



REFERAT

Emne 6. møde i Nationalt råd for psykiske lidelser og mental sundhed

Mødedato Den 9. december 2024 kl. 12-16

Sted Crowne Plaza Copenhagen Towers
Ørestads Boulevard 114-118
2300 København S
Lokale: Loire

10. december 2024

Sagsnr. 05-0801-2198

Reference BBNG

Deltagere Se vedlagte deltagerliste

Punkt 1. Velkomst

Sundhedsstyrelsens direktør, Jonas Egebart, bød velkommen sammen med Social- og Boligstyrelsens direktør, Ellen Klarskov Lauritzen. Det blev nævnt, at prioritering af anbefalinger har fyldt meget i rådets arbejde indtil nu. Det har ikke været en let opgave. Arbejdet går nu ind i en ny fase, hvor der er fokus på konkrete indsatser og fremdrift.

Punkt 2. Nyt fra departementet i Indenrigs- og Sundhedsministeriet vedr. sundhedsreformen

Regeringen har indgået en bred politisk aftale om en ny sundhedsreform, som vil styrke sundhedsvæsenet og rykke det tættere på borgerne. Reformen indebærer bl.a. en bedre og mere sammenhængende organisering samt en ligestilling af psykiatri og somatik. Andreas Jull Sørensen, afdelingschef i Afdeling for nærhed og sammenhæng i sundhed i Indenrigs- og Sundhedsministeriet, orienterede kort om indholdet i aftalen, der særligt vedrører psykiatrien. Rådet har fået PowerPoint-præsentationen fra oplægget tilsendt efter mødet.

Efter oplægget blev rådet opfordret til at kommentere på sundhedsreformen. Rådsmedlemmernes bemærkninger og spørgsmål kredsede især om nedenstående temaer:

Implementering af 10-årsplanen:

Der blev generelt udtrykt opbakning til sundhedsreformen. Dog var flere rådsmedlemmer bekymrede for, om sundhedsreformen kan forsinke implementeringen af 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed. Vigtigheden af at holde momentum på 10-årsplanen blev understreget.

Sundhedsråd:

Der blev generelt udtrykt opbakning til sundhedsrådene. Dog blev der udtrykt bekymring for, om de lovgivningsmæssige rammer og økonomiske incitamenter understøtter tværfagligt samarbejde mellem regioner og kommuner i sundhedsrådene. Det blev betonet, at borgerne ikke bør mærke, at der er tale om til-

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

bud i forskellige organisationer. Der blev udtrykt bekymring for, om der i sundhedsrådene er nok viden om psykiatrien og psykiatriens særlige vilkår. Her blev det bl.a. fremhævet, at der ikke er patient- og pårørenderepræsentanter i sundhedsrådene, og der blev udtrykt ønske om, at de kommende sundhedsråd prioriterer samspil med civilsamfundsaktører og patientorganisationer højt. Dertil blev efterspurgt et fokus i sundhedsrådene på et forbedret samspil mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien.

Departementet i Indenrigs- og Sundhedsministeriet betonedede, at det er en bunden opgave for sundhedsrådene at sikre sammenhæng til gavn for borgerne. Her blev det fremhævet, at sundhedsrådene både får beslutningskompetence og økonomiske ressourcer at lave løsninger for, hvilket sundhedsklyngerne kun har haft i meget begrænset omfang. Sundhedsrådene hører under regionerne, men både regioner og kommuner er repræsenteret.

Integration af psykiatri og somatik:

Der blev generelt udtrykt opbakning til integrationen af psykiatri og somatik. Det blev bl.a. nævnt, at integrationen kan bidrage til afstigmatisering af psykiske lidelser. I regionerne er der stor vilje til at løse opgaven med at sikre en ledelsesmæssig og organisatorisk integration af psykiatri og somatik. Nogle rådsmedlemmer nævnte, at *Nationalt råd for psykiatri og mental sundhed* bør beskæftige sig med integrationen af psykiatri og somatik for at sikre sammenhæng til 10-årsplanen. Der blev udtrykt bekymring for, hvad integrationen vil betyde for medarbejderne og kvaliteten af det faglige arbejde i psykiatrien. Det blev desuden nævnt, at det er vigtigt at holde tempo i implementeringen for at forebygge dalende motivation og opsigelser blandt medarbejdere. Det blev betonet, at det er vigtigt at sikre ensartethed på tværs af psykiatriens indsatser og evidensbaserede undersøgelser, så en større andel af indsatserne kan baseres på høj evidens. Et rådsmedlem ser gerne psykiatrien bevæge sig i en mere humanistisk, socialfaglig retning og var derfor bekymret for, om psykiatrien vil blive mere sundhedsfagligt orienteret i kraft af integrationen med somatikken.

Departementet i Indenrigs- og Sundhedsministeriet understregede, at man ønsker at bygge videre på alt det, der fungerer godt i psykiatrien og somatikken, fx hvad angår samarbejde og strukturer. Departementet nævnte også, at hverken psykiatrien eller somatikken ønsker, at de faglige miljøer splittes op.

Almen praksis og botilbudslæger:

Dansk Selskab for Almen Medicin udtrykte bekymring over, at sundhedsreformen giver almen praksis mange nye opgaver, som man ikke nødvendigvis har kapacitet og kompetencer til at løse i dag. Almen praksis vil gerne udvikle de nødvendige kompetencer. Kapacitet og kompetencer skal være tilstede, hvis det skal lykkes. Det blev efterspurgt, at forventningerne til almen praksis afklares, herunder hvad *Nationalt råd for psykiske lidelser og mental sundhed* ønsker fra almen praksis i forhold til fremtidens psykiatri. Der blev spurgt ind til den nye ordning med fasttilknyttede botilbudslæger, herunder finansieringen. Departementet i Indenrigs- og Sundhedsministeriet afklarede, at botilbudslæger er alment praktiserende læger, og at ordningen er en del af den netop indgåede overenskomst mellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation og

skal implementeres nu. Et rådsmedlem fremhævede, at der er tale om en god aftale, da botilbudslæger sikrer helhed og sammenhæng for borgerne.

Øvrige temaer:

Der blev efterspurgt en drøftelse af civilsamfundets rolle i sundhedsreformen. Der blev udtrykt tilfredshed med de styrkede patientrettigheder i sundhedsreformen og samtidig lagt vægt på, at det er vigtigt at involvere patientrepræsentanter i arbejdet. Der blev spurgt ind til, hvordan der forventningsafstemmes med borgerne om, at der ikke må ske en vækst i aktivitet og udgifter på sygehusene.

Punkt 3. Oplæg om behandlingstilbud til patienter med dobbeltdiagnoser, botilbudsteams, pårørendeindsats og ”Borgeren ved roret”

Rådet har til formål at følge implementeringen af 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed. Rådet skal bl.a. rådgive om en fagligt velfunderet opfølgning, vurdering og justering af de igangsatte indsatser. Under dette dagsordenpunkt blev fire konkrete indsatser derfor præsenteret i to blokke.

Den første blok indeholdt tre korte oplæg. Først præsenterede Camilla Hersom, vicedirektør i Danske Regioner, regionernes nye behandlingstilbud til patienter med dobbeltdiagnoser sammen med Lone Tonsgaard, projektleder i Region Hovedstadens Psykiatri. Dernæst præsenterede Lotte Just, afdelingsleder på botilbuddet Røde Mellevej, deres erfaringer med botilbudsteams fra et kommunalt perspektiv. Til sidst præsenterede Tina Ebler, hospitalsdirektør i Psykiatrien i Region Midtjylland, deres implementeringsplan for botilbudsteams.

Den anden blok indeholdt to korte oplæg. Først præsenterede Jane Alrø Sørensen, generalsekretær i Bedre Psykiatri, deres pårørendeindsats. Dernæst gav Social- og Boligstyrelsen en kort introduktion til ”Borgeren ved roret”, som er en strategisk og systematisk omlægning til recovery-orienteret rehabilitering i kommunerne. Efterfølgende præsenterede Lene Lilja Petersen, Områdechef for Social Indsats i Rudersdal Kommune, deres erfaringer med strategisk omlægning til tilgangen i ”Borgeren ved roret”.

Rådet har fået PowerPoint-præsentationerne fra oplæggene tilsendt efter mødet. Hver oplægsblok blev afrundet med gruppedrøftelser og en kort opsamling af hovedpointer i plenum. Indholdet af drøftelserne gengives herunder.

Første oplægsblok:

Behandlingstilbud til patienter med dobbeltdiagnoser:

Tre gruppeborde drøftede regionernes nye behandlingstilbud til patienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik med afsæt i følgende refleksionsspørgsmål: *Hvad hæfter I jer særligt ved i oplægget: Hvad er ny viden og særlige opmærksomhedspunkter? Hvad skal regionerne og kommunerne særligt være opmærksomme på i stepped care-tilgangen? Hvad kan de kommende sundhedsråd bidrage med ift. det lokale integrerede behandlingstilbud og over-*

gange til kommuner? Er der særlige opmærksomhedspunkter set fra jeres organisation/baggrund? Drøftelserne og den efterfølgende plenumopsamling kredsedede om nedenstående temaer:

Målgruppe og behandlingskapacitet:

Det blev vurderet, at der formentlig er flere personer i målgruppen end antaget, hvilket er et opmærksomhedspunkt i forhold til behandlingskapaciteten. Det blev påpeget, at mange er under 18 år, når deres misbrug starter. Der var derfor også fokus på, hvornår der kommer et tilbud til børn og unge.

Monitorering og evaluering tilbuddet:

Der var fokus på monitorering af tilbuddet, herunder behovet for at holde øje med frafald, hvem man ikke får ind i tilbuddet mv. Det blev pointeret, at det kan forventes at tage tid, før tilbuddet kommer til at virke og skabe effekter for målgruppen. Man bør derfor undgå at drage for tidlige konklusioner om tilbuddets virkninger.

Visitation og behandlingsindsats:

”No Wrong Door” blev fremhævet som et vigtigt princip. Der blev påpeget en mulig diskrepans mellem ”No Wrong Door”-princippet og ”stepped care”-tilgangen. I stepped care-tilgangen gradueres indsatsen ud fra sværhedsgraden af den enkeltes problemstillinger. Det kan resultere i behandlingsskift. Det blev efterspurgt, at man laver et mere integreret tilbud gennem hele forløbet. Det blev også betonet, at tærsklen for at genoptage behandling bør være lav.

Sundhedsrådenes rolle:

Det blev nævnt, at det nye behandlingstilbud er godt placeret i sundhedsrådene, da tilbuddet kræver tæt samarbejde mellem regioner og kommuner. Der skabes et forum, hvor man har et fælles ansvar for målgruppen. Der blev udtrykt bekymring for, om sundhedsrådene har tilstrækkelig viden om områderne, så de både kan sikre den regionale vinkel og den kommunale, socialfaglige vinkel. Det blev nævnt, at der er store forskelle på målgruppens størrelse og tilgængelige tilbud på tværs af kommuner. Det blev efterspurgt, at sundhedsrådene bidrager til at opbygge ”No Wrong Door”-kulturen, så enhver der henvender sig på sundhedsområdet eller hos andre kommunale aktører (fx jobcentre, pædagoger, skoler) bliver grebet. Det blev nævnt, at sundhedsrådene skal sikre sammenhæng, herunder mere hensigtsmæssig og ensartet udnyttelse af døgnbehandling.

Målgruppens motivation og oplevelse af tilbuddet:

Det blev fremhævet som et vigtigt fokusområde, hvordan man motiverer målgruppen til at indgå i behandlingen, fx hvis man nu skal transportere sig endnu længere end før. Der var fokus på, hvad målgruppen synes om tilbuddet, da denne gruppe har været i kontakt med rigtig meget fagpersonale. De bør ikke udsættes for flere nederlag. Mødet med peer-medarbejdere blev fremhævet som vigtigt.

Civilsamfundets rolle:

Der var en opmærksomhed på, at borgere bør hjælpes videre til fællesskaber i civilsamfundet efter endt behandling, men at civilsamfundet ikke skal blive driftsansvarlige.

Botilbudsteams:

Tre gruppeborde drøftede botilbudsteams med afsæt i følgende refleksions-spørgsmål: *Hvad hæfter I jer særligt ved i oplæggene: Hvad er ny viden og særlige opmærksomhedspunkter? Hvordan kan man understøtte kommunikation og samarbejde? Hvad skal der til for, at botilbudsteams har de relevante oplysninger om borgerne på botilbud? Hvordan sikrer vi bedst det gode samarbejde med det enkelte botilbud, som den faglige ramme lægger op til? Hvordan forpligter vi også de private botilbud ind i det nære tværsektorielle samarbejde?* I gruppedrøftelserne og den efterfølgende plenumopsamling fremkom nedenstående bemærkninger:

Lokale forskelle og nationalt overblik:

Der er stor tilfredshed med botilbudsteams i kommunerne. Det fungerer ofte godt de steder, hvor botilbud og botilbudsteams ligger tæt på hinanden rent geografisk. Der blev rejst en opmærksomhed på, om botilbudsteams er et ret centraliseret tilbud. Det bør sikres, at tilbuddet kommer lige godt ud i alle dele af landet, så man også får gavn af tilbuddet, hvis man bor langt væk. Der blev efterspurgt flere data og et overblik over, hvad der sker nationalt, herunder hvordan tilbuddet koordineres centralt, om systemerne taler sammen mv.

Forudsætninger for det gode samarbejde:

Det blev betonet, at relationer er vigtige, både for borgerne på botilbud og for det gode samarbejde mellem botilbud og botilbudsteams. Derfor bør botilbud ikke få besøg af nye medarbejdere fra botilbudsteams hver gang. Det er vigtigt, at botilbudsteams kender borgerne. Det blev fremhævet som et dilemma, hvordan botilbud og botilbudsteams kan dele den nødvendige viden og data om borgerne på botilbud. Det kræver bl.a. IT-systemer. Et fokus på gode relationer må ikke medføre, at tilbuddet bliver personafhængigt. Det bør beskrives, hvad arbejdsgangene er, herunder hvad hver part kan forvente af hinanden.

Helhedsorienteret indsats:

Botilbudsteams blev fremhævet som en meget helhedsorienteret indsats. Sammenlignet med F-ACT har botilbudsteams en god mulighed for at bidrage til kontinuitet, da man kan følge borgerne i længere tid. Botilbudsteams tager afsæt i den lange erfaring fra både kommuner og regioner. Det er et kontinuerligt arbejde med fokus på borgeren. Det fremhæves, at der er tale om et tværfagligt samarbejde, hvor botilbud, botilbudslæge og botilbudsteams fra den regionale psykiatri skal arbejde tæt sammen om og med borgeren. Der blev spurgt ind til, om botilbudsteams er et bedre tilbud, end hvis botilbud selv havde de nødvendige ressourcer og kompetencer hos de ansatte. Det blev nævnt, at botilbudsteams modsat distriktpsikiatrien taler med personalet på botilbud (fx om opfølgning på medicin) og har tid til at komme ud alle steder.

Private botilbud:

Botilbudsteams blev også beskrevet som et godt tilbud til private botilbud, men man kender ikke alle botilbud lige godt. Det blev anbefalet, at man drøfter med de organisationer, som de private botilbud er organiseret under, hvordan de private botilbud også kan samarbejde med botilbudsteams.

Psykatri ind i hjemmet:

Der blev udtrykt en opmærksomhed og bekymring for, hvad det betyder for borgerne at få psykiatrien på besøg i hjemmet, herunder hvordan man undgår et sundhedssparadigme i borgernes hjem. Andre fremhævede det som en fordel, at samtalerne finder sted i hjemmet. Det blev nævnt, at borgerne er meget glade for botilbudsteams. Samtalerne omhandler borgernes aktuelle problemstillinger. Der blev spurgt ind til, hvordan man gør det muligt for borgerne at se deres læge i vedkommendes praksis, hvis de foretrækker det.

Anden oplægsblok:

Pårørendeindsats:

Tre gruppeborde drøftede pårørendeindsatsen med afsæt i følgende refleksions-spørgsmål: *Hvad hæfter I jer særligt ved i oplæggene: Hvad er ny viden og særlige opmærksomhedspunkter? Hvad er fordele og ulemper ved at lade en civilsamfundsorganisation som Bedre Psykiatri løse en opgave på 10-årsplanen? Hvordan sikrer vi os, at kvaliteten er i orden, når civilsamfundets organisationer løser opgaver i regi af 10-årsplanen? Hvordan sikrer vi, at pårørendearbejdet er integreret i psykiatrien og socialpsykiatrien, når udviklingsopgaven er lagt i civilsamfundet? I gruppedrøftelserne og den efterfølgende plenumopsamling fremkom nedenstående bemærkninger:*

Kvalitet og læring til det offentlige system:

Der blev udtrykt stor tillid til, at civilsamfundsorganisationer som fx Bedre Psykiatri leverer pårørendeindsatser i høj kvalitet. Her blev der bl.a. henvist til evalueringresultaterne. Der var en bekymring for, om læring udbredes tilstrækkeligt. Læring fra pårørendekurserne fremhæves som et biprodukt, der gerne skal effektivt ind i systemet. Der var en opmærksomhed på, hvad der sker i kommuner og regioner imens, samt at civilsamfundet kan ses som en ekstra sektor. Der var bl.a. fokus på, hvordan man kan dele data.

Stor efterspørgsel:

Det blev nævnt, at pårørendeindsatsen tydeligvis er et tilbud, som det offentlige system ikke har løftet tilstrækkeligt i forvejen: Der er meget lang venteliste, selvom der allerede er rigtig mange pårørende i tilbuddet. Der blev også fremhævet et potentiale for at være endnu mere opsøgende for at nå de pårørende. Der er erfaring med, at der kommer mange henvisninger til tilbuddet, når først man er inde i systemet. Bedre Psykiatri ser også et behov på børne- og ungeområdet, da mange forældre til børn under 18 år har tilmeldt sig pårørendekurset.

Borgeren ved roret:

Tre gruppeborde drøftede "Borgeren ved roret" med afsæt i følgende refleksions-spørgsmål: *Hvad hæfter I jer særligt ved i oplæggene: Hvad er ny viden og*

særlige opmærksomhedspunkter? Hvad skal der til for at kommuner og regional psykiatri kan mødes omkring en "Borgeren ved roret"-tilgang? I gruppedrøftelserne og den efterfølgende plenumopsamling fremkom nedenstående bemærkninger:

Den "klassiske tilgang" versus tilgangen i "Borgeren ved roret":

Det blev nævnt, at det efterhånden er længe siden, at man arbejdede ud fra "den klassiske tilgang" på socialområdet, hvor det socialfaglige perspektiv på borgeren er styrende. Dagsordenen fra "Borgeren ved roret", hvor der bl.a. er fokus på borgerens egne perspektiver og potentiale, har kørt i mange år. Kommunerne arbejder allerede ud fra tilgangen i større eller mindre grad. Der var dog også en åbenhed om, at man i praksis ikke er lige langt med at arbejde efter tilgangen i "Borgeren ved roret" i alle kommuner.

Ønske om bredere sproglig forståelse af feltet på tværs af sektorer:

Det blev nævnt, at der er behov for en bredere sproglig forståelse af hele feltet på tværs af sektorer. Som eksempel blev nævnt sprogbrug i en tidligere dialog på rådsmødet, hvor alt det, som ikke omhandler medicin, blev betegnet som "nonfarmakologisk behandling". Dette vil andre i stedet betegne som "alt det, der handler om livet og ikke om sygdom".

Øvrige temaer:

Nogle rådsmedlemmer udtrykte skepsis over "psykologisering i samfundet". Det blev nævnt som positivt, at der ikke fokuseres på diagnoser. Det blev nævnt, at fleksible arbejdspladser kan nedbringe sygefravær.

Punkt 4. Hvad vil rådet gerne opnå i 2025 og ønsker til årshjul for 2025-2026

Under dette dagsordenpunkt blev der faciliteret en drøftelse af, hvad rådet gerne vil opnå i 2025. Drøftelsen tog afsæt i kommissoriet, hvor rådets rolle og opgaver er defineret. Rådet blev præsenteret for følgende refleksionsspørgsmål:

Hvad vil rådet opnå i 2025? Hvad skal rådet gøre? Hvad bidrager jeg/min organisation med? Hvad har jeg brug for fra de andre i rådet? Der fremkom følgende bemærkninger:

Overblik over procesplan, implementeringsstatus, effekt og økonomi:

Ønsket om større overblik over 10-årsplanen fyldte mest. Flere rådsmedlemmer bemærkede, at dagens oplæg var rigtig fine, men at rådet ikke har behov for indsatsnære oplæg, da informationen ikke er ny for rådet. Rådet kan ikke være nede i maskinrummet på alle de konkrete indsatser. I stedet fremhævede flere rådsmedlemmer, at rådet skal kende de store linjer og vide, om "vi rammer skiven". Der er forventninger om, at de kommende statusnotater og monitoreringen af 10-årsplanen vil bidrage til at belyse dette.

Mange rådsmedlemmer efterspurgte et større overblik over 10-årsplanen. Konkret blev det fx foreslået, at tidsplanen over initiativer i 10-årsplanen (bilag 1) suppleres med information om, hvornår rådet kan forvente at få et overblik over de forskellige initiativer deri. Der savnes information om status på implementeringen og effekten af indsatserne. Der blev efterspurgt "mere kedelige møder",

hvor styrelserne taler mere og aflægger status på proces, økonomi og effekt. Styrelserne kan fx vise plancher med implementeringsstatus. Derudover efterspurgte flere rådsmedlemmer et økonomioverblik med information om, hvor mange midler, der er brugt på hvad. Det blev nævnt, at rådets arbejde går ind i en nye fase, når psykiatriplanen for de kommende år er vedtaget.

Større overblik blev bl.a. nævnt som en forudsætning for, at rådet kan kvalificere de politiske processer, herunder rådgive om, hvorvidt midler bør bruges på at forlænge eksisterende indsatser eller finansiere nye. Der var et ønske om, at rådet kan få et (større) sekretariat, så rådet lettere kan byde ind med deres faglighed.

Nogle rådsmedlemmer efterspurgte et overblik over, hvordan det går med det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel, herunder implementeringen (fx antal kommuner), økonomien og på sigt effekten af tilbuddet. Der blev også efterspurgt et overblik over, hvad der sker med forløbsbeskrivelser. Det blev også nævnt, at rådet gerne vil have en overvågende funktion i forhold til, hvordan det går med sundhedsrådene og integrationen af psykiatri og somatik.

Data, evaluering, monitorering og indikatorer:

Ønsket om flere og bedre data fyldte også i drøftelsen. Konkret blev der både efterspurgt data på implementeringen og på effekten af indsatser. Det blev fremhævet, at der er brug for at arbejde mere datadrevet. Et rådsmedlem mente, at rådet tidligere var blevet stillet i udsigt, at rådet eventuelt kunne bestille rapporter. Det blev efterspurgt, at der bliver trukket tal på indikatorer til statusnotater, når målsætninger og indikatorer er besluttet politisk.

Det blev fremhævet, at der bør sættes minimumskrav til evaluering af indsatser i 10-årsplanen. Der var et ønske om, at man finder en systematik for, hvordan resultater afrapporteres. Det blev også nævnt, at nogle indsatser bør evalueres på højeste evidensniveau. Evaluering skal allerede tænkes ind, før indsatserne starter, så man kan nå at følge udviklingen. Det blev nævnt, at det er muligt at finde fonde, som vil finansiere evaluering af større indsatser.

Det blev fremhævet som centralt, at man skal kunne følge de overordnede indikatorer og monitorere, om man er lykkedes med 10-årsplanen og den store kulturforandring, som 10-årsplanen skal afstedkomme.

Kommunikationsindsats - håb og tålmodighed:

Flere rådsmedlemmer nævnte behovet for en kommunikationsindsats. Det blev nævnt, at rådet har en rolle i at kunne formidle viden, tålmodighed og håb ud til målgruppen for 10-årsplanen: patienter, pårørende og medarbejdere. Med et fokus på afstigmatisering blev det bl.a. nævnt, at det er vigtigt at få kommunikeret, hvad man laver på 10-årsplanen. Det blev desuden fremhævet, at det bør kommunikeres, at der sker noget, så man kan skabe et lys for enden af tunnelen for medarbejdere. Det demotiverer, når der tilføres midler, men medarbejderne ikke kan mærke det, fordi der samtidig er ansættelsesstop. Nogle steder mangler hænder samtidig med, at der afskediges medarbejdere. Det er vigtigt at få

forklaret hvorfor, så der ikke spredtes misinformation, da det kan være svært at forstå sammenhængen.

Det politiske niveau:

Der blev udtrykt bekymring i forhold til det politiske ejerskab til det faglige oplæg til 10-årsplanen i forbindelse med skift i ordførerkredsen. Det blev fremhævet som vigtigt at formidle til politikerne, at der sker noget, og at det nytter og skaber forandring, når de prioriterer og laver mere fokuserede indsatser, som bygger på det grundige faglige arbejde og anbefalinger, som foreligger.

Det blev foreslået af et rådsmedlem, at rådet kan adressere udfordringer ved at stille forslag til Folketinget.

Samarbejde i rådet:

Det blev nævnt, at et overblik over indsatserne måske kan forebygge en dynamik, hvor rådsmedlemmerne bliver konkurrerende i forhold til hinanden. Der opleves et dilemma med, at rådet er bredt sammensat, hvor medlemmerne repræsenterer foreninger, driftsherrer, forskning, kommuner, regioner mv. Et rådsmedlem nævnte, at der er et stort behov for data og belysning af status og fremdrift på indsatser. Det efterlyses, at data kommer hurtigt. Der var også et ønske om, at dagsordenpunktet ”Eventuelt” vægtes højere på rådsmøderne.

Afrunding af dagsordenpunkt:

Sundhedsstyrelsens direktør nævnte, at Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen har oversendt prioriteringsoplægget, som er udarbejdet på baggrund af rådgivning fra rådet, til departementet i Indenrigs- og Sundhedsministeriet. De politiske forhandlinger er udskudt til 2025. I forhold til rådets rolle blev det pointeret, at det er politikerne, der skal beslutte fordeling af midlerne. Man kan prøve at sikre, at politikerne opsøger rådets rådgivning. Sundhedsstyrelsens direktør takkede rådet for input.

Afslutningsvis blev rådet inviteret til at eftersende input til et årshjul for rådsmøder 2025-2026 med frist den 31. januar 2025. Rådet blev orienteret om, at Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen efterfølgende vil udarbejde et årshjul for rådsmøder i 2025-2026, som tager afsæt i rådets input. Derudover blev det foreslået, at rådet kan modtage en foreløbig mødedagsorden, cirka en måned før rådsmøder afholdes. På den baggrund kan rådsmedlemmer melde ønsker til konkrete dagsordenpunkter ind før hvert rådsmøde.

Punkt 5. Videre proces og næste møde

Der blev orienteret om, at næste rådsmøde afholdes den 13. maj 2025 kl. 10-14.

Punkt 6. Eventuelt

Punktet udgik på grund af tidsmangel på mødet. Det udtrykte flere rådsmedlemmer ærgrelse over. Det blev derfor foreslået, at styrelserne fremadrettet reserverer længere tid til ”Eventuelt” på mødedagsordenen, og at sekretariatet beder rådsmedlemmer om at indsende input til ”Eventuelt” før rådsmøder.