

## Sundhedsaftalens generelle del (politisk oplæg)

### Indledning

Sundhedsaftalen skal understøtte, at borgeren oplever sammenhæng og kvalitet i det samlede sundhedsvæsen. Sundhedsaftalen virker i spændingsfeltet mellem et stadigt mere specialiseret hospitalsvæsen med vægt på hurtige accelererede forløb og mere ambulant behandling, den kommunale del af sundhedsvæsenet, de tilgrænsende dele af det sociale område og almen praksissektoren.

Sundhedsaftalen skal sikre kvalitet, sammenhæng og effektivitet i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering af borgere/patienter, der har behov for en indsats fra både region(hospitaler), kommune og praksissektoren. Derfor skal parternes gensidige forpligtelser og samspil aftales.

Det politiske samarbejde om sundhedsaftalerne er forankret i sundhedskoordinationsudvalget. Sundhedskoordinationsudvalget beslutter grundaftalen for de individuelle sundhedsaftaler og følger implementering og opfølgning af aftalen. Under sundhedskoordinationsudvalget er etableret en administrativ udviklings-, implementerings- og opfølgningsstruktur.

Samarbejdet om 1. generation sundhedsaftaler har udviklet parternes samspil markant. Sundhedsaftale II bygger på de opnåede resultater, som yderligere skal konsolideres og monitoreres samtidig med at der skal igangsættes nye udviklingsopgaver.

Sundhedsaftale II fremhæver det politiske samarbejde mellem kommunalbestyrelser og regionsråd. Det politiske lederskab fra kommuner og region står centralt i den sundhedsmæssige indsats i aftaleperioden. Ligeledes fremhæver Sundhedsaftale II inddragelsen af almen praksis i løsningen af de sammenhængende sundhedsopgaver.

Sundhedsaftalen mellem den enkelte kommune og regionen består af grundaftalen og en tillægsaftale for den enkelte kommune, hvor de konkrete forpligtende aftaler mellem kommunen og regionen vedrørende bl.a. implementering af forløbsprogrammer, opfølgende hjemmebesøg for ældre, samarbejde om hygiejne, patientsikkerhed, fælles kompetenceudvikling beskrives.

#### *Mål:*

- Årlig politisk drøftelse i Sundhedskoordinationsudvalget af relevante temaer i Sundhedsaftale II.
- Politisk drøftelse i Sundhedskoordinationsudvalget af midtvejsstatus på sundhedsaftalerne i efteråret 2012
- Sundhedskoordinationsudvalget afholder på grundlag af ovennævnte midtvejsstatus en politisk perspektivkonference med deltagelse af regionsråd, kommunalbestyrelser og praksissektor primo 2013.

## 1. Et sammenhængende sundhedsvæsen

Borgere med sygdom skal tilbydes en sammenhængende sundhedsindsats kendetegnet ved høj faglig kvalitet, patientsikkerhed samt effektiv kommunikation. Særlig opmærksomhed rettes mod borgere med kronisk sygdom, psykisk syge, ældre og/eller sårbare personer og børn.

Sundhedsaftalen understøtter koordineret arbejdsdeling, opgaveløsning og opgaveudvikling i det samlede sundhedsvæsen.

### 1.1. Styrkelse og udvikling af den tværsektorielle indsats

#### *Udfordringer:*

Den ændrede struktur i sundhedsvæsenet med kommuner, hospitaler og praksis som ligeværdige aktører, samt kommunernes stadig voksende sundhedsopgaver nødvendiggør, at der sættes yderligere fokus på den tværsektorielle indsats i forhold til fælles planlægning af bl.a. kapacitet, opgaveudvikling og kompetenceudvikling således, at borgerne oplever deres møde med sundhedsvæsenet som et hele. Kommunerne, regionen og praksissektoren skal derfor tidligt inddrage hinanden som samarbejdsparter i relation til den planlægning, der har betydning for den tværsektorielle opgaveløsning. Herved opnås, at der allerede i planlægningen inddrages viden og erfaring fra hele sundhedsområdet og, at den efterfølgende implementering er godt forankret hos parterne.

Det borgernære sundhedsvæsen – indsatsen i kommuner og praksissektor – er en forudsætning for at den øgede specialisering kan gennemføres i hospitalsvæsenet. Der er derfor behov for at sikre, at de nødvendige strukturer og kompetencer er tilstede i både kommuner, hospitaler og almen praksis.

I aftaleperioden vil det tværsektorielle samarbejde mellem, hospitaler, kommuner og almen praksis få øget betydning i forhold til kronikerområdet, kræft, psykisk syge og erhvervet hjerneskade. Der er behov for nærmere at få fastlagt indholdet i og en ramme for dette samarbejde vedrørende rehabilitering.

#### *Mål:*

- Samarbejdet sker gennem klare aftaler ud fra mål, opfølgning og incitament
- Opgaverne løses på laveste effektive omkostningsniveau med fokus på faglig kvalitet og kompetenceudvikling
- Inden for rammerne af de gældende ansvars- og opgaveområder inddrager region, kommuner og almen praksis hinanden som samarbejdspartner tidligt i planforløb, hvor planarbejdet har betydning for den samlede tværsektorielle indsats på sundhedsområdet
- Der udvikles en fælles ramme for tværsektorielt samarbejde vedrørende rehabilitering i forhold til en række indsatsområder, primært målrettet kronikerindsats, kræft, psykisk syge og erhvervet hjerneskade. Rammen skal ud over sundhedsindsatser indtænke indsatser fra andre relevante områder, herunder socialområdet, beskæftigelse og specialundervisning
- På genoptræningsområdet udarbejdes en samlet kapacitetsplan for hospitaler, kommuner og praksissektoren – herunder genoptræning for de indlagte patienter.

**Udkast til Sundhedsaftale II generel/politisk del**  
**26. februar 2010**

**1.2. Konsekvenser af opgaveoverdragelse**

*Udfordringer:*

Sundhedslovens nye opgavedeling og udviklingen i hospitalernes behandlingsformer med pakkeforløb, hurtigere forløb og mere ambulante behandling betyder, at kommunerne i stigende grad overtager opgaver, der tidligere har ligget i hospitalsregi. Sundhedsaftalen skal under hensynstagen til fleksibilitet og faglig udvikling sikre, at overdragelse af opgaver fra hospitaler til kommuner og praksissektor finder sted planlagt, aftalt og styret.

*Mål:*

- Der vil i aftaleperioden blive udarbejdet en ramme for opgaveoverdragelse baseret på dialog og gensidig forståelse for den faglige udvikling og den nødvendige kompetenceudvikling
- Mindst én gang årligt drøftes kapacitetsudviklingen på hospitalerne, herunder det ambulante område, og udviklingen i den kommunale varetagelse af fælles sundhedsopgaver i Sundhedskoordinationsudvalget, Den administrative Styregruppe vedrørende sundhedsaftaler, og de enkelte samordningsudvalg
- Anvendelsesområdet for samfinansiering mellem regionen og kommunerne, i henhold til Sundhedslovens § 239 om regional medfinansiering af opgaveløsning i primærsektoren skal vurderes i aftaleperioden i sammenhæng med effekten af en forebyggende indsats og sparede udgifter i den sociale sektor.

**1.3. Elektronisk kommunikation.**

*Udfordringer:*

Et sammenhængende og borgernært sundhedsvæsen forudsætter hurtig præcis kommunikation mellem de forskellige aktører. Målsætningen i sundhedsaftale I om, at kommunikationen mellem hospital, kommune og almen praksis hurtigst muligt og i videst muligt omfang skal være elektronisk og baseret på fælles standarder opretholdes i sundhedsaftale II.

Den elektroniske kommunikation omfatter alle patientgrupper, men vil især være afgørende for succes med forløbsprogrammer for mennesker med kronisk sygdom og en sammenhængende indsats for ældre medicinske patienter.

*Mål:*

- Samarbejdet om den elektroniske kommunikation baserer sig på en tydelig og fælles afstemt planlægning og implementering på IT-området
- Ved sundhedsaftaleperiodens udløb i 2014 foregår kommunikationen mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner og praksissektoren helt overvejende elektronisk
- Der gennemføres forsøg med anvendelse af nye teknologiske løsninger, herunder telemedicin.

**Udkast til Sundhedsaftale II generel/politisk del**  
**26. februar 2010**

1.4. Evaluering, forskning og formidling styrkes gennem tværsektoriel indsats m.h.p. udbredelse af ”best practice”.

*Udfordringer:*

Kommunerne igangsætter i disse år nye initiativer på sundhedsområdet bl.a. som følge af nye opgaver, der overtages fra hospitalerne. Samtidig etableres nye samarbejdsformer mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Der er brug for, at disse initiativer evalueres og formidles, så der skabes basis for videndeling og dermed udvikling af ”best practice”.

Viden om ” best practice” opnås gennem forskning og evaluering. Det er derfor vigtigt, at den fælles virksomhed på sundhedsområdet bliver genstand for sundhedstjenesteforskning og evaluering. Det betyder ikke, at kommunerne skal drive egen selvstændig forskningsvirksomhed. Derimod skal de stille viden, data og ressourcer til rådighed for forsknings og evalueringsprojekter. Den viden der genereres gennem sundhedsprofiler og projekter finansieret af forebyggelsespuljen skal udnyttes bedre.

*Mål:*

- Der skal i aftaleperioden aftales en ramme for, hvordan Regionen stiller relevant sundhedsfaglige viden til rådighed for kommunerne
- Der skal i aftaleperioden aftales en ramme for en mere målrettet udnyttelse af sundhedsprofiler og viden fra forebyggelsesprojekter
- Der skal i aftaleperioden aftales en ramme for, hvordan samarbejdet mellem region, forskningsinstitutioner og kommuner om sundhedstjenesteforskning m.v. igangsættes. Kommunernes rolle er i første omgang at stille data, cases m.m. til rådighed for forskningsprojekter
- Der skal arbejdes systematisk med formidling og videreudvikling af ”best practice” på forskellige indsatsområder, gerne i samarbejde med øvrige regioner og Sundhedsstyrelsen.

## **2. Et forpligtende samarbejde**

Almen praksis, hospitaler og kommuner indgår i et ligeværdigt og forpligtende samarbejde om den eksisterende og fremtidige sundhedsindsats. Der forudsættes fortsat og videreført en sammenhængende og meningsfuld samarbejdsstruktur. Samarbejdsstrukturen er beskrevet i et senere afsnit.

*Udfordringer:*

Udfordringen er at sikre klare prioriterede mål, opfølgning og incitamenter, der understøtter dialogen og samarbejdet mellem alle aktørerne. De gensidige forpligtelser på de prioriterede områder, herunder opfølgning på resultaterne af monitorering, skal aftales. Der er behov for en intensiveret inddragelse af de praktiserende læger i sundhedsaftalens implementering.

**Udkast til Sundhedsaftale II generel/politisk del**  
**26. februar 2010**

*Mål:*

- Der udarbejdes og etableres fælles principper for sikring af kvalitet i indlæggelse og udskrivning med udgangspunkt i hurtig og korrekt udveksling af oplysninger mellem parterne
- Samarbejdet med de praktiserende læger om implementering af sundhedsaftalen skal formaliseres bl.a. gennem udarbejdelse af en årlig plan for de udviklingsopgaver, der forventes løftet i fællesskab. Regionen indgår i en koordinerende funktion i forhold til samordning af lokalaftaler, som den enkelte kommune ønsker at indgå aftale med lægerne i kommunen
- Region og kommuner udvikler i fællesskab kompetenceudviklingsprogrammer rettet mod personale i det samlede sundhedsvæsen
- Kommunernes adgang til regional specialistviden præciseres gennem udarbejdelse af en aftale, der fastlægger rammerne, herunder for medicin- og geriatriske tilsyn samt hygiejne
- Der skal udarbejdes en tværsektoriel kommunikations- og samarbejdsmodel på medicinområdet mellem hospitaler, kommuner, almen praksis og apoteker
- Der skal etableres en ramme for samarbejdet om håndtering af utilsigtede hændelser ved sektor overgange.

### **3. Samarbejde om fælles målgrupper**

Gennem de nuværende sundhedsaftaler er der etableret et godt samarbejde om forløbsprogrammer for borgere med kroniske sygdomme og om udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter. I Sundhedsaftale 2 fokuseres på implementering af de nye forløbsprogrammer samt konsolidering og evaluering af de allerede igangsatte programmer. Endvidere skal indsatserne over for ældre medicinske patienter videreudvikles og implementeres.

Den kommende sundhedsaftale skabe et øget fokus på psykiatrien, samt en fælles indsat på sygedagpengeområdet. Det fælles fokus på psykiatrien skal styrke en sammenhængende tværsektoriel rehabiliteringsindsats. I forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer skal der udvikles et samarbejde om hurtig diagnosticering mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Det har særlig betydning i forhold til sygedagpengeområdet.

#### 3.1. Etablering af forløbsprogrammer for kronisk syge

*Udfordringer:*

Størstedelen af indsatsen for kronisk syge skal løses i et samarbejde mellem kommunerne og almen praksis, og kun en lille del i det specialiserede sundhedsvæsen på hospitalerne. Forløbsprogrammerne beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats overfor en specifik sygdom. Indsatsen skal være af en høj faglig kvalitet. Samtidig skal programmerne sikre, at der anvendes vidensbaserede anbefalinger og at arbejdsdelingen mellem de forskellige sektorer og faggrupper er klart beskrevet. I forløbsprogrammerne for KOL, diabetes samt hjerte-karsygdomme vil den kommunale indsat være den samme eller i det mindste ligge meget tæt på hinanden, hvorfor en samtidig implementering kan give en vis synergi i den enkelte kommune.

**Udkast til Sundhedsaftale II generel/politisk del**  
**26. februar 2010**

*Mål:*

- Forløbsprogrammerne vedrørende KOL, diabetes og hjerte-karsygdomme, som alle er udviklet ved aftaleperiodens start skal implementeres senest inden udgangen af aftaleperioden
- Forløbsprogrammet vedrørende demens forventes færdig i 2010, hvorefter implementering af den tværsektorielle indsats skal aftales
- Forløbsprogrammet for muskel-skelet sygdomme forventes færdigudviklet i løbet af 2011 og implementering kan starte i 2012. Plan for den konkrete implementering skal senere aftales.
- Forløbsprogrammerne monitoreres med IT-understøttelse.

I sundhedsaftalen med den enkelte kommune fastlægges, hvordan forløbsprogrammerne konkret implementeres. Fastlæggelsen sker også i lyset af at de særlige kroniker midler udløber i 2012.

**3.2. Den ældre medicinske patient.**

*Udfordringer*

En sammenhængende og effektiv indsats i forhold til den ældre medicinske patient forudsætter en yderligere intensivering og koordinering af det tværsektorielle samarbejde, idet den ældre medicinske patient som oftest har behov for sundhedsydelser fra både kommune, almen praksis og hospitalerne. Der er udformet forslag til nye tiltag, herunder følgeordninger. Udfordringen består i at sikre implementering af og samarbejde omkring de nye tiltag.

*Mål:*

- Der udarbejdes og etableres fælles principper for, hvordan indlæggelser og genindlæggelser forebygges ved tidlig opsporing samt ved etablering af opfølgningsordninger

I sundhedsaftalen med den enkelte kommune fastlægges kommunens deltagelse i følge-op ordninger

**3.3. Psykisk syge**

*Udfordringer.*

Der skal arbejdes med videreudvikling og implementering af samarbejdsaftalerne på det psykiatriske område. Der sættes fokus på monitorering af samarbejdsaftalens indhold og udvikling af en sammenhængende rehabiliteringsindsats.

*Mål:*

- Styrket samarbejde, dialog og kompetenceudvikling mellem de psykiatriske centre og socialpsykiatrien, således at samarbejdsaftalerne bruges i det daglige arbejde
- Der etableres et forpligtende samarbejde mellem region og kommuner om rehabilitering af borgere med psykiatriske lidelser
- Udvikle relevant ledelsesinformation.

### 3.4. Børn

#### *Udfordringer:*

Der er behov for en videreudvikling af det tværsektorielle samarbejde i forhold til børns sundhedstilstand - herunder særligt i relation til nyfødte, indlæggelser/udskrivinger af børn og børn med særlige sundhedsmæssige trivselsproblemer, f.eks. stærk overvægtige børn.

#### *Mål:*

- Der skal med udgangspunkt i Region Hovedstadens fødeplan indarbejdes en samarbejdsaftale om koordination i forbindelse med tidlig udskriving efter fødsel
- Der skal udvikles og etableres en mere koordineret indsats mellem hospitaler, almen praksis og kommuner i forbindelse med indlæggelser og udskrivinger af børn – herunder skal der sættes fokus på genoptræningsplaner til børn
- Der skal sættes fokus på den tidlige tværsektorielle indsats i forhold til børn fra misbrugsfamilier og børn med særlige sundhedsrelaterede trivselsproblemer.

### 3.5. Sygedagpenge

#### *Udfordringer:*

Borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer oplever ofte en langvarig og kompliceret udredningsproces inden der stilles en diagnose og indledes en behandling. Det kan betyde forlængelse af sygedagpengeperioder og forsinke tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Udfordringen er her, at få praksissektor, hospitaler og kommuner til at spille effektivt sammen

#### *Mål:*

- I forhold borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer skal der udvikles et styrket samarbejde mellem hospitalerne, praksissektor og kommunerne om effektiv diagnosticering, så der på kort tid kan stilles en diagnose og igangsættes en konkret behandling.

### 3.6. Ulighed i sundhed

#### *Udfordring*

Sundhedsprofil 2008 viser en markant ulighed i sundhed i hovedstadsregionen. Der er ønske om, at denne ulighed reduceres. En vigtig del i det at tænke forebyggelse af ulighed i sundhed er at sikre, at der skabes lighed i adgangen til og brugen af de sundheds- og serviceydelser, der leveres af såvel region som kommune.

*Mål:*

- Der igangsættes udviklingsarbejder m.h.p. at afsøge muligheder for at reducere uligheden i sundhed.

#### **4. Beslutningsstruktur og styringsmål**

##### 4.1. Beslutningsstruktur.

Samarbejdsstrukturen for sundhedsaftalerne består både af en politisk og en administrativ struktur.

##### **Sundhedskoordinationsudvalget**

Sundhedskoordinationsudvalgets hovedoptage er at udarbejde det generelle udkast til de sundhedsaftaler, der indgås mellem regionen og de enkelte kommuner, at følge aftalernes implementering og stille sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne.

##### **Den administrative styregruppe**

Den administrative styregruppe er det overordnede administrative strategiske forum for udvikling og implementering af sundhedsaftalen. Styregruppen består af ledelsesrepræsentanter fra kommunerne og regionen. Styregruppen holder jævnligt møder med repræsentanter fra praksissektoren.

Den administrative styregruppe nedsætter de nødvendige tværsektorielle arbejdsgrupper til udvikling af sundhedsaftalen. Arbejdsgrupperne arbejder efter et godkendt kommissorium og skal årligt have godkendt en arbejdsplan. Arbejdsgrupperne refererer til den administrative styregruppe.

Den administrative styregruppe følger implementeringen af sundhedsaftalen og følger op på den i aftalen indeholdte monitorering.

##### **Samordningsudvalg**

For at sikre implementering af sundhedsaftalerne i driften og forestå lokale udviklingsprojekter er der etableret en samordningsstruktur mellem hospitalerne/de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis. Samordningsstrukturen skal både kunne håndtere den strategiske udvikling af samarbejdet og det operationelle samarbejde. Strukturen skal bygge på inddragelse af de relevante kompetencer og beslutningstagere.

Samordningsudvalget er et forpligtende samarbejde med ansvar for implementering af sundhedsaftalen og de strategiske indsatser, der besluttet. Deltagerne forpligter sig til i egen organisation at arbejde for realisering af de fælles beslutninger.

##### 4.2. Styringsmål.

Samarbejdet om monitorering af de planlagte indsatser skal udvikles og intensiveres med henblik på at styrke mulighederne for planlægning, styring og opfølgning. Samtidig ønskes et styrket samarbejde om gensidig varsling i forbindelse med større kapacitetsomlægninger.



**Udkast til Sundhedsaftale II generel/politisk del**  
**26. februar 2010**

Nedenstående områder skal monitoreres m.h.p. at kunne følge og sammenligne udviklingen:

- Andelen af forebyggelige indlæggelser/genindlæggelser
- Overholdelse af varslingsreglerne
- Andelen af færdigbehandlede patienter på hospitalerne
- Andelen af specialiseret og almene genoptræningsplaner
- Anvendelsen af elektronisk kommunikation
- Inklusion og fastholdelse af kroniske patienter i kommunalt eller regionalt rehabiliteringstilbud (forløbsprogrammer)
- Det psykiatriske område gennem etablering af relevant ledelsesinformation
- Anvendelsen af samarbejdsaftalerne på det psykiatriske område

Det forslås at følgende kapacitetsomlægninger skal varsles i samordningsudvalgene og til de enkelte kommuner:

- Omlægninger med konsekvenser for genoptræningsområdet
- Væsentlige omlægninger fra stationær til ambulans behandling
- Væsentlige ændringer i indlæggelsesmønstre
- Væsentlige ændringer på det psykiatriske område

#### **5. Sundhedsaftalens operative del.**

I sundhedsaftalens operative del beskrives de enkelte indsatsområder med udgangspunkt i driftsmæssigt samarbejde, monitorering af dette samarbejde og konkretisering af udviklingsopgaver.

Der vedlægges en kort beskrivelse af de enkelte indsatsområder og de hertil hørende fokusområder i Sundhedsaftale II.