



21-11-2013

Sag nr. 13/1086

Dokumentnr. 52320/13

Rikke Gravlev Poulsen

/Birgitte Harbo

Tel. 35298115

E-mail: Bih@regioner.dk

Høringssvar om udkast til revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

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

Høringssvaret afgives med udgangspunkt i bidrag fra regionerne. Danske Regioner tager i høringssvaret forbehold for politisk godkendelse.

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.

Danske Regioner gør desuden opmærksom på, at der i høringssvar om vejledning naturligt vil være en del overlap med høringssvar om bekendtgørelsen, men at høringssvar om vejledningen på en række områder uddyber Danske Regioners kommentarer til bekendtgørelsen.

Bemærkninger til bekendtgørelsen

Danske Regioner er generelt set enig i ændringerne af bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Ændringerne udgør et godt grundlag for den fortsatte udvikling af samarbejdet mellem regioner og kommuner om de fælles opgaver på sundhedsområdet.

De fire obligatoriske indsatsområder indenfor *forebyggelse, behandling og pleje, rehabilitering herunder træning* samt *sundheds-it og digitale arbejdsgange* samt de tværgående temaer er relevante og favner de områder, hvor der er størst behov for videreudvikling af samarbejdet. Valg af områder stemmer overens med Danske Regioners ønske om at sætte fokus på overgange i samarbejdet samt vidensdeling, rådgivning og kvalitetsudvikling i 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 aftaler om genoptræning. Ordet træning bruges i øvrigt ikke i teksten i vejledningen.

Danske Regioner deler intentionerne om stor grad af involvering af brugere og patientforeninger i arbejdet med udarbejdelse om implementering af sundhedsaftalen. Det er derfor vigtigt, at arbejdet med udarbejdelse af bekendtgørelse for patientinddragelsesudvalget igangsættes snarest.

Danske Regioner støtter, at der fremover skal udarbejdes én samlet sundhedsaftale pr. region. Det er med til at sikre en vis ensartethed i de muligheder, der er for den enkelte borger i et patientforløb. Danske Regioner ser desuden frem til, at aftalerne vil tage afsæt i konkrete målsætninger, og at der er lagt op til et øget fokus på implementering og opfølgning. I praksis er det imidlertid en stor udfordring at udvikle indikatorer, der kan sige noget om, hvordan det går med at implementere sundhedsaftalerne. Særligt når det drejer sig om at måle, hvilke effekter samarbejdet har for patienterne. De nationale indikatorer bidrager på nuværende tidspunkt ikke til at løse denne udfordring.

Det er endvidere positivt, at der lægges op til en ligestilling mellem det somatiske og psykiatriske område, og at andre områder, som social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet i højere grad skal indtænkes i sundhedsaftalen. Det er dog uklart, hvordan denne sammenhæng understøttes lovgivningsmæssigt.

Danske Regioner finder, at ønsket om et ligeværdigt samarbejde mellem regioner og kommuner om de fælles opgaver på sundhedsområdet bør afspejles i aftaleparternes repræsentation ind i sundhedskoordinationsudvalget. Udvalget bør derfor være paritetisk sammensat, hvad angår medlemmer fra regioner og kommuner. Derudover bør antallet af møder ikke fremgå som en del af bekendtgørelse og vejledning, idet udvalget selv fastsætter sin forretningsorden.

I henhold til § 3 stk. 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.*

I § 3 stk. 4 fremgår det, at Sundhedskoordinationsudvalget vurderer udkast til regionens sundhedsplan og kan komme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen. Det fremgår ikke af bekendtgørelsen, at Sundhedskoordinationsudvalget på samme måde vurderer udkast til kommunernes sundhedspolitik. Danske Regioner mener, at det er naturligt, at udvalget får ansvar for at vurdere udkast til kommunernes sundhedspolitik i det omfang, at sådanne politikker foreligger. Også her med det formål at komme med anbefalinger til, hvordan kommunernes sundhedspolitik kan fremme sammenhæng i indsatsen.

I § 6 stk. 3 fremgår det, at såfremt Sundhedsstyrelsen ikke kan godkende sundhedsaftalen skal regionsrådet og kommunalbestyrelserne ændre aftalen og indsende den til godkendelse inden for en af Sundhedsstyrelsen fastsat tidsfrist. Danske Regioner finder, at Sundhedsstyrelsen må fastsætte denne frist i dialog med regioner og kommuner.

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

Med venlig hilsen

Thomas I. Jensen
Kontorchef

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

**Vedr. høring om ”Udkast til revideret bekendtgørelse om Sundhedskoordina-
tionsudvalg og sundhedsaftaler.”**

Region Nordjylland har den 4. november 2013 modtaget høringsmateriale for revideret bekendtgørelse for Sundhedskordinationsudvalg 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 revideret bekendtgørelse.

Med venlig Hilsen
Alice Morsbøl
Kontorchef

Sundhed og Sammenhæng

Fyrkildevej 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





Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Email: spok@sum.dk

KL's høringsvar vedr. revideret bekendtgørelse om SKU og sundhedsaftaler

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har sendt udkast til bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler i høring med frist den 25. november 2013.

Overordnede bemærkninger

KL imødeser, at en revision af bekendtgørelsen vil styrke sundhedsaftalernes politiske fundament, indhold, dynamik og virke. KL finder dog, at såfremt regeringens vision om et stærkt fælles sundhedsvæsen, hvor det enkelte menneske er mere borger og mindre patient skal realiseres, er der brug for, at man centralt fra i højere grad understøtter dette.

KL finder for det første, at der er brug for nogle klare rammer for, at aktørerne kan søge rådgivning hos hinanden om den fælles patient/borger. Skiftet i samarbejdets karakter, hvor flere borgere har samtidige forløb i flere sektorer, forudsætter et tættere samarbejde for at sikre kvalitet og sammenhæng. Det gælder bl.a. patienter med psykiske lidelser, ældre medicinske patienter og personer med kroniske lidelser.

Der er derfor behov for, hvis vi skal sikre nogle effektive og forebyggende forløb, at kommunerne har mulighed for adgang til sundhedsfaglig rådgivning og information om den fælles borger/patient. Disse rammer oplever kommuner ikke er til stede i dag og bør sikres gennem sundhedsloven og/eller bekendtgørelsen om SKU og sundhedsaftaler.

KL finder for det andet, at det af bekendtgørelsen bør fremgå, at aktørerne i forbindelse med opgaveoverdragelse skal indgå aftaler herom herunder også om mulig kompetenceudvikling. Borgere der udskrives til fortsat

Den 25. november 2013

Sags ID: SAG-2013-06944
Dok.ID: 1768575

LHT@kl.dk
Direkte 3370 3558
Mobil 2938 1782

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1/2

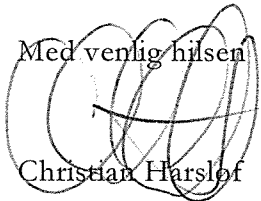
behandling, intensiv pleje og opfølgning, bør sikres de bedste rammer for behandling i eget hjem. Det forudsætter, at parterne har været i dialog om, hvad det er for en opgave, som skal overdrages til kommunen, hvordan den skal håndteres, hvilke kompetencer mv. det forudsætter og hvordan man følger op på, at det sker under fornuftige rammer. Nogle regioner og kommuner har man med gode erfaringer lavet aftaler og procedure for overdragelse af opgaver. Der er dog brug for ens og klare rammer, som sikrer, at en sådan opgaveoverdragelse sker i alle regioner.

Specifikke bemærkninger

Stk. 4. KL finder, at formuleringen med fordel kan strammes, så det fremgår, at udvalget drøfter og kommer med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

Stk. 6. KL finder, at Sundhedsstyrelsen har en central rolle ift. at understøtte vidensdeling mellem de forskellige sundhedskoordinationsudvalg også qua sin rolle med at godkende sundhedsaftalerne. Det bør ikke alene være en opgave for de 5 sundhedskoordinationsudvalg.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a horizontal stroke, positioned over the text 'Med venlig hilsen' and 'Christian Harsløf'.

Christian Harsløf

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Att. Fuldmægtig Cecilia Lawson Vinje
Mail spok@sum.dk

Sundhedsstyrelsen
Att. Overlæge Bente Møller
Mail bem@sst.dk

den 21. november 2013

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

KKR Syddanmark sender hermed sit høringssvar til høringssudkast til vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler samt revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg 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 sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler:

KKR Syddanmark imødeser, at høringssudkastet for den reviderede bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler primært skaber klarere rammer som et væsentligt grundlag for at kunne danne fem styrkede politiske aftaler med få, men målbarre 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 fleksibilitet 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 kommunerne 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 imødeset 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 trækningsret 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 tilbudsdel. 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 ambulante 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 indføres, 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



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Email: Spok@sum.dk

Sundhedsstyrelsen

Email: 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

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 rehabiliteringsstankegangen 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 ambulante 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



Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
spok@sum.dk

KKR
HOVEDSTADEN

Høringssvar fra KKR Hovedstaden vedr. revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Den 22. november 2013

Sags ID: SAG-2013-06091
Dok.ID: 1776868

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

AFP@kl.dk
Direkte
Mobil 2443 7906

Albertslund Kommune
Nordmarks Alle
2620 Albertslund

KKR Hovedstaden har følgende konkrete bemærkninger:

- § 2 stk. 5: Det er uklart, hvad ”systematisk og i relevant omfang” indebærer – ”i relevant omfang” er en tilføjelse i forhold til lovteksten.
- § 4: Regionsrådet og kommunalbestyrelserne bør fremstå som ligeværdige parter. Det foreslås, at formuleringen ændres til ”Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal...”

www.kl.dk/kkr-hovedstaden
Side 1/1

Med venlig hilsen

Steen Christiansen
Formand for KKR Hovedstaden



spok@sum.dk

fobs@sst.dk

Hørings svar

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 høringsskudkast 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 høringsskudkast. 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

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Høring over revideret bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar på bekendtgørelse vedrørende sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Danske Patienter har ligeledes afgivet høringssvar vedrørende vejledningen om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler, der er sendt til Sundhedsstyrelsen, og som afspejler de overordnede kommentarer der afgives i dette høringssvar.

Sundhedsaftaler

Danske Patienter er tilfredse med, at de nuværende 98 sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner skæres ned til fem basisaftaler for at sikre større ensartethed. Det er dog helt afgørende, at det følges op med skærpede, nationale krav til indholdet, så sundhedsaftalerne ikke bliver defineret ud fra den mindst ambitiøse kommune i en region.

Samtidig mener Danske Patienter, at der bør udarbejdes kvalitetsindikatorer på tværs af regionen, så det bliver lettere at sammenligne kvaliteten generelt og på de enkelte indsatsområder.

Inddragelse

Der nedsættes et patientinddragelsesudvalg der skal inddrages i sundhedskordinationsudvalgets arbejde i et relevant omfang. Generelt finder Danske Patienter det positivt, at der nedsættes et patientinddragelsesudvalg. Danske Patienter ser frem til en udmøntning af patientinddragelsesudvalget, da det vil være af afgørende betydning for kvaliteten at patienterne inddrages i beslutninger vedrørende samarbejdet mellem regioner og kommuner.

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

Danske Patienter mener, at det er vigtigt, at der evalueres på hvordan, arbejdet i og brugen af, patientinddragelsesudvalget fungerer.

Dato:
22. november 2013

Danske Patienter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Tlf. 33 41 47 60

E-mail:
ndn@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/2

Indsatsområder

I relation til indsatsområderne, har man i bekendtgørelsen valgt at tilføje rehabilitering som et obligatorisk indsatsområde. Danske Patienter er glade for denne tilføjelse, fordi rehabilitering kan samle centrale og sammenhængende indsatser på tværs af bl.a. patientrettet forebyggelse, træning og hjælpemidler og dermed sikre en bedre koordinering af de mange patientforløb, som trækker på elementer inden for alle tre områder.

Side 2/2

Uddybende kommentarer om indsatsområderne er afgivet i høringsvaret vedrørende vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, og som også er sendt til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse dags dato.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

25. november 2013

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
(spok@sum.dk)

Direktionen

Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Tlf +45 3525 7500
Fax +45 3525 7701
www.cancer.dk

UNDER PROTEKTION AF
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

Høring vedr. Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Kræftens Bekæmpelse ønsker indledningsvist at tilkendegive en stor tilfredshed med, at bekendtgørelsen i flere af bestemmelserne er blevet mere forpligtende over for parterne end bekendtgørelse nr. 414 af 2006.

Ændringen af § 204 i sundhedsloven i juli 2013 medførte etableringen af et patientinddragelsesudvalg, hvilket Kræftens Bekæmpelse som patientorganisation bifalder. Vi afventer med interesse den indholdsudfyldende bekendtgørelse til Patientinddragelsesudvalget. Repræsentanter for Kræftens Bekæmpelse har tidligere deltaget i Sundhedsbrugerrådene ved lokale repræsentanter, og det er Kræftens Bekæmpelses forhåbning og forventning, at patient- og pårørende organisationer, herunder Kræftens Bekæmpelse, også fremadrettet vil være repræsenteret i gruppen under sundhedskoordinationsudvalgene.

For så vidt angår de enkelte bestemmelser, bifalder Kræftens Bekæmpelse, at det nu fremgår udtrykkeligt af § 2, stk. 5, at sundhedskoordinationsudvalget systematisk skal inddrage regionens patientinddragelsesudvalg. Ligeså bifalder Kræftens bekæmpelse, at der med bekendtgørelsen § 4 er indført minimumskrav til sundhedsaftalen, idet der er indført fire obligatoriske indsatsområder.

Endelig skal det bemærkes, at omstændighederne vedr. Sundhedsstyrelsens godkendelsesproces er blevet ændret, således at styrelsen nu positivt skal godkende eller fremkomme med indsigelser inden for seks uger, og at tidsfristen således er ændret fra to måneder, hvilket Kræftens Bekæmpelse ser positivt på.

Med venlig hilsen



Leif Vestergaard Pedersen
Adm. direktør





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



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K
Att: Cecilia Lawson Vinje

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
Direkte tlf: 36 53 49 21

Høring vedr. revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

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

Indledningsvis vil Ergoterapeutforeningen rose intentionerne med den nye bekendtgørelse. Men skal disse intentioner indfries, kræver det efter Ergoterapeutforeningens opfattelse, at bekendtgørelsen ledsages af en ambitiøs, konkret og forpligtende vejledning. Det finder Ergoterapeutforeningen ikke er tilfældet med det foreliggende udkast. Foreningens høringssvar vedr. udkastet til vejledning er vedhæftet til orientering.

Herudover har Ergoterapeutforeningen alene en kommentarer til bekendtgørelsens § 4, stk. 2, nr. 3 "Rehabilitering, herunder træning":
Det fremstår uklart, hvad dette punkt indeholder. Hvornår tales der om træning, og hvornår tales om rehabilitering? Og hvorfor denne skelnen? Problemstillingerne ses tydeligt i udkastet til vejledningen, hvor hele afsnittet om rehabilitering og træning bærer præg af, at man – som oplyst til referencegruppen omkring udarbejdelsen af den nye vejledning – forventer ændringer på området til ikrafttræden i 2014, men at det endnu er uklart, hvilke forandringer, der bliver tale om.

Ergoterapeutforeningen havde meget gerne bidraget til og indgået i arbejdet omkring de lovgivningsmæssige ændringer på rehabiliterings/genoptræningsområdet, som angiveligt pågår i ministeriet netop nu. Ergoterapeutforeningens medlemmer er nøglefagpersoner på disse felter, og Ergoterapeutforeningen har derfor en meget grundig indsigt, som vi finder, at det er nødvendigt at inddrage i et sådant arbejde.

Ergoterapeutforeningen vil herudover benytte denne anledning til at opfordre til, at "Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sundhedsvæsenet" Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2006, gennemgås med henblik på revision. Ergoterapeutforeningen har sammen med en lang række andre organisationer tidligere påpeget, at cirkulæret er uanvendeligt og giver anledning til en lang række snitfladeproblemer mellem kommuner og sygehuse. Disse problemstillinger vil formentlig blive forstærkede, hvis hjælpemiddelområdet – som foreslået i udkastet til revideret bekendtgørelse om

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



sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler – udgår som selvstændigt indsatsområde i sundhedsaftalerne.

Ergoterapeutforeningen indgår gerne i et sådant arbejde og uddyber derudover gerne dette høringssvar.

Med venlig hilsen

Gunner Gamborg
Formand



Til: **Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse**

Høringssvar vedr. bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

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

Dato:
25. november 2013

E-mail:
cm@fysio.dk

Tlf. direkte:
+45

Vi vil gerne rose for intentionerne med den reviderede bekendtgørelse. Det er vigtigt at bekendtgørelsen ledsages af en ambitiøs og forpligtende vejledning, hvis intentionerne skal indfris. Desværre er det efter vores mening ikke tilfældet. Danske Fysioterapeuters høringssvar til vejledningen sendes sammen med dette høringssvar til orientering.

Danske Fysioterapeuter har følgende kommentarer til bekendtgørelsens enkelte paragraffer.

§ 1, stk. 2 og 3

Danske Fysioterapeuter er 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 praksissektor er naturlig samarbejdspartner.

§ 2, stk. 4

Vi anbefaler, at praktiserende fysioterapeuter som minimum *skal* inddrages om emner, hvor den fysioterapeutiske praksissektor vil være en naturlig samarbejdspartner. Derfor bør *kan* erstattes med *skal*.

§ 4, stk. 2, nr. 3

Denne paragraf 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.



Det fremstår uklart hvad paragraffen indeholder. Hvornår tales der om genoptræning, og hvornår tales om rehabilitering? Og hvorfor denne skelnen? Problemstillingen ses tydeligt i vejledningen.

Danske Fysioterapeuter har sammen med Ergoterapeutforeningen tidligere henvendt sig om ovenstående, men er endnu ikke blevet inddraget i arbejdet. Det forventer vi at blive.

Danske Fysioterapeuter vil herudover benytte denne anledning til at opfordre til, at "Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sundhedsvæsenet" Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2006, gennemgås med henblik på revision. Danske Fysioterapeuter har sammen med en lang række andre organisationer tidligere påpeget, at cirkulæret er uanvendeligt og giver anledning til en lang række snitfladeproblemer mellem kommuner og sygehuse. Disse problemstillinger vil formentlig blive forstærkede, hvis hjælpemiddelområdet – som foreslået i udkastet til revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler – udgår som selvstændigt indsatsområde i sundhedsaftalerne.

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

Med venlig hilsen

Tina Lambrecht
Formand

Rehabiliteringsforum Danmark



**Rehabilitation
International Denmark**
P.P. Ørumsgade 11, byg.8,
8000 Århus C
Danmark
Telefon +45 7841 4400
Telefax +45 7841 4459

info@rehabiliteringsforum.dk
www.rehabiliteringsforum.dk

Ministeriet for Sundhed og forebyggelse.

Høringssvar Rehabiliteringsforum Danmark.

Aarhus den 25.11.2013

Revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Rehabiliteringsforum Danmark takker for mulighed for at give høringssvar til *Revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*.

Vi kan støtte ændringen, der ses som en god udvikling af den gældende bekendtgørelse og som en god understøttelse af aktiviteter på rehabiliteringsområdet.

Revisionen ser efter vor mening ud til at kunne øge kvalitet i både Forebyggelse, Behandling og pleje samt Rehabilitering.

Vi kan ligeledes støtte de obligatoriske indsatsområder, og finder de tværgående temaer relevante. Det er med stor tilfredshed at vi noterer os at temaerne samarbejde (inkl. videndeling og rådgivning mellem sektorer), koordination af kapacitet, inddragelse af patienter og pårørende, lighed i sundhed, dokumentation, forskning og udvikling er implementeret i vejledningen.

Et andet væsentligt punkt er implementering og opfølgning, disse to områder finder Rehabiliteringsforum Danmark væsentlige; der bør i vejledninger og sundhedsaftaler være stort fokus på implementering.

Pva
Rehabiliteringsforum Danmark

Jan S. Johansen
Sekretariatsleder

Rehabiliteringsforum Danmark

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Aarhus den 25.11.2013



Hørings svar fra Rehabiliteringsforum Danmark.

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler – revision 2013 –Høringsudkast

Rehabiliteringsforum Danmark takker for mulighed for at give høringssvar til *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler –revision 2013*.

Rehabiliteringsforum Danmark hilser det velkomment:

- at der kun skal udarbejdes én sundhedsaftale i hver region med afsæt i konkrete målsætninger, dette vil sikre en højere grad af ensartet kvalitet i indsatsen
- at der generelt er fokus på at skabe samspil mellem de sundhedsfaglige og andre relevante fagområder
- at rehabilitering er et af de fire indsatsområder
- at psykiatri og somatik sidestilles
- at patienter og pårørende inddrages i arbejdet.

Vejledningen medvirker til at realisere intentionerne i rehabiliteringstænkningen, der handler om borgerens hele livssituation, meningsfulde hverdagsliv og aktive deltagelse.

Rehabiliteringsforum Danmark kunne have ønsket sig, at der i vejledningen var indarbejdet forslag til en systematisk vurdering af behov for rehabilitering og rehabiliteringspotentiale. En sådan behovsvurdering er afsæt for rehabiliteringsindsatsen. Vi har erfaring for, at vurdering af behov og potentiale for rehabilitering foregår meget forskelligt rundt om i Danmark. Der er mangel på konsensus både i regioner og kommuner. En større opmærksomhed på betydningen af den vurdering, der ligger til grund for indsatsen, vil sikre en mere målrettet og effektiv rehabiliteringsindsats.

Det bør være fokus på at indholdet i sundhedsaftalen er baseret på bedste evidens. Der bør være fokus på kvalitet og mulighed for implementering i praksis. Dette aspekt kunne med fordel indarbejdes i vejledningen.

I vejledningen redegøres der for relevante lovgivninger, den nævnte opsplitning rummer imidlertid barrierer for rehabilitering. Manglende harmonisering af lovgivninger, eksempelvis bestemmelser i beskæftigelseslovgivningen og sundhedslovgivningen, kan modarbejde intentionerne i rehabilitering om helhedsorienterede og sammenhængende indsatser.

Pva
Rehabiliteringsforum Danmark
Jan S. Johansen
Sekretariatsleder

**Rehabilitation
International Denmark**
P.P. Ørumsgade 11, byg.8,
8000 Århus C
Danmark
Telefon +45 7841 4400
Telefax +45 7841 4459

info@rehabiliteringsforum.dk
www.rehabiliteringsforum.dk

CVR. Nr. 30 88 86 18

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
spok@sum.dk

Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup, Danmark
Tlf.: +45 3675 1777
Fax: +45 3675 1403
dh@handicap.dk
www.handicap.dk

Taastrup, den 25. november 2013
Sag 17-2013-00780– Dok. 136822/kwk

Høringssvar fra Danske Handicaporganisationer vedr. revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

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

Overordnet set er DH positivt indstillet over for styrkelse af sundhedsaftalerne og bakker op om fokus på sammenhængende patientforløb, patientinddragelse og ligestillingen mellem psykiske og somatiske sygdomme. DH finder, at det er fornuftigt at reducere antallet af aftaler til fem regionale aftaler. DH finder derfor også, at der er behov for, at den ny bekendtgørelse i højere grad udstikker konkrete og forpligtende mål og anvisninger for at sikre, at de gode intentioner bag bekendtgørelsen realiseres.

Snitfladeproblematikker mellem region og kommune skal løses

DH mener, at de nye sundhedsaftaler må løse de snitfladeproblematikker i samarbejdet mellem region og kommune, ved at sikre et forpligtende samarbejde. Dette bør bekendtgørelsen understøtte.

Et eksempel på en sådan snitfladeproblematik er borgere med en psykisk sygdom, der samtidigt har et misbrugsproblem¹. For denne gruppe resulterer det manglende videndeling og samarbejde mellem regionens psykiatri og den enkelte kommune i, at en stor del af disse meget sårbare borgere ikke får den rette behandling, at behandlingen trækker unødvendigt ud og ikke får adresseret de tilgrundliggende årsager til misbruget. Dette resulterer i unødvendige udgifter for sundhedsvæsenet og et tab af livskvalitet for den enkelte borger og fastholder mange af disse mennesker som ”svingsdørs-patienter” i både det kommunale og det psykiatriske system.

Et andet eksempel drejer sig om borgere med angst, depression og tvangstanker og - handlinger. Diagnosticeret i tide kræver de ikke nødvendigvis hverken længerevarende medicinsk behandling, eller tæt opfølgning af psykiater, endside indlæggelser i det psykiatriske system. Det viser, at den kommunale forebyggelsesindsats med tidlig opsporing og diagnostik kan sikre, at borgerens misbrug kan bremses og behandles med betydeligt nedsat risiko for tilbagefald i misbrug, hvilket selvfølgelig vil smitte positivt af på regionalt

¹ Det estimeres, at ca. 60 pct. af en misbrugspopulation har en psykiatrisk diagnose

niveau i form af et mindre behov sundhedsydelse. Den samme tidlige indsats kan også være til gavn for mange andre grupper.

Det vil på alle niveauer kræve en høj grad af forpligtende videndeling og samarbejde mellem regioner og kommuner.

DH er bekymret for, at udkastet til bekendtgørelse ikke i tiltrækkelig grad løser de eksisterende snitfladeproblematikker og ikke sikrer et forpligtende samarbejde om en sammenhængende indsats overfor borgerne.

Sundhedskoordinationsudvalgene:

DH mener, at Sundhedskoordinationsudvalget overordnet set bør have mulighed for og forpligtelse til at opstille nogle hensigtsmæssige krav til hhv. regionen og kommunerne i forhold til, hvad man kan forvente, at der er til stede af forskellige tilbud for at sikre den nødvendige sammenhæng og kvalitet i indsatsen. Det bør også omfatte de tilbud, der principielt falder uden for rammene af denne regulering af samarbejdet. Det er en forudsætning for at sikre den mest effektive og kvalificerede indsats gennem hele forløbet, hvor den enkelte patient er i forbindelse med hhv. regionen og kommunerne.

Sammensætningen af sundhedskoordinationsudvalg

Det er afgørende, at patienternes erfaringer og interesser forpligtende tages i betragtning, når der skal træffes afgørelser om samarbejde mellem hhv. regionen og kommunerne. Det gælder også i forhold til vurderingen af placering, kapacitet, fx ydernumre, og ikke mindst tilgængelighed. Derfor bør Sundhedskoordinationsudvalget have en forpligtelse til et formaliseret samarbejde med de organisationer, der repræsenterer grupper af patienter.

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. For at sikre en systematisk patientinddragelse mener DH, at patientinddragelsesudvalget skal have mindst ét medlem af sundhedskoordinationsudvalget – på samme måde som praksisudvalget for almen praksis er sikret mindst én plads.

DH mener principielt, at KKR bør formaliseres som officiel instans, siden dette samarbejdsudvalg med den nye lovgivning gives en stærk placering i sundhedskoordinationsudvalgene med stor betydning for den konkrete indsats for patienterne i hhv. regionen og kommunerne. Derfor bør det være en instans, der er underlagt de samme betingelser, som andre officielle myndigheder i forhold til demokratisk kontrol m.v.

Sundhedsaftalerne:

Fokus på små grupper og komplekse problemstillinger

DH vil gerne understrege, at sundhedsaftalerne også skal omfatte de meget små grupper af personer med handicap eller kronisk sygdom, ligesom det er vigtigt at holde fokus i forhold til grupper med mere komplekse problemstillinger. Det må ikke blive således, at det kun er de store patientgrupper, der prioriteres i dette arbejde.

Behov for styrkelse af de obligatoriske indsatsområder

DH bakker op om de fire obligatoriske indsatsområder, der skal indgå i sundhedsaftalerne. Men som DH tidligere har fremført, mener vi, at samarbejde omkring sammenhængende forløb for særligt sårbare patienter med behov for tværgående indsatser (herunder personer med en psykisk, kognitiv eller intellektuel funktionsnedsættelse), skal tilføjes som endnu et obligatorisk indsatsområde. De tværgående problemer for denne gruppe er veldokumenterede ift. bl.a. medicinsikkerhed, genoptræning og kræftpatienter. På trods af, at sundhedsaftalerne burde være det rette forum for afdækning af problemer og aftale af løsninger, er problemstillingerne indtil nu kun blevet behandlet i meget få sundhedsaftaler. DH mener derfor, at særligt sårbare grupper skal være et obligatorisk indsatsområde.

Særligt sårbare patienter som obligatorisk indsatsområde kan med fordel ses i sammenhæng med sundhedsaftalernes fokus på ulighed. DH foreslår i den forbindelse, at både ulighed og inddragelse af brugere, patienter og pårørende ligeledes bliver obligatoriske emner i sundhedsaftalerne – og ikke som temaer, der i ”relevant omfang” skal indgå i sundhedsaftalerne.

Ligestilling af somatiske og psykiske sygdomme

Med bekendtgørelsen ophæves den nuværende bestemmelse, om at indsatsen for mennesker med sindslidelser er en obligatorisk underaftale i sundhedsaftalerne. I stedet skal de nye obligatoriske aftaleområder omfatte både borgere med somatiske og psykiske sygdomme. DH bakker op om denne ændring, der vil medvirke til at ligestille somatiske og psykiske sygdomme. Omvendt kan vi være bekymrede for, om de særlige behov som mennesker med psykiske lidelser har, vil blive tilgodeset i tilstrækkeligt omfang. Det er afgørende, at dette sikres i de nye sundhedsaftaler.

Inddragelse af brugere og borgere

DH finder det helt afgørende at inddrage viden og erfaringer fra patienter og brugere. DH vil derfor anbefale, at kravene til brugerinddragelse i både udvikling, implementering og opfølgning på sundhedsaftalerne beskrives mere detaljeret. Her kan fx indgå, at de lokale handicapråd og de regionale sundhedsbrugerråd/dialogfora samt de kommende Patientinddragelsesudvalg skal inddrages på de relevante tidspunkter.

Krav til private virksomheder som leverandører af sundhedsydelser

Mange af medlemmerne i de 32 organisationer i DH oplever ulige adgang til sundhedsvæsenet pga. forskellige tilgængelighedsproblemer. Der er behov for at sætte krav til tilgængeligheden til sundhedsydelse for mennesker med funktionsnedsættelser hos private udbydere, ligesom der bør være krav til offentlige udbydere. Herunder tænkes bl.a. på niveaufri adgang til alle enheder, handicap toiletter og til de nødvendige hjælpemidler, som fx lifte. DH foreslår derfor, 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 bør nævnes i bekendtgørelsen.

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, hvilket DH finder fornuftigt. På den baggrund kan det bekymre, at man i bekendtgørelsens § 7 åbner mulighed for at indgå supplerende aftaler mellem regionerne og de enkelte kommuner. Disse supplerende aftaler skal ikke godkendes af Sundhedsstyrelsen og indgår ikke i Sundhedsstyrelsens vurdering af sundhedsaftalen. DH ser en 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. DH vil derfor anbefale, at de supplerende aftaler indgår i sundhedsstyrelsens vurdering for at imødegå ovennævnte problematik.

Hjælpemiddelområdet

Afgrænsningen imellem behandlingsredskaber og hjælpemidler er fortsat meget diffus og flydende og er endnu et eksempel på en snitfladeproblematik, hvor borgerne kommer i klemme i myndighedernes strid om, hvem der er ansvarlig for betaling af et behandlingsredskab/hjælpemiddel. Det skader borgerens behandling/genoptræning og skaber yderligere store problemer i forhold borgernes retssikkerhed. Det skyldes blandt andet, at det er uklart, hvad der sker, når regionerne henviser til kommunerne med henblik på hjælpemidler, der faktisk er behandlingsredskaber, og kommunerne derfor giver borgeren afslag på dette, evt. med en efterfølgende støtte fra Ankestyrelsen. Det er problematisk, at borgerne ikke får en anvisning på, hvordan de kan få det nødvendige behandlingsredskab. Det er yderligere problematisk at de ikke anvises, hvordan de kan klage over afslag på behandlingsredskaber. I den nye bekendtgørelse og vejledning er hjælpemiddelområdet ikke længere et selvstændigt indsatsområde, og DH har derfor en bekymring for, at de nuværende problematikker i relation til afgrænsningen af hjælpemidler/behandlingsredskaber ikke afhjælpes fremadrettet.

Med venlig hilsen



Stig Langvad
Formand

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 høringssvar 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 Sundhedskordinationsudvalgene 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 Sundhedskordinationsudvalget 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

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K
Att: Cecilia Lawson Vinje

Sendes til: spok@sum.dk

20. november 2013
MVJ

Høringsvar om udkast til bekendtgørelse 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 velkommen og ser 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. Ligeledes er Ældre Sagen meget enig i de visioner, som ligger i bekendtgørelsen, nemlig fokus på sammenhængende patientforløb, patientinddragelse og ligestilling mellem somatiske og psykiatriske patienter.

For at denne revision af bekendtgørelsen bliver en reel styrkelse af sundhedsaftalerne og sundhedskoordinationsudvalgene, må der imidlertid være uddybninger og konkrete anvisninger til, hvordan de gode visioner indfries. Bekendtgørelsen bør derfor have forpligtende og klare mål og anvisninger, således at myndigheder, fagfolk og patienter ved, hvad man kan forvente i faserne af patientforløbet, og særligt i det nære sundhedsvæsen. I modsat fald risikerer man, at gråzoneproblematikker bliver endnu værre end hidtil.

Bekendtgørelsen mangler klare og konkrete formuleringer

Ældre Sagen finder det problematisk, at nærværende udkast til bekendtgørelse er formuleret i vage vendinger og ikke har de konkretiseringer og den uddybning, som man kan forvente af en bekendtgørelse. Med undtagelse af det, der omhandler forretningsordenen, er der ingen forpligtende formuleringer i udkastet til bekendtgørelsen.

Ældre Sagen · Nørregade 49 · 1165 København K

Tlf.: 33 96 86 86 · Fax 33 96 86 87 · aeldresagen@aeldresagen.dk · www.aeldresagen.dk

Gavebeløb til Ældre Sagen kan fratrækkes efter gældende skatteregler · Giro 450-5050

Protector: Hendes Majestæt Dronning Margrethe II



Ved at bruge vendinger som "i relevant omfang", "med afsæt i nationale indikatorer", "fælles konkrete målsætninger" og "drøfter relevante emner", fremstår bekendtgørelsen alt for uforpligtende. Ældre Sagen opfordrer til en gennemskrivning, hvor der tages stilling til hvilke konkrete målsætninger, der (evt. som minimum) skal opstilles, hvilke emner der (evt. som et minimum) skal drøftes og behandles i sundhedsaftalerne.

Ældre Sagen frygter, at store patientgrupper og problemstillinger, som går på tværs af sektorer, ikke håndteres hensigtsmæssigt og i tilstrækkeligt omfang, hvis man ikke konkretiserer bekendtgørelsen. Vejledningen skal naturligvis være endnu mere detaljeret og skal ses i sammenhæng med bekendtgørelsen, men denne har samme problem med at være alt for abstrakt og uforpligtende (høringssvar vedlægges til orientering).

Patientdeltagelse er vigtig

§1, stk. 2: Hvis sundhedsaftalerne i forlængelse af visionen skal have styrket patientinddragelse, er det afgørende, at også patienter repræsenteres i sundhedskoordinationsudvalgene. Patientrepræsentation kan modvirke "silotænkning" i forhold til at identificere emner med relevans for patientforløb på tværs af hospital, praksis og kommunalt sundhedsvæsen, som skal med i sundhedsaftalerne. Patientrepræsentation i sundhedskoordinationsudvalg kan også være et vigtigt bindeled til patientinddragelsesudvalget, og kan styrke patientperspektivet, når skal følges op på mål og indikatorer. Ældre Sagen foreslår derfor, at der i hvert sundhedskoordinationsudvalg skal udpeges én brugerrepræsentant.

§2 stk. 5: Det er afgørende, at sundhedskoordinationsudvalget systematisk inddrager patientinddragelsesudvalg til drøftelser af indholdet i sundhedsaftalerne, og for at sikre, at der opstilles konkrete målsætninger, som også har patienter og pårørende med i udviklingen af regionens sundhedspolitik. Ældre Sagen opfordrer derfor til, at ordlyden "i relevant omfang" udelades - ellers er det uklart, om brugerinddragelsen er obligatorisk.

Ældre Sagen ser desuden frem til regeringens visioner om den enkelte patients – og pårørendes –inddragelse i eget patientforløb, herunder deltagelse i fælles beslutningstagen, og til at det bliver omfattet af lov og bekendtgørelse.

Information til patienter og fagfolk

§1 Stk. 6: Sundhedskoordinationsudvalget bør informere om tilbud og særlige forhold i regionen via hjemmesider og patient-pjecer. Patienter, pårørende og fagfolk skal også have mulighed for at skaffe sig overblik over patientrettigheder, gråzoneproblematikker og ansvarsområder i sundhedsvæsenet. Det gælder i særdeleshed i det nære sundhedsvæsen, hvor Ældre Sagen oplever store variationer fra kommune til kommune.



Der mangler konkrete målsætninger og indikatorer

Ældre Sagen hilser det velkomment, at man i sundhedsaftalerne lægger op til konkrete målsætninger, og at disse skal tage udgangspunkt i nationale indikatorer. Men det bør fremgå helt klart, hvilke indikatorer, der skal anvendes. Ældre Sagen efterlyser indikatorer, som måler patientoplevelser, kvalitet og tværsektorielle forløb.

Ældre Sagen foreslår, at indikatorerne følges op af årlige offentliggørelser af data og national monitoring af indikatorerne. Det vil hjælpe med til at indfri visionen om mere ensartethed i ydelserne og give gennemsigtighed for fagfolk og patienter.

Rehabilitering og træning: tag hånd om ventetiderne

§4, stk. 2: Lange ventetider i kommunerne på genoptræning efter sundhedsloven er fortsat et stort problem mange steder i landet. Ældre Sagen vil opfordre til, at der snarest – via sundhedsloven, via forpligtelse i vejledningen eller via aftale med kommunerne – i hele landet indføres en maksimal ventetid på en uge på genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Et godt rehabiliteringsforløb indebærer, at man ikke som patient skal bruge tid på at vente på administrative afgørelser og bøvvl i forbindelse med sektorovergange.

I henhold til den nuværende sundhedslov, er det uklart hvad "rehabilitering, herunder træning" i denne bekendtgørelse dækker over.

Ældre Sagen efterlyser en konkretisering af begreberne og en forklaring på, hvorfor der ikke bruges samme begreber som i den nuværende sundhedslov.

Afgrænsningscirkulæret bør revideres

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.

Nærværende bekendtgørelse skulle helst rette op på dette, fremfor at gøre problemet større. Hjælpemidler er i dette udkast ikke længere et selvstændigt obligatorisk indsatsområde, men skal behandles under "rehabilitering, herunder træning" og "behandling og pleje". Derfor er der ekstra brug for klare retningslinjer på hjælpemiddelområdet. Ældre Sagen finder de fire nye obligatoriske indsatsområder logiske og hensigtsmæssige i forlængelse af visionen om sundhedsvæsenet, men det er problematisk, at bekendtgørelse og vejledning ikke giver konkrete anvisninger på de snitfladeproblematikker, der skal afklares. Derfor bekymrer det, hvad der kommer til at ske med hjælpemiddelområdet, som i dag er obligatorisk indsatsområde. I den forbindelse opfordrer Ældre Sagen endnu engang til, at "afgrænsningscirkulæret" om hjælpemidler og behandlingsredskaber gennemgås og revideres.



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 revision af dette udkast.

Med venlig hilsen

Bjarne Hastrup, administrerende direktør

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Enhed: Sygehuspolitik
spok@sum

25. november 2013

Høring over forslag til revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

DANSKE ÆLDRERÅD takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget.

DANSKE ÆLDRERÅD finder, at de foreslåede obligatoriske indsatsområder, som oplistede i § 4, stk. 2 er rigtige og væsentlige, men foreslår at bestemmelsen udvides med endnu et obligatorisk indsatsområde.

Set i lyset af, at mange ældre mennesker lider af en eller flere kroniske sygdomme, og derfor har et særligt behov for at forebyggelses- behandlings- og rehabiliteringsindsatsen er koordineret, foreslår DANSKE ÆLDRERÅD en tilføjelse til:

§ 4, stk. 2,

5) Koordinering af den kommunale og regionale indsats af litra 1)-3)

DANSKE ÆLDRERÅD afventer derudover ministeriets udkast til den særskilte bekendtgørelse om Patientinddragelsesudvalget.

Det fremgik af DANSKE ÆLDRERÅDs høringssvar vedr. lovforslaget til ændring af Sundhedsloven, at:

”Ad § 204, stk. 4.

Forslag til tilføjelse til sidste punktum: ”samt af DANSKE ÆLDRERÅD.”

Det fremgår af forslaget, at udpegningen af medlemmer til patientinddragelsesudvalget udelukkende sker fra patient- og pårørendeorganisationer vedrørende såvel somatiske som psykiske sygdomme.

En stor og væsentlig stigende andel af brugere i det danske sundhedsvæsen består af ældre mennesker, og mange af disse vil være karakteriseret ved at lide af flere kroniske sygdomme. Set i det lys finder DANSKE ÆLDRERÅD, at der kan være nok så meget behov for rådgivere med en specialist-viden om forholdene for den største patientgruppe frem for rådgivere repræsenterende stor viden på en enkelt sygdomsdiagnose.

Jernbane Allé 54, 3. th.
2720 Vanløse
Tlf. +45 3877 0160
info@danske-aeldreraad.dk
www.danske-aeldreraad.dk

Gennem de seneste år har DANSKE ÆLDRE RÅD udpeget medlemmer til de regionale sundhedsbrugerråd, og organisationen har derigennem indhøstet relevant viden om sundhedsopgavens udfordringer i de enkelte regioner.

DANSKE ÆLDRE RÅD finder det naturligt, at kommunale ældreråd er repræsenterede i patientinddragelsesudvalget, fordi ældrerådernes medlemmer har viden om ældre borgeres vilkår, og anvender denne viden til rådgivning af kommunale beslutningstagere.

Ældrerådsmedlemmer er dermed klædt på til at varetage patientinddragelsesudvalgets formidlings- og rådgivningsopgaver.”

På ovennævnte baggrund har jeg en positiv forventning til sammensætningen af Patientinddragelsesudvalget, og jeg står gerne til ministeriets rådighed for eventuelle uddybende oplysninger.

Med venlig hilsen
Bent Aa. Rasmussen
Formand

Fra: Liselotte Lundsryd <LLU@aeldreforum.dk>
Sendt: 26. november 2013 09:33
Til: DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse
Emne: Høringssvar - revideret bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Svar på høring over udkast til revideret bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg 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 Lundsryd
Fuldmægtig

Mobil: +45 41 74 00 41
E-mail 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



21-11-2013

Til
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Høringsvar: 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 høringssudkastene 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 høringssudkastets 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 høringssudkastets 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

Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
fobs@sst.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Sygehuspolitik
spok@sum.dk

Tandlægeforeningen
Amaliegade 17
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11
Fax: 70 25 16 37
info@tandlaegeforeningen.dk
www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

Vedr.: Bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Dato: 25. november 2013

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

Sagsbeh:

E-mail: jap@tdl.dk

Sagsnr.: 099_hoering_2013

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



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
sendt per e-mail til: spok@sum.dk

Høringssvar - bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Undertegnede sender hermed på vegne af Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn følgende bemærkninger til høringsudkastet:

Ad § 3 stk. 6: Videndeling og erfaringsudveksling på tværs af regioner og kommuner vil kunne fremmes yderligere – dvs. udover gensidig information om behandlingsforløb, der omfatter flere regioner – ved at sundhedskordinationsudvalgene tillige forpligtes til gensidig information om løsningsmodeller for samarbejdet mellem hospitaler, praksissektor og kommunale tilbud inden for de definerede obligatoriske indsatsområder

Ad § 4 stk. 2: I forbindelse med de 4 obligatoriske indsatsområder, som anføres under § 4 stk. 2, skal det anbefales, at sundhedsaftalerne tillige kommer til at omfatte vedtagne forebyggelses- og behandlingsmæssige indsatser over for afgrænsede målgrupper. Som eksempel kan nævnes satspuljebevillingen til etablering af familieambulatorier i de fem regioner efter de retningslinjer, som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet.

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



Danmarks Apotekerforening
Kanonbådsvej 10 · Postboks 2181 · 1017 København K
Telefon 33 76 76 00 · Fax 33 76 76 99
apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk · www.apotekerforeningen.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

25-11-2013
HSJ/HSJ/4201/00001

Høring over revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Apotekerforeningen har modtaget det ovennævnte bekendtgørelsesudkast i høring.

Bekendtgørelsen udmønter ændringen af sundhedsloven, som handler om styrkelse af sundhedsaftalerne og opfølgning på kommunalreformen.

Apotekerforeningen støtter den styrkelse af sundhedsaftalerne, som er tilsigtet med kravet om 5 regionale aftaler. Foreningen mener, at én sundhedsaftale i hver region vil kunne styrke sammenhængen i sundhedssektoren. En regional aftale vil også kunne medvirke til at forbedre samarbejdet på tværs af sektorer.

I udkastet til ny bekendtgørelse fastsættes de nærmere regler for nedsættelse af sundhedskoordinationsudvalg og udarbejdelsen af sundhedsaftaler.

Sundhedsaftalerne skal som minimum omfatte aftaler om udførelse af sundhedsopgaver. Det gælder inden for områderne: Forebyggelse, behandling og pleje, rehabilitering, herunder træning, samt sundheds-IT og digitale arbejdsgange.

Det fremgår af bekendtgørelsesudkastets § 2, stk. 5, at "sundhedskoordinationsudvalget skal systematisk og i relevant omfang inddrage regionens patientinddragelsesudvalg i drøftelserne af emner, der ligger inden for sundhedskoordinationsudvalgets emneområder".

Apotekerforeningen lægger vægt på, at der ved udarbejdelsen af sundhedsaftalerne også sikres en systematisk inddragelse af de øvrige sundhedsfaglige aktører, som udfører sundhedsopgaver som en del af det nære sundhedsvæsen. Det skal støtte målsætningen om at skabe større sammenhæng i sundhedsvæsenet og løsningen af de sundhedsmæssige udfordringer, som f.eks. flere personer med kroniske sygdomme og flere ældre medicinske patienter. Dette bør efter foreningens opfattelse præciseres i bekendtgørelsen.

Apotekerforeningen henviser i øvrigt til sit høringssvar af 12. september 2013 (vedlægges).

Med venlig hilsen

Birthe Søndergaard

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Att.: Cecilia Lawson Vinje
Holdbergsgade 6
1057 København

Høringssvar fra DI: Revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

DI takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. revideret bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler modtaget den 4. november 2013.

DI støtter samlet set op om den reviderede bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler. DI finder, at revisionen af bekendtgørelsen giver transparens og åbenhed om regionernes og kommunernes målsætninger for opgavevaretagelsen på sundhedsområdet i den forestående valgperiode, hvilket gør det mere tilgængeligt for private leverandører at opnå viden om og indsigt i, hvilke behov det offentlige sundhedsvæsen står for at søge dækket - blandt andet gennem offentlig-privat samarbejde.

Vedr. § 3, stk. 2. Sundhedskordinationsudvalget skal opstille konkrete målsætninger for den regionale udvikling af sundhedsområdet

Med revisionen af bekendtgørelsen tilsigter regeringen, at regionernes sundhedskordinationsudvalg, blandt andet med afsæt i de nationale indikatorer, skal opstille fælles, konkrete målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt i regionerne samt for de enkelte obligatoriske indsatsområder. DI finder denne revision af bekendtgørelsen konstruktiv, da det blandt andet kan give andre aktører, herunder private virksomheder indsigt i de enkelte regioners målsætninger for det offentlige sundhedsvæsen, og hermed også give virksomheder og andre aktører mulighed for at byde ind med eventuelle løsninger eller samarbejdsmuligheder.

Ligeledes finder DI det positivt, at sundhedskordinationsudvalgene skal udarbejde en plan for implementering af sundhedsaftalerne og følge op herpå.

Vedr. § 4, stk. 2. Obligatoriske indsatsområder

Med denne del af revisionen ønsker regeringen at gøre følgende fire indsatsområder obligatoriske i sundhedsaftalerne: forebyggelse, behandling og pleje, rehabilitering, herunder træning samt sundheds-IT og digitale arbejdsgange. DI støtter op om de obligatoriske indsatsområder - og i særdeleshed om området sundheds-IT og digitale arbejdsgange. En lang række private virksomheder samarbejder allerede med regionerne

i offentlig-private samarbejder om bedre anvendelse af sundheds-IT og udvikling af digitale arbejdsgangen. At området bliver obligatorisk i sundhedsaftalerne må forventes at understøtte denne udvikling og dette samarbejde yderligere både til gavn for patienterne, men også til gavn for den samlede udvikling og produktivitet i det danske sundhedsvæsen.

DI er overordnet set meget positive overfor, at der med revisionen af bekendtgørelsen sættes yderligere fokus på at imødegå nogle af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor. Det drejer sig blandt andet om øget sammenhæng i sundhedsvæsenet, hvor bedre anvendelse af sundheds-IT og udvikling af digitale arbejdsgange kan være delelementer af løsningen.

DI vil gerne indgå i den videre dialog og udvikling af området og ser frem til et godt samarbejde.

Med venlig hilsen

Mie Rasbech
Sundhedspolitisk konsulent

Fra: Finn Kamper-Jørgensen <finnkamper@gmail.com>
Sendt: 19. november 2013 07:47
Til: DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse
Emne: Fwd: Kommentar til Rev bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg mv.

genfremsendes - forkert e-mail adress anført tidligere.

----- Videre sendte meddelelser -----

Fra: Finn Kamper-Jørgensen <finnkamper@gmail.com>
Dato: 19. nov. 2013 06.34
Emne: Kommentar til Rev bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg mv.
Til: spok@sum.sum.dk

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

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 ressourceintensive anvendelse af sundhedsvæsenets (og socialvæsenets) indsats vedrørende behandling, pleje, rehabilitering, genoptræning, palliation. Det er velkendt at ældrebefolkningen 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

Jeg skriver denne kommentar ud fra mit erfaringsgrundlag som bla omfatter

- aktuelt seniorråds/ældrerrådsmedlem, 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

Med venlig hilsen

--

Finn Kamper-Jørgensen

læge

Toeltvej 37

3050 Humlebæk, DK

tlf. [+45 49 19 11 88](tel:+4549191188)

mobil: [+45 22 44 15 75](tel:+4522441575)

Mail: finnkamper@gmail.com



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K
Att.: Sygehuspolitik

St. Kongensgade 45
1264 København K

Tlf. 33 92 84 00
Fax 33 11 04 15

rr@rigsrevisionen.dk
www.rigsrevisionen.dk

Høringssvar – bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

5. november 2013

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har med e-mail sent høring over udkast til bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

2. kontor

J.nr.: 2013-6000-31

Rigsrevisionen har ingen bemærkninger til udkastet.

Med venlig hilsen

Katrine Ellitsgaard
Specialkonsulent, COR-revisor

Fra: Kirsten Fly Malling <kfm@sdu.dk>
Sendt: 22. november 2013 10:08
Til: DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse
Cc: Jens Oddershede; Bjarne Graabech Sørensen; Jacob Schmidt; Merete Ruager; Steen Kærn Christiansen; Jørgen Schou; journal mailbox
Emne: Høringsvar - bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Syddansk Universitets j.nr. 024-2013.

Ministeriet har anmodet Syddansk Universitet om evt. bemærkninger til ovenstående høring.

Universitetet har ingen bemærkninger.

På rektors vegne

Jørgen Schou
Kontorchef, Juridisk Kontor, Ledelsessekretariatet

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



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Sendt til: spok@sum.dk

21. november 2013

Vedrørende høring over udkast til revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K

Ved e-mail af 4. november 2013 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anmodet Datatilsynet om eventuelle bemærkninger til ovennævnte udkast.

CVR-nr. 11-88-37-29

Udkastet giver ikke Datatilsynet anledning til bemærkninger.

Telefon 3319 3200
Fax 3319 3218

E-mail
dt@datatilsynet.dk
www.datatilsynet.dk

Med venlig hilsen

Signe Astrid Bruun

J.nr. 2013-122-0371
Sagsbehandler
Signe Astrid Bruun
Direkte 3319 3228

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
spok@sum.dk

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

J. NR. 540.10/29974/LOMJ

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

25. NOVEMBER 2013

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

Institut for Menneskerettigheder har ikke bemærkninger til udkastet.

Venlig hilsen

Louise Marie Jespersen
SPECIALKONSULENT

Fra: Pia Saxild <PS@fbr.dk>
Sendt: 21. november 2013 12:11
Til: DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse; Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Emne: Hørings svar – bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Forbrugerrådet Tænk har af ressourcemæssige årsager ikke mulighed for at forholde os til hermed udkast til revideret bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg 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
Fiolstræde 17 B / Postboks 2188 / 1017 København K



Vedrørende høring: Revideret bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler

25. november 2013
Sagsnr. 2013-091682
Dok. Nr. 1400374

Departementet for Sundhed og Infrastruktur har ingen bemærkninger til udkast til bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Postboks 1160
Tlf: 34 50 00
Fax: 32 55 05
3900 Nuuk
Email: pn@nanoq.gl
www.nanoq.gl

Inussiarnersumik inuulluaqqusillunga
Med venlig hilsen

Ajâja Bastiansen
Toqq/direkte 346606
abas@nanoq.gl



Fra: Jan Bønæs <JBN@gl.stm.dk>
Sendt: 4. november 2013 17:53
Til: Cecilia Lawson Vinje
Cc: Rigsombudsmanden i Grønland
Emne: VS: HØRING: Revideret bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Vedhæftede filer: Høringsbrev - revideret bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordina....pdf; Høringsliste - revideret bekendtgørelse og vejledning om sundhedskordin....pdf; Revideret bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler - høringsudkast [DOK1321805].pdf; fesdPacket.xml

4. NOVEMBER 2013
j. nr. 60.003

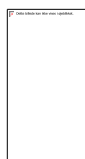
I fortsættelse af modtagelse af høringsmateriale vedr. bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler skal Rigsombudsmanden i Grønland meddele, at vi for vort eget vedkommende ikke ser at have kommentarer.

Vi har for en sikkerheds skyld videresendt materialet til Grønlands Selvstyre, Formandens Departement, da Grønlands Selvstyre kan have kommentarer og/eller bemærkninger, med anmodning om at meddele eventuelle kommentarer/bemærkninger direkte til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse inden for den af ministeriet fastsatte frist og på den af ministeriet ønskede måde.

Hvilket meddeles til orientering i sagen.

Venlig hilsen

Jan Bønæs
Fuldmægtig, Souschef



RIGSOMBUDSMANDEN I GRØNLAND

Postboks 1030
3900 Nuuk
Tel: (+299) 32 10 01
Fax: (+299) 32 41 71