almen praksis og kommune tidligere skete i form af en slags stafetmodel, hvor borgeren blev udskrevet fra sygehuset og kommunen så tog over, er der i dag tale om, at borgeren i højere grad har samtidige forløb i flere sektorer.

Denne ændring i samarbejdsrelationen med samtidige, relaterede indsatser betyder, at der er behov for et meget tættere samarbejde, hvor aktørerne løbende kan rådgive sig med hinanden og har let adgang til information for at sikre kvaliteten i indsatsen. Dette oplever kommuner ikke er til stede i dag, og det medfører uhensigtsmæssige arbejdsgange og forløb.

Som det også fremgår af KL's høringsbrev ift. ændring af sundhedsloven, ønsker vi, at der skabes nogle klare rammer for, at man i sundhedsaftalen kan lave aftaler om vidensdeling og sundhedsfaglig rådgivning. Sådanne aftaler skal sikre, at der er samme regler på tværs af regionerne. KL finder også, at det bedst adresseres i sundhedsloven og bekendtgørelsen suppleret af vejledningen.

De fire fælles mål for den patientrettede forebyggelsesindsats forudsætter, at kommunerne styrker akutindsatsen. Dette kan kommunerne ikke gøre uden, at regionen arbejder med en gennemsigtighed i opgaveglidningen, samt sikrer den lægefaglige støtte og andet rådgivning. Derfor bør disse forudsætninger stå skarpere i vejledningen.

For det tredje finder KL, at vejledningens opdeling i fire indsatsområder kan virke kunstig, når man i kommunerne ønsker at fremme rehabiliteringstilgangen. Ved at adskille forebyggelse, behandling og pleje og rehabilitering herunder træning i tre dele risikerer man, at der ikke skabes den nødvendige fokus på at tænke rehabilitering ind som en integreret del af såvel den patientrettede forebyggelse som behandlings- og plejeopgaverne. KL vil på den baggrund opfordre til, at det tydeliggøres, at rehabiliteringsemnet bør være tværgående.

## **Specifikke bemærkninger**

### **Til pkt. 2.4**

Det fremgår, "at sundhedskoordinationsudvalget kan komme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehus, praksisområdet og kommunale tilbud". KL finder, at man med fordel kan skærpe sprogbrugen. Det handler ikke kun om, hvordan sammenhængen kan fremmes, men at fx psykiatriplanerne kan bidrage til at udfordre denne sammenhæng i forløbene. Derfor skal KL opfordre til, at det fremgår: "at sundhedskoordinationsudvalgene bør drøfte planerne med

henblik på at vurdere, om de udfordrer den til den tid aktuelle opgavevaretagelse og komme med forslag til planerne”.

Det fremgår, at Sundhedskoordinationsudvalget jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 4 skal vurdere udkast til regionens sundhedsplan, herunder sygehusplaner, praksisplaner og psykiatriplaner. KL vil opfordre til, at fødeplaner også tilføjes.

KL finder ikke, at det er en opgave for SKU at vurdere udkast til kommunens sundhedspolitik. Det er ikke et lovkrav, at kommuner skal udarbejde en sundhedspolitik, og det kan derfor give anledning til en misforståelse ift. SKU's rækkevidde. KL finder, at behovet for, at SKU bliver inddraget fint bliver dækket af formuleringen i næste afsnit om, at regionen og kommunen løbende orienterer SKU om væsentlige ændringer på sundhedsområdet og tilgrænsende områder.

#### **Pkt. 2.6 Information af SKU i de øvrige regioner**

KL finder, som det også er blevet påpeget tidligere i den referencegruppe, som har været nedsat for at revidere vejledningen, at det ikke alene kan være en opgave for de enkelte SKU'er at sikre vidensdeling på tværs af regioner og kommuner. KL mener, at Sundhedsstyrelsen qua sin opgave med at godkende sundhedsaftalerne har en vigtig opgave for at understøtte vidensformidling mellem aktørerne.

#### **Pkt. 3.2 Sundhedsaftalens parter**

Side 6, tekstafsnit 6 fremgår det, at private leverandører ikke er aftaleparter, men forpligtes af aftalerne ”i den udstrækning, at det er relevant”. KL vil anbefale, at det omformuleres, så det fremgår klart, hvornår de private leverandører ikke er forpligtet, selv om de ”leverer offentligt finansieret behandling”.

#### **Pkt. 3.3 Målgruppe**

Side 7, 2 linje fremgår, at ”aftalen skal understøtte ligestilling af borgere med henholdsvis psykiske og somatiske sygdomme”. Det kunne være hensigtsmæssigt, at det bliver præciseret ift. hvad, det gælder.

#### **Pkt. 3.5 Supplerende aftaler**

KL vil anbefale, at det fremgår, at de supplerende aftaler godt kan indgås løbende.

#### **Pkt. 4.1 Indsatsområde 1: Forebyggelse**

Det fremgår, at aftalen skal fastlægge rammerne for udmøntning af regionens rådgivningsforpligtelse jf. § 119, stk. 3 i sundhedsloven og at aftalen i den forbindelse hensigtsmæssigt kan indeholde aftaler om rådgivning vedr. hygiejne.



KL skal igen opfordre til, at rammerne for regionens rådgivningsforpligtelse præciseres og det ikke alene overlades til forhandlingerne om sundhedsaftalerne i de 5 regioner. I dag oplever kommunerne, at der blandt de 5 regioner er stor forskel på, hvordan man fortolker disse rammer. Det gælder især ift. aftalen om rådgivning om hygiejne. Her oplever kommunerne et øget behov for rådgivning bl.a. på grund af, at flere borgere bliver tidligt udskrevet og behandlet i eget hjem.

Regeringen anbefaler selv i udvalget om evaluering af kommunalreformen, at regionens rådgivningsforpligtelse skal systematiseres og målrettes kommunernes behov for rådgivning. KL forventer, at regeringen følger op herpå, så intentionen om at styrke det nære sundhedsvæsen bliver realiseret.

Side 9, dot 4 fremgår, at aftalen skal medvirke til at sikre samarbejdet om kvalitet og sammenhæng i: ”tidlig opsporing og indsats over for psykisk sygdom samt afdækning og opfølgning af forebyggelsesbehov hos patienter med psykisk sygdom. Dette gælder særligt patienter med samtidig psykisk sygdom og skadeligt eller afhængigt brug af rusmidler”.

Det bør præciseres, hvordan en forebyggelsesindsats kan være relevant.

I Psykiatriudvalgets rapport anbefales det, at regioner og kommuner fremadrettet skal lave fælles indsatsplaner. Det kan med fordel adresseres under indsatsområde 3.

KL vil anbefale, at Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker nævnes i vejledningen som et samarbejdsområde. Disse er målrettet kommunerne, men der er alligevel nogle steder anbefalet et samarbejde med regionen – fx om rygestop og hygiejne.

KL vil foreslå, at man efter sætningen: ”Aftalen bør tage udgangspunkt i regionale og kommunale sundhedsprofiler i forbindelse med fastlæggelse af målsætninger og monitorering af disse” nedenunder tilføjer en linje, som lyder: ”Herudover bør aftalen forholde sig til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakkers anbefalinger om samarbejde mellem kommune og region om forebyggelsesindsatser i forhold til bl.a. gravide”.

KL vil foreslå, at tredje sidste sætning, side 9: ”Relevante aktører på forebyggelsesområdet er særligt kommunale tilbud, sygehuse og almen praksis, samt den øvrige praksissektor”, omformuleres til: ”Relevante aktører på forebyggelsesområdet er særligt kommunerne, samt sygehuse, almen praksis og den øvrige praksissektor”. Eller ser det ud som om, at der kun er tale om tilbud i kommunerne, og indsatsen er jo bredere.

#### **Pkt. 4.2 Indsatsområde 2: Behandling og pleje**

Side 10, afsnit 4.2. bør der suppleres med ”og socialforvaltning”, idet det ikke kun er PPR, der kan visitere til børne- og ungdomspsykiatrien og har behov for rådgivning, men også socialforvaltningen på børneområdet.

KL finder, at der mangler en dot om behandlingsforløb, hvor borger er bosat i botilbud, eller egen bolig og kommunen har behov for rådgivning om den psykiatriske behandling, herunder den medicinske behandling, og hvor det bør være muligt at indhente specialiseret rådgivning fra behandlingspsykiatrien.

Ift. aftalen mellem den behandlingsansvarlige læge og kommunale medarbejders udførelse af lægelige ordinationer, vil KL anbefale, at det af vejledningen fremgår, at det også skal beskrive hvilke kommunale opgaver under lægeligt ansvar (delegation), der skal ske ved behandlingsansvarlig læge i almen praksis alternativt ved behandlingsansvarlig sygehuslæge. Det er noget, som kommunerne efterspørger større klarhed om.

#### **Pkt. 4.3 Indsatsområde 3: Rehabilitering, herunder træning**

På side 11 savner KL enten en selvstændig dot, eller, at dot 1 udfoldes med følgende: ”dette gælder særligt i forløb for borgere med psykisk sygdom, hvor der samtidig ydes en indsats i ambulant regionalt regi og en kommunal social indsats i eget hjem eller i botilbud”.

#### **Pkt. 4.4 Indsatsområde 4: Sundheds-it og digitale arbejdsgange**

KL skal opfordre til, at følgende tilføjes i 3 dot: ”sundheds-it og digitale arbejdsgange i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse med henblik på at understøtte sundhedsaftalen på indsatsområde 1-3”, ”herunder særligt at optimere almen praksis og sygehusenes elektroniske henvisning til især patientrettet forebyggelse i kommunerne”.

#### **Pkt. 5.1 Arbejdsdeling og samarbejde, herunder vidensdeling og sundhedsfaglig rådgivning mellem sektorer**

Det fremgår, at aftalen skal medvirke til at sikre, at regioner, almen praksis og kommunale tilbud, samt evt. den øvrige praksissektor kan søge rådgivning hos hinanden og dele viden på de områder, som er omfattet af sundhedsaftalen. Som KL har påpeget i de overordnede bemærkninger, finder vi, at man centralt fra bør skabe nogle klare rammer, som sikrer let adgang til rådgivning. Det er en helt fundamental forudsætning for, at vi styrker samarbejdet om borgeren/patienten og det nære sundhedsvæsen.

#### **Pkt. 5.2 Koordination af kapacitet**

KL finder, som nævnt i de overordnede bemærkninger, at afsnittet om opgaveoverdragelse bør skærpes. Det bør fremgå, at det er et fælles ansvar at sikre en koordineret opgaveoverdragelse og kompetenceudvikling, som der skal følges op på, så vi sikrer, at opgaverne overdrages på en fornuftig måde. Der bør derfor også stå ”skal” og ikke ”kan” ift. sundhedsaftalens opgave med at sikre parternes medvirken til kompetenceudvikling i andre

sektorer i forbindelse med nye eller overdragende opgaver. Det bør også fremgå af vejledningen for at sikre at opgaverne overdrages i henhold til LEON-princippet og kvaliteten af opgaven, at der følges op på opgaveoverdragelsen særligt i forbindelse med større omlægninger.

Et godt eksempel herpå er den opfølgning, som Region Midtjylland og kommunerne har foretaget i forbindelse med udlægning af apopleksiområdet.

Side 13, nederst. I rapporten fra regeringens psykiatriudvalg, anbefales det, at regioner og kommuner på psykiatriområdet drøfter en sammenhængende kapacitetsplanlægning i regi af sundhedskoordinationsudvalget. KL vil i lyset heraf anbefale, at det i vejledningen tydeliggøres, at parterne er forpligtet til at drøfte kapacitetsplanlægning i Sundhedskoordinationsudvalgene på såvel det somatiske som det psykiatriske område.

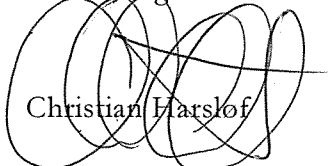
### **5.3 Inddragelse af patienter og pårørende**

KL mener, at der i stedet for, at der står "regionens patientinddragelsesudvalg" skal stå "patientinddragelsesudvalget i de 5 regioner" for at understrege, at det er et udvalg, som rummer samspillet med alle aktører.

### **5.5. Dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling**

For at fremme forskning i kommunerne bør det af vejledningen fremgå, at det i aftalen mellem regionerne og kommunerne ift. udviklings- og forskningsarbejdet skal aftales, hvordan regionerne understøtter udviklings- og forskningsarbejdet i kommunerne.

Med venlig hilsen

  
Christian Harsløf



Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S.

## Høringssvar til revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

25. november 2013

Sundhedsstyrelsen har den 4. november 2013 fremsendt udkast til revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

### Kost & Ernæringsforbundet

Nørre Voldgade 90  
1358 København K

D: 31636657  
M: 26772636  
E: krb@kost.dk

[www.kost.dk](http://www.kost.dk)  
[facebook.com/forbundet](https://facebook.com/forbundet)

Kost & Ernæringsforbundet vil indledningsvist tilslutte sig visionen om en forenkling af strukturen omkring sundhedsaftalerne, under hensynet til større kvalitet og ensartethed i det tværsektorielle arbejde, til gavn for borgerne.

Kost & Ernæringsforbundet mener fortsat jf. vores høringssvar af 16.9.2013 vedr. ændring af sundhedsloven, at det er til gavn for borgerens sundhed, såvel som rehabilitering, at ernæring bliver integreret som et obligatorisk indsatsområde. Som minimum mener vi, at der skal der stilles krav til at borgerens ernæringsstatus løbende dokumenteres og at der handles på disse fund. Vi savner fortsat, at ernæringsstatus- og indsatser bliver en integreret del af sundhedsaftalerne, eller som minimum benævnes som relevant ift. at forebygge indlæggelser, som en del af rehabiliteringen og som essentielt, når der kommunikeres på tværs af sektorer.

Det mener vi på baggrund af at, op mod 40 % af patienter på sygehusene og 60 % af ældre på plejehjem og i hjemmeplejen er i ernæringsmæssig risiko. Kost & Ernæringsforbundet er bekymrede for, om vejledningens formuleringer om opfølgning er tilstrækkelige til, at kunne nedbringe antallet indlæggelser der er u hensigtsmæssige og kan forebygges og genindlæggelser, hvilket ernæringsstatus har stor indflydelse på. Vi ser fortsat gerne en skærpelse af forpligtelserne herfor.

Kost & Ernæringsforbundet foreslår i forlængelse heraf, at der indføres formuleringer, der kan skærpe aftaleparternes opmærksomhed på ernæring under:

### **Indsatsområde 1 - Forebyggelse**

En koordineret ernæringsindsats før, under og efter indlæggelser bidrager til et forbedret outcome af behandlingen. Der bør derfor allerede i udredningsfasen tages stilling til behovet for en optimeret ernæringsindsats. Derfor opfordrer vi til, at ernæring som minimum nævnes som en integreret del af forebyggelsesforløbene. Ligeledes bør ernæringsindsatser være en integreret del af forebyggelse af genindlæggelser

### **Indsatsområde 2 – Behandling**

Ernæringsenheder bør nævnes som en relevant aktør.

Opmærksomheden bør her også henledes på, at kommunale og regionale tilbud bør omfatte tværgående ernæringsindsatser. Der skal være klare målsætninger for patienternes ernæringstilstand og det skal dokumenteres, hvad der iværksættes, da ernæring pt. ikke kommunikeres på tværs af sektorer, ligesom det ikke er muligt at trække data omkring utilstrækkelig ernæring.

### **Indsatsområde 3 – Rehabilitering, herunder træning**

Sufficient ernæring er en forudsætning for en effektiv genoptræningsindsats. Desværre er ingen i øjeblikket forpligtet på, at drage denne kobling. Vejledningen bør derfor nævne ernæring og ernæringsenheder som forudsætning og relevant aktør for, at sikre en effektiv rehabiliteringsindsats.

Kost & Ernæringsforbundet takker for muligheden for, at kommentere på udkastet til vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Vi håber, at vores kommentarer vil bidrage til yderligere konkretisering og mere konkrete målsætninger, da det er vores erfaring, at uforpligtende anvisninger ikke sikre ensartet kvalitet.

Med venlig hilsen

Ghita Parry  
Formand

*Kost & Ernæringsforbundet er en fagforening og et professionsfællesskab for ca. 8.000 medlemmer, hvor nogle beskæftiger sig med professionel forplejning og andre arbejder med ledelse, formidlings-, rådgivnings og behandlingsfunktioner indenfor ernæring i sundhedsvæsenet.*

25. november 2013

Sundhedsstyrelsen  
([fobs@sst.dk](mailto:fobs@sst.dk))

Direktionen

Strandboulevarden 49  
2100 København Ø

Tlf +45 3525 7500  
Fax +45 3525 7701  
[www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

UNDER PROTEKTION AF  
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

## Høringssvar – vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

### Overordnede og tværgående kommentarer

Kræftens Bekæmpelse er overordnet positiv over for Sundhedsstyrelsens reviderede vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Skal kræftpatienter sikres sammenhængende patientforløb, må vejledningen ses som et godt udgangspunkt for et fremtidigt kvalitetsløft af indsatser i det tværsektorielle arbejde.

Kræftens Bekæmpelse finder det endvidere positivt, at den reviderede vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler understøtter, at der skal udarbejdes fem sundhedsaftaler, én for hver region, hvori der er fastlagt fire obligatoriske indsatsområder med tilhørende målbare indikatorer. Kræftens Bekæmpelse ser det som et rigtig godt grundlag i forhold til at sikre større kvalitet og ensartethed i samarbejdet mellem kommuner og regioner samt en styrkelse af implementeringen og en mere forpligtende opfølgning på sundhedsaftalerne.

Kræftens Bekæmpelse finder dog, at det er uhensigtsmæssigt, at det obligatoriske indsatsområde 'Opfølgning på utilsigtede hændelser' ikke fastholdes, da patientsikkerhedsarbejdet især i kommunalt regi stadig er i sin vorden. Det anbefales også, at tidsrammen for implementering og opfølgning på sundhedsaftalen fastsættes i vejledningen for at sikre handling. Endeligt er det positivt, at almen praksis' forpligtigelse til opfølgning nu slås fast i vejledningen.

Kræftens Bekæmpelse mener, at vejledningen på en lang række punkter er formuleret i meget overordnede generelle vendinger og mangler forpligtende formuleringer, som i højere grad gør de indgåede sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner mere forpligtende i den konkrete implementering.



Konkret drejer det sig om følgende formuleringer i vejledningen:

- **2.5 Drøftelse af øvrige relevante emner**

Kræftens Bekæmpelse foreslår, at udvalgets mulighed for at drøfte større udviklingstendenser på sundhedsområdet, herunder udvikling i sygehusstrukturen og borgernære sundhedstilbud samt den samlede indsats på tværs af indsatsområderne med fordel kan gøres mere forpligtende.

- **2.6 Information af sundhedskoordinationsudvalg i de øvrige regioner**

Kræftens Bekæmpelse foreslår, at informering af de øvrige sundhedskoordinationsudvalg om gode erfaringer og opnået viden fra arbejdet med udarbejdelse og implementering og opfølgning af sundhedsaftalerne gøres til en forpligtende opgave.

- **3.6 Forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler**

Kræftens Bekæmpelse mener, at det bør være en ”skal” opgave, at der aftales udarbejdelse af forløbsprogrammer som led i sundhedsaftalen, da forløbsprogrammer netop kan sikre sammenhæng i patientforløb, som går på tværs af sundhedsaftalens indsatsområder.

- **4.2 Behandling og pleje**

At have fokus på især samarbejdet omkring borgere med mange forskellige og skiftende behov for behandlingstilbud og fokus på rettidig varsling og kommunikation af relevant information til involverede aktører, borgere/patienter kan med fordel gøres mere forpligtende.

## Konkrete kommentarer til vejledningens enkelte afsnit

### 2. Sundhedskoordinationsudvalg

Kræftens Bekæmpelse foreslår, at der i forbindelse med nedsættelse af underudvalg, hvor det er muligt at inddrage andre relevante aktører også nævnes, at patientforeninger kan inddrages som anden relevant aktør.

### 3.3 Målgrupper

Sundhedsvæsenet har ofte udfordringer med at sikre kvalitet og sammenhænge i tværsektorielle kræftforløb. Særligt vigtigt for kræftpatienter er det, at der i aftalen stilles krav til sammenhængende koordination på tværs af relevante aktører. Mange kræftpatienter lever med sygdommen så længe, at det betegnes som en kronisk sygdom, mens andre har kroniske lidelser som følge af kræftsygdommen. Der bør også stå ”borgere med behov for rehabilitering” og ikke alene borgere med behov for palliation under sidste afsnit i 3.3 om målgrupper.

### 3.5 Supplerende aftaler

Kræftens Bekæmpelse foreslår, at der under afsnittet om supplerende aftaler mellem regioner og kommuner fremgår, at de fire obligatoriske indsatsområder ikke er udtømmende, hvorfor

der godt kan være flere områder, som kommuner og regioner kan samarbejde om med henblik på at styrke kvaliteten i samarbejdet. Endvidere opfordrer Kræftens Bekæmpelse til, at det nævnes flere steder i vejledningen, at parterne ikke alene er bundet til at drøfte de fire obligatoriske indsatsområder.

#### **4.1 Indsatsområde 1: Forebyggelse**

Kræftens Bekæmpelse foreslår, at forebyggelsespakkerne kan inddrages i forhold til indsatsområdet forebyggelse, da forebyggelsespakkerne på nuværende tidspunkt er baseret på den bedste tilgængelige viden. Forebyggelsespakkerne har ligeledes fokus på socialt udsatte. Kræftens Bekæmpelse vurderer samtidig, at det vil styrke forebyggelsesområdet, hvis kommunerne forpligtede sig til at arbejde med grundniveauet i forebyggelsespakkerne.

Derudover kan sundhedsaftalerne også medvirke til, at almen praksis og sygehuse forpligtiger sig til at henvise og oplyse om kommunale forebyggelsestilbud.

Kræftens Bekæmpelse foreslår endvidere, at sundhedsaftalerne med fordel kan medvirke til, at forpligte alle sundhedsaktører til at ajourføre [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk). Det kan også overvejes om, der ikke bør indgå støttetilbud fra patientorganisationer på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

#### **4.2 Indsatsområde 2: Behandling og pleje**

Kræftens Bekæmpelse finder, at der er behov for en konkretisering af, hvorledes sundhedsaftalen medvirker til at sikre samarbejdet mellem relevante parter om kvalitet og sammenhænge i behandlings- og plejeforløb. Det kan for eksempel sikres ved et formaliseret partnerskab mellem den ansvarlige læge på sygehuset, den praktiserende læge og en kommunal koordinator, der i fællesskab sikrer samordning af indsatsen i overgangene. Foreslag til konkretisering kunne være:

- At der i aftalen sikres en klar placering af hvilken aktør, der har ansvaret for patienten/opgaven på givne tidspunkter hele vejen gennem forløbet.
- At der anvendes metoder/redskaber, der sikrer arbejdsgange vedr. henvisninger og prøvesvar, herunder afsendelse, modtagelse og handling. Fra eksisterende undersøgelser ved vi, at 43 pct. af alle kræftspecifikke utilsigtede hændelser knytter sig til brist i overgangene, hvor ansvaret for patienten skifter.
- At der hos kroniske patienter arbejdes målrettet med personlig forløbsplanlægning (personalised care planning), herunder fastsættelse af mål (samarbejde mellem kliniker og patient), identifikation af pleje/støtte behov, udarbejdelse og implementering af planer samt monitorering af udviklingen/fremskridt for patienten. Dette bør være en kontinuerlig proces, ikke en éngangsforestilling.
- At der anvendes metoder/redskaber, der understøtter udveksling af nødvendig information om patienten, for eksempel medicinoplysninger og oplysning om helbredsstatus, herunder særlige behov/hensyn.



- At aftalen skitserer håndteringen af utilsigtede hændelser, der involverer/har relation til de involverede parter, herunder beskriver hvordan der sikres dialog om og analyse af hændelserne samt beskrivelse og implementering af forebyggelsestiltag.
- At aftalen beskriver hvordan parterne arbejder proaktiv med højnelse af patienternes sikkerhed.
- At aftalen lægger op til bestemmelse og anvendelse af indikatorer til fælles monitoring af kvalitet og patientsikkerheden, herunder specifikt i forhold til sammenhæng i behandlings- og plejeforløb.

Kræftens Bekæmpelse anbefaler også, at der i vejledningen indgår en beskrivelse af ansvars- og rollefordelingen mellem de basale og specialiserede palliative enheder og egen læge.

### **4.3 Indsatsområde 3: Rehabilitering, herunder træning**

Kræftens Bekæmpelse foreslår, at det bør overvejes, om sundhedsaftalerne kan medvirke til en mere smidig henvisningsprocedure med henblik på at understøtte et samlet og mere sammenhængende rehabiliteringsforløb for borgeren/patienten. Praktisk gennem udformning af en fælles henvisning, der samler genoptræningsplan og sygehushenvisning.

Kræftens Bekæmpelse skal gøre opmærksom på rehabiliteringsforløb ikke alene kan gå på tværs af sektorer og faggrænser, men også på tværs af regionsgrænser. Det bør afspejle sig i de aftaler der indgås.

Kræftens Bekæmpelse støtter anbefalingen om, at parterne samarbejder om at sikre ny viden om effektiv rehabilitering, og hvordan vidensbaserede interventioner bedst implementeres. Kræftens Bekæmpelse vurderer, at det kan være med til at skabe en bedre og mere sammenhængende rehabiliteringsindsats i kommuner og regioner, som bygger på den bedste evidensbaserede viden på området. Kræftens Bekæmpelse egne undersøgelser viser, at der er stor forskel på indhold og udbud af kommunal kræftrehabilitering. Skal kvaliteten i rehabiliteringsindsatsen derfor løftes over hele landet, er det også afgørende, at der følges op med skærpede nationale krav, således at det ikke er den mindst ambitiøse kommune, som definerer kvaliteten i en region.

Sundhedsaftalerne skal endvidere definere, hvilke genoptræningstiltag som regionerne ud fra faglige og patientmæssige hensyn skal kunne løfte, for eksempel genoptræning af lungekræftpatienter umiddelbart efter operation.

### **4.4 Indsatsområde 4: Sundheds-it og digitale arbejdsgange**

Sundheds-it er et afgørende redskab for patienter og deres pårørende. Det er et redskab, som patienter og pårørende anvender til at orientere sig om deres patientforløb. Desuden er sundheds-it et vigtigt grundlag for at følge behandlingsplaner og sikre opdaterede og korrekte in-

formation på tværs af sundhedsvæsenet aktører. Det er derfor afgørende, at det fremgår af sundhedsaftalerne, at information om patienten, herunder i særdeleshed ved sektorovergang, understøttes af relevant og opdateret sundheds-it.

### **5.1 Arbejdsdeling, samarbejde og herunder videndeling og sundhedsfaglig rådgivning imellem sektorer**

Kræftens Bekæmpelse støtter, at det af vejledningen tydeligt fremgår, at sundhedsaftalens parter skal sikre, at viden og erfaringer udveksles og anbefaler, at det skrives ind i vejledningen, at der tillige er mulighed for at indhente viden fra andre relevante aktører, herunder fra patientorganisationer. Kræftens Bekæmpelse har som patientorganisation en unik viden om patienternes behandlings-, palliative og rehabiliteringsforløb, hvorfor vi meget gerne stiller vores viden til rådighed i forbindelse med drøftelser af konkrete patientforløb og generelle sundhedsproblemstillinger.

### **5.3 Inddragelse af patienter og pårørende**

Kræftens Bekæmpelse finder det positivt, at Sundhedsstyrelsen lægger vægt på, at sundhedsaftalen skal medvirke til at understøtte inddragelse af patienter og pårørende i eget forløb og i organisatoriske tiltag. Kræftens Bekæmpelses nationale undersøgelse af kræftpatienters oplevelser og behov, Barometerundersøgelsen, viser bl.a., at hovedparten af de adspurgte kræftpatienter ønsker aktiv inddragelse i kliniske beslutninger om behandlingsvalg og opfølgning. Det er derfor vigtigt, at sundhedsaftalen indeholder konkrete modeller/redskaber til inddragelse af patienter og pårørende, og at patienterne inddrages i udvalgsarbejdet.

Eksisterende viden viser også, at kræftpatienter ønsker let og hurtig adgang til egne data og en personlig kræftplan, der indeholder opdateret information om sygdom, behandling, aftaler og kontaktmuligheder. Det anbefales som konkret redskab til at understøtte, at patienter og pårørende sikres nem adgang til dialog med relevante aktører i forløbet, som anført i vejledningen.

### **5.4 Lighed i sundhed**

Kræftens Bekæmpelse finder det positivt, at sundhedsaftalen skal understøtte større lighed i sundhed, og at det bl.a. skal ske igennem et fokus på differentierede tilbud, som er tilpasset den enkelte borgers behov. Det er væsentligt, at alle kræftpatienter behandles kvalificeret. I dag udgør kræftpatienter med andre sygdomme omkring 40 pct. af alle kræftpatienter, og ca. halvdelen af dem er over 70 år. Data fra Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital viser, at kræftpatienter med andre sygdomme oplever:

- I mindre grad at modtage behandling for deres kræftsygdom
- Hyppigere kirurgiske komplikationer
- Sjældnere at færdiggøre deres kemoterapibehandling som planlagt
- At der går længere tid før at operation og kemoterapi påbegyndes.

Sikring af lighed i sundhed for kræftpatienter med andre sygdomme, kræver bl.a. at kommuner og regioner i regi af sundhedsaftalerne konkret udarbejder en strategi for, hvordan kræftpatienter med andre sygdomme håndteres – at der opsættes klare mål for arbejdet med tydelig ansvarsplacering, eksempelvis ved at hospitalerne samarbejder på tværs af hospitalsafdelinger og med kommunerne på social- og sundhedsområdet. Sundhedsaftalen bør derudover indeholde mål om, at alle kræftpatienter bliver tilknyttet multidisciplinære teams med særligt fokus på patienter med flere samtidige sygdomme, at alle sundhedsprofessionelle sikres den nødvendig faglig videreuddannelse og viden på kræftområdet, og at gode behandlingserfaringer spredes og deles nationalt.

### **5.5 Dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling**

Kræftens Bekæmpelse er positive over for Sundhedsstyrelsens ønske om ét fælles ensartet datagrundlag, der understøtter kvalitetssikring og opfølgning i forhold til aftalens indsatsområder. Det er essentielt, at selve grundlaget for løbende monitorering på tværs af sektorer først og fremmest etableres. Det er endnu ikke muligt at indhente data i kommunalt regi, ej heller eksisterer der en ensartet registreringspraksis mellem sygehusene. Systematisk opfølgning på sundhedsaftalens indsatsområder kræver en styrket kvalitetsmonitorering både på kommunalt og regionalt niveau. Endeligt anbefales det, at der sikres synlighed i data, så det er muligt at følge arbejdet med aftalens indsatsområder.

Med venlig hilsen



Leif Vestergaard Pedersen  
Adm. direktør



Vedr. Høringssvar på Sundhedsstyrelsens vejledning om  
sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler - revision 2013 -  
høringsudkast

Lejre Kommune  
Møllebjergervej 4  
4330 Hvalsø  
T 4646 4646  
F 4646 4615  
H [www.lejre.dk](http://www.lejre.dk)

Lone Feddersen  
Servicecenter Hvalsø  
E

Dato: 25. november  
2013  
J.nr.: 13/19961

#### Lejre Kommunes høringssvar

Lejre Kommune finder det positivt, at der kun skal indgås én samlet sundhedsaftale mellem den enkelte region og kommunerne i regionen. Der ligger dog en udfordring i, at vejledningen lægger op til, at aftalerne skal tage udgangspunkt i de kommunale og regionale sundhedsprofiler, og at aftalerne skal understøtte samarbejdet omkring og udviklingen af borgernære sundhedstilbud. Udfordringen ligger ikke i, at man skal samarbejde omkring sundhedstilbud, men at der i relation til sundhedsprofilerne kan være relativt store forskelle mellem de enkelte kommuners profiler og de heraf afledte udviklings- og samarbejdsbehov omkring relevante sundhedstilbud. Det nære sundhedsvæsen, herunder de sundhedstilbud kommunerne har, vil i en vis udstrækning være forskellige fra kommune til kommune. Aftalerne skal således kunne rumme denne forskellighed.

Med venlig hilsen

Pva. Lone Feddersen  
Direktør

Tina F. Nicolaisen  
Udviklingskonsulent  
Lejre Kommune



[spok@sum.dk](mailto:spok@sum.dk)

[fobs@sst.dk](mailto:fobs@sst.dk)

## Høringssvar

Lægeforeningen har modtaget udkast til bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler samt revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler i høring.

Dette høringssvar rummer 1. Lægeforeningen og PLO's generelle kommentarer til begge høringsudkast samt 2. konkrete bemærkninger til udkast til bekendtgørelse og 3. konkrete bemærkninger til vejledningen.

### 1. Kommentar om almen praksis' rolle i sundhedsaftalerne

Lægeforeningen og PLO har tidligere foreslået, at almen praksis bliver direkte aftalepart i sundhedsaftalerne og beklager, at der ikke har været opbakning hertil i Folketinget. Eftersom formålet med sundhedsaftalerne er at sikre tværgående samarbejde og koordination mellem sygehuse, de kommunale sundhedstilbud og almen praksis, finder PLO det afgørende vigtigt, at almen praksis under alle omstændigheder inddrages i meget høj grad ved udarbejdelsen af sundhedsaftalerne.

Der for bør almen praksis' rolle ved udarbejdelsen af sundhedsaftaler trækkes endnu tydeligere frem end tilfældet er i det modtagne høringsudkast. Eksempelvis bør det, som også tidligere tilkendegivet af ministeren, fremgå, at der systematisk skal inddrages nødvendig fagkundskab fra bl.a. Dansk Selskab for Almen Medicin og Praktiserende Lægers Organisation.

Formålet er, at lægerne kan bidrage til fastlæggelsen af deres egen rolle i samarbejdet og arbejdsdelingen og sikre, at der fastlægges procedurer, som er afstemt med arbejdsgangen i almen praksis, hvilket der også har været enighed om i den nuværende overenskomst om almen praksis (jf. bilag 2 til overenskomsten mellem PLO og RLTN).

### 2. Konkrete kommentarer til udkast til bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

1. Betegnelsen "praksisudvalg" anvendes ikke længere i PLO's vedtægter, men er erstattet af betegnelsen PLO-Regionalt. Der bør derfor tilrettes i § 1, stk. 2 og 3.
2. Det bør i § 2, stk. 5 tilføjes, at der i forbindelse med udarbejdelsen

Sundhedspolitik &  
Kommunikation

25-11-2013

Jr. 2013-3181/849943  
PK

Domus Medica  
Kristianiagade 12  
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500  
Tlf.: 3544 8218 (direkte)  
E-post: dadl@dadl.dk  
E-post: pk@dadl.dk (direkte)  
Fax: 3544 8505  
www.laeger.dk



af udkast til sundhedsaftaler skal ske en systematisk inddragelse af den nødvendige fagkundskab fra Dansk Selskab for Almen Medicin og Praktiserende Lægers Organisation med det formål, at lægerne kan bidrage til fastlæggelsen af deres egen rolle i samarbejdet og arbejdsdelingen og sikre, at der fastlægges procedurer, som er afstemte med arbejdsgangen i almen praksis.

3. § 4, stk. 2, pkt. 4) beskriver indsatsområdet Sundheds-IT og digitale arbejdsgange. PLO advarer mod en ordning, hvor IT tiltag håndteres i de enkelte regioner med stor risiko for mange forskellige løsninger. PLO finder, at IT-løsninger fortsat bør implementeres via MedCom, suppleret med aftaler om vilkår i den centrale aftale mellem RLTN og PLO.

### **3. Konkrete kommentarer til revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

1. Betegnelsen "praksisudvalg" anvendes ikke længere i PLO's vedtægter, men er erstattet af betegnelsen PLO-Regionalt. Det bør derfor tilrettes på s. 1 og 2.
2. afsnit 4.1. og 4.2, s 9,10: Det er positivt, at patienter med psykisk sygdom og samtidigt misbrug af rusmidler indgår som obligatoriske målgrupper i vejledningen. Patienter med misbrug af rusmidler bør også nævnes idet ansvaret for behandling af deres afhængighed og somatiske komorbiditet også er delt mellem hhv. kommuner og regioner – i sygehusregi eller praksissektoren.
3. Afsnit 4.2, s. 10 indeholder følgende formulering:  
"Aftalen bør beskrive en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejders (både sundhedsfaglige og ikke-sundhedsfaglige) udførelse af lægelige ordinationer (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) fx ved medicingivning i eget hjem, på plejecentre eller på psykiatriske bosteder."  
PLO henleder opmærksomheden på, at det af Sundhedsstyrelsens vejledning vedr. medhjælp og delegation fra 2009 fremgår, at det kommunalt ansatte personale almindeligvis vil være i stand til at udføre almindelig medicingivning og at ledelsen er ansvarlig for, at personalet er instrueret og oplært heri, samt for at føre relevant tilsyn hermed. Sundhedsstyrelsen har endvidere over for PLO tilkendegivet, at der ikke eksisterer noget krav om, at praktiserende læger skal foretage skriftlig delegation af medicingivning over for det kommunalt ansatte personale.
4. Afsnit 4.4 s. 11-12 beskriver indsatsområdet Sundheds-IT og digitale arbejdsgange. PLO advarer mod en ordning, hvor IT tiltag



håndteres i de enkelte regioner med stor risiko for mange forskellige løsninger. PLO finder, at IT-løsninger fortsat bør implementeres via MedCom, suppleret med aftaler om vilkår i den centrale aftale mellem RLTN og PLO.

Med venlig hilsen

Mads Koch Hansen

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

**Vedr. høring om "Udkast til ny Vejledning for Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler."**

Region Nordjylland har den 4. november 2013 modtaget høringsmateriale vedrørende ny vejledning for Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, som skal ligge til grund for de kommende sundhedsaftaler, der skal udvikles i 2014.

Region Nordjylland kvitterer hermed for det tilsendte materiale, idet der gøres opmærksom på, at regionens bemærkninger indgår i det samlede høringssvar, som er fremsendt af Danske Regioner.

Afslutningsvis skal det nævnes, at regionen har været meget tilfreds med den inddragelsesproces, der har været i forbindelse med udarbejdelse af udkast til ny vejledning.

Med venlig Hilsen  
Alice Morsbøl  
Kontorchef

**Sundhed og Sammenhæng**

---

Fyrkildevvej 7  
9220 Aalborg Øst  
www.rn.dk

Specialkonsulent  
Jane Pedersen  
Direkte: 40 80 46 20  
jp@rn.dk

Ref.: Jane Pedersen

Sagsnummer:  
2013-020609

25. november 2013





Sundhedsstyrelsen  
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

St. Kongensgade 45  
1264 København K

Tlf. 33 92 84 00  
Fax 33 11 04 15

rr@rigsrevisionen.dk  
www.rigsrevisionen.dk

**Høringssvar – vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

5. november 2013

2. kontor

Sundhedsstyrelsen har med e-mail sent høring over revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, sagsnr. 4-1211-9/1.

J.nr.: 2013-6000-31

Rigsrevisionen har ingen bemærkninger til udkastet.

Med venlig hilsen

Katrine Ellitsgaard  
Specialkonsulent, COR-revisor

Sundhedsstyrelsen  
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S  
Att.: Bente Møller

25. november 2013

### **Høringssvar – vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

Vi har i Rådet for Bedre Hygiejne med interesse gennemgået udkastet til revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og har følgende kommentarer:

Vi ser det som positivt, at vejledningen understreger forebyggelse som et obligatorisk område for sundhedsaftalerne. Samtidig kan vi se mange områder, som naturligt kan fremmes gennem en styrket indsats for bedre hygiejne.

Smittespredning og ikke mindst spredning af resistente bakterier er af stor samfundsmæssig betydning, men der synes ikke i omtalen af forebyggelsesområderne at være fokus på en konkret eller styrket indsats på hygiejne-området.

Vi er klar over, at hygiejne og infektionsforebyggelse kan være indeholdt i begreberne ”øget kvalitet”, ”patientsikkerhed” og ”forebyggelse af utilsigtede hændelser” samt ”forebyggelse forud for operationer” og ”reduktion af risiko for genindlæggelse”. Vi så dog gerne, at det tydeligere blev konkretiseret, at infektionshygiejniske tiltag via daginstitutioner, skoler, arbejdspladser, plejesektor og almen borgerinformation kan forebygge infektioner og spredning af resistente bakterier.

Det er glimrende, at der gøres opmærksom på nødvendigheden af kompetenceudvikling og mulighed for rådgivning. Udover de nævnte særlige grupper, finder vi det vigtigt, at der også er evidensbaseret oplysning og medinddragende tiltag, der retter sig mod befolkningen som helhed.

På vegne af Rådet for Bedre Hygiejne

Formand Susanne Knøchel  
Professor  
Institut for Fødevarevidenskab/Fødevaremikrobiologi, Københavns Universitet



Sjældne Diagnoser

Sundhedsstyrelsen

e-mail: [fobs@sst.dk](mailto:fobs@sst.dk)

Blekinge Boulevard 2  
2630 Taastrup

Telefon 33 14 00 10

mail@sjaelndiagnoser.dk  
www.sjaelndiagnoser.dk

Under protektion af  
H.K.H. Kronprinsesse Mary

25. november 2013

### Høringssvar til "vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler"

Sjældne Diagnoser takker for muligheden for at afgive høringssvar om ovenstående. Vi er medlem af Danske Patienter og henviser til høringssvar herfra.

Herud over vil vi gerne bemærke, at netop for sjældne patienter er det af stor betydning, at der fremover udarbejdes én sundhedsaftale pr. region. Sjældnen sygdom er bl.a. kendetegnet ved

- At antallet af personer med en diagnose er lille og at den geografiske spredning er stor
- At der er tale om alvorlige, komplekse tilstande og syndromer, der kræver en tværfaglig tilgang og at mange fagpersoner involveres
- At der kun eksisterer meget begrænset viden om den enkelte diagnose og følgerne af den – både blandt fagpersoner og blandt andre borgere

En indsats på tværs af sektorer og på tværs af kommune- og regionsgrænser, vil derfor ofte være påkrævet, når sjældne patienter skal have samme gode behandling og støtte som andre patientgrupper.

Derfor vil det være hensigtsmæssigt i **vejledningens afsnit 3.3** omhandlende målgrupper at fremhæve, at aftalen bl.a. bør have fokus på patienter med sjældne sygdomme.

Med venlig hilsen

Birthe Byskov Holm, formand

/Lene Jensen, direktør

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud  
**Sendt:** 19. november 2013 13:01  
**Til:** Janni Stauersbøll Kramer  
**Emne:** VS: Statens Institut for Folkesundhed - HØRING: Revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler  
**Vedhæftede filer:** Høringsbrev - Revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.pdf; Høringsliste - Revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler\_041113.pdf; Høringsudkast - Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.pdf

---

**Fra:** Nanna Heick Friis [mailto:nahef@si-folkesundhed.dk] **På vegne af** Morten Grønbæk  
**Sendt:** 19. november 2013 12:26  
**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud  
**Emne:** Statens Institut for Folkesundhed - HØRING: Revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har indgivet bemærkninger til ovennævnte høring til Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet under Syddansk Universitet og henholder sig i øvrigt til universitetets høringssvar. Der fremsendes således ikke høringssvar direkte fra SIF til denne høring.

Venlig hilsen

**Morten Grønbæk**

Direktør, professor, dr.med., ph.d.  
**Statens Institut for Folkesundhed**  
Syddansk Universitet  
Øster Farimagsgade 5A  
1353 København K

Telefon: 6550 7777 Direkte: 6550 7700  
Email: [mg@si-folkesundhed.dk](mailto:mg@si-folkesundhed.dk)  
Web: [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)



---

**Fra:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud [mailto:fobs@SST.DK]  
**Sendt:** 4. november 2013 14:37  
**Til:** [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk); [kl@kl.dk](mailto:kl@kl.dk); [regionh@regionh.dk](mailto:regionh@regionh.dk); [regionsjaelland@regionsjaelland.dk](mailto:regionsjaelland@regionsjaelland.dk); [kontakt@regionsyddanmark.dk](mailto:kontakt@regionsyddanmark.dk); [kontakt@regionmidtjylland.dk](mailto:kontakt@regionmidtjylland.dk); [region@rn.dk](mailto:region@rn.dk); [3f@3f.dk](mailto:3f@3f.dk); [apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk](mailto:apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk); [danske.bandagister@mail.dk](mailto:danske.bandagister@mail.dk); [drg@rehabgroup.dk](mailto:drg@rehabgroup.dk); [do@optikerforeningen.dk](mailto:do@optikerforeningen.dk); [cert.info@dscert.dk](mailto:cert.info@dscert.dk); [dkfe@danskkiropraktorforening.dk](mailto:dkfe@danskkiropraktorforening.dk); [dsam@dsam.dk](mailto:dsam@dsam.dk); [office@ortopaedi.dk](mailto:office@ortopaedi.dk); [dp@dp.dk](mailto:dp@dp.dk); [dsr@dsr.dk](mailto:dsr@dsr.dk); [ds@socialrdg.dk](mailto:ds@socialrdg.dk); [info@tandlaegeforeningen.dk](mailto:info@tandlaegeforeningen.dk); [info@dansktp.dk](mailto:info@dansktp.dk); [dbio@dbio.dk](mailto:dbio@dbio.dk); [fysio@fysio.dk](mailto:fysio@fysio.dk); [info@deoffentligetandlaeger.dk](mailto:info@deoffentligetandlaeger.dk); [dbf@dentalbranchen.dk](mailto:dbf@dentalbranchen.dk); [etf@etf.dk](mailto:etf@etf.dk); [ff@farmakonom.dk](mailto:ff@farmakonom.dk); [foa@foa.dk](mailto:foa@foa.dk); [post@diaetist.dk](mailto:post@diaetist.dk); [kontakt@radiograf.dk](mailto:kontakt@radiograf.dk); [fas@dadl.dk](mailto:fas@dadl.dk); [fsd@rk.dk](mailto:fsd@rk.dk); [sek@jordemoderforeningen.dk](mailto:sek@jordemoderforeningen.dk); [post@kost.dk](mailto:post@kost.dk); [info@lkt.dk](mailto:info@lkt.dk); [lasf@lasf.dk](mailto:lasf@lasf.dk); [dadl@dadl.dk](mailto:dadl@dadl.dk); [info@lif.dk](mailto:info@lif.dk); [medico@medicoindustrien.dk](mailto:medico@medicoindustrien.dk); [lvs@dadl.dk](mailto:lvs@dadl.dk); [pd@pharmadanmark.dk](mailto:pd@pharmadanmark.dk); [pto@pto.dk](mailto:pto@pto.dk); [plo@dadl.dk](mailto:plo@dadl.dk); [sl@sl.dk](mailto:sl@sl.dk); [yl@dadl.dk](mailto:yl@dadl.dk); [landsforeningen@sind.dk](mailto:landsforeningen@sind.dk); [info@bedrepsykiatri.dk](mailto:info@bedrepsykiatri.dk); [mail@dukh.dk](mailto:mail@dukh.dk); [dhf@dhf-net.dk](mailto:dhf@dhf-net.dk); [dh@handicap.dk](mailto:dh@handicap.dk); [info@danskepatienter.dk](mailto:info@danskepatienter.dk); [info@danske-aeldreraad.dk](mailto:info@danske-aeldreraad.dk); [dch@dch.dk](mailto:dch@dch.dk); [df@diabetes.dk](mailto:df@diabetes.dk); [fbr@fbr.dk](mailto:fbr@fbr.dk); [info@gigtforeningen.dk](mailto:info@gigtforeningen.dk); [admin@hjernesagen.dk](mailto:admin@hjernesagen.dk); [post@hjertereforeningen.dk](mailto:post@hjertereforeningen.dk); [hospiceforum@hospice.dk](mailto:hospiceforum@hospice.dk);

**Fra:** Kirsten Fly Malling [<mailto:kfm@sdu.dk>]

**Sendt:** 20. november 2013 16:07

**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

**Cc:** Jens Oddershede; Bjarne Graabech Sørensen; Jacob Schmidt; Merete Ruager; Steen Kærn Christiansen; Jørgen Schou; journal mailbox

**Emne:** Høringssvar - vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

Syddansk Universitets j.nr. 024-2013.

Sundhedsstyrelsen har ved e-mail af 4. november 2013 anmodet Syddansk Universitet om evt. bemærkninger til ovenstående udkast til revideret vejledning.

Universitetet har følgende bemærkninger:

- 1) Under pkt. 3.2 bør det nævnes, at forsknings- og uddannelsesinstitutioner, som er naturlige samarbejdspartnere for region og kommuner under hver af de fem sundhedsaftaler, inddrages som part i drøftelser og udarbejdelse af forslag til aftaler.
- 2) Under pkt. 3.5 bør det nævnes, at der kan indgås supplerende aftaler, hvor forsknings- og uddannelsesinstitutioner, som er naturlige samarbejdspartnere for region og kommuner, er part.
- 3) I afsnit 5.5 i vejledningen nævnes det, at "sundhedsaftalen skal medvirke til at sikre et fælles ensartet datagrundlag..." samt at "der [bør] være ensartet registrering og enighed om afgrænsning af særlige målgrupper, så definitioner af patientgrupper som fx skrøbelige/sårbare patienter er ens på tværs af sektorer".

Universitetet kan bifalde, at der sker en sådan ensretning i sundhedsaftalerne, da det vil sikre, at aftalerne bedre kan følges op monitorerings- og forskningsmæssigt. Der savnes dog en højere grad af præcisering af, hvad der ligger i denne ensretning af aftalerne. Er den tænkt på kommunalt, regionalt eller nationalt niveau? Ud fra en monitorerings- og forskningsmæssigt perspektiv vil det være at foretrække, at ensretningen finder sted på så højt et niveau som muligt, gerne nationalt niveau. Syddansk Universitet vil derfor foreslå, at der i tilknytning til vejledningen udarbejdes et bilag, hvor målgrupper/patientgrupper mv. nærmere defineres, således at der bliver et fælles nationalt udgangspunkt for målgruppeafgrænsning i sundhedsaftalerne.

På rektors vegne

**Jørgen Schou**

Kontorchef, Juridisk Kontor, Ledelsessekretariatet

Tlf. 6550 1040  
Mobil 6011 1040  
Fax 6550 1090  
Email [js@sdu.dk](mailto:js@sdu.dk)  
Web <http://www.sdu.dk/ansat/js>  
Adr. Campusvej 55, 5230 Odense M



**SYDDANSKUNIVERSITET.DK**

Sundhedsstyrelsen  
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud  
[fobs@sst.dk](mailto:fobs@sst.dk)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Sygehuspolitik  
[spok@sum.dk](mailto:spok@sum.dk)

Tandlægeforeningen  
Amaliegade 17  
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11  
Fax: 70 25 16 37  
[info@tandlaegeforeningen.dk](mailto:info@tandlaegeforeningen.dk)  
[www.tandlaegeforeningen.dk](http://www.tandlaegeforeningen.dk)

CVR nr. 21318418

**Vedr.: Bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

Tandlægeforeningen har den 4. november 2013 modtaget høringsmateriale vedrørende ovennævnte udkast til bekendtgørelse og vejledning og har hertil følgende bemærkning:

Idet bekendtgørelsen/vejledningen berører praksissektoren, finder Tandlægeforeningen det helt naturligt, at tandlæger udpeges til Sundhedskoordinationsudvalgene, således at den odontologiske vinkel er repræsenteret.

Tandlægeforeningen er optaget af flere af de temaer, som skal indgå i sundhedsaftalerne. Tandlægeforeningen har således fokus på sundhedspolitiske emner såsom den orale almensundhed, og også marginale grupper, særlige og sjældne sygdomme og handicaps, samt lighed i sundheden, fx den lige og frie adgang til kvalificeret og faglig kompetent tandpleje.

Med venlig hilsen

  
Freddie Sloth-Lisbjerg  
Formand

  
Joakim Lilholt  
Direktør

Dato: 25. november 2013

Sagsbeh:

E-mail: [jap@tdl.dk](mailto:jap@tdl.dk)

Sagsnr.: 099\_hoering\_2013



Sundhedsstyrelsen

Sendt per e-mail til: fobs@sst.dk

### **Høringssvar – vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

Sundhedsstyrelsens høringsudkast giver anledning til følgende bemærkninger og forslag fra Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn:

**a. Ad afsnit 2.5 (s. 4):** Drøftelse af øvrige relevante emner

Udover henvisningen til bekendtgørelsens § 3, skt. 5 vil en henvisning til vejledningens afsnit 5 Tværgående temaer konkretisere ”emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb”.

**b. Ad afsnit 2.6 (s. 5):** Information af sundhedskoordinationsudvalg i de øvrige regioner

Den gensidige informationspligt foreslås udvidet til at omfatte de løsningsmodeller for samarbejdet mellem hospitaler, praksissektor og kommunale tilbud, som gør sig gældende i Sundhedsstyrelsens faglige vejledninger og anbefalinger.

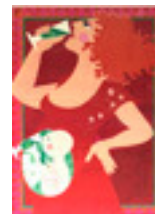
**c. Ad afsnit 3.4 (s.7):** Aktører

Udover at ”Aktørerne skal kende til relevante dele af sundhedsaftalen og medvirke ved implementeringen heraf” anbefales det, at aktørerne får mulighed for faglig rådgivning i forbindelse med udarbejdelsen af afsnit i sundhedsaftalen om sundhedsydelser inden for de fire obligatoriske indsatsområder, som deres faggruppe er eller bliver involveret i. Dette vil kunne fremme såvel formidlingen som også en aktiv medvirken til implementeringen.

**d. Ad afsnit 3.6 (s. 8):** Forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler

Det bør anbefales, at der udarbejdes forløbsprogrammer for den tværfaglige og tværsektorielle indsats over for en afgrænset gruppe af patienter, f.eks.





Familieambulatoriets målgruppe, som Sundhedsstyrelsen har udsendt en speciel faglig vejledning for. Dette vil kunne støtte det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde som led i sundhedsaftalen. Det bør tillige anbefales, at forløbsprogrammer indeholder fælles faglige retningslinjer for de implicerede aktørers indsats over for den omhandlede, afgrænsede målgruppe.

**e. Ad afsnit 4.1 (s.9): Indsatsområdet 1: Forebyggelse**

Det forekommer relevant at henvise til de af Sundhedsstyrelsens vejledninger og anbefalinger, som er for relevante, herunder også Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier, Sundhedsstyrelsen, 30. juni 2009.

Endvidere foreslås, at initiativer til tværregional og tværkommunal erfaringsudveksling og videndeling gøres til en fast bestanddel af dette og obligatoriske indsatsområder – jfr. nedenstående bemærkninger til pkt. 5.1.

**f. Ad afsnit 5.1 (s. 12): Arbejdsdeling, herunder videndeling og sundhedsfaglig rådgivning imellem sektorer**

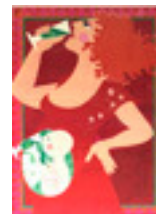
Videncenteret tillader sig at pege på sine særdeles positive erfaringer med såvel monofaglig og tværfaglig som også tværregional og tværsektoriel videndeling og erfaringsudveksling i relation til indsatsen over Familieambulatoriets målgruppe. Nærmere beskrivelse af dette samarbejde findes i Videncenterets "Årsberetning 2012" (vedhæftes).

**g. Ad afsnit 5.3 (s. 14): Inddragelse af patienter og pårørende**

Brugerperspektivet i forbindelse med indsats over for udsatte børn – specielt de nyfødte og spæde børn - vil efter nugældende regler ikke kunne varetages uden inddragelse af forældremyndighedsindehaveren. Herved vil der i nogle tilfælde, oftest vedrørende de mest udsatte børn, være en diskrepans mellem barnets behov og forældremyndighedsindehaverens vurdering af barnets behov. For at sikre dette dilemma er det nødvendigt med en værge for barnet i form af en børnesagkyndig myndighedsperson til sikring af barnets sundhed, udvikling og omsorgssituation.







**h. Ad afsnit 5.4. (s. 14) Lighed i sundhed**

Den negative sociale arv vil kunne brydes ved tidlig tværfaglig og tværsektoriel indsats fra den tidlige graviditet over for psykosocialt belastede gravide, herunder gravide med forbrug af alkohol og andre rusmidler. Herved vil skabes større lighed i sundhed for såvel børn som på sigt unge og voksne.

**i. Ad afsnit 5.5 (s. 14): Dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling**

Som eksempel på "fælles og ensartet datagrundlag" og "ensartet registrering" inden for et afgrænset indsatsområde kan nævnes den fælles landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase for de regionale familieambulatorier (FA-databasen), der er udviklet og implementeret med støtte fra TrygFonden.

**j. Ad Referencer (s. 17):**

Under Indsatsområde 1 Forebyggelse bør tilføjes: Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier, Sundhedsstyrelsen, 30. juni 2009

Mange venlige hilsner

May Olofsson, overlæge og leder af

Familieambulatoriet Region Hovedstaden og

Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn

Telefon: 38 62 34 90, mobil: 27 28 84 01, e-mail: [may.jonna.olofsson@regionh.dk](mailto:may.jonna.olofsson@regionh.dk)



Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

Sendes til: fobs@sst.dk

13. november 2013  
MVJ

## **Høringssvar om udkast til vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Ældre Sagen ser – helt på linje med både denne og den foregående regering – sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftalerne som et afgørende redskab til at sikre sammenhængende patientforløb. Ældre Sagen hilser derfor denne revision af vejledningen velkommen og er meget enig i visionerne for vejledningen. Ældre Sagen ser – i forlængelse af evalueringen af kommunalreformen - frem til en styrkelse og bedre af håndtering af de såkaldte "gråzone-problematikker", som fortsat er en stor udfordring for det danske sundhedsvæsen og for mange patienter. Skal vejledningen indfri forventningerne, må der være utvetydige og forpligtende anvisninger på, hvordan gråzoneproblematikkerne skal løses.

Ældre Sagen mener ikke, at dette udkast til vejledning er tilstrækkeligt konkret og præcist formuleret. Ældre Sagen opfordrer derfor til en gennemskrivning, hvor de mange abstrakte begreber erstattes af eksplicite henvisninger til, hvad man forventer. Det kan f.eks. være *hvilken* af de "nationale indikatorer" og *hvilke* konkrete mål, man henviser til. Det ville ligeledes være hensigtsmæssigt med eksempler og at fjerne de mange forbehold, som f.eks. "kan med fordel" og "i relevant omfang".

### **1.1 Ændringer i forhold til tidligere vejledning**

Ældre Sagen ser positivt på, at de fire nye obligatoriske indsatsområder afspejler et sammenhængende patientforløb. Ældre Sagen hilser også målet om "større kvalitet og ensartethed i tværsektorielle arbejde" velkomment – og at det skal ske via "konkrete



målsætninger" og "systematisk opfølgning". Også fokus på lighed i sundhed og ligestilling af somatiske og psykiatriske patienter er gode og relevante fokusområder.

Desværre står disse begreber alene hen, og uden forpligtende anvisninger. Ældre Sagen frygter, at de gode intentioner i vejledningen ikke kan indfries: Problemstillinger bliver vanskelige at håndtere, når ingen tager ansvar for at konkretisere dem. I den nuværende vejledning er der udførlige beskrivelser af afklaringspunkter i bilagene. Sådanne afklaringslister med forpligtelser til sundhedsaftalens obligatoriske indsatsområder bør der også udarbejdes til denne vejledning.

## **2 Sundhedskoordinationsudvalg**

Der er lagt op til, at sundhedsaftalerne og sundhedsvæsenet skal have bedre patientinddragelse. Som nævnt i høringen til revideret bekendtgørelse foreslår Ældre Sagen, at også brugere repræsenteres i sundhedskoordinationsudvalgene, således at et medlem udpeges som repræsentant for patienter/borgere.

### **2.2 Fastlæggelse af konkrete målsætninger**

Ældre Sagen ser det som en forbedring, at sundhedsaftalerne skal bidrage til udviklingen af sundhedsvæsenet, og at der lægges op til systematisk opfølgning. Målene bør naturligvis ligge i forlængelse af visionerne om kvalitet og sammenhæng i sundhedsvæsenet. Derfor er det problematisk, at målene alene tager udgangspunkt i målene fra økonomiaftalen for 2014, som er at nedbringe antal forebyggelige og uhensigtsmæssige indlæggelser, antal genindlæggelser og antal færdigbehandlede patienter på hospitalet.

Målene siger i sig selv intet om kvalitet eller sammenhængende patientindsats. For eksempel: Hvad nytter det, at man får en masse patienter udskrevet hurtigt fra sygehus (dette er et mål), hvis det nære sundhedsvæsen ikke formår at gribe patienterne og sørge for at den rette behandling, pleje og rehabilitering øjeblikkeligt er klar i kommunerne? (dette er ikke et mål, jf. økonomiaftalen fra 2014).

Ældre Sagen opfordrer derfor til, at der formuleres klare og tydelige mål for sundhedsaftalerne med udgangspunkt i kvalitet, sammenhæng og oplevet patienttilfredshed på tværs af sektorerne.

### **2.3 Implementering og opfølgning på sundhedsaftalen**

Det bør skrives konkret – eller som et minimum fremgå af eksempler - hvilke indikatorer, der tænkes på i forbindelse med opfølgningen på implementeringen af sundhedsaftalerne. Opfølgningen "skal" fremfor "bør" tage udgangspunkt i målsætningerne.

### **2.5 Drøftelse af relevante emner**

Det bør fremgå af vejledningen hvilke relevante problemstillinger, sundhedsaftalen skal håndtere. Vi ved f.eks., at tildeling af hjælpemidler ofte opleves som vanskeligt, at udskrivelsesforløb ofte er dårligt koordineret med kommunen osv. Udover en præcisering af, hvad de "relevante problemstillinger" er, bør det også klart fremgå, hvordan disses forventes håndteret, herunder afklaring af ansvarsfordeling mv.



### 3.3 Målgrupper

Efter sætningen: "Aftalen skal håndtere relevante problemstillinger som typisk opleves", bør man nævne hjælpemidler, ventetider, kontinuitet og koordination af behandling og pleje, forløbskoordinator.

### 3.6 Forløbsprogrammer

Forløbsprogrammer er et vigtigt redskab til at sikre sammenhæng. Derfor er det vigtigt, at vejledningen ikke lægger op til, at der "kan", men at der "skal" aftales udarbejdelse af forløbsprogrammer. Det bør desuden fremgå af vejledningen, at der for målgruppen ældre medicinske patienter skal udarbejdes aftale om fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner. Der er i udmøntningsplanen for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient allerede indgået forpligtende aftale om, at forløbskoordination til særligt svækkede ældre medicinske patienter skal indarbejdes og forankres i sundhedsaftalerne. Det er derfor vigtigt, at det tydeligt fremgår af denne vejledning.

### 4.1 Forebyggelse

Ingen kan være uenig i formålet "at alle borgere med behov herfor tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet". Men det er så bredt formuleret, at det næsten kan gælde enhver borger i Danmark – og der er ikke nogle konkrete anvisninger på, hvordan visionen kan virkeliggøres. Formuleringer som f.eks. "alle borgere, specielt borgere som har stort behov for forebyggende indsatser" (s. 9) bør erstattes af mere konkrete formuleringer. Hvordan sikres det, at f.eks. kronisk (multi)syge får forebyggelse?

Ældre Sagen efterlyser også konkretiseringer af, hvad begreberne "kvalitet" og "sammenhængende" dækker over. Kvalitet bør omfatte f.eks. inddragelse af patienter og pårørende, højt informationsniveau, hurtig udredning, behandling og rehabilitering, rette faglige kompetencer på rette tid og sted, osv. Ligeledes bør det præciseres, at ingen borgere skal opleve ventetid som følge af sektorovergange.

Der nævnes en del patientgrupper, som aftalen skal sikre sammenhæng for. Ældre Sagen foreslår, at også ældre medicinske patienter nævnes her, idet de udgør en gruppe med særligt behov for forebyggelsesindsats på tværs af sektorer.

Ældre Sagen finder det positivt, at vejledningen nævner behovet for kompetenceudvikling.

### 4.2 Behandling og pleje

Ældre Sagen efterlyser en beskrivelse af, hvad ligger der i "behandling og pleje". Udover lægelig behandling, sygepleje, hjemmepleje osv., bør man også i vejledningen huske f.eks. ernæring, tandsundhed og mobilitet – og det skal ikke først være del af rehabilitering, for så er det ofte for sent. Vejledningen bør lægge op til, at både akutte indsatser og planlagte indsatser skal aftales.



Der bør stå: Aftalen "skal" – og ikke "kan" – have fokus på rettidig varsling og kommunikation, hvilket er altafgørende for sammenhæng, f.eks. i indlæggelses- og udskrivningsforløb.

### **4.3 Rehabilitering, herunder træning**

Afsnittet fremstår ikke tilstrækkeligt klart pga. manglende begrebsafklaring og vekslende brug af begreberne "rehabiliteringsforløb", "genoptræningsforløb" og "træning" – og hvad er det i forhold til "genoptræning"? Ældre Sagen efterlyser en forklaring på, hvorfor der ikke bruges samme begreber som i sundhedsloven. Der bør være en rød tråd i forhold til øvrig lovgivning om genoptræning og til vejledningen om rehabilitering. Ældre Sagen opfordrer ligeledes til konsekvent brug af begrebet rehabilitering, og opfordrer til at bruge definitionen fra "Hvidbog om rehabilitering".

Ældre Sagen opfordrer til, at der tydeligere stilles krav om at nedbringe unødvendige ventetider i rehabiliteringsforløb. Det bør desuden fremgå, at ventetiden på genoptræning maks. bør være én uge efter udskrivelse fra hospital.

Desuden står de i hele afsnittet "bør" (eller synonyme til bør) – hvilket gør afsnittet alt for tvetydigt. Der bør erstattes med "skal".

Ældre Sagen får henvendelser fra patienter, som oplever at blive sendt frem og tilbage mellem hospital og kommune i forbindelse med rehabilitering, og at tildeling af hjælpemidler og behandlingsredskaber er blevet vanskeligere. Med lange ventetider og dårlig rehabilitering til følge. Ældre Sagen oplever generelt, at hjælpemiddelområdet fortsat ikke fungerer optimalt. Uklare regler gør, at patienterne bliver kastebold i systemet, og at patienterne ikke kender deres rettigheder.

Ældre Sagen er bekymret over, hvad der kommer til at ske med hjælpemiddelområdet, som i dag er obligatorisk indsatsområde. Denne vejledning skal derfor give klare retningslinjer på hjælpemiddelområdet og tydeligt beskrive de snitfladeproblematikker, der skal afklares i sundhedsaftalerne. Der kan f.eks. udarbejdes et bilag med konkrete afklaringspunkter inden for vigtige emneområder, herunder psykiatri og ældre medicinske patienter. I den forbindelse opfordrer Ældre Sagen endnu engang til, at "afgrænsningscirkulæret" om hjælpemidler og behandlingsredskaber gennemgås og revideres.

### **5.2 Koordination af kapacitet**

Vi opfordrer til, Sundhedsstyrelsen tager ansvar med at udstikke retningslinjer for at sikre, at der er de nødvendige kompetencer til stede i forhold til evt. opgaveoverdragelse mellem sektorer.

Opfordringen til, at "en række sundhedsydelser, som tidligere har været leveret på sygehuse, kan med den fornødne kapacitet, patientvolumen, kompetenceudvikling og kvalitetssikring varetages i det borgernære sundhedsvæsen", bør uddybes med eksempler.



Ældre Sagen mener, at det er meget vigtigt at holde fast i målet om en styrkelse af sundhedsaftalerne og sundhedskoordinationsudvalg – og derfor ser vi frem til en ændring af dette udkast til vejledning, som gør den langt mere forpligtende.

Med venlig hilsen

  
Michael Teit Nielsen

Underdirektør

**Fra:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud  
**Sendt:** 26. november 2013 11:23  
**Til:** Janni Stauersbøll Kramer  
**Emne:** VS: ÆldreForum - Høringssvar - vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler"

---

**Fra:** Liselotte Lundsfryd [<mailto:LLU@aeldreforum.dk>]  
**Sendt:** 26. november 2013 09:27  
**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud  
**Emne:** ÆldreForum - Høringssvar - vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler"

**Svar på høring over udkast til revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.**

Tak for det tilsendte udkast udsendt den 4. november 2013.

ÆldreForum betragter materialet som værende fremsendt til rådets orientering. Som tidligere nævnt afgiver ÆldreForum som udgangspunkt ikke høringssvar, da rådet er sammensat med bl.a. embedsmænd fra flere ministerier og interesseorganisationer.

Men rådet modtager fortsat meget gerne udkast til vejledninger og lovforslag, der vedrører ældre, da disse informationer er et vigtigt element i den sum af viden og erfaringer, som rådet baserer sit arbejde på.

Venlig hilsen

Liselotte Lundsfryd  
Fuldmægtig

Mobil: +45 41 74 00 41  
E-mail [LLU@aeldreforum.dk](mailto:LLU@aeldreforum.dk)

-----  
ÆldreForum  
Edisonsvej 18, 1 sal  
5000 Odense C  
Telefon: +45 72 42 39 90  
Fax: +45 72 42 39 91  
[www.aeldreforum.dk](http://www.aeldreforum.dk)



**Fra:** Ann Karina Schelde [<mailto:aks@adm.aau.dk>]

**Sendt:** 25. november 2013 20:47

**Til:** Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

**Cc:** Bodil Brander Christensen; ADM Teknat/Sund fakultetskontor

**Emne:** Det Sundhedshedsvidenskabelige Fakultet Aalborg Universitet - Høringssvar – vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (sags nr. 2013-080-00329)

Høringssvar.

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet har følgende kommentar til høring vedr. udkast til revideret vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler:

Det er et godt afsæt for fremtidig koordinering af opgaver mellem sektorerne, og fremtidige sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner på sundhedsområdet.

Med venlig hilsen

Ann Karina Schelde

Dekansekretær

Ledelsessekretariatet

Det Sundhedshedsvidenskabelige Fakultet

Aalborg Universitet