



Til

Høringsparterne jf. vedlagte bilag

Hillerød den 9. september 2014

Region Hovedstaden
Center for Sundhed
Telefon: 3866 6000

Ref. Winnie Brandt
Mail: winnie.brandt@regionh.dk

Høring vedr. den administrative del af sundhedsaftalen 2015 – 2018 mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen

Kære Høringsparter

Som I ved skal der inden udgangen af januar 2015 være indgået en ny sundhedsaftale mellem regionen og kommunerne i regionen for perioden 2015 - 2018. Den kommende sundhedsaftale skal bestå af en politisk del og en administrativ del.

Udkastet til den politiske aftale var i en bred høring før sommerferien. Vi vil i Sundhedskoordinationsudvalget gerne sige tak for de mange gode og konstruktive bemærkninger til sundhedsaftalens politiske del. Den politiske del af udkast til den kommende sundhedsaftale blev endeligt godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget den 5. september 2014.

Denne høring vedrører udkast til den administrative del af sundhedsaftalen.

Den administrative aftaledel er tilvejebragt gennem syv delprojekter, der har haft bred tværfaglig og tværsektoriel deltagelse – herunder deltagelse af faglige repræsentanter fra hospitaler, almen praksis og kommuner. Udkast til sundhedsaftalens administrative del konkretiserer de forslag til mål og indsatser, der indgår i den politiske aftale. I aftaleudkastet er der endvidere taget højde for de nationale krav til sundhedsaftalen. Aftaleudkastet indeholder derfor også forslag til indsatser på områder, der ikke er direkte nævnt i den politiske aftaledel.

Aftaleudkastet indeholder desuden forslag til, hvordan der skal arbejdes med implementering og opfølgning på sundhedsaftalen.

For at sikre en bred og involverende proces foreslås, at implementeringen tilrettelægges via en årlig implementeringsplan, der skal godkendes i Sundhedskordinationsudvalget efter en forudgående dialog i regionen og med alle 29 kommuner i regionen. Patientinddragelsesudvalget og Praksisplanudvalget inddrages ligeledes i processen.

For at sikre systematisk opfølgning på aftalens målsætninger er der foreslået en række konkrete indikatorer. Opfølgning på indikatorerne vil ske årligt som en del af opfølgningen på implementeringsplanen for sundhedsaftalen.

Det bemærkes, at den endelige udgave af den kommende sundhedsaftale vil blive offentliggjort i elektronisk form. Der vil derfor ske ændringer i forhold til det nuværende layout.

Vi skal anmode om at få jeres eventuelle bemærkninger til sundhedsaftalens administrative del snarest muligt, og **senest den 20. oktober 2014**.

Såfremt I har tekstnære bemærkninger bedes I tydeligt angive, hvilken side og afsnit bemærkningerne vedrører. Idet administrationen vil have meget kort tid til at skabe et overblik over de indkomne bemærkninger, anmodes endvidere om at bemærkninger både fremsendes i en word-fil og som pdf-fil.

Bemærkninger bedes fremsendt til mailadressen: CSU-FP-Sundhedsaftalen@regionh.dk

Videre proces:

Vi vil drøfte jeres tilbagemeldinger på vores møde i Sundhedskordinationsudvalget den 25. november, hvor vi skal godkende det endelige samlede udkast til sundhedsaftalen for 2015 – 2018. Herefter skal udkastet godkendes af Regionsrådet og af kommunalbestyrelserne i de 29 kommuner i regionen. Godkendelserne skal ske inden den 31. januar 2015, hvor aftalen skal indsendes til Sundhedsstyrelsen med henblik på Sundhedsstyrelsens godkendelse.

Med venlig hilsen

På vegne af Sundhedskordinationsudvalget


Per Seerup Knudsen
Formand


Ninna Thomsen
Næstformand

Bilag:

1. Høringsudkast Sundhedsaftalen 2015-2018 – Administrativ Del
2. Skabelon for implementeringsplan
3. Liste over høringsparter

Til orientering er endvidere vedlagt:

4. Endeligt udkast til Sundhedsaftalens politiske del, godkendt af SKU den 5. september 2014
5. Forord til Sundhedsaftalen 2015 – 2018



Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Organisering, implementering og opfølgning	5
1.1 Den politiske og administrative organisering af samarbejdet om sundhedsaftalen.....	5
1.2 Implementeringsplan og opfølgning på sundhedsaftalen.....	6
1.2.1 Indikatorer	6
1.2.2 Sundhedskoordinationsudvalget opgaver.....	6
1.2.3 Den administrative styregruppes opgaver	7
1.3 Supplerende aftaler om lokale fælles indsatser og fælles udviklings- og forskningsprojekter	7
1.4 Kapacitetstilpasning.....	7
1.5 Bilag	8
Kapitel 2: Borgeren som aktiv samarbejdspart	9
2.0 Politiske målsætninger og indikatorer.....	9
2.1 Aktivt samarbejde med den enkelte borger om eget forløb.....	10
2.2 Samarbejdet med borgere om udviklingen af sundhedsvæsenet	11
Kapitel 3: Nye og bedre samarbejdsformer	12
3.0 Politiske målsætninger og indikatorer.....	12
3.1 Afprøvning og udvikling af nye modeller med fælles drift	12
Kapitel 4: Lighed i sundhed.....	14
4.0 Politiske målsætninger og indikatorer.....	14
4.1 Differentierede indsatser	15
4.1.1 Identifikation af sårbare borgere	15
4.1.2 Differentierede indsatser til borgere med kronisk sygdom/multisygdom.....	15
4.2 Særlige målgrupper	16
4.2.1 Sårbare gravide og nyfødte i sårbare familier	16
4.2.2 Borgere med samtidig psykisk sygdom og et skadeligt forbrug af rusmidler	17



4.2.3 Styrket fokus på sundhedsindsatser til særligt udsatte borgere.....	17
.....	18
Kapitel 5: Sammenhæng og kvalitet.....	18
5.0 Politiske målsætninger og indikatorer	18
5.1 Tværgående indsatsområder	19
5.1.1 Monitorering af tværsektorielt samarbejde og kvalitetsdata	19
5.1.2 Sundheds-it og digitale arbejdsgange	20
5.1.3 Tværsektorielt samarbejde om patientsikkerhed	22
5.1.4 Fokus på kronisk sygdom.....	23
5.1.5 Rådgivning på tværs af sektorer	24
5.1.6 Rammedelegationer i forbindelse med kommunale tilbud	26
5.1.7 Samarbejde om opgaveoverdragelse	26
5.1.8 Forskning	26
5.2 Forebyggelse.....	28
5.2.1 Synlighed og sammenhæng mellem indsatser.....	28
5.2.2 Samarbejde om gravide og nyfødte	29
5.2.3 Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge	29
5.2.4 Tidlig opsporing og indsats over for psykisk mistrivsel blandt børn og unge.....	30
5.2.5 Børn og unge som pårørende.....	30
5.2.6 Forebyggelses- og behandlingstilbud til borgere med afhængigt forbrug af rusmidler og deres familier.....	30
5.2.7 Børn i familier med misbrugsproblemer	31
5.2.8 Tidlig opsporing af unge og voksne med psykisk sygdom	31
5.2.9 Tidlig opsporing af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom	32
5.2.10 Tidlig opsporing og indsats vedr. KOL og børneastma	32
5.3 Behandling og pleje	33
5.3.1 Samarbejde og kommunikation	33



5.3.2 Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.....	34
5.3.3 Den gode udskrivelse som forebyggelse af genindlæggelser.....	36
5.3.4 Tværsektorielt samarbejde om medicin.....	36
5.3.5 Særlige målgrupper	37
.....	39
5.4 Genoptræning og rehabilitering.....	39
5.4.1 Koordination og tidlig indsats.....	40
5.4.2 Kommunikation	40
5.4.3 Fokus på faglig kvalitet	41
5.4.4 Arbejdsdeling og opgaveansvar.....	41
5.4.5 Samarbejde på fysioterapiområdet.....	42

HØRINGSUDKAST



Administrativ aftale

Aftalen er gældende fra 1. februar 2015. Sundhedsaftalen består af en politisk aftale og en administrativ aftale.

Den politiske aftale beskriver vores fælles visioner og politiske målsætninger for videreudvikling af vores samarbejde om snitflader og de opgaver, som vi deler på sundhedsområdet.

I den administrative aftale er de politiske målsætninger og visioner konkretiseret og uddybet i forhold til bl.a. de obligatoriske indsatsområder og målgrupper (jf. bekendtgørelse og vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler), der ikke er omtalt specifikt i den politiske del af aftalen. Den administrative aftale udgør således rammen for det konkrete udviklings- og driftssamarbejde mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren.

Aftalen omfatter alle borgere med en eller flere forbigående eller kroniske sygdomme og/eller funktionsnedsættelser, som har behov for sammenhængende indsatser på tværs af sektorerne - enten samtidigt eller i forlængelser af hinanden. Herudover indeholder aftalen målsætninger om indsatser for specifikke grupper af sårbare og udsatte borgere, hvor der er behov for et særligt fokus på at sikre kvalitet og sammenhæng.

Arbejdet med realiseringen af sundhedsaftalens visioner og målsætninger sker inden for de økonomiske rammer, der fastlægges ved de årlige budgetvedtagelser i Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen.

De konkrete aftaler for arbejdet med implementering af sundhedsaftalens målsætninger fastlægges i en årlig implementeringsplan, der godkendes af Sundhedskordinationsudvalget. Proces for udarbejdelse og godkendelse af implementeringsplanen er beskrevet i afsnit 1.2.

Private leverandører (f.eks. hospice og privathospitaler) der leverer offentligt finansierede sundhedstilbud, er inden for relevante områder omfattet af sundhedsaftalen. Region Hovedstaden og kommunerne sikrer hver især, at de private leverandører kender til indholdet i sundhedsaftalen – herunder implementeringsplanerne – samt at de efterlever sundhedsaftalen i relevant omfang.

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at et gensidigt forpligtende samarbejde med almen praksis er et helt centralt fokusområde i sundhedsaftalen. Sundhedsaftalens intentioner skal efterfølgende udfoldes i praksisplan for almen praksis og de relaterede aftaler for at sikre, at samarbejdet kan implementeres.



Kapitel 1: Organisering, implementering og opfølgning

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af, hvordan samarbejdet omkring sundhedsaftalen er organiseret politisk og administrativt, samt hvordan parterne følger op på sundhedsaftalen med afsæt i udvalgte indikatorer og ud fra en implementeringsplan. Desuden er der en kort beskrivelse af, hvor det kan være relevant at indgå supplerende lokale aftaler samt et afsnit om koordination af kapacitet.

1.1 Den politiske og administrative organisering af samarbejdet om sundhedsaftalen

Den politiske organisering af samarbejdet

Det politiske samarbejde om implementering af sundhedsaftalen er forankret i Sundhedskoordinationsudvalget.

I det konkrete arbejde med implementering af sundhedsaftalen vil Sundhedskoordinationsudvalget sikre systematisk dialog med de kommuner, der ikke er repræsenteret i udvalget. Herunder vil udvalgets godkendelse af den årlige implementeringsplan for sundhedsaftalen ske på baggrund af en forudgående dialog med alle kommuner via KKR-Hovedstaden (Kommune Kontakt-Råd).

Sundhedskoordinationsudvalget vil ligeledes sikre en løbende dialog med Praxisplanudvalget og Patientinddragelsesudvalget om implementeringen af sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget vil understøtte udveksling af information med de øvrige Sundhedskoordinationsudvalg i de andre regioner med henblik på deling af relevant viden og understøttelse af nye nationale initiativer.

Den administrative organisering af samarbejdet

Arbejdet med konkretisering og implementering af den foregående sundhedsaftale har været forankret i en samarbejdsstruktur, der var bygget op omkring en administrativ styregruppe, samordningsudvalg, udviklingsgrupper og arbejdsgrupper.

Vi vil videreudvikle den administrative organisering, så den bedst muligt understøtter implementering af sundhedsaftalen 2015-2018, samtidig med at organiseringen er ressourceeffektiv. Vi bibeholder en administrativ styregruppe, der bl.a. skal sikre den overordnede koordinering af arbejdet med implementering af sundhedsaftalen. Herudover sigtes mod, at den eksisterende organisering af sundhedsaftalearbejdet forenkles samtidig med, at organiseringen skal afspejle den nye integra-



tion af somatik og psykiatri i sundhedsaftalen. Der vil også være et særligt fokus på, hvordan det tværsektorielle samarbejde på børneområdet tilgodeses i organiseringen. Parterne vil primo 2015 aftale en administrativ organisering, som forventes at tage udgangspunkt i en model med samordningsudvalg, og som led heri bl.a. tage stilling til behovet for etablering af permanente og/eller tidsbegrænsede udviklings- og arbejdsgrupper.

1.2 Implementeringsplan og opfølgning på sundhedsaftalen

1.2.1 Indikatorer

For at understøtte den konkrete opfølgning på målsætningerne i sundhedsaftalen er der udvalgt en række specifikke indikatorer, der dels rummer de politiske visioner og dels de obligatoriske indsatsområder. Opfølgning på indikatorerne sker årligt i Sundhedskoordinationsudvalget og som en del af opfølgningen på implementeringsplanen for sundhedsaftalen.

Indikatorerne er udpeget under hensyntagen til i hvilken udstrækning, de kan måles ud fra eksisterende registreringer og datakilder, og til at de i videst mulig udstrækning siger noget om effekt for borgeren. Resultatet er 13 indikatorer, der repræsenterer såvel proces- som effektindikatorer. Indikatorerne er beskrevet i de relevante kapitler.

Hvad angår visionen om borgeren som aktiv samarbejdspart, har det ikke været muligt at pege på relevante indikatorer, der umiddelbart er målbare. Parterne er derfor enige om, at man tidligt i aftaleperioden vil arbejde med at udvikle indikatorer for dette område.

Det skal bemærkes, at der udover ovennævnte udvalgte indikatorer for nærværende sundhedsaftale fortsat måles på en række indikatorer, der indgår i de løbende ledelsesinformationsdata (LIS-data) jf. afsnit 5.1.1 om monitorering af tværsektorielt samarbejde.

1.2.2 Sundhedskoordinationsudvalget opgaver

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. gældende bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler følge op på sundhedsaftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere aftalen.

Sundhedskoordinationsudvalgets opfølgning vil foregå med afsæt i de udvalgte indikatorer og ud fra en implementeringsplan for sundhedsaftalen, som udarbejdes en gang årligt og første gang i umiddelbar forlængelse af aftalens indgåelse.

Implementeringsplanen vil beskrive formålet med indsatsen, organisatorisk forankring, ansvar for igangsættelse og gennemførelse samt tidsplan og forventet effekt af indsatsen. Planen vil desuden beskrive, hvilke indikatorer indsatsen har til formål at påvirke (se skitse til implementeringsplan i bilag).

Med afsæt i opfølgningen vil udvalget ligeledes hvert år i 2. kvartal have en indledende drøftelse af en implementeringsplan for det næstfølgende kalenderår. Herunder tager udvalget stilling til et eventuelt behov for at revidere sundhedsaftalen.



Tiltrædelse af implementeringsplan for det næstfølgende kalender år vil ske på et møde i Sundhedskoordinationsudvalget ultimo oktober måned efter kommunernes og regionens vedtagelse af budgettet for det følgende år.

1.2.3 Den administrative styregruppes opgaver

Den administrative forberedelse og den løbende opfølgning på implementeringsplanen varetages af den administrative styregruppe for sundhedsaftalen.

Den administrative styregruppe har ligeledes ansvaret for godkendelse af de konkrete opgavekommissorier, der skal udarbejdes forud for igangsætning af nye indsatser.

Den administrative styregruppe har endvidere ansvar for systematisk at vurdere, om implementering af de enkelte indsatser fordrer iværksættelse af nye tværgående indsatser. Herunder skal den administrative styregruppe systematisk vurdere behov for fælles kompetenceudvikling, herunder f.eks. indsatser i forhold til faglig vidensopbygning og læring eller understøttelse af kulturbærende elementer, der styrker samarbejdet med såvel borgere som øvrige samarbejdspartner.

1.3 Supplerende aftaler om lokale fælles indsatser og fælles udviklings- og forskningsprojekter

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at det kan være relevant at indgå supplerende lokale aftaler mellem en eller flere kommuner og regionen om etablering af fælles indsatser, der f.eks. er betinget af geografiske forhold.

Parterne er endvidere enige om, at der skal være et råderum, som understøtter mulighed for, at en eller flere kommuner sammen med hospital(er) og/eller praksissektoren kan iværksætte innovations-, udviklings- og forskningsprojekter i forhold til afprøvning af nye løsninger for varetagelse af de fælles opgaver på sundhedsområdet.

1.4 Kapacitetstilpasning

Sundhedsaftalen 2015-2018 skal være med til at sikre en bedre udnyttelse af ressourcerne og større fleksibilitet i opgavevaretagelsen på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren. Sundhedsaftalen skal understøtte princippet om, at både penge og personale anvendes på den bedste måde med fokus på effektiv ressourceudnyttelse og høj kvalitet. Aftalen skal desuden være med til at sikre en hensigtsmæssig sundhedsplanlægning og dimensionering af indsatserne.

Det betyder, at kommuner, hospitaler og praksissektoren i den nye aftaleperiode skal arbejde tæt sammen om at udvikle tilbuddene tæt på borgerens hverdagsliv, og at der løbende foregår en stratificering og vurdering af borgerne med henblik på at tilbyde dem det rette sundhedstilbud på rette niveau.

Af hensyn til koordinering af kapacitet mellem sektorerne betyder det også, at kommuner, hospitaler og praksissektoren så tidligt som muligt skal informere hinanden om ændringer i aktivitets-



mønstret og nye tiltag, der kan have betydning for kapacitetsplanlægningen i de andre sektorer. Det handler bl.a. om væsentlige ændringer i behandlingsmetoder eller aktiviteten på hospitalet og/eller i praksissektoren og ændringer i f.eks. hjemmesygeplejen og kommunale akutte indsatser. Det er den myndighed, der har opgaven, som også har ansvar for at sikre den fornødne kapacitet. Det gælder også, hvor driften af et offentligt sundhedstilbud varetages af private leverandører.

Regionen skal i muligt omfang levere relevante data om hospitalernes og almen praksis' aktivitet, og kommunerne skal i muligt omfang levere relevante data om f.eks. tilbud inden for rehabilitering, genoptræning og hjemmesygepleje.

1.5 Bilag

Der er i tilknytning til den foregående sundhedsaftale udarbejdet en række bilag, der blandt andet indeholder vores fælles vejledninger, opgavekommissorier og konkrete aftaler om håndtering af specifikke opgaver og overgange mellem sektorerne.

Disse bilag videreføres til denne sundhedsaftale indtil anden beslutning foreligger. Ved ændringer af de eksisterende bilag orienteres alle relevante parter herom.

HØRINGSUDKAST



Kapitel 2: Borgeren som aktiv samarbejdspart

2.0 Politiske målsætninger og indikatorer

Politiske målsætninger:

1. At borgere, herunder pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb i det omfang, de ønsker det
2. At borgere understøttes i at mestre egen sygdom med udgangspunkt i egne ressourcer og behov i hele forløbet med mulighed for særlig støtte til sårbare borgere
3. At borgere deltager, når vi træffer beslutninger om, hvordan vi indretter sundhedsvæsenet.

Indikatorer:

- Det er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen, og der skal udvikles en indikator for borgeren som aktiv samarbejdspart, som det er muligt at måle på.

Borgerens indsigt og medvirken er essentiel for en vellykket forebyggelse, behandling, genoptræning og rehabilitering og for et ligeværdigt samspil mellem professionelle og borgere. Aktivt samarbejde med borgere handler om at bringe borgerens ønsker og viden i spil og øge den enkeltes oplevelse af autonomi og evne til at mestre og øve selvbestemmelse over egen sygdom og eget forløb. Ved at anvende borgerens viden og ressourcer, herunder borgerens netværk, skabes der en bedre effekt af indsatsen, men også en bedre borgeroplevet kvalitet.

Aktivt samarbejde med borgere kræver, at beslutninger, der har betydning for det enkelte menneskes liv, træffes sammen med vedkommende. Det indebærer, at vi aktivt tager højde for borgerens perspektiver og inviterer til samarbejde - lige fra mødet med den enkelte borger til udviklingen af organisationerne. Det forudsætter en kultur med respekt for, at borgerne ønsker varierende grader af indflydelse på egne forløb og i varierende grad har mulighed for at mestre hverdagen. For at sikre borgerne lige muligheder for at indgå i et aktivt samarbejde skal vi derfor også differentiere indsatserne, så borgernes forskelligheder tilgodeses.



Borgeren som aktiv samarbejdspartner er et udviklingsområde i sundhedsaftalen, og understøttelse af dette samarbejde er et gennemgående fokus i hele sundhedsaftalen. Kommuner, hospitaler og praksissektoren har i dag et stærkt fokus på at samarbejde med borgerne, men det tager lang tid at foretage den nødvendige kulturelle og organisatoriske omlægning. Indsatserne omkring aktivt samarbejde med borgere er derfor beskrevet mere overordnet end andre indsatser i sundhedsaftalen.

Vi er enige om, at der i denne aftaleperiode er behov for at bygge ovenpå og udvikle arbejdet, bl.a. ud fra eksisterende evidens på området og herunder synliggøre erfaringer med det, vi ved, der virker. I aftalen anvendes begrebet borgere som en samlet betegnelse for alle patient-, bruger- og pårørende grupper, herunder både børn og voksne.

2.1 Aktivt samarbejde med den enkelte borger om eget forløb

De sundhedsprofessionelle har ansvaret for at sætte de faglige rammer. Men det er den enkelte borger, som er ekspert i sit eget liv. Styrkelse af samarbejdet med den enkelte borger om hans eller hendes forløb kan ske på to niveauer: Dels ved at påvirke kulturelle aspekter af den måde borgeren og den sundhedsprofessionelle mødes, og dels ved at udvikle redskaber, der understøtter borgerens indflydelse på og egenomsorg i eget forløb. Eksempler på dette er patientdagbøger, patientskoler, dialog- og feedbackmøder, fælles beslutningstagen og telesundhedsløsninger, hvor borgeren bl.a. selv kan registrere helbredsoplysninger og kommunikere fleksibelt med sundhedsvæsenet over afstand.

Der er imidlertid behov for på tværs af sektorer at arbejde systematisk med at styrke samarbejdet med den enkelte borger om eget forløb og med at sikre, at gode metoder og redskaber udbredes. Der er også behov for at sikre, at både borgere og sundhedsprofessionelle er klædt på til at indgå i samarbejdet.

Vi vil i denne aftaleperiode gøre følgende:

- Fremme aktivt samarbejde med borgere i alle sektorer ved at prioritere mellem eksisterende aktiviteter og metoder, der kan styrke samarbejdet mellem borgere, herunder pårørende og fagprofessionelle, og tage stilling til udbredelse af projekter, som har vist sig virksomhedsfulde og effektive.
- Understøtte borgerens indflydelse på og muligheder for egenomsorg, herunder sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af telemedicinske indsatser. I arbejdet skal der indledningsvist identificeres og tages stilling til udbredelse og koordinering mellem eksisterende aktiviteter på området for telesundhed.



2.2 Samarbejdet med borgere om udviklingen af sundhedsvæsenet

Vi er enige om, at borgerperspektivet skal være en naturlig del af tilrettelæggelsen af forandringsprocesser, når ydelser og forløb tilrettelægges, og når det giver mening for borgeren at blive involveret. Sundhedsloven fastlægger, at der i hver region skal nedsættes et patientinddragelsesudvalg. Patientinddragelsesudvalget har til formål at bidrage til sikring af borgerperspektivet i det arbejde, der foregår i sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget.

Regionen og kommunerne arbejder endvidere allerede på flere områder med det aktive samarbejde omkring udvikling af sundhedsvæsenet, f.eks. når repræsentanter for borgere deltager i projekter, råd eller udvalg, der er med til at kvalificere, udvikle, vurdere og evaluere kulturen, faglighed, praksis, indsatser og løsninger.

Der er imidlertid behov for at indtænke borgerperspektivet mere systematisk i det organisatoriske samarbejde, der omhandler forløb på tværs af sektorer.

Vi vil i denne aftaleperiode gøre følgende:

- Systematisk involvere borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af forandringsprocesser, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb.
- For at styrke samarbejdet, hvor det er mest relevant, vil vi på baggrund af erfaringer udvikle korte guidelines til systematisk involvering af borgere i det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb.



Kapitel 3: Nye og bedre samarbejdsformer

3.0 Politiske målsætninger og indikatorer

Politiske målsætninger:

4. At udvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren med borgeren i centrum
5. At aftale en ramme for, hvordan de regionale og kommunale prioriterede midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet samlet kan bidrage til at understøtte fælles samarbejdsprojekter, der knytter sig til sundhedsaftalen.

Indikator:

- At vi har afprøvet 2-3 større nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.

3.1 Afprøvning og udvikling af nye modeller med fælles drift

Vi ønsker, at borgerne skal opleve høj kvalitet og sammenhæng i den forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats, og at der arbejdes efter fælles mål. På en række områder er den tværsektorielle håndtering af opgaveløsningen gennem koordination og samarbejde imidlertid ikke tilstrækkelig til at opnå den kvalitet og sammenhæng for borgeren, der ønskes.

Særligt er der behov for at fokusere på sårbare borgere, der modtager samtidig behandling fra flere sektorer. Det gælder eksempelvis ældre medicinske patienter og nogle grupper af borgere med kroniske sygdomme, som har hyppige genindlæggelser forårsaget af tilstande, der potentielt kunne være forebygget gennem en tidlig og koordineret indsats fra kommune, hospital og almen praksis. Også inden for psykiatrien er der borgere, som er tilknyttet både den regionale psykiatri, praktiserende læge og/eller privatpraktiserende psykiatere, den kommunale misbrugsbehandling og socialpsykiatri, og hvor der er behov for en særlig indsats for at sikre høj kvalitet, sammenhæng for borgeren og effektiv ressourceudnyttelse.



Der er ønske om at afprøve nye organisatoriske løsninger med integrerede tilbud på områder, hvor vi i dag har svært ved at tilgodese borgerens behov for udstrakt grad af koordination, samtidighed og fleksibilitet i indsatserne. Der er for disse områder behov for at flytte fokus fra samarbejdsaftaler og en stafetmodel hen mod fælles modeller med partnerskaber på tværs af sektorer og fagområder.

Lokalt i regionen og kommunerne, nationalt og internationalt er man i gang med at afprøve organisatoriske modeller med større eller mindre grad af integration omkring fælles mål, ledelse, organisation, medarbejdere og økonomi. Nationale og internationale erfaringer, herunder bl.a. erfaringer med samarbejde omkring akutfunktioner herunder f.eks. akutpladser, hurtig udredning samt etablering af sundhedshuse, der både indeholder kommunale og regionale sundhedstilbud, skal inddrages i afprøvningen og udviklingen af nye modeller for integrerede opgaveløsninger.

Vi vil aftaleperioden gøre følgende:

- Aftale principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller med f.eks. fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.
- Udvælge og afprøve to til tre større modelprojekter ud fra ovennævnte aftale om principper. Der skal i den konkrete projektudvikling tages hensyn til de organisatoriske rammer, der er gældende for praksissektoren.



Kapitel 4: Lighed i sundhed

4.0 Politiske målsætninger og indikatorer

Politiske målsætninger

- 6. At flere sårbare borgere sikres en tidlig og forebyggende indsats, der er målrettet deres behov og ressourcer*
- 7. At borgere med både psykisk sygdom og misbrug sikres en samtidig og koordineret indsats*
- 8. At borgere med psykisk sygdom får flere gode leveår.*

Indikatorer:

- At middellevetiden for borgere med psykisk sygdom stiger og nærmer sig middellevetiden for befolkningen som helhed i region Hovedstaden
- At andelen af sårbare borgere, der fastholdes i forebyggelses- og behandlingstilbud i forløbsprogrammerne, øges (kan først måles, når rehabiliteringsdatabasen er i drift).

Sundhedsprofilen i Region Hovedstaden viser, at vi har en stor udfordring i forhold til at skabe lighed i sundhed. Uligheden ses i forhold til sundhedsadfærd, risikofaktorer og sygdomsmønstre. Den kan aflæses både som en gradient, hvor der i hele befolkningen er en sammenhæng mellem social position og sundhed, og som en dårlig sundhedstilstand hos mange socialt udsatte og sårbare borgere.

En reduktion af ulighed i sundhed fordrer indsatser på mange niveauer. Herunder også indsatser, der rækker udenfor sundhedsvæsenet. Der er imidlertid enighed om, at der inden for sundhedsaftalens rammer er mulighed for indsatser, der kan bidrage væsentligt hertil. Det centrale er at kunne tilbyde differentierede og systematiske indsatser, der sikrer alle borgere bedst mulig kvalitet og udbytte af indsatserne i det samlede sundhedsvæsen. Lighed i sundhed kan derfor fremmes



ved at give tilbud, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov, ressourcer og ønsker. Ved konkretisering af de enkelte indsatser kan det præciseres, hvem der er målgruppen, men vi skal samtidig være opmærksomme på at undgå den stigmatisering, der kan ligge i at få et tilbud på baggrund af en bestemt kategorisering af borgere.

Styrkelse af indsatser, der kan fremme mere lighed i sundhed, er et generelt fokusområde i hele sundhedsaftalen. Men det bemærkes, at særligt forebyggelsesafsnittet (5.2) har flere indsatser, der har til formål at fremme lighed i sundhed. Ligesom det findes i afsnit 5.1.8 om forskning.

I dette kapitel fokuseres specifikt på, hvordan målrettede indsatser i det tværsektorielle samarbejde om patientforløb kan bidrage til dels at reducere uligheden i sundhed og dels at undgå at forstærke den sociale ulighed i kontakten med sundhedsvæsenet.

4.1 Differentierede indsatser

Der tilbydes allerede i dag en række differentierede indsatser til borgere med kroniske sygdomme og/eller multisygdom (flere samtidige sygdomme), men denne indsats skal styrkes.

4.1.1 Identifikation af sårbare borgere

Tidlig opsporing af multisygdom og kronisk sygdom er vigtig for et vellykket behandlings- og rehabiliteringsforløb, og opsporingen det kan være en særlig udfordring i forhold til sårbare borgere, herunder såvel børn som voksne. Der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde for at opspore og igangsætte tidlig indsats overfor sårbare borgere med kronisk sygdom/multisygdom.

Vi vil aftaleperioden gøre følgende:

- For at sikre, at borgere i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgers behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom.
- For at styrke behandling af børn med sygdom i socialt sårbare familier vil vi udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.

4.1.2 Differentierede indsatser til borgere med kronisk sygdom/multisygdom

Det er en fælles udfordring at sikre, at den særligt sårbare borger opnår et godt behandlings- eller rehabiliteringsresultat, både med henblik på at blive mest mulig rask og for efterfølgende at kunne mestre sin sygdom bedst muligt.

De indsatser, der igangsættes som en del af forløbsprogrammerne, skal kunne rumme alle borgers behov, herunder også at sikre, at den enkelte borger fastholdes i indsatsen. Det betyder, at vi



skal arbejde på at skabe rammer for, at vi kan tilrettelægge fleksible og differentierede indsatser, der også tilpasses borgere med særlige behov. Der skal være fokus på den opfølgende indsats og effekten af de indsatser, borgerne modtager. Endelig skal der være fokus på at sikre lette henvisningsveje til differentierede tilbud.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at sikre udvikling af differentierede tilbud, hvor borgerens behov og ønsker er i fokus, vil vi udvælge to til tre målgrupper, hvor der afprøves løsninger, der tilgodeser det øgede behov for koordinering og fleksibilitet, der gør sig gældende for målgruppen. Dette skal ske med afsæt i den tilgængelige viden.

4.2 Særlige målgrupper

4.2.1 Sårbare gravide og nyfødte i sårbare familier

Den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet og ses i forekomsten af en lang række graviditets- og fødselskomplikationer. Der er i 2014 udarbejdet en aftale om arbejdsdeling mellem parterne for alle typer fødsler. Aftalen skal sikre, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området samt de politiske aftaler i Region Hovedstaden efterleves. Det indgår i aftalen om arbejdsdeling på svangreområdet, at indsatsen skal differentieres på baggrund af en række obstetriske, sociale og psykiske risikofaktorer. I denne aftaleperiode vil vi følge op på aftalen om arbejdsdeling og vurdere, om der er behov for justeringer af denne.

Til gravide med et misbrug i familien eksisterer der tilbud om en særlig intensiv indsats gennem Familieambulatoriet. I den foregående aftaleperiode er der ligeledes iværksat flere projekter, hvor der er fokus på koordinering af indsatser for andre sårbare eller udsatte gravide, som f.eks. unge gravide uden uddannelse og/eller med svage sociale netværk samt helbredsproblemer. Disse projekter er dog midlertidige, og samtidig dækker de ikke gravide i hele regionen.

I aftaleperioden vil vi derfor sætte særligt fokus på, at svangreomsorgen tilrettelægges med særligt fokus på at nå socialt udsatte gravide og deres familier.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at styrke grundlaget for en forbedret indsats over for sårbare gravide, skal der foretages en samlet evaluering af tidligere og igangværende tværsektorielle projekter, som er målrettet sårbare gravide, med henblik på at beskrive anbefalinger til generel implementering.



4.2.2 Borgere med samtidig psykisk sygdom og et skadeligt forbrug af rusmidler

Mange borgere med et skadeligt forbrug af rusmidler har samtidig psykisk sygdom. Fælles for disse borgere er, at de ofte oplever manglende sammenhæng mellem misbrugsbehandlingen og behandlingen af den psykiske sygdom.

Samarbejdsaftalerne mellem region og kommuner på psykiatriområdet beskriver arbejdsdeling og procedurer for samarbejdet. I praksis har det imidlertid været vanskeligt at sikre en samtidig og koordineret indsats. I den foregående aftaleperiode har der derfor været gennemført flere projekter med henblik på at opnå samtidige og koordinerede behandlingsforløb. Der er positive erfaringer fra disse projekter. Men projekterne er ikke nødvendigvis egnede til generel udbredelse i hele regionen, idet befolkningsunderlaget og organiseringen af misbrugsbehandlingen er forskellig kommunerne imellem.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at sikre borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrugsproblematik en effektiv, koordineret udredning og behandling af både psykisk sygdom og misbrug vil vi udvikle og udbrede nye organisatoriske modeller for dette samarbejde mellem region og kommuner. Det skal ske med afsæt i lokale erfaringer fra samarbejdsaftalerne og eksisterende projekter. Modellerne tilpasses tillige de nationale retningslinjer for koordinerede indsatsplaner, når disse foreligger.

4.2.3 Styrket fokus på sundhedsindsatser til særligt udsatte borgere

Udsatte borgere, herunder stofmisbrugere og hjemløse, dør relativt ofte som følge af somatisk sygdom, der forholdsvis nemt kunne være behandlet ved en tidligere indsats. Årsagerne hertil er mange. Hjemløse og misbrugere henvender sig kun i ringe grad til egen læge og har ofte en adfærd, der kan være svær at rumme i almen praksis og eksisterende sundhedstilbud. Samtidig overskygger misbruget hyppigt de somatiske sygdomme, hvilket medfører, at disse borgere ofte ikke modtager den relevante behandling. Der er imidlertid positive erfaringer med brug af opsøgende indsats i forhold til socialt udsatte grupper, der kan videreudvikles. Herudover bør mulighederne for et systemiseret samarbejde med frivillige foreninger også indgå i arbejdet for en styrket indsats på området.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at understøtte, at særligt udsatte borgere får lettere adgang til udredning, behandling og pleje, vil vi indgå aftaler, der bl.a. skal sikre lettere adgang til opfølgende pleje- og behandlingsindsatser efter udskrivelse fra hospital. Samarbejdsaftalerne udvikles med afsæt i eksisterende erfaringer.



Kapitel 5: Sammenhæng og kvalitet

5.0 Politiske målsætninger og indikatorer

Politiske målsætninger

9. *At borgerne sikres høj kvalitet og en koordineret indsats i forebyggelse, behandling og pleje samt rehabilitering, uanset hvor i sundhedsvæsenet opgaven løses*
10. *At færre borgere indlægges og genindlægges på hospital, hvor det kan forebygges gennem en tidlig og koordineret indsats*
11. *At borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom oplever en sammenhængende og koordineret indsats.*

Indikatorer:

- At almen praksis og hospitalerne henviser flere borgere med behov for forebyggelse og rehabilitering til udvalgte tilbud i kommunerne
- At andelen af borgere, der fastholdes i forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i forløbsprogrammerne, øges. (kan først måles, når rehabiliteringsdatabasen er i drift)
- At andelen af borgere, der bliver indlagt med en forebyggelig diagnose, reduceres
- At andelen af borgere, der bliver genindlagt med en forebyggelig diagnose, reduceres
- At færre nyfødte genindlægges
- At andelen af akutte medicinske korttids-indlæggelser reduceres
- At andelen af borgere, der optager en seng på hospital efter de er færdigbehandlet, reduceres
- At andelen af udskrivelser, hvor der er afsendt en rettidig elektronisk epikrise, øges
- At andelen af borgere, der oplever godt samarbejde og god kommunikation, stiger
- At anvendelsesgraden og rettidigheden af udvalgte indikatorer vedr. digital kommunikation øges.



5.1 Tværgående indsatsområder

I dette afsnit beskrives indsatser i forhold til tværgående temaer jf. bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Der gøres opmærksom på, at beskrivelserne af de tværgående indsatser dækker alle fire obligatoriske indsatsområder: *Forebyggelse, Behandling og pleje, Genoptræning og rehabilitering samt Sundheds-it og digitale arbejdsgange.*

Indsatsområdet Sundheds-it og digitale arbejdsgange beskrives som tværgående tema i nærværende afsnit, hvorimod de 3 øvrige obligatoriske indsatsområder beskrives i separate afsnit 5.2, 5.3 og 5.4.

Dette afsnit indeholder derudover tværgående temaer om monitorering, kronisk sygdom herunder forløbsprogrammer, rådgivningsforpligtelsen, rammedelegation, opgaveoverdragelse og forskning.

5.1.1 Monitorering af tværsektorielt samarbejde og kvalitetsdata

Monitorering af tværsektorielt samarbejde

En løbende monitorering af det tværsektorielle område er med til at understøtte samarbejdet om planlægning, kapacitetsstyring og styring af de tværsektorielle forløb. Sundhedsstyrelsen har sammen med kommuner, regioner og praksissektoren udarbejdet indikatorer for monitoreringen af sundhedsaftalen. Monitoreringen inden for somatik, psykiatri, forebyggelige genindlæggelser og elektronisk kommunikation fungerer tilfredsstillende, men der skal løbende ske tilpasninger, der matcher behovet for lokale og nationale indikatorer.

Der udarbejdes løbende ledelsesinformationsdata (LIS-data), der har til formål at skabe overblik og bidrage til at sætte fokus på udviklingen i den enkelte kommune og på det enkelte hospital samt danne grundlag for tværsektoriel dialog bl.a. i samordningsudvalgene. Der er behov for at se på, hvordan anvendelsen af LIS-data kan videreudvikles og tilpasses behovene for dialog, som er baseret på tværsektorielle data.



Monitorering af tværsektorielle kvalitetsdata

Der er stor efterspørgsel efter data, der belyser kvaliteten af indsatser på det tværsektorielle område. Blandt andet er der begrænset viden om effekten af indsatserne i forløbsprogrammerne for kronisk sygdom. Regionen og kommunerne igangsatte derfor i 2010 et arbejde med at udvikle og implementere en klinisk rehabiliteringsdatabase, som kan monitorere effekten af rehabiliteringsforløb fra diagnosen til afsluttet forløb på tværs af sektorer. Videreudviklingen og ikke mindst at implementere og udfolde brugen af databasen fortsætter i denne aftaleperiode, ligesom mulighederne for udbredelse af databasen til flere sygdomsområder skal afdækkes.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at styrke datadreven kvalitetsudvikling vil vi registrere data i rehabiliteringsdatabasen indenfor udvalgte indikatorer først for diabetes og dernæst for KOL.

Datafangst i almen praksis

Overenskomstaftalen indgået 1. marts 2014 fastsætter, at der med afsæt i Den Danske Kvalitetsmodel skal udvikles en model for kvalitetsudvikling i almen praksis, hvor brugen af datafangst og kvalitetsparametre får en central rolle. Ud over at bidrage til kvalitetsudvikling af de enkelte almen praksis kan datafangst bl.a. også bidrage til at skabe overblik over populationen af patienter med en given diagnose. Det kan understøtte planlægningen af den fælles indsats på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis, f.eks. ved dimensionering af forebyggelsestilbud og henvisning hertil.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Almen praksis vil levere data fra datafangst, efterhånden som det bliver muligt, og løbende deltage i udvikling af nye indikatorer med afsæt i datafangst.

5.1.2 Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Sundheds-it og digitale arbejdsgange skal sikre sammenhæng og tilgængelighed i data og processer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor. Denne del af aftalen skal understøtte, at samarbejdet om borgernes forløb sker koordineret, planlagt, rettidigt og sikkert.

I den foregående aftaleperiode er vi kommet langt med implementering af digitale meddelelser på tværs af sektorer, men der er behov for fortsat fokus på implementering og korrekt anvendelse. Dertil kommer sikring af den digitale kommunikation på en række nye områder og særligt indenfor social- og psykiatriområdet.

Der er imidlertid også behov for et ambitiøst sigte mod fuld it-understøttelse af borgerens tværsektorielle forløb.



Parterne følger den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet*, hvorfor hovedparten af tiltag i sundhedsaftalen om sundheds-it og digitale arbejdsgange er knyttet til generelle og nationale initiativer.

Region Hovedstaden og Region Sjælland er i fællesskab i gang med videreudviklingen af patientjournalen Epic (Sundhedsplatformen) til at understøtte hospitalernes kliniske arbejdsgange, dokumentation og videndeling. Systemet indeholder muligheder for at kunne se hospitalets data om borgeren, når der er behov for det. Det er i arbejdet med sundhedsplatformen vigtigt at drøfte og koordinere platformens potentialer i forhold til det eksisterende digitale samarbejde på tværs af sektorer.

Fra beskedbaseret digital kommunikation til deling af data

Beskedbaseret digital kommunikation mellem kommuner, hospitaler og praksissektor er implementeret for en række områder, herunder f.eks. for henvisninger, epikriser, indlæggelse og udskrivelse samt genoptræning. Der er behov for også at sikre tværsektoriel beskedbaseret digital kommunikation på en række andre områder, herunder bl.a. for akutområdet, det ambulante område, børneområdet og social- og psykiatriområdet.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at understøtte sammenhæng og tilgængelighed af data vil vi implementere beskedbaseret digital kommunikation for det ambulante område og akutområdet
- Følge anvisninger i den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet* for udbredelse af beskedbaseret digital kommunikation for psykiatrien, socialpsykiatrien, handicapområdet og jobcentre. Med udgangspunkt i ovenstående områder skal den eksisterende tværsektorielle kommunikationsaftale udbygges og implementeres.

For at kunne optimere og koordinere sikre forløb på tværs af sektorer er det nødvendigt at have let adgang til overordnede, relevante og tidstro informationer om borgeren, uanset hvor og i hvilket system informationerne fødes. Dette gælder for alle involverede parter i forløbet – herunder også borgeren.

Jævnfør "Den nationale digitaliseringsstrategi" skal der være fuld digital understøttelse af relevante tværgående arbejdsgange ved, at relevante data deles på tværs af sundhedsvæsenet i 2017. På nationalt niveau udarbejdes en analyse af sundhedsoplysninger og kommunikationsmønstre i sundhedsvæsenet. Analysen vil give anbefaling til, hvilke sundhedsoplysninger der er størst behov for at dele, på hvilken måde data skal deles mellem sundhedsvæsenets it-systemer, og hvordan sundhedspersonalet skal have adgang til data. Den nationale analyse vil desuden indeholde en fælles faseplan for realisering af arbejdet. Vi vil lave aftale om implementering af faseplanen, når den foreligger, herunder aftale tidsplan for arbejdet.



Det Fælles Medicinkort

Det Fælles Medicinkort (FMK) er taget i brug på hospitaler og i praksissektoren. I forbindelse med økonomiaftalen 2014 blev det aftalt, at FMK skal være organisatorisk implementeret i kommunernes omsorgssystemer medio 2015. Implementering af FMK betyder nye arbejdsgange i kommuner, hospitaler og praksissektoren.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at styrke brugen af det Fælles Medicin Kort vil vi udarbejde og medio 2015 have implementeret en aftale om, hvordan parterne anvender FMK i det tværsektorielle samarbejde. Aftalen skal dels dække forhold under implementeringen og dels sikre arbejdsgange og følge op på kvaliteten i anvendelsen af FMK, når FMK er i drift medio 2015. Aftalen skal imødekomme de særlige forhold, der gør sig gældende, på det specialiserede socialområde.

5.1.3 Tværsektorielt samarbejde om patientsikkerhed

For at sikre god kvalitet i diagnosticering, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering af borgere er det nødvendigt at arbejde systematisk med patientsikkerhed herunder utilsigtede hændelser. Rapportering af utilsigtede hændelser i sektorovergange danner en del af grundlaget for identificering af risici og kvalitetsbrist og anvendes til at forbedre kvalitet og sikkerhed i tværsektorielle patientforløb.

Arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i overgange mellem sektorer og planområder er stadig i en opstartsfasen, og der er fortsat et betydeligt forbedringspotentiale og behov for konsolidering af aktiviteter og samarbejde. Der er endvidere behov for kontinuerlig evaluering og monitorering af indsatserne.

Målet for denne aftaleperiode er at arbejde videre med at udvikle et tæt samarbejde og en god afrapporteringskultur om utilsigtede hændelser i sektorovergangene. Erfaringer fra patientsikkerhedsarbejdet skal udbredes, indarbejdes og nyttiggøres i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Medvirke til udvikling af Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD), så data kan ses på tværs af sektorer.
- Aftale og implementere en tværsektoriel organisering af samarbejdet mellem regionen og kommunerne omkring utilsigtede hændelser, som tager udgangspunkt i samarbejdet mel-



lem regionale og kommunale risikomanagere og patientsikkerhedskonsulenter fra almen praksis.

- Med henblik på at skabe sammenhængende og sikre forløb, hvor læring fra kerneårsagsanalyser inddrages, vil vi etablere et systematisk og struktureret samarbejde mellem relevante aktører, som har direkte berøringsflade med borgere på botilbud og borgere med komplekse psykiatriske forløb.

5.1.4 Fokus på kronisk sygdom

Indsatser over for kronisk sygdom omfatter mange forskellige målgrupper, der har varierende behov afhængig af bl.a. sygdommens karakter, om der er flere samtidige sygdomme og de sociale forhold. Der er et generelt behov for bedre dokumentation og evaluering af de eksisterende indsatser og et stort behov for et fælles datagrundlag for interventioner, som går på tværs af sektorer.

Forløbsprogrammer – videreudvikling, implementering og kvalitetssikring

Forløbsprogrammer er udviklet for en række af de mest udbredte kroniske sygdomme. Der er imidlertid behov for at udvikle programmernes anvendelse yderligere, så de eksempelvis også kan tilgodese behovene hos borgere med flere samtidige sygdomme. Der er ligeledes behov for at udvikle eller styrke indsatser for de mange borgere med kronisk sygdom, som enten ikke er omfattet af et forløbsprogram, eller som på anden måde falder uden for den mere standardiserede behandling og rehabilitering, som den aktuelt tilbydes.

De sidste 5 år er der udviklet forløbsprogrammer i Region Hovedstaden for borgere med KOL, type-2 diabetes, demens, hjertekar-sygdomme og lænderyg-lidelser. Fuld implementering af indholdet er en afgørende forudsætning for at opnå effekt af forløbsprogrammerne. Det er derfor væsentligt, at kommuner, hospitaler og almen praksis arbejder gensidigt forpligtende for denne opgave for at kunne sikre fuld implementering af disse programmer, herunder også indarbejdelse af de ændringer, der følger af revisionen af forløbsprogrammerne inden for KOL og type-2 diabetes (2014) og efterfølgende hjerte-kar og demens (2015).

Ud over de regionale forløbsprogrammer er der også udarbejdet nationale forløbsprogrammer inden for kræftrehabilitering og palliation samt erhvervet hjerneskade for henholdsvis voksne og børn. Der pågår et regionalt arbejde med henblik på regional udmøntning af disse programmer. I aftaleperioden arbejdes der ligeledes mod en fuld implementering af disse forløbsprogrammer.

Der vil nationalt blive initieret nye forløbsprogrammer, bl.a. som følge af udarbejdelsen af en generisk model for forløbsprogrammer for psykiske lidelser (2015), som forventes udmøntet i lokale forløbsprogrammer. Det vil vi forholde os til, når den nationale generiske model foreligger.



Der er behov for at følge og monitorere forløbsprogrammerne på en række proces og resultatparametre. Eksempelvis følge, om vi får henvist de rigtige borgere, opsporet alle relevante, fastholdt borgerne i behandling og rehabilitering, og om der er sundhedsmæssig effekt for borgerne. Der henvises i øvrigt til afsnit om rehabiliteringsdatabasen.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Fastlægge hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne samt aftale, hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og for den videre implementering, der skal nås.

Andre indsatser overfor borgere med kroniske sygdomme

Det stigende pres på sundhedsvæsenet indebærer, at der er brug for at tænke anderledes i behandlingen og plejen af borgerne samt behov for bedre dokumentation og evaluering af de eksisterende indsatser.

Analysen har vist, at forbruget af ydelser i sundhedsvæsenet er centreret omkring en mindre gruppe af borgere. Vi er derfor begyndt at sætte fokus på, hvordan vi kan identificere borgere med et særligt stort forbrug af sundhedsydelser, og hvordan vi gennem målrettede indsatser kan reducere den del af storforbruget, som vurderes at kunne forebygges. Dette udviklingsarbejde forudsætter, at relevante data kan dels på tværs af sektorer.

Vi vil i aftaleperiode gøre følgende:

- Med henblik på mere effektiv ressourceudnyttelse og bedre patientoplevelt kvalitet gennemføres først et fælles analysearbejde, hvor der kan samkøres data på tværs af sektorgrænser. Dernæst udvikles og afprøves en model, der kan reducere forebyggeligt storforbrug af sundhedsydelser for ældre medicinske patienter med kroniske sygdomme. Efterfølgende vurderes mulighederne for udbredelse af modellen.

5.1.5 Rådgivning på tværs af sektorer

Regionens rådgivningsforpligtigelse skal udvikles i samarbejde mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren for at sikre, at rådgivningen er organiseret på en måde, hvor kompetencerne anvendes effektivt og er målrettet kommunernes aktuelle behov for rådgivning.

Rådgivningsforpligtelsen omfatter generelle forhold. Rådgivning i forbindelse med konkrete borgerforløb behandles i et særskilt afsnit.



Rådgivning jf. rådgivningsforpligtelsen

Rådgivning i henhold til rådgivningsforpligtelsen vil, afhængig af hvilket emne der er tale om, blive varetaget af forskellige regionale institutioner med forskellig organisering og form for rådgivningen. Vi vil derfor indgå konkrete aftaler om rådgivningen, hvor vi for hvert emne vil beskrive indholdet af rådgivningen, formen, organiseringen og økonomi samt evaluering.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sundhedsprofilerne. Sundhedsprofilerne skal fortsat bruges som monitoreringsværktøj til at følge udviklingen i borgernes sundhed og sygelighed. Aftalen skal sikre, at sundhedsprofilerne samtidig er anvendelsesorienterede i forhold til kommunernes forebyggelsesindsatser. Aftalen skal desuden medvirke til kompetenceudvikling indenfor evaluering og metodeudvikling.
- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom. I aftalen skal der bl.a. være fokus på databaseret rådgivning ud fra monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og differentierede indsatser overfor sårbare borgere.
- Følge op på evalueringen af den nuværende hygiejneaftale og eventuelt komme med anbefalinger til indsatsområder.
- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. medicin. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder f.eks. Fælles MedicinKort (FMK) og polyfarmaci (anvendelse af mange slags medicin) hos borgere med multisygdom.
- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sårpleje. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder evaluering og udvikling af rådgivningen via telemedicinsk kommunikation samt udvikling af indikatorer på området. Der skal i aftalen være fokus på at øge kompetencerne omkring forebyggelse af tryksår på både plejecentre og sociale institutioner.

Rådgivning i forbindelse med konkrete borgerforløb

Allerede i dag foregår der sparring og videndeling som en naturlig del af samarbejdet om den enkelte borger og det enkelte forløb. Der er imidlertid behov for at systematisere rådgivning og videndeling i forhold til borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Indgå aftale, som understøtter let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete tværsektorielle forløb for borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom. Aftalen skal målrettes udvalgte grupper af patienter, der kræver en



specialiseret indsats. Vi er enige om, at der ikke er tale om en stående, fri og vederlagsfri ret til at trække på hinandens kompetencer.

5.1.6 Rammedelegationer i forbindelse med kommunale tilbud

Kommunerne har mulighed for at løse en række lægeordnede behandlingsopgaver i hjemmesygeplejen, på plejehjem, i akutfunktioner og botilbud, som overdrages til kommunen inden for rammen om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed. Vi vil i denne aftaleperiode skabe større klarhed omkring det faglige, ledelsesmæssige og organisatoriske ansvar for opgaver, der udføres som rammedelegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Udarbejde en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere, når de udfører lægelige ordinationer i hjemmesygeplejen, på plejehjem, i akutfunktioner og botilbud.

5.1.7 Samarbejde om opgaveoverdragelse

Ud fra hensyn til effektiv ressourceudnyttelse flytter opgaver løbende mellem sektorerne i sundhedsvæsenet. Det er centralt, at overdragelse af større opgaver mellem henholdsvis hospital, kommune og praksissektoren sker planlagt og aftalt. Ved opgaveoverdragelse vil vi beskrive opgaven og tage stilling til, hvem der har det lægefaglige ansvar, delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, faglige retningslinjer for området og eventuelle konsekvensvurderinger, herunder økonomiske forhold, volumen og behov for kompetenceudvikling. Derudover vil vi tage stilling til implementering og opfølgning.

Vi vil i aftaleperiode gøre følgende:

- Løbende og efter behov indgå aftaler i regi af Sundhedskoordinationsudvalget om opgaveoverdragelse i forbindelse med større, strukturelle og principielle flytninger af opgaver mellem kommuner og region.

5.1.8 Forskning

Der er fortsat et stort behov for mere viden om, hvilke målrettede indsatser som virker bedst i forhold til at øge sundhedstilstanden i befolkningen, herunder er der et særligt stort behov for at skabe mere viden om, hvilke indsatser der bedst tilgodeser sårbare og udsatte borgeres behov og ressourcer. Der er ligeledes stort behov for systematisk udbredelse af viden fra eksisterende forsknings- og udviklingsprojekter.

Region Hovedstaden og kommunerne har i den foregående aftaleperiode etableret en ramme for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler, forskningsinstitutioner og praksissektoren inden for



det fælles opgavefelt på sundhedsområdet. Region Hovedstaden etablerede i forbindelse hermed i 2013 en Tværsektoriel Forskningsenhed (TFE), der skal sikre identificering, formidling og implementering af forskningsbaseret viden samt generere ny viden, der kan implementeres på tværs af sektorer. Det er derudover vigtigt, at der er fokus på muligheder for synergier og etablering af samarbejder med forsknings- og innovationsmiljøer såvel lokalt i regionen som i det øvrige Danmark og internationalt.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at understøtte vores arbejde med at sikre lighed i sundhed gennemføres et mindre antal, men større tværsektorielt forankrede forsknings- og udviklingsprojekter vedrørende tidlig opsporing, rekruttering og fastholdelse af sårbare og udsatte borgere i forebyggelses- behandlings- og rehabiliteringstilbud, herunder forskning om muligheder for at understøtte, at sårbare og udsatte borgere er aktive samarbejdsparter i eget forløb.

HØRINGSUDKAST



5.2 Forebyggelse

Sundhedsaftalen omfatter samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser, der har til formål at støtte og motivere borgere til livsstilsændringer, der kan forebygge, at sygdom opstår og udvikler sig. Dette afsnit om forebyggelse omhandler de opgaver og samarbejdsflader, som kommuner, hospitaler og praksissektoren deler på forebyggelsesområdet. Det overordnede formål er at sikre, at alle borgere med behov tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj faglig kvalitet.

Det skal bemærkes, at rådgivning om forebyggende indsatser samt samarbejdet omkring kronisk sygdom, herunder forløbsprogrammer, er beskrevet som tværgående temaer i afsnit 5.1.

5.2.1 Synlighed og sammenhæng mellem indsatser

Parterne er enige om, at vi i højere grad skal betragte forebyggelsesarbejdet i kommuner, hospital og praksissektoren som tæt sammenvævede og afhængige indsatser. F.eks. har kommunernes indsatser vedrørende alkohol og tobak betydning for behandlingsindsatsen på hospitalet og i praksissektoren. Tilsvarende påvirker hospitalernes og praksissektorens vurdering af borgernes forebyggelsesbehov og deres opmærksomhed på muligheden for henvisning af borgere til kommunale tilbud kommunernes muligheder for at nå ud til de relevante borgere.

For at understøtte at henvisning foretages, skal det være tydeligt for både borgere og sundhedsprofessionelle, hvilke tilbud kommunerne har på området. Men også samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis om tidlig indsats hos borgere med behov for livsstilsændring eller patientuddannelse skal styrkes.

Sundheds- og forebyggelsesportalen (SOFT) på Sundhed.dk er kommunernes, hospitalernes og almen praksis' fælles overblik over tilbud på forebyggelses- og rehabiliteringsområdet. SOFT-portalen kan dermed understøtte mere sammenhængende forebyggelses- og rehabiliteringsforløb for borgerne. Der er imidlertid behov for at sikre, at alle parter systematisk opdaterer informationer om egne tilbud. Også oplysninger om sundheds- og forebyggelsestilbud på psykiatriområdet bør være tilgængelige på portalen.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Sikre systematisk opdatering af kommuner og hospitalers informationer på SOFT-portalen således, at den nyeste og relevante information om konkrete forebyggelses- og rehabiliteringstilbud altid er tilgængelig på Sundhed.dk. Herunder skal der også sikres synlighed af tilbud, som er rettet mod borgere med psykisk sygdom og borgere med et skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler.



- Styrke samarbejdet omkring anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer. Herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis der sikrer, at borgere med behov herfor tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation.

5.2.2 Samarbejde om gravide og nyfødte

For at sikre en sammenhængende indsats er der behov for en bedre kommunikation mellem sektorerne. Herunder at der er én indgang til den kommunale sundhedspleje, som er kendt af almen praksis og fødeafdelingerne, der typisk har fødende kvinde fra mange forskellige kommuner. Det kan bl.a. understøtte, at den kommunale sundhedspleje allerede under graviditeten informeres om f.eks. behov for svangrebeseøg.

Fødsels- og forældreforberedelse er et andet vigtigt forebyggelsesområde særligt i forhold til førstegangsfødsler. Der findes forskellige tilbud i hospitals- og kommunalt regi, men disse tilbud er ikke koordineret på tværs af sektorerne, ligesom der findes mange forskellige organiseringer.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Arbejde for en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og barselsområdet.
- Indgå aftaler, der sikrer fælles fødsels- og forældreforberedelse på tværs af sektorerne. Tilbuddene skal udformes på en måde, der særligt fremmer sårbare gravides motivation og muligheder for at deltage i fødselsforberedelsen.

5.2.3 Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge

Det er vigtigt for børns udvikling, at der handles tidligt på tegn på psykisk og fysisk mistrivsel. De forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (jf. sundhedsloven) er de mest strukturerede tilbud, der findes til målgruppen. Den viden, der opnås herigennem, skal udveksles mellem relevante parter og understøtte koordinerede indsatser mellem kommuner og almen praksis. Der foregår imidlertid ikke nogen systematisk koordination eller udveksling af relevante helbredsoplysninger mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Aftale retningslinjer for systematisk kommunikation på børneområdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje om udveksling af relevante helbredsoplysninger.



5.2.4 Tidlig opsporing og indsats over for psykisk mistrivsel blandt børn og unge

Det er vigtigt, at børn med psykisk mistrivsel opspores så hurtigt som muligt med henblik på iværksættelse af relevante foranstaltninger. Vi vil vurdere, om der er behov for at udvikle aftaler mellem kommunerne og praksissektoren om samarbejdet omkring børn og unge med psykisk mistrivsel.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Udvælge og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn i forskellige aldersgrupper hos såvel kommune som almen praksis.
- Udvikle og afprøve indsatser, der kan styrke pædagogernes og lærernes kompetencer i forhold til psykisk mistrivsel hos børn og unge.
- Sikre synlighed og let tilgængelig information om henvisning fra primærsektor til regionens børne- og unge psykiatri.

5.2.5 Børn og unge som pårørende

Børn og unge, der oplever alvorlig sygdom og død i deres nærmeste familie, udsættes for en stor belastning. Familien kan have vanskeligt ved at give barnet den støtte, som det har behov for, da familien er i en sårbar situation.

På psykiatriområdet er der aftalt retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og psykiatrien i forhold til børn som pårørende til psykisk syge, men der findes ikke tilsvarende generelle aftaler på det somatiske område. Vi vil fremme det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing af børn og unge som pårørende, således at der ved behov kan sikres en opfølgende indsats.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Udarbejde retningslinjer for tidlig opsporing af børn og unge som pårørende og aftale, hvordan der varsles mellem sektorerne i forhold til børn og unge, der oplever dødsfald og/eller er pårørende til familiemedlemmer med alvorlig psykisk eller somatisk sygdom.

5.2.6 Forebyggelses- og behandlingstilbud til borgere med afhængigt forbrug af rusmidler og deres familier

Tidlig opsporing er væsentlig for at forebygge udvikling af et afhængigt forbrug af rusmidler. Tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at der i gennemsnit går 10-12 år fra et misbrug af alkohol påbegyndes, til



en borger kommer i et egentligt behandlingstilbud. Der er derfor behov for at styrke den tidlige opsporing af unge og voksne med problemer med rusmidler.

Motivation spiller en afgørende rolle for borgerens beslutning om at deltage i et behandlingsforløb. Alle parter har derfor også en opgave i at motivere til behandling – herunder at oplyse om de kommunale behandlingstilbud.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Understøtte tidlig opsporing og indsats overfor borgere, herunder unge med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, uanset hvor i sundhedsvæsenet, borgeren mødes.
- Sikre entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling.

5.2.7 Børn i familier med misbrugsproblemer

Børn, der vokser op i familier med misbrugsproblemer, har stor risiko for senere i livet at udvikle psykiske problemer og for selv at udvikle afhængighed af rusmidler. Denne gruppe børn mangler hjælp fra familien, og derfor bliver hjælpen fra det omgivende samfund endnu mere central. I aftaleperioden vil vi arbejde for at understøtte sammenhængende og koordineret indsats omkring tilbud til børn i misbrugsfamilier.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer.
- Aftale, hvordan varsling mellem sektorerne kan udbygges i forhold til børn i familier med misbrugsproblemer, således at det sikres, at børnene med behov findes og henvises til eksisterende tilbud.

5.2.8 Tidlig opsporing af unge og voksne med psykisk sygdom

Tidlig opsporing af psykisk sygdom er vigtig for en vellykket behandling og rehabilitering. Samtidig ved vi, at særligt borgere på kontanthjælp og langtidssygemeldte har en høj forekomst af psykiske lidelser, der ofte først opspores sent i forløbet. Der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing af unge og voksne, der har psykisk sygdom eller er i risiko for at udvikle psykisk sygdom og tilbyde dem en tidlig koordineret indsats.



Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Tage stilling til udvikling og implementering af forløbsprogrammer for psykiske lidelser, når den generiske model fra Sundhedsstyrelsen foreligger.
- Sikre rådgivning af medarbejdere på bl.a. ungdomsuddannelserne og i jobcentre om metoder til identifikation af mulig psykisk lidelse.
- Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren.

5.2.9 Tidlig opsporing af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom

Borgere med psykisk sygdom har en overdødelighed i forhold til den øvrige befolkning. En væsentlig årsag hertil er, at somatisk sygdom ofte ikke opspores eller behandles i tide. Det er derfor en fælles opgave at iværksætte indsatser, der kan mindske risikoen for udvikling af alvorlig somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Fastlægge principper for, hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.
- Aftale, hvordan borgere, der er tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, systematisk kan tilbydes og motiveres til at gennemføre forebyggende sundhedsundersøgelser hos egen læge.

5.2.10 Tidlig opsporing og indsats vedr. KOL og børneastma

I økonomiaftalen 2014 fremgår, at der skal ske en styrket indsats på lungeområdet med særligt fokus på KOL og børneastma. Indsatsen skal indebære udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer og styrkelse af den tidlige opsporing af KOL og børneastma. Almen praksis fremhæves som en afgørende aktør i opsporing og diagnostik af lungesygdomme.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at styrke den tidlige opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.



5.3 Behandling og pleje

Et velfungerende tæt og forpligtende samarbejde mellem parterne på sundhedsområdet er med til at understøtte, at borgere med behov herfor tilbydes et sammenhængende behandlings- og plejeforløb af høj kvalitet.

I dette afsnit af sundhedsaftalen sættes fokus på vores opgaver, samarbejde og kommunikation i forbindelse med ambulant behandling og ved indlæggelser og udskrivelser. Herunder er der fokus på de indsatser, som vi prioriterer for at undgå indlæggelser og genindlæggelser, hvor de kan forebygges gennem tidlig og koordineret indsats. Der sættes desuden fokus på at nedbringe antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser og antallet af færdigbehandlede borgere, der optager en seng på hospitalerne.

5.3.1 Samarbejde og kommunikation

En væsentlig forudsætning for det sammenhængende patientforløb af høj kvalitet er fælles mål understøttet af koordination og dialog. Dialog kan finde sted ved det personlige møde, elektronisk kommunikation eller ved telefonisk kontakt. Det er afgørende, at der i hele forløbet er den relevante viden til rådighed, således at koordination mellem samtidige indsatser og overdragelse mellem sektorer foregår så hurtigt, sikkert og fyldestgørende som muligt.

I den foregående aftaleperiode blev der indgået en aftale om tværsektoriel kommunikation og arbejdsgange mellem kommunerne og hospitalerne om indlæggelser og udskrivelser. Kommunikationsaftalen omfatter samarbejdet om indlæggelser og udskrivelser mellem kommunerne og hospitalerne i forhold til voksne med somatisk sygdom, der efter indlæggelse har behov for kommunale omsorgsydelser.

I aftaleperioden skal Kommunikationsaftalen revideres, og der skal arbejdes videre med udvikling af kommunikationsaftaler på de områder, der ikke er dækket af den gældende Kommunikationsaftale. I de nye aftaler skal der være fokus på borgeren som aktiv samarbejdspart samt på implementering og opfølgning.

På psykiatriområdet er der indgået bilaterale samarbejdsaftaler mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet. Aftalerne beskriver ansvars- og opgavefordelingen i de enkelte faser af et behandlingsforløb. Der er behov for ensartede aftaler mellem alle kommuner og Region Hovedstadens psykiatri bl.a. som følge af en regional samling af specialfunktioner.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Snarligt revidere den gældende Kommunikationsaftale blandt andet med henblik på en forenkling af centrale aftaledele.



- Udarbejde og implementere kommunikationsaftaler for: Ambulante forløb, børn og unge, det akutte område og på psykiatriområdet – herunder også for børne- og ungdomspsykiatrien.
- Udarbejde en aftale for støtte til borgere (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra sociale tilbud til udredning og behandling på hospital.
- Revidere og omdanne samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet til én generisk samarbejdsaftale på voksenområdet henholdsvis børne- og ungeområdet, der gælder for alle kommuner og alle psykiatriske centre/børne- og ungdomspsykiatriske center. Herunder skal der arbejdes systematisk med understøttelse af aftalernes implementering i den daglige drift.

5.3.2 Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

Vi ønsker, at færre borgere indlægges på hospital, hvis det kan forebygges gennem en tidlig og koordineret indsats. Aftalen skal medvirke til at undgå hospitalsindlæggelser og genindlæggelser, der kan forebygges ved rettidig og effektiv opsporing, behandling, pleje og træning i kommuner og praksissektoren og i samarbejde med ambulatorier og andre afdelinger på hospitalerne.

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser kræver nogle gange særlige indsatser, men ofte er der også tale om et fokus, der skal integreres i de indsatser, borgeren allerede modtager. Målgruppen for indsatsområdet er de sårbare borgere, der f.eks. gennem tilknytning til kommunale tilbud, hyppige indlæggelser eller hyppige kontakter til almen praksis, er i kontakt med sundhedsfaglige medarbejdere.

Det drejer sig primært om ældre medicinske patienter og borgere med somatisk eller psykisk kronisk sygdom og/eller hyppige indlæggelser. Herudover er der en særlig udfordring omkring genindlæggelser af nyfødte.

Forudsætningen for, at akutte indlæggelser kan forebygges, er en øget opmærksomhed på og opsporing af begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom. Kommunerne og almen praksis har derfor en væsentlig rolle i forhold til den tidlige opsporing. Men tidlig opsporing kan ligeledes foregå på hospitalerne i forbindelse med indlæggelser og ambulante forløb, og man skal her være opmærksomme på muligheden for henvisning til kommunale tilbud. Herudover kan tidlig indsats forudsætte hurtig adgang til specialistudredning på hospital eller hos praktiserende speciallæge.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats ved at implementere redskaber, som er udviklet til formålet, og som så vidt muligt er evidensbaseret,



og derudover tage afsæt i en opsamling af erfaringerne med tidlig opsporing og tidlig indsats.

5.3.2.1 Akutte indsatser

I de seneste aftaleperioder er mulighederne for at yde akut og kompleks pleje og behandling udvidet i det nære sundhedsvæsen. Akutte indsatser i den kommunale sygepleje kan være med til at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser og skabe tilbud om pleje, observation og behandling tæt på borgernes hverdagsliv og lokalmiljø.

For borgere med psykisk sygdom vil en udbygget adgang til kommunale akutte indsatser ligeledes kunne være med til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udarbejdes aftaler for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Aftalerne skal beskrive samarbejdet omkring og ansvarsfordelingen af det lægefaglige behandlingsansvar, tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation og samarbejde om understøttelse samt oplæring af medarbejdere. Aftalerne skal omfatte både psykiatri og somatik.

5.3.2.2 Genindlæggelser af nyfødte og arbejdsdeling omkring fødslen

Der har i den forrige aftaleperiode været en omlægning på fødeområdet, som giver langt flere ambulante fødsler og tidlige udskrivelser efter fødsel. Samtidig er antallet af nyfødte, der genindlægges, steget markant.

Der er primo 2014 udarbejdet en aftale om arbejdsdeling mellem parterne for alle typer fødsler. Aftalen skal sikre, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området samt de politiske aftaler i Region Hovedstaden følges. Herunder er der i aftalen særligt fokus på, at alle familier modtager tæt opfølgende kontakt i den første sårbare tid efter fødsel og især hjemkomst. Der er behov for, at der følges op på, om aftalen virker efter hensigten. Herunder er der særligt behov for at undersøge, om aftalen i tilstrækkelig grad indeholder indsatser, der kan medvirke til at reducere antallet af genindlæggelser af nyfødte.

Vi i aftaleperioden gøre følgende:

- Analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte med henblik på vurdering af, om der er behov for implementering af yderligere tværsektorielle indsatser.



5.3.3 Den gode udskrivelse som forebyggelse af genindlæggelser

Den gode udskrivelse vil for mange borgere forudsætte, at udskrivelsen forberedes allerede ved indlæggelse. Rettidig inddragelse af og information til kommuner og praktiserende læger samt en inddragende og helhedsorienteret vurdering af borgerens situation kan understøtte borgerens oplevelse af sammenhæng og kvalitet i indsatsen og forebygge genindlæggelser. I aftaleperioden ønsker vi at forbedre udskrivelsen for den enkelte borger på både det somatiske og psykiatriske område. Det vil vi bl.a. gøre ved at skabe overblik og koordinere de mange indsatser såsom forløbskoordination, regionale følgeordninger og kommunale opfølgingsindsatser. Ikke alle ordninger er implementeret i samme grad.

5.3.3.1 Forløbskoordination

Sundhedskoordinationsudvalget har godkendt en model for fælles regional/kommunal forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter, som er under implementering.

Vi vil aftaleperioden gøre følgende:

- For at skabe overblik og effektiv ressourceudnyttelse vil vi sikre koordinering og implementering i forhold til forløbskoordination og de regionale og kommunale følgeordninger: Følge hjem, ringe hjem og opfølgende hjemmebesøg samt øvrige kommunale ordninger, der følger op efter udskrivelse.

5.3.3.2 Behandlingsredskaber og hjælpemidler ved udskrivelsen

Borgerne udskrives i dag tidligere og er ofte mere plejkrævende og mindre mobile og selvhjulpne ved udskrivelsen. Dette øger behovet for hjælpemidler. Det er vigtigt, at de hjælpemidler og behandlingsredskaber, som borgeren har behov for, er til rådighed ved udskrivelsen fra hospital, samt at borgeren har modtaget den nødvendige instruktion i brugen af hjælpemidlet og behandlingsredskabet.

For at sikre en klar ansvarsfordeling mellem kommune, hospital eller borgeren selv er der udarbejdet et snitfladekatalog, som skal give klarhed over arbejdsdelingen vedrørende udlevering, afprøvning, instruktion, tilpasning og opfølgning på borgerens brug af behandlingsredskabet eller hjælpemidlet. Snitfladekataloget er et dynamisk aftaleredskab, som bygger på en fortolkning af afgrænsningscirkulæret,^[1] og det vil løbende blive revideret.

5.3.4 Tværsektorielt samarbejde om medicin

For at sikre at borgerne opnår rigtig og sikker medicinering og kontinuitet ved sektorovergange, skal borgerens medicinoplysninger være opdaterede og tilgængelige ved indlæggelse på og udskrivelse fra hospitalerne, ved behandling hos praktiserende læge og speciallæge samt i kommunerne.

^[1] Cirkulære nr 9079 af 22/02/2013



Kommunikation om medicin foregår hovedsagelig via Fælles MedicinKort (FMK) og vil i takt med implementeringen af FMK være en forbedring af patientsikkerheden på medicinområdet. Det skal sikres, at alle sundhedsprofessionelle, der har borgeren i pleje og/eller behandling, udveksler og har let adgang til tidstro, opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle medicinering. Det er desuden en forudsætning for korrekt medicin i sektorovergange, at der til enhver tid er klarhed over placeringen af det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.

Når borgeren afsluttes fra hospitalet videregives informationer i form af en epikrise til almen praksis eller til speciallæge. Informationerne skal sikre, at almen praksis eller speciallægepraksis rettidigt har relevante oplysninger om indlæggelsen/behandlingen med henblik på det videre forløb.

Epikrisen er sammen med FMK et vigtigt redskab, der er med til at sikre, at der kan ske en hurtig opfølgning på en behandling. Ved særlige patientkategorier er det vigtigt, at epikrisen udsendes samtidig med, at borgeren udskrives af hensyn til den videre opfølgning på behandlingen i almen praksis eller hos speciallæge, herunder når opgaver skal videregives til kommunale funktioner.

Vi vil aftaleperioden gøre følgende:

- Præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation. Der skal til enhver tid være aftale om placering af det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.
- Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning.
- Afklare hvilke patientkategorier der kunne have særligt gavn af, at epikrisen udsendes samtidig med, at borgeren udskrives, og udarbejde tilhørende anbefalinger.

5.3.5 Særlige målgrupper

Palliative patienter

Der er behov for, at der sker en videndeling mellem det specialiserede palliative niveau på hospitalerne og hospices og det basale niveau i kommunerne, så de specialiserede palliative enheder i tiltagende grad varetager en rådgivnings-, undervisnings- og sparringsfunktion i forhold til det basale niveau.

Patienterne skal tilbydes sammenhængende palliative forløb. Det er derfor vigtigt, at der er et godt tværsektorielt samarbejde mellem de udgående palliative teams/udgående hospiceteams, hjemmeplejen og almen praksis.



Vi vil aftaleperioden gøre følgende:

- Vi har i 2014 udarbejdet en fælles plan for implementering af anbefalingerne i det nationale forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation, som vi vil følge.

Borgere med erhvervet hjerneskade

Der er behov for et særligt fokus på borgere med erhvervet hjerneskade med henblik på at sikre effektive og sammenhængende forløb og for at mindske følgerne af hjerneskaden og derigennem borgerens mulighed for at opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Vi vil aftale perioden gøre følgende:

- Arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade.
- Etablere indsatser, som kan forebygge genindlæggelser og forværring af borgerens og familiens situation. Det kan eksempelvis handle om opretholdelse af en hjerneskadekoordinationsfunktion i kommunerne, gennem etablering af mulighed for revurdering/tilbageløb for borgere med særlige problemstillinger og gennem etablering af graduerede rehabiliteringstilbud både i kommunerne og på hospitaler.

Borgere med demenssygdomme

Borgere med demenssygdomme og deres pårørende er en særlig sårbar målgruppe. Det forventes, at der afledt af den aldrende befolkning i de kommende år vil komme en øget efterspørgsel efter tilbud til demente. Grundet kognitiv svækkelse har disse borgere svært ved at tage ansvar for eget forløb, hvorfor det er særligt vigtigt at sikre ordentlig overdragelse/ledsagelse af demente på tværs af sektorer. Det kan f.eks. være relevant i forbindelse med udredningsforløbet på hospitalet og den videre indsats i kommune og ved praktiserende læge eller i forbindelse med akut indlæggelse eller besøg i akutmodtagelse. Det er vigtigt at sikre et særligt fokus på de pårørende til demente, som kan være i særlig risiko for at udvikle sygdom på grund af overbelastning.

Vi vil aftale perioden gøre følgende:

- Understøtte indsatser, der fremmer tidlig og kvalificeret opsporing, idet jo tidligere sygdommen opdages, des bedre er mulighederne for at vælge effektive behandlingsmetoder, planlægge den sociale indsats og inddrage borgeren og de pårørende som aktive samarbejdspartner.
- Tilrettelægge og gennemføre den videre implementering af forløbsprogrammets indsatser samt revisionen af forløbsprogrammet med afsæt i den gennemførte evaluering af forløbsprogrammet for demens.



5.4 Genoptræning og rehabilitering

I dette afsnit af sundhedsaftalen sættes fokus på vores opgaver, samarbejde og kommunikation i forbindelse med genoptræning og rehabilitering. Genoptræning har også været et indsatsområde i de to foregående sundhedsaftaler, men området er nu bredt ud til også at omfatte rehabilitering.

Rehabilitering er ”en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem 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 meningsfuldt liv.”

Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, og består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats.

Mens genoptræning handler om at generhverve funktionsevne og færdigheder ved at gennemføre træning og specifikke øvelser, er rehabilitering rettet mod borgerens samlede funktionsevne og livssituation (se tekstboks).

Den overordnede målsætning med indsatsområdet er, at borgere med nedsat funktionsevne, som er relateret til somatisk eller psykisk sygdom, tilbydes et sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet, når de har behov for genoptræning og rehabilitering. Det er et fælles mål, at flest mulige borgere med tabte funktionsfærdigheder får mulighed for at vende tilbage til et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv og tilknytning til arbejdsmarkedet trods de forandringer, som sygdom kan medføre.

Det er afgørende for en vellykket genoptræning og rehabilitering, at indsatser sker koordineret mellem relevante parter på tværs af faggrupper, forvaltninger og sektorer, og at borgeren og eventuelle pårørende er aktive samarbejdsparter så tidligt som muligt i processen. Genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen skal være forventningsafstemt med borger og tilrettelagt individuelt efter den enkelte borgers samlede situation og ressourcer. For at understøtte lighed i sundhed skal der være opmærksomhed på særligt sårbare borgere.

En væsentlig udfordring i det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde om rehabilitering er, at de fagprofessionelle ofte tillægger begreber som recovery, rehabilitering, habilitering og genoptræning forskellig betydning. På genoptræningsområdet er en af udfordringerne, at der kan være uens praksis for, hvad der defineres som henholdsvis træning, genoptræning og behandling. En gensidig og fælles forståelse af begreber og principper skal være bærende elementer i målsætningerne i dette afsnit.



5.4.1 Koordination og tidlig indsats

Hvis genoptræning og rehabilitering for alvor skal have effekt, skal indsatserne koordineres tværsektorielt og påbegyndes tidligt i et forløb. Kommuner, hospital og almen praksis skal derfor tidligt have fokus på udredning af funktionsevne, genoptrænings- og rehabiliteringsbehov samt på hvilke tidlige indsatser, der kan være med til at hindre, at patienten bliver svagere i løbet af behandlingsforløbet, eller at senere rehabiliteringsbehov kan begrænses før behandling eller planlagt operation. På hospitalerne skal personalet have fokus på patientens samlede forløb, og hvad der skal ske i det videre forløb med patienten, og at der henvises til relevant genoptræning og rehabilitering i kommunerne. I kommunerne er det vigtigt, at der er koordination af indsatser mellem social-, beskæftigelses-, undervisnings- og uddannelses-, børne- og sundhedsområdet organisatorisk samt i den enkelte borgers forløb.

Rehabiliteringsområdet er i udvikling. Blandt andet har den nye førtidspensionsreform og sygedagpengereformen også betydning for arbejdet med rehabilitering på tværs af sektorerne. Det er derfor vigtigt at følge udviklingen på området og løbende forholde sig til, om der er behov for at samarbejde om nye indsatser, efterhånden som reformerne implementeres.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at sikre mindst mulig tab af funktionsevne under indlæggelse vil vi sikre, at hospitalerne har tilstrækkeligt fokus på hverdagsrehabilitering og genoptræning af ældre medicinske patienter.

5.4.2 Kommunikation

Et centralt redskab til at sikre koordinationen er kommunikation gennem MedCom-standarderne Genoptræningsplan (GOP) og Henvising (REF01). I dag anvender hospitalerne en Genoptræningsplan (GOP) til at henvise til genoptræning og en Henvising (REF01) til rehabilitering. Mange borgere vil både have genoptrænings- og rehabiliteringsbehov og vil derfor med de eksisterende MedCom-standarder både skulle have en GOP og en REF01. Det medfører dobbelte arbejdsgange og u hensigtsmæssig ressourceudnyttelse, når der er kommunikation om den samme borger fra hospital til kommune gennem to forskellige meddelellestyper. Der er derfor behov for at se på, hvordan henvisninger og arbejdsgange kan tilrettelægges bedst muligt for personalet, og for at sikre at borgerne henvises relevant og rettidigt. Som led heri er der også ønske om at inddrage krav til øvrige arbejdsgange såsom anvendelse af rehabiliteringsplan fra Den Danske KvalitetsModel (DDKM).

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at skabe mere smidige kommunikationsveje mellem hospital og kommune om borgere med samtidigt behov for genoptræning og rehabilitering vil vi bl.a. i takt med udviklingen af



MedCom-standarderne arbejde for, at den samme MedCom-standard anvendes til både genoptrænings- og rehabiliteringsforløb, samt se på anvendelse af Rehabiliteringsplan fra Den Danske KvalitetsModel og sammenhæng og snitflader til Genoptræningsplan og Henvisning.

5.4.3 Fokus på faglig kvalitet

Der er behov for kontinuerligt at udbygge og udbrede evidens for de indsatser, der virker.

I den foregående sundhedsaftale blev der arbejdet med brug af evidens dels gennem udarbejdelse af genoptræningsforløbsbeskrivelser og dels gennem fokus på evidens i forhold til testapparater mm. Et eksempel til efterfølgelse er Dokumentalistrapporten om anbefalinger til superviseret fysisk træning, som beskriver evidens for samtræning af diagnosegrupper (KOL, DM2 og hjertekar) samt forslag til ensretning af testapparat for de enkelte diagnosegrupper. Hermed sikres monitoring og mulighed for databasefællesskab i hele regionen. I den forbindelse vil Rehabiliteringsdatabasen, der er under udvikling, skulle anvendes. I denne aftaleperiode vil vi videreudvikle vores samarbejde om udbygning og udbredelse af evidens for genoptræningsindsatser. I den forbindelse vil vi indledningsvis aftale, hvordan tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser kan udarbejdes i et effektivt og gensidigt forpligtende samarbejde mellem kommuner og hospitaler og med et fælles ansvar for finansieringen. Disse opgaver er meget ressourcekrævende og derfor svære at løfte både for de enkelte kommuner og de enkelte hospitaler.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at skabe sammenhæng i genoptræningsforløb, der bygger på mest mulig evidens, skal allerede igangsat udvikling af tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser færdiggøres og implementeres. Arbejdet med at udvikle nye tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser fortsættes ud fra en organisering af udviklingsarbejdet, der er ressourceeffektiv.
- Udvikle og implementere retningslinjer for træning før operation eller behandling indenfor udvalgte diagnosegrupper, hvor der er evidens for effekt (eksempelvis ryg, knæ og skulder).
- Fortsætte den fælles implementering af valide og pålidelige test og målinger for konkrete patientgrupper.

5.4.4 Arbejdsdeling og opgaveansvar

Sundhedsstyrelsen har udviklet en model for stratificering af patienter med behov for genoptræning og rehabilitering. Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens notat "Øget faglighed i genoptræ-



ning og rehabilitering efter udskrivelse fra sygehus¹ skal parterne implementere stratificeringsmodellen med tre specialiseringsniveauer: patienter med behov for 1) genoptræning på basalt niveau, 2) genoptræning på avanceret niveau og 3) genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau.

Desuden stilles der nye krav til indhold i genoptræningsplaner, og der arbejdes mod en forenkling for nogle patienter og udvidede genoptræningsplaner for patienter, som henvises til genoptræning på avanceret eller specialiseret niveau. Derudover kommer nye "visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade", som parterne også er forpligtet til at implementere.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Gennemgå de eksisterende snitfladekataloger med henblik på revision som følge af den nye Bekendtgørelse og Vejledning om genoptræning og rehabilitering.
- Implementere nationale visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade.

5.4.5 Samarbejde på fysioterapiområdet

Borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi, har varige og alvorlige lidelser, og vil derfor ofte have behov for en helhedsorienteret og sammenhængende tværfaglig indsats. I sundhedsaftalen skal der sættes fokus på sikring af faglig kvalitet i forhold til rehabilitering og/eller genoptræning, koordinering og opfølgning for gruppen af borgere, der samtidig modtager vederlagsfri fysioterapi.

Det er i aftalen desuden oplagt at se på, hvordan man kan afdække gråzonen mellem de kommunale tilbud om rehabilitering og genoptræning og tilbud om vederlagsfri fysioterapi hos praktiserende fysioterapeuter med henblik på at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne, således at borgerne sikres et dagligt tilfredsstillende funktionsniveau. Aftalerne fra sundhedsaftalen skal indarbejdes i praksisplan for fysioterapi med virkning fra 2015-2018.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Sikre løbende dialog mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter om gråzonen mellem de kommunale tilbud om rehabilitering og genoptræning og tilbud om vederlagsfri fysioterapi hos praktiserende fysioterapeuter med henblik på at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne således, at borgerne sikres et dagligt tilfredsstillende funktionsniveau.

¹ Øget faglighed i genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus – stratificeringsmodel, specialiseringsniveauer og krav til genoptræningsplaner. Sundhedsstyrelsen 29. maj 2014

Eksempler til implementeringsplan for SAIII

Der udarbejdes årligt en implementeringsplan for de indsatser, der skal arbejdes med i det kommende kalenderår. Implementeringsplanen godkendes af Sundhedskordinationsudvalget, der ligeledes tager stilling til behov for revision af sundhedsaftalen.

For at understøtte den konkrete opfølgning på målsætningerne i sundhedsaftalen er der udvalgt en række specifikke indikatorer, der dels rummer de politiske visioner og dels de obligatoriske indsatsområder. Opfølgning på indikatorerne sker årligt i Sundhedskordinationsudvalget og som en del af opfølgningen på implementeringsplanen for sundhedsaftalen. Det er ikke alle indsatserne, som spiller op til en eller flere af indikatorerne.

Der er i sundhedsaftalen foreslået 74 indsatser.

Nedenfor er indsat eksempler på beskrivelse af indsatser til implementering i 2015.

Relevant indikator(er)	Indsats i SA3	Opgaven	Ansvar for igangsættelse og gennemførelse	Tidplan	Status	Effekt	Kompetenceudvikling
Kapitel 5: Obligatoriske indsatsområder: Behandling og pleje Indikator: <i>At andelen af udskrivinger, hvor der er en afsendt en rettidig elektronisk epikrise, øges.</i>	5.3.11 Afklare hvilke patientkategorier, der kunne have særligt gavn af, at epikrisen udsendes samtidig med, at borgeren udskrives.	At udvælge de relevante patientkategorier. At udarbejde forslag til aftale for samarbejde om disse kategorier At udarbejde forslag til implementering	Fx en udviklingsgruppe hvor almen praksis er repræsenteret. Aftale for samarbejde om de udvalgte patientkategorier skal godkendes af DAS Implementeringsplan skal godkendes i DAS	2015	Ikke igangsat	At almen praksis for særlige målgrupper kan følge op på behandlingen umiddelbart efter at borgeren er udskrevet – der undgås ”huller” hvilket er med til at skabe bedre sammenhæng og kvalitet for borgeren.	Der igangsættes ikke særligt kompetenceudvikling målrettet denne indsats
Kapitel 5: Obligatoriske indsatsområder: Behandling og pleje Indikator: <i>At andelen af sårbare borgere, der fastholdes i forebyggelses og behandlingstilbud øges (kan først måles, når rehabilite-</i>	5.3.13 Arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering	At implementere Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerne-skade	Implementeringsplan skal godkendes i DAS og SKU i 2014 Lokal implementering forankres i Samordningsudvalg Understøttende	2015	Implementeringsplan under udvikling. Forventes afsluttet ultimo 2014	At understøtte høj kvalitet og god kommunikation og koordination i tværgående forløb på hjerne-skadeområdet.	Der udarbejdes en kompetenceplan for den samlede opkvalificering af de faggrupper, der er direkte involveret i hjerne-skaderehabilitering

Relevant indikator(er)	Indsats i SA3	Opgaven	Ansvar for igangsættelse og gennemførelse	Tidplan	Status	Effekt	Kompetenceudvikling
ringsdatabasen er i drift og erhvervet hjerne-skade er implementeret)	<i>af børn og voksne med erhvervet hjerneskade.</i>		<p>implementeringsaktiviteter udvikles og iværksættes i samarbejde mellem Region H og kommuner</p> <p>Der oprettes lokale tværsektorielle fora i hvert planområde, hvor samarbejdet mellem kommune og region løbende drøftes og planlægges</p>				<p>Der arbejdes aktivt med udvikling af en læringskultur på det konkrete arbejdssted</p> <p>Der udvikles et e-learningbaseret kompetenceudviklingsprogram til nyansat, tværfagligt personale, der enten er begyndt at arbejde med hjerneskaderehabilitering, eller har behov for at opdatere deres viden herom.</p>
<p>Kapitel 5: Sammenhæng og kvalitet.</p> <p>Indikatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>At andelen af borgere, der bliver genindlagt med en forebyggelig diagnose, reduceres</i> • <i>At andelen af borgere, der optager en seng på hospital efter de er færdigbehandlet, reduceres</i> • <i>At andelen af borgere, der oplever godt samarbejde</i> 	5.3.2 Udarbejde og implementere Kommunikationsaftaler for: Ambulante forløb, børn og unge, det akutte område og på psykiatriområdet – herunder også for børne- og ungdomspsykiatrien.	<p>At udarbejde kommunikationsaftaler på de udvalgte områder</p> <p>At udarbejde implementeringsplaner på de udvalgte områder</p>	<p>Aftaledelen udarbejdes af IT-udviklingsgruppen</p> <p>Implementering håndteres af samordningsudvalgene</p> <p>For alle aftaler gælder at de skal sendes i høring og endelig godkendes i DAS</p>	<p>2015/2016</p> <p>Udkast til aftalegrundlag på det ambulante område forventes at kunne sendes i høring primo 2015.</p> <p>Analyse af og udarbejdelse af udkast til aftalegrundlag på børn og unge-området startes medio 2015.</p> <p>Analyse af og udarbejdelse af udkast til aftalegrundlag på det akutte område startes medio 2015</p>	<p>IT-udviklingsgruppen fra SA2 er startet med at udrede det ambulante område og psykiatriske område</p>	<p>Tidlig, sikker kommunikation på tværs af sektorerne.</p> <p>Større patienttilfredshed</p> <p>Færre UTH</p>	<p>I forbindelse med udarbejdelse af implementeringsplanerne skal kompetenceudviklingsbehovet beskrives både i forhold til implementeringen og når de kører i drift.</p>

Relevant indikator(er)	Indsats i SA3	Opgaven	Ansvar for igangsættelse og gennemførelse	Tidplan	Status	Effekt	Kompetenceudvikling
<p><i>og god kommunikation, stiger</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>At anvendelsesgraden og rettidigheden af udvalgte indikatorer vedr. digital kommunikation øges</i> 				Udkast til aftale på psykiatriområdet udarbejdes når der foreligger en afklaring af de elektroniske muligheder. Formodentlig ultimo 2015			
<p>Kapitel 5: Sammenhæng og kvalitet. Indikatorer: Der er ingen indikatorer, der er direkte målrettet denne indsats</p>	<p>5.9 Fastlægge hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne, samt aftale hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og videre implementering, der skal nås.</p>	<p>1. Udarbejde et forslag til, hvordan man meningsfuldt kan følge, hvordan det går med implementeringen af forløbsprogrammerne inden for hvert enkelt af de godkendte forløbsprogrammer.</p> <p>2. Udarbejde et overblik over, hvilke tilbud der er i dag – og hvad indholdet og kvaliteten i de udbudte indsatser er.</p> <p>3. Ud fra arbejdet med revision af forløbsprogrammerne, faglig evidens og faglig konsensus definere</p>	<p>I regi af DAS nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe.</p> <p>De lokale SOU inddrages i processen (eventuelt i høring). Ift. kvaliteten af de udbudte indsatser vil Sundhedsfaglige råd blive inddraget.</p> <p>Der kan blive tale om flere arbejdsgrupper eller underarbejdsgrupper. Fx opdelt på hvilket forløbsprogram, der er tale om.</p>	<p>Arbejdsgruppen nedsættes efteråret 2014 og udarbejder hen over vinteren forslag til, hvordan og på hvilke indikatorer implementeringsgraden skal følges samt definerer, hvilke anbefalinger der skal være for kvaliteten/det konkrete indholdet af indsatserne ifm. forløbsprogrammerne.</p> <p>Første output fra arbejdsgruppen forventes at ligge klar foråret 2015.</p>	Ikke gået i gang	<p>Vedr. implementeringsgrad: Fokus på i hvilken grad forløbsprogrammerne er implementeret vil kunne bidrage til, at der sker en bedre implementering. Gennemført implementering er forudsætning for at opnå effekter for borgerne. Så indsatsen vil derfor kunne bidrage til, at der opnås mere sammenhæng og kvalitet i forløbene.</p> <p>Vedr. kvalitet og omfang af tilbud: Omfanget og kvaliteten af tilbuddene er i dag uensartet, så vurdering/måling af implementeringsgrad og opfølgning på</p>	<p>Denne indsats er ikke umiddelbart direkte forbundet med behov for kompetenceudvikling. Der vil snarere være brug for en kommunikationsindsats</p>

Relevant indikator(er)	Indsats i SA3	Opgaven	Ansvar for igangsættelse og gennemførelse	Tidplan	Status	Effekt	Kompetenceudvikling
		re, hvilket konkret indhold et tilbud skal have. Der vil være indsatser hvor der ikke er evidens for, hvad virker – og det skal indgå.				kvaliteten vil bidrage til en større ensartet kvalitet.	

Høring af udkast til Sundhedsaftale 2015 – 2018 - Administrativ Del

Høringsparter:

- **Kommuner i Region Hovedstaden**

Albertslund Kommune
Allerød Kommune
Ballerup Kommune
Bornholms Regionskommune
Brøndby Kommune
Københavns Kommune
Dragør Kommune
Egedal Kommune
Fredensborg Kommune
Frederiksberg Kommune
Frederikssund Kommune
Furesø Kommune
Gentofte Kommune
Gladsaxe Kommune
Glostrup Kommune
Gribskov Kommune
Halsnæs Kommune
Helsingør Kommune
Herlev Kommune
Hillerød Kommune
Hvidovre Kommune
Høje-Taastrup Kommune
Hørsholm Kommune
Ishøj Kommune
Lyngby-Taarbæk Kommune
Rudersdal Kommune
Rødovre Kommune
Tårnby Kommune
Vallensbæk Kommune

- **Region Hovedstaden**

Udvalget vedr. Tværsektorielt Samarbejde
Hospitalerne i Region Hovedstaden
Region Hovedstadens Psykiatri
Den Præhospitale Virksomhed

- **Andre udvalg**

Patientinddragelsesudvalget
Praksisplanudvalget

- **Patientforeninger:**

Danske Patienter
Psykiaترفoreningernes Fællesråd
Alzheimerforeningen

- **Andre organisationer**

Danske Handicaporganisationer
Ældresagen
Regionsældrerådet – Region Hovedstaden

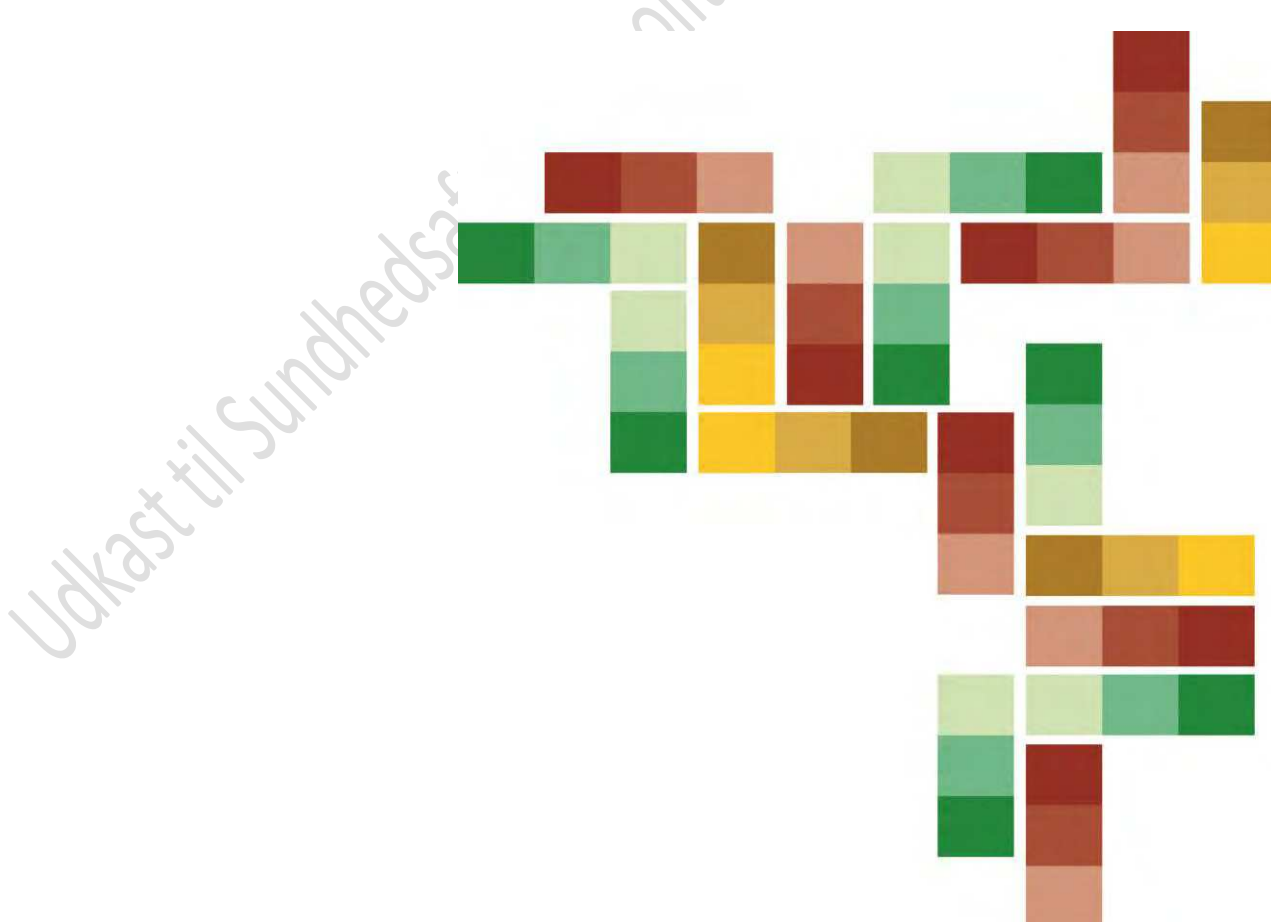
- **Faglige organisationer:**

Dansk Farmaceutforening
Danmarks Apotekerforening
Danske Fysioterapeuter
Dansk Kiropraktorforening
Dansk Psykolog Forening
Dansk Socialrådgiverforening
Dansk Sygeplejeråd
Den Almindelige Danske Jordemoderforening
Ergoterapeutforeningen
Foreningen af Yngre Læger
Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter
Foreningen af Offentligt Ansatte Fag og Arbejde (FOA)
Foreningen af Speciallæger
Foreningen af Praktiserende Speciallæger
Kost og Ernæringsforbundet
Praktiserende Lægers Organisation – Region Hovedstaden

Endeligt udkast til politiske visioner og mål for Sundhedsaftalen

2015 - 2018

Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget 5. september 2014



Indledning

Mange borgere, der er syge eller er i risiko for at blive ramt af sygdom, kan have brug for en sammenhængende indsats fra både kommuner, hospitaler og praksissektor. Et velfungerende og forpligtende samarbejde mellem alle parter på sundhedsområdet er med til at understøtte, at borgeren får en positiv oplevelse af sit forløb og i sidste ende kan blive enten rask eller få hjælp til at leve bedre med sin sygdom.

Med denne tredje generation af sundhedsaftaler vil vi bygge videre på de gode erfaringer, som vi har fra de to foregående sundhedsaftaler. Vi vil sikre en fokuseret indsats gennem få og klare mål. Vi vil sætte borgeren i centrum og rette vores fokus mod de effekter, borgeren skal opleve, som følge af de aftaler, som vi indgår.

Vi skal blive endnu bedre til at tilbyde borgeren indsatser af ensartet høj kvalitet, samt til at styrke koordinering, kommunikation og udviklingen af nye samarbejdsformer der sikrer effektive og sømløse forløb.

I den fortsatte udvikling af vores fælles opgaver om mest mulig sundhed for borgerne, vil vi tage afsæt i en forebyggende tilgang. Vi vil sætte yderligere fokus på den langsigtede borger- og patientrettede forebyggelse og på den tidlige opsporing og tidlige indsats overfor borgere, der er i risiko for at udvikle somatisk og/eller psykisk sygdom. Vores fælles udgangspunkt er, at færre borgere skal udvikle kronisk sygdom eller have langvarige sygdomsforløb.

Borgere, der har en langvarig eller kronisk somatisk eller psykisk sygdom, skal opleve, at alle indsatser i det samlede sundhedsvæsen tilrettelægges ud fra en rehabiliterende tilgang. Vi vil gennem hele forløbet understøtte, at borgeren kan fastholde det bedst mulige funktionsniveau, og vi vil tilrettelægge vores indsatser på en måde, der sikrer mindst mulig indgriben i borgerens hverdagsliv. Vi vil derfor indrette vores tværsektorielle samarbejde således, at opgaven altid løses med høj kvalitet, sammenhæng for borgeren og effektiv ressourceudnyttelse

Fire politiske visioner

Vi vil i denne sundhedsaftale særligt arbejde for at bringe borgere, herunder pårørendes viden og ressourcer bedre i spil i eget forløb og i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Derudover vil vi sætte særligt fokus på vores samarbejde omkring indsatser for de mest sårbare og udsatte borgere. Vores indsats skal tilrettelægges således, at den bidrager til at nedbringe ulighed i sundhed.

Derfor ønsker vi at fokusere på følgende fire visioner i denne sundhedsaftale:

- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

Til hver af de fire visioner er der beskrevet målsætninger for sundhedsaftalen. Målsætningerne udmøntes i mere konkrete indsatser i den administrative del af sundhedsaftalen, hvor det også fremgår, hvordan der følges op på målene.

Opfølgning på aftalen

I Sundhedsstyrelsens vejledning anbefales, at Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder en plan for sundhedsaftalens implementering. Forslag til overordnet implementeringsplan vil derfor være indarbejdet i den administrative del af aftalen. Herunder vil der også indgå specifikke indikatorer, som skal understøtte den konkrete opfølgning på målsætningerne.

Sundhedskoordinationsudvalget skal endvidere én gang årligt følge op på sundhedsaftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. Opfølgningen vil blandt andet ske gennem temadrøftelser i en bred kreds af politiske nøgleinteressenter.

Læsevejledning

Den politiske del af sundhedsaftalen er opdelt i fire temaer med tilhørende vision. Under hver vision er beskrevet en række særligt prioriterede målsætninger, som vi i fællesskab skal arbejde hen imod. Det er derefter beskrevet, hvordan det tværsektorielle samarbejde skal udvikles i aftaleperioden med henblik på at nå målsætningerne.

I sundhedsaftalens administrative del beskrives, hvordan målsætningerne operationaliseres i konkrete indsatser og hvordan, der måles og følges op på indsatsernes effekt og fremdrift.

Aktivt og inddragende samarbejde med borgerne

Vi vil understøtte, at borgere herunder pårørende har mulighed for at være aktive samarbejdsparter i den enkelte borgers individuelle forløb. Det aktive og inddragende samarbejde med borgere bidrager til, at indsatsen i højere grad bliver målrettes borgerens samlede situation og ressourcer. Samtidig kan det medvirke til at styrke borgerens mulighed for at mestre egen sygdom og selv bidrage i eget forløb.

Vi skal i fællesskab sikre, at borgerne anvender deres unikke viden om, hvordan det er at være bruger i sundhedsvæsenet, til at bidrage til udvikling af det samlede sundhedsvæsen.

Vores vision er:

At borgerne er og oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen

I aftaleperioden vil vi derfor særligt sætte politisk fokus på:

Målsætninger

- 1) At borgere, herunder pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb i det omfang, de ønsker det
- 2) At borgere understøttes i at mestre egen sygdom med udgangspunkt i egne ressourcer og behov i hele forløbet med mulighed for særlig støtte til sårbare borgere
- 3) At borgere deltager, når vi træffer beslutninger om, hvordan vi indretter sundhedsvæsenet.

Indsatsområder i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden videreudvikle samarbejdet på en række områder.

Samarbejdskultur

Aktivt og inddragende samarbejde stiller særlige krav til de måder, som de fagprofessionelle møder borgeren på. Vi vil derfor udvikle og afprøve modeller for samarbejdet mellem borgere herunder pårørende og fagprofessionelle. Vi vil fokusere på kulturelle og organisatoriske aspekter, der kan understøtte mulighederne for en proaktiv inddragelse af borgere – både i forhold til borgerens individuelle forløb og når borgerne medvirker i udviklingen af det samlede sundhedsvæsen. Her vil vi have særligt fokus på udvikling af differentierede modeller for det aktive samarbejde, som er tilpasset borgere med forskellige behov og ressourcer.

Telesundhed

Det aktive og inddragende samarbejde i individuelle forløb handler også om at give flere borgere mulighed for at opretholde så almindeligt et liv som muligt på trods af langvarig eller kronisk sygdom. Vi vil derfor understøtte muligheder for sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af teknologiske løsninger, der gør det muligt at kommunikere, udveksle data og følge sygdomsspecifikke måleresultater mellem borgere og fagprofessionelle over afstand.

Organisatorisk samarbejde

Vi skal give borgere herunder pårørende bedre mulighed for at bidrage til udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Deres viden bidrager til at skabe et sundhedsvæsen, som borgerne oplever som inddragende og sammenhængende. Men det kræver noget at indgå i samarbejde – både af repræsentanterne for borgerne og sundhedsvæsenet. Vi vil gennem en fælles indsats skabe de rette rammer for samarbejdet med borgerne i udviklingen af sundhedsvæsenet, herunder i de relevante samarbejdsfora.

Nye og bedre samarbejdsformer

Vi ønsker at skabe større fleksibilitet og kvalitet i opgaveløsningen, så borgerne oplever, at forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser er sammenhængende, og at der arbejdes efter fælles mål. I de to foregående sundhedsaftaler har vi i vid udstrækning fokuseret på at etablere en samarbejdsstruktur mellem parterne og på at udvikle samarbejdet ud fra en stafet-tankegang, hvor der skabes koordination mellem indsatserne i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren. Vi skal fortsat arbejde med at styrke koordination og samarbejde på tværs i sundhedsvæsenet, men vi må også erkende, at den sektoropdelte opgaveløsning især ikke tilgodeser sårbare borgeres behov.

I denne sundhedsaftale vil vi derfor arbejde med at udvikle og afprøve organisationsformer, som passer til den opgave, der skal løses. Vi vil arbejde med udvikling og afprøvning af organisatoriske samarbejdsmodeller, der rummer forskellige grader af integration omkring opgaveløsning, personale, ledelse og økonomi.

Vores vision er:

At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger

4) At udvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor med borgeren i centrum

5) At aftale en ramme for, hvordan de regionale og kommunale prioriterede midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet samlet kan bidrage til at understøtte fælles samarbejdsprojekter, der knytter sig til sundhedsaftalen.

Indsatser i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de særligt prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden udvikle samarbejdet på en række områder.

Nye samarbejdsformer med integrerede indsatser

Vi vil afprøve og implementere nye modeller for integreret opgaveløsning med samdrift af ressourcer og kompetencer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren. Det er særlig relevant for samarbejdet om den gruppe af sårbare og udsatte borgere, der modtager samtidig behandling og pleje fra flere sektorer. Vi vil lære af erfaringer fra udlandet, hvor studier viser positive resultater med integrerede behandlings- og plejetilbud – når det gælder behandlingskvalitet, patientsikkerhed, patienttilfredshed og økonomi. Modellerne kan eksempelvis afprøve nye samarbejdsformer om akut/subakutte tilbud, tilbud til mennesker med samtidigt misbrug og psykisk sygdom eller fælles sundhedshuse. Arbejdet med nye modeller for integreret opgaveløsning skal tage højde for de organisatoriske rammer i praksissektoren.

Midler til prioritering sammenhængende løsninger

I økonomiaftalen 2014 for regioner og kommuner er det aftalt, at begge parter skal prioritere midler til sammenhængende løsninger. Sundhedsaftalen danner rammen for, hvordan disse midler anvendes, og vi vil på baggrund af drøftelser i Sundhedskoordinationsudvalget sikre en tæt koordinering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.

Lighed i sundhed

Let og lige adgang er et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen. Alligevel er der borgere, som ikke bliver tilbudt de indsatser, de har behov for, eller som har svært ved at tage imod indsatserne, hvilket betyder at de ikke får det optimale udbytte af behandlingen. Vi vil derfor udvikle og gennemføre tiltag, der skaber mere lighed i sundhed. Samtidig vil vi sikre, at sundhedsvæsenet ikke selv bidrager til at øge uligheden.

Vi er i fællesskab parate til at tilbyde differentierede og systematiske indsatser, der sikrer alle borgere bedst mulig kvalitet og udbytte af indsatserne i det samlede sundhedsvæsen. Sårbare og udsatte borgere skal støttes gennem målrettede indsatser, der har fokus på at sikre adgang til og fastholdelse i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering. Også samarbejdet med det sociale område skal styrkes.

Vores vision er:

At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger

6) At flere sårbare borgere sikres en tidlig og forebyggende indsats, der er målrettet deres behov og ressourcer.

7) At borgere med både psykisk sygdom og misbrug sikres en samtidig og koordineret indsats

8) At borgere med psykisk sygdom får flere gode leveår

Indsatser i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de særligt prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden udvikle samarbejdet på en række områder.

Forebyggelse og tidlig opsporing

Forebyggelse og tidlig opsporing af risikofaktorer for udvikling af sygdom er væsentlig, når lighed i sundhed skal sikres, og særlig vigtigt i forhold til sårbare og udsatte grupper. De praktiserende læger har en nøgelfunktion, men der er mange andre vigtige aktører blandt andet på svangreområdet, i sundhedsplejen, i behandlings- og socialpsykiatrien og i ældreomsorgen. Vi vil derfor sætte fokus på at fremme en kultur, som i udgangspunktet tænker forebyggende og opsporende.

Særligt vil vi lægge vægt på forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos borgere med psykisk sygdom således, at borgere med psykisk sygdom får samme adgang til forebyggelsestilbud og genoptræning som andre borgere. Indsatserne skal bl.a. tilrettelægges på baggrund af den regionale sundhedsprofil.

Målrettede indsatser

Alle borgere skal have den indsats, der giver det bedst mulige behandlingsresultat og den bedste mulighed for at borgeren efterfølgende kan mestre sin egen sygdom og livssituation. Vi vil i aftaleperioden udvikle og afprøve differentierede indsatser, det vil sige indsatser, der er tilpasset målgrupperne. Vi vil også videreudvikle redskaber til stratificering af patienter og borgere.

Sammenhæng mellem sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet

Støtte til sårbare og udsatte borgere er en kompleks opgave, da mange både har sociale og sundhedsfaglige problemstillinger. Øget lighed i sundhed forudsætter derfor en tæt og koordineret indsats mellem mange aktører i sundhedsvæsenet og et nært samarbejde med social- og beskæftigelsesområdet i kommunerne. Hospitaler, kommuner og praksissektor skal sammen tage udgangspunkt i borgerens samlede situation, behov og ressourcer og sikre, at rehabilitering er indtænkt i hele forløbet. Vi vil i aftaleperioden derfor udvikle en model, der kan styrke samarbejdet i forhold til borgere, der sideløbende har behov for indsatser på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og uddannelses- samt beskæftigelsesområdet.

Kompetenceudvikling og forskning

Der er fortsat et stort behov for viden om, hvilke målrettede indsatser, som virker bedst i forhold til at øge sundhedstilstanden for sårbare og udsatte grupper. Vi vil prioritere et mindre antal større forsknings- og udviklingsprojekter om lighed i sundhed, herunder f.eks. projekter om opsporing og fastholdelse i behandling og rehabilitering. Vi vil også i fællesskab styrke tilbud om kompetenceudvikling med fokus på ulighed i sundhed, som f.eks. kan udbydes som en del af en systematisk kompetenceudvikling på tværs af sektorer og på tværs af både sundheds- og socialområdet.

Sammenhæng og kvalitet

Et af de centrale formål med sundhedsaftalen er i samarbejde med borgerne at tilbyde den enkelte borger en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet. Også den foregående sundhedsaftale har haft fokus på sammenhæng og kvalitet, og der er gjort en stor indsats på området. Alligevel er det stadig ikke alle borgere, som oplever overgange i sundhedsvæsenet som sømløse. Samtidig er der et potentiale for at anvende ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen bedre ved at borgerne får det rette tilbud på det rette niveau. Vi skal derfor fokusere endnu mere på at udvikle det fælles ansvar for at skabe sammenhæng og kvalitet for og med borgerne. Særligt skal vi udvikle samarbejdet om de borgere, der er mest sårbare og udsatte, og som kan have komplekse behov, og hvor koordinering af indsatserne på tværs af sektorerne kræver særlig opmærksomhed.

Vores vision er:

At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger

9) At borgerne sikres høj kvalitet og en koordineret indsats i forebyggelse, behandling og pleje samt rehabilitering uanset, hvor i sundhedsvæsenet opgaven løses

10) At færre borgere indlægges og genindlægges på hospital, hvor det kan forebygges gennem en tidlig og koordineret indsats

11) At borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom oplever en sammenhængende og koordineret indsats.

Indsatsområder i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden videreudvikle samarbejdet på en række områder.

Ensartet høj kvalitet

Vi skal arbejde for at sikre ensartet og høj kvalitet i de tilbud, som borgerne får. Derfor vil vi videreudvikle et kvalitetsarbejde, der kan give fælles forståelse af kvalitetsbegrebet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor. Vi vil udvikle fælles kvalitetsmål og -standarder med afsæt i tilgængelig viden om evidens eller best practice. Udvikling af kvalitet i samarbejdet indebærer, at vi systematisk arbejder med muligheder for at dele kvalitetsdata og følge op med handling og justering af indsatser. Som led i kvalitetsudviklingen vil vi samarbejde om at styrke formidling af resultater fra forskningsprojekter og evalueringer af fælles projekter, men også understøtte, at der produceres ny viden.

Koordination i det sammenhængende forløb

Sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet forudsætter koordineret og tæt dialog mellem hospitaler, kommuner og praksissektoren. Implementeringen af Kommunikationsaftalen i 2012 har forbedret samarbejdet om somatiske patienter, der indlægges og udskrives fra hospital. Der er imidlertid behov for udvikling af lignende aftaler, der omfatter somatiske patienter i ambulante forløb, børneområdet og hele psykiatriområdet.

Der er også behov for, at videreudvikle modeller, der sikrer bedre koordination og samarbejde om sårbare borgere med komplekse forløb, herunder borgere med multisygdom. Kommunerne modtager i højere grad end tidligere borgere, der er færdigbehandlede på hospitalet, men som fortsat har komplekse problemstillinger. Det stiller flere krav til de sygeplejefaglige kompetencer i kommunerne og giver større behov for lægefaglig rådgivning. Vi vil derfor blive bedre til at bruge hinandens kompetencer og række ud over sektorovergange i det daglige arbejde i form af bl.a. nem adgang til rådgivning, udgående funktioner fra hospitalerne, samt følge-op og følge-hjem ordninger. Derudover vil vi styrke samarbejdet mellem kommuner og almen praksis bl.a. om borgere på kommunale akut/subakutte pladser og om borgere, der anvender mange slags medicin.

IT og digitalisering

Sammenhæng og kvalitet i borgernes forløb forudsætter velfungerende digitale løsninger, hvor det sundhedsfaglige personale i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren har let adgang til relevante oplysninger. Derfor skal der fortsat arbejdes med mulighederne for at dele data på tværs. I aftaleperioden skal vi øge brugen af eksisterende IT-løsninger og understøtte de nationale tiltag om Sundheds-IT, herunder bl.a. fuld implementering af det Fælles Medicinkort. Herudover er der behov for at intensivere arbejdet med generel it-understøttelse af forløb på tværs af sektorer og særligt understøttelse af forløb for borgere med samtidige somatiske, psykiske og sociale problemstillinger.

Systematisk kompetenceudvikling på tværs af sektorer

Vi skal bygge bro mellem kompetencerne i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren. Der skal arbejdes med udvikling og systematisk udbredelse af fælles kompetenceudvikling. Vi vil bygge videre på indhøstede erfaringer og integrere kompetenceudviklingsindsatserne mere. Herunder vil vi afprøve modeller med rotations- og delestillinger på tværs af kommuner og hospitaler.

Rådgivning på tværs af sektorer

Regionens faglige ekspertise skal komme det samlede sundhedsvæsen til gode. Regionens rådgivning generelt – og særligt på forebyggelsesområdet – skal i højere grad tilpasses kommunernes behov. Vi skal målrette regionens faglige rådgivning i forhold til de forebyggende indsatser. Vi skal konkretisere rammerne for den faglige rådgivning og for den udveksling af viden på tværs af sektorer, som er vigtig for den daglige håndtering af konkrete borgerforløb. Det kan f.eks. omfatte en formaliseret og systematisk rådgivningsfunktion, hvor regionen yder faglig rådgivning til praksissektoren eller til kommunerne vedrørende borgere med sjældne sygdomme og særligt komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov.

Udkast til Sundhedsaftalens politiske del, 2017-2020, Århus Universitets Hospital, Århus Kommune, Århus Amt, Århus Universitetsskole

Vi er i Sundhedskoordinationsudvalget stolte af at kunne præsentere sundhedsaftalen 2015-2018 mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen.

Parterne har nøje udvalgt de visioner, målsætninger og helt konkrete indsatser, som der er særligt behov for, at vi tager hånd om i fællesskab.

Vi har mange gode erfaringer at bygge videre på. Der er imidlertid også områder, hvor samarbejdet skal udbygges og forbedres, og hvor det er nødvendigt med en helt ny og forbedret indsats.

Sundhedsaftalen omfatter alle borgere, som har behov for sammenhængende indsatser på tværs af sektorerne. Aftalen lægger derfor vægt på at styrke det helhedsorienterede og forebyggende samarbejde med borgeren som aktiv samarbejdspart. Der er fokus på, at det er sundhedsvæsenet, der tilpasser sig borgerens præmisser og ikke omvendt.

For at komme i mål med den ambitiøse målsætning skal vi have et bredt og involverede samarbejde mellem alle relevante aktører i det tværsektorielle felt. Denne sundhedsaftale er derfor en invitation til et bredt samarbejde mellem kommuner, hospital, hele praksissektoren og alle ydergrupper samt private leverandører.

En lang række mennesker på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren har bidraget til at udarbejde sundhedsaftalen. Vi vil gerne takke for et godt og meget konstruktivt samarbejde.

Vi ser frem til det videre arbejde med i fællesskab at udvikle sundhedsvæsenet i Hovedstadsregionen.

På vegne af sundhedskoordinationsudvalget,

Per Seerup Knudsen

Ninna Thomsen

Formand

Næstformand