Forslag til punkter til dagsordenen i Patientinddragelsesudvalget

I det følgende gives der forslag til emner, som Kræftens Bekæmpelse finder relevante at drøfte i Patientinddragelsesudvalget i Region Midtjylland.

1) **Kriterier for patientinddragelsesudvalget i Region Midtjylland og de nye sundhedsklynger**

Kriterier for udpegning af medlemmer til patientinddragelsesudvalget

Jf. kommissoriet for patientinddragelsesudvalget står det formuleret, at *"Danske Patienter og Danske Handicaporganisationer skal ved udpegning af medlemmer sikre repræsentation af personer, der repræsenterer patienter med såvel legemlige (somatiske) som psykiske sygdomme og funktionsnedsættelser."*

Det indstilles, at sekretariatet præciserer i udvalgets kommissorium, at alle medlemmerne af Patientinddragelsesudvalget repræsentrerer patienter og pårørende i udvalgets arbejde. Formålet med dette er at sikre, at repræsentationen sker på baggrund af faglig viden, indsigt og ikke kun på baggrund af egne erfaringer, da repræsentanterne skal sikre en bred repræsentation. Dette vurderes som et væsentligt opmærksomhedspunkt, hvis patientinddragelsesudvalgets drøftelser og indflydelse skal komme flest mulige patienter og pårørende i Midtjylland til gavn og samtidig have gennemslagskraft i dets involvering.

Kriterier for udpegning af medlemmer til patientinddragelse i klyngerne

Jf. §10 i Bekendtgørelsen om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler, praksisplan for almen praksis og patientinddragelsesudvalg, da formuleres det:

"Hvor ikke andet aftales, vil det faglige strategiske niveau bestå af (…) 2 repræsentanter for patienter og pårørende, jf. § 34, stk. 4" Og jf. §10 stk. 2, da formuleres det: *"Repræsentanterne har mulighed for at lade sig bistå af øvrige repræsentanter på relevante møder alt efter dagsorden, temaer og målgruppe"* .

Kræftens Bekæmpelse ser positivt på, at patientinddragelsen er i fokus i sundhedsklyngernes arbejde. Det er vurderingen, at dette i praksis kan give udfordringer i form af udvalgets tilstedeværelse og heraf udpegning af øvrige repræsentanter.

Kræftens Bekæmpelse ønsker derfor en drøftelse i Patientinddragelsesudvalget om, hvilke kriterier "øvrige repræsentanter" udpeges på baggrund af. Dette må være et centralt element for at sikre den rette inddragelse af patient- og pårørende perspektivet i klyngerne.

2) Ulighed i sundhed og de kommende nærhospitaler

På baggrund af regeringens udspil "Sundhedsreformen – Gør Danmark Sundere" indgik et politisk flertal en aftale om etableringen af op til 25 nærhospitaler. Regeringen, KL og Danske Regioner har efterfølgende indgået en aftale om udmøntning af aftalen.

Af aftalen fremgår det, at nye og moderne nærhospitaler skal bringe sundhedsvæsenet tættere på borgerne i områder, hvor der er langt til det nærmeste akutsygehus. Nærhospitalerne skal således bidrage til at flere borgere oplever sammenhængende tilbud, da der med nærhospitalerne samles flere aktører under samme tag. Nærhospitalerne skal anvendes og bidrage til en omlægning af patientforløbene.

I Sundhedsstyrelsens oplæg til en faglig ramme for nærhospitalernes indhold og opgaver, beskrives det, at:

- Side 33: *Der er desuden sygehusfunktioner på andre sygdoms- og indsatsområder, fx opfølgende indsatser, skanninger og behandlinger på hovedfunktionsniveau på demensområdet eller kræftområdet, fx kemoterapi, som **kan** varetages i nærhospitalerne.*

- Side 34: *Palliativ ambulant behandling af patienter med livstruende kroniske sygdomme, der har behov for understøttende og symptomlindrende behandling, bør kunne tilbydes forløb i nærhospitaler. Der **bør** etableres samarbejde med aktører på det palliative område uden for nærhospitalerne, herunder kommuner, almen praksis og hospice.*

Det er Kræftens Bekæmpelses vurdering, at der i Sundhedsstyrelsens oplæg lægges op til, at de enkelte Regionsråd har mulighed for at definere dele af kompetencer og opgaverne i nærhospitalerne. Kræftens Bekæmpelse ønsker på baggrund af dette en drøftelse af, hvordan Patientinddragelsesudvalget ser mulighederne for, at nærhospitalerne kan anvendes til at reducere den sociale ulighed i sundhed, herunder særligt den geografiske ulighed.

3) Ulighed i sundhed

Regionsrådet nedsatte efter kommunal- og regionsrådsvalget i 2021 det særlige udvalg lighed i sundhed. Af kommissoriet for udvalget fremgår det, at udvalget skal formulere en styrende politisk ambition, som skal sætte en retning for, hvor regionen skal bevæge sig hen i løbet af valgperioden. Udvalget skal endvidere beskrive modeller for, hvordan der på den korte og lange bane kan arbejdes med ulighed i sundhed.

På det første møde i udvalget blev medlemmer præsenteret for en oversigt over initiativer i regi af Region Midtjylland, som fokuserer på ulighed i sundhed: https://www.rm.dk/politik/udvalg/midlertidige-udvalg/udvalg-for-lighed-i-sundhed/dagsordener-og-referater/?SelectedYear=2022&SelectedMeetingId=5229#ArbejdetmedulighedisundhediRegionMidtjylland

Kræftens Bekæmpelse ønsker på baggrund af dette en drøftelse af, hvordan Patientinddragelsesudvalget i dets arbejde kan fremme et øget fokus på ulighed i sundhed i forhold til regionens arbejde. Kræftens Bekæmpelse ønsker endvidere, at udvalget drøfter om der kan findes et fælles udgangspunkt for, hvordan der kan arbejdes med ulighed i diverse politiske aftaler mv., som forelægges udvalget.

Kræftens Bekæmpelse vil endvidere opfordre sekretariatet til, at se på de eksisterende aftaler og tiltag, så som den patientansvarlige læge, individuelle opfølgningsforløb mv. med henblik på at anvende disse ordninger og aftaler til at fremme arbejdet med ulighed i sundhed. Kræftens Bekæmpelse ønsker på den baggrund **at udvalget præsenteres for en oversigt over de eksisterende ordninger og aftaler, som i praksis kan fremme lighed i sundhed** og sikre de sammenhængede patientforløb, hvor uligheden oftest kan være særligt fremtræden.

4) Sundhedsaftalen i Midtjylland

Under coronaepidemien opstod der i Danmark et behov for, at regionerne oprettede de såkaldte "Senfølgeklinikker for COVID". Klinikkerne har til formål at udrede personer med mindst ét symptom, som er til stede typisk tre måneder efter COVID-19 smitte, og bliver ved over to måneder, som ikke kan foreklares med andre diagnoser. Med COVID-19 epidemien blev det illustreret, hvordan senfølgeklinikkerne og ordningerne heromkring kan organiseres på flere af landets sygehuse.

Hvert år får cirka 10.000 i Region Midtjylland konstateret, og cirka 75.000 i Region Midtjylland lever med en kræftdiagnose. Hertil rammes over 50% af invaliderende senfølger, som påvirker den enkeltes hverdag og livskvalitet. Mange kræftpatienter, og øvrige patienter som modtager anden behandling af kronisk sygdom, oplever i dag, at de efter en behandling står alene med de udfordringer, som senfølgerne kan bidrage til at skabe. også i de nationale Dette er til trods for, at der med Kræftplan IV kom et øget fokus på senfølger i kræftrehabiliteringen og den løbende sundhedsfaglige indsats i forbindelse med et behandlingsforløb. Dette fokus afspejles sundhedsfaglige anbefalinger for opfølgning efter kræftbehandling, i nogle

kommuners indsatser for rehabilitering og i overenskomst med de praktiserende læger. Alligevel oplever mange patienter, at senfølgeområdet ikke har en stor opmærksomhed i behandlingssystemet og den sociale sektor.

For at imødekomme de kommende års stigning i antallet af patienter, som vil opleve senfølger, er det afgørende, at det tværsektorielle samarbejde styrkes, så ansvaret for opfølgninger, herunder opsporing og behandling, klart forankres i arbejdet mellem sygehus, kommune og almen praksis. Der er hertil behov for en systematik i henvisningen til relevante kommunale tilbud, så kommunerne får en aktiv rolle i forebyggelsen og behandlingen af senfølger.

Kræftens Bekæmpelse ønsker på den baggrund en drøftelse af, hvordan patientinddragelsesudvalget vurderer, at senfølgeområdet kan indarbejdes i aftalen.