

SUNDHEDSAFTALEN 2015 – 2018.

Sundhedsaftalen 2010 – 2014 havde karakter af et koncept med vejledende aftaler og rammer for samarbejdet mellem regionen, kommunerne og praksis med mål og handleplaner for 9 udvalgte områder.

Bærer overordnet præg af mange tiltag som skal organiseres og besluttes hvilket indebærer mange tidskrævende samarbejdsfora.

Mangler umiddelbart specifik præcisering for iværksættelse af handlinger udover hvad Sundhedsloven tilskriver.

Kendskab til evalueringer på områderne samt hvilke tiltag som fungerer ville være ønskeligt at have kendskab til som reference til høringsvaret 2015 – 2018.

Bl.a. fungerer følgehjem ordningen ikke.

UDKAST TIL SUNDHEDSAFTALEN 2015- 2018.

Har overordnet samme visioner og mål hvilket man kun kan være enig i. Den kendetegnes ved øget fokus på samarbejdsrelationer mhp bedre sammenhæng i behandling og pleje. Høj prioritet!

Det store samarbejdsfora er tidskrævende mht forberedelse og mødeaktivitet. Der kan være bekymring for om der kan frigøres personale fra de berørte instanser uden nedsat kvalitet i pleje og behandling jvf nedskæringer i personaleressourcer overalt.

I Udkastet / Værktøjskassen savnes præcisering af konkrete handleplaners implementering og tidshorizont. Specielt haster det vedr. "Den ældre medicinske patient", multisygdomme og borgere med psykiske lidelser som ofte "falder mellem flere stole" og uden sammenhæng i forløbet, hvilket skaber ulighed i sundhed. Bør have høj prioritet.

En tidlig indsats med overblik og faglig viden for disse grupper vil forebygge unødige indlæggelser og reducere hjælp i hjemmet inkl. hjælpemidler mm.. Konkrete handlinger styrker "økonomisk bæredygtighed", specielt i relation til befolkningsprognosen som viser at der bliver flere ældre.

En vigtig faktor i implementeringen vedr. metoden mht. borgerinddragelse, er en sundheds-pædagogisk tilgang er vigtig, men den bør være med reference til Voksenpædagogik når det gælder voksne Succes med motivation og formidling til voksne mhp. at påvirke levevaner lykkes kun med fokus på personers samlede livssituation i respekt for deres valg om egen livsstil. Det er en proces over tid.

Paradigmeskiftet i kommunerne mht. til "Velfærd på nye måder" har givet mange frustrationer og dårlige oplevelser om svigt fordi man ikke har haft en voksenpædagogisk tilgang i implementeringen. Voksne ser ikke sig selv som læringsobjekter i samme grad som børn og unge hvor læring er en naturlig del af udviklingen.

IMPLEMENTERING.

Fokus på detailplanlægningen hvor det ofte går galt. Vigtigt med præcisering af ansvarsfordeling og brugervenlige værktøjer / arbejdsredskaber som giver overblik.

Alle forløbsprogrammer bør have en guideline / PIXI med enkle klare retningslinier som er hurtige og overskuelige at anvende, ellers bliver de i den travle hverdag ikke brugt og så glemmes nemt.

Mht. koordinering af data mellem samarbejdspartnere kunne udvikles et STATUSARK med de vigtigste data som indgår i læge, sygehus og kommuneregion, (her kun hvis borgeren er i kommune. kontakt jf. retssikkerhed og tavshedspligt). Findes i intern funktion i Danmark.

Der bør også være fokus på at minimere dokumentation som i dag tager alt for megen tid fra patienter og borgere.

Det er vigtigt at alle berørte, både borgere og personaler på sygehuse og kommunale forvaltninger m. fl. modtager information om Sundhedsaftalens endelige udformning ang. indhold og ansvarsfordeling, men ikke mindst konsekvenser for de berørte. Formidling gennem hjemmesider og i pressen når ikke godt nok og giver ikke mulighed for respons. Borgermøder i alle kommuner, informationsmøder på alle sygehuse og i kommunale forvaltninger vil udbrede kendskabet til flest muligt.