

Sundhedsaftale

2024-2027

Fælles med borgeren om bedre
sundhed

KKR
SJÆLLAND

REGION
SJÆLLAND



- vi er til for dig

SUNDHEDSAFTALE I REGION SJÆLLAND

Forord

Borgerne i Region Sjælland skal opleve et sammenhængende og kompetent sundhedsvæsen. Det er der et stærkt ønske om med denne sundhedsaftale. Det gælder forløb på tværs af sygehus, kommune eller egen læge. Samarbejdet om borgernes sundhed bygger på de centrale værdier fra den forrige sundhedsaftale for 2019-2023. Vi ønsker at mindske uligheden i sundhed og målrette indsatsen. Visionen for Sundhedsaftalen 2024-2027 er fortsat ”Fælles med borgeren om bedre sundhed”.

Vores ambition er, at borgerne i Region Sjælland med Sundhedsaftalen for 2024-2027 oplever et robust og fremtidssikret tværsektorielt samarbejde. Det skal resultere i sammenhængende patientforløb af høj kvalitet. Det forudsætter trygge overgange mellem sektorerne ved indlæggelse og udskrivelse, hvor ingen borgere ”falder mellem to stole”. Det kræver et fælles fokus på udfordringerne i sundhedsvæsenet, som for eksempel personalemangel, demografisk udvikling og ulighed i sundhed.

Sundhedsklynger og Sundhedssamarbejdsudvalg

I 2022 blev både Sundhedssamarbejdsudvalg og Sundhedsklynger etableret omkring hvert akutsygehus. Sundhedssamarbejdsudvalget og klyngerne skal styrke forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen både inden for somatik og psykiatri. Formålet er, at borgeren oplever øget sammenhæng og nærhed i sundhedsvæsenets tilbud på tværs af kommune, sygehuse og egen læge.

Sundhedssamarbejdsudvalget sætter med Sundhedsaftalen rammer og retning for samarbejdet mellem sundhedsvæsenets parter.

Sundhedsklyngerne vil i denne aftaleperiode få en særlig opgave med at iværksætte indsatser. Klyngernes ejerskab til og involvering i arbejdet med Sundhedsaftalen er afgørende. Derfor vil Sundhedssamarbejdsudvalget samarbejde tæt med klyngerne og lægge stor vægt på deres input og indsatser.

Målgrupper, mål og vision for Sundhedsaftalen

I Region Sjælland er der en stigning i:

- Børn og unge med trivselsudfordringer
- Sårbare ældre
- Borgere med kroniske eller langvarige sygdomme
- Voksne med psykisk sygdom

Det er alle grupper, der har brug for behandling, pleje, terapi eller andre tilbud, uanset om det er på sygehusene, hos egen læge eller i kommunerne.

Med baggrund i udfordringerne for ovenstående målgrupper gælder de fire fælles kommunale-regionale mål fra den sidste sundhedsaftale fortsat:

- Fælles om borgerens livsudfordringer
- Tryghed og mestring i eget hjem
- Effektiv forebyggelse – sunde borgere
- Mental sundhed og psykisk trivsel

Vi vil arbejde for at føre visionen ”Fælles med borgeren om bedre sundhed” ud i livet, og for at indfri de fælles kommunale-regionale mål. Vi vil gennem databaseret arbejde sikre, at de initiativer, vi sætter i gang, alle bidrager til at nå de fælles mål.

Det er således intentionen, at principper og indhold fra tidligere sundhedsaftaleperioder videreføres som ramme for Sundhedsaftalen 2024-2027. Vi vil fortsætte med at implementere dér, hvor vi ikke er nået i mål – og vi skal tænke nyt, hvor det er relevant.

Vi skal løfte i flok for at fremme et visionært fremtidssikret sundhedsvæsen, og alle skal tage del i ansvaret. Vi bygger videre på det gode samarbejde i vores sundhedsvæsen, som blev tydeligt under covid-19. Det skal medvirke til at mindske ulighed i sundhed og behandlingstilbud.

PÅ VEGNE AF SUNDHEDSSAMARBEJDSUDVALGET,



Heino Knudsen

Formand for Sundhedssamarbejdsudvalget
Regionsrådsformand



Pernille Beckmann

Næstformand for Sundhedssamarbejdsudvalget
Borgmester i Greve Kommune



SUH
KLYNGEN



SLAGELSE
KLYNGEN



NYKØBING F.
KLYNGEN



HOLBÆK
KLYNGEN

”
FRA ORD DER GIVER MENING,
TIL HANDLING
DER SKABER FORBEDRING

Indhold

1. FÆLLES UDFORDRINGER OG MÅLGRUPPER	6
- Prioriterede indsatsområder i Sundhedsaftalen 2024-2027	6
- Fælles udfordringer og målgrupper	7
- Børn og unge med trivselsudfordringer	8
- Sårbare ældre	11
- Borgere med kroniske eller langvarige sygdomme	11
- Voksne med psykisk sygdom	12
2. VISION OG VÆRDIER I SUNDHEDSAFTALEN	15
- Fælles med borgeren om bedre sundhed	15
- Fleksibilitet, differentiering og ressourcebevidsthed	15
3. FÆLLES KOMMUNALE-REGIONALE MÅL	16
- Fælles om borgerens livsudfordringer	16
- Tryghed og mestring i eget hjem	16
- Effektiv forebyggelse – sunde borgere	17
- Mental sundhed og psykisk trivsel	17
- Sundhedsklyngernes rolle	17
- Nationale mål	17
4. DATAUNDERSTØTTELSE AF SUNDHEDSAFTALEN	18
- Sjællandsportalen	18
- Mål og indikatorer	18
- Indikatoroversigt for Sundhedsaftalen 2024-2027	19
5. PRINCIPPER FOR SUNDHEDSSAMARBEJDET	20
- Fælles ansvar ved sektorovergange	20
- Planlagt opgaveflytning	20
- Opgaverne skal løses på det lavest effektive omkostningsniveau	20
- Fælles kvalitets- og udviklingsdagsorden	21
- Fælles digitaliseringsdagsorden	21
6. IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING	22
- Værktøjskassen	22
- Monitorering og status	22

1. Fælles udfordringer og målgrupper

Det tværsektorielle samarbejde om sundhed tager afsæt i vores fælles ansvar for sammenhængende sundhedstilbud. Der er særligt fokus på børn og unge med trivselsudfordringer, ældre borgere, borgere med kroniske eller langvarige sygdomme samt voksne med psykisk sygdom. Den demografiske udvikling indebærer, at der bliver flere ældre og en mindre andel af befolkningen i den arbejdsdygtige alder. Samtidig stiger andelen af borgere med kroniske sygdomme og multisygdom. Denne udvikling er udtalt i Region Sjælland. Dette udfordrer både det primære sundhedsvæsen (kommuner og praktiserende læger) og sekundære sundhedsvæsen (sygehuse), og vil også gøre det fremover.

I Region Sjælland er der samtidig stor ulighed i sundhed og behandlingstilbud på tværs af kommuner og sundhedsklynger. Demografi og socioøkonomiske faktorer medvirker til ulighed i sundhed.

Udfordringerne kompliceres af manglen på sundhedspersonale – både med hensyn til rekruttering og fastholdelse. Dette gælder ikke mindst dér, hvor afstanden til uddannelsesinstitutionerne og hovedstadsområdet er størst.

Prioriterede indsatsområder i Sundhedsaftalen 2024-2027

Sundhedssamarbejdsudvalget ønsker i Sundhedsaftalen for 2024-2027

et særligt fokus på børn og unge med trivselsudfordringer.

Sundhedssamarbejdsudvalget har derudover prioriteret, at der i Sundhedsaftalen for 2024-2027 er fokus på følgende tværsektorielle indsatsområder:

- Forebyggelse; for eksempel patientskoler og telemedicinske indsatser
- Lighed i sundhed; for eksempel adgang til uddannelse og sundhedstilbud herunder også tilgængelighed for handicappede
- Digitalisering, for eksempel virtuelle konsultationer og teknologi til udvikling af behandling i hjemmet
- Psykiatri- og misbrugsområdet, for eksempel forløb for personer med dobbeltdiagnoser, socialsygeplejersker, SSP (skole, social, politi), samarbejdet med misbrugscentre om alkoholbehandling

”

REGION SJÆLLAND ER EN REGION MED STOR ULIGHED I SUNDHED PÅ TVÆRS AF KOMMUNERNE

Fælles udfordringer og målgrupper

Andelen af ældre vokser, mens andelen af borgere i den arbejdsdygtige alder falder. Det betyder et større behov for en indsats fra sundhedsvæsenet. Ifølge Sjællandsportalen er der sket en stigning fra 1.885.069 i 2021 til 1.945.493 kontakter i sygehusvæsenet i 2022. Region Sjælland er ifølge Danmarks Statistik den region, der har flest indlæggelser pr. borger i perioden 2019-2021.

Det gælder især for sårbare ældre, multisyge og borgere med kronisk sygdom. Herudover er psykiatrien udfordret af mange henvisninger – ikke mindst børne- og ungdomspsykiatrien.

Denne udvikling udfordrer både det primære og sekundære sundhedsvæsen – både i forhold til kapacitet og økonomi.

Udviklingen betyder, at der fortsat bør være fokus på følgende målgrupper:

- BØRN OG UNGE MED TRIVSELSUDFORDRINGER
- SÅRBARE ÆLDRE
- BORGERE MED KRONISKE ELLER LANGVARIGE SYGDOMME
- VOKSNE MED PSYKISK SYGDOM

Ovenstående målgrupper har særlige udfordringer, som det fremgår i de nedenstående afsnit. Udviklingen kræver, at vi (17 kommuner og Region Sjælland) sammen finder løsninger, som sikrer bedre livskvalitet for de mange med behov for hjælp.

BØRN OG UNGE MED TRIVSELSUDFORDRINGER

Et stigende antal børn og unge i Region Sjælland har udfordringer med dårlig psykisk trivsel. Udviklingen viser følgende tendenser:

- På landsplan viser den nationale helbredsprofil en markant stigning i andelen af unge (16-24-årige) med dårligt mentalt helbred fra 2010 til 2022. Andelen er steget fra 12,9% i 2010 til 26,8% i 2021.
- Antallet af kontakter til psykiatrien i Region Sjælland blandt de 16-24-årige er steget fra 47.730 i 2020 til 48.240 i 2022. For mindre børn er der en stagnerende tendens. Udviklingen kan være påvirket af nedlukningen og isolationen i forbindelse med coronapandemien, og ligeledes af mangel på speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.
- Undervisningsministeriets trivselsmåling fra 2021/22 viser, at 27% af børnene i 4.-9. klasse i Region Sjælland aldrig, sjældent eller kun en gang imellem er glade for at gå i skole.


Børn og unge med trivselsudfordringer kan have kontakt med mange forskellige aktører, for eksempel skole, sundhedsplejerske, Pædagogisk Psykologisk Rådgivning, egen læge og psykiatri. Aktørerne møder barnet i forskellige sammenhænge, nogle gange uafhængigt af hinanden. Derfor er der en særlig udfordring i at sikre koordination og kommunikation i samarbejdet om og med denne målgruppe, herunder et forbedret samarbejde om henvisninger.

En del børn og unge i Region Sjælland har også somatiske udfordringer. Uhensigtsmæssige vaner hos børn og unge kan senere i livet føre til kronisk sygdom og mistrivsel. Børn i Region Sjælland:

- vejer mere end gennemsnittet i Danmark,
- har større risiko for at være udsat for passiv rygning
- dyrker mindre motion end gennemsnittet i Danmark

Andelen af overvægtige og svært overvægtige børn i indskolingen (fra 0.-3. klasse) er steget fra ca. 15% for fødselsårgang 2004 til ca. 19% for fødselsårgang 2014 i Region Sjælland. Tendensen med overvægt stiger igennem skoleforløbet. Overvægtige børn og unge har større risiko for følgesygdomme på længere sigt. Der bør være et øget fokus den sociale ulighed i forhold til overvægt.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil på baggrund af de senere års udvikling prioritere forebyggelse både på det mentale og somatiske område i forhold til børn og unge i Sundhedsaftalen for 2024-2027.



” ET STIGENDE ANTAL
BØRN OG UNGE I REGION
SJÆLLAND HAR MENTALE
TRIVSELSUDFORDRINGER.



”

FLEST MULIGT STØTTES
I AT MESTRE EGET LIV
MED SYGDOM

SÅRBARE ÆLDRE

En del ældre borgere har både fysiske, psykiske og sociale udfordringer. Særligt gruppen af sårbare ældre er udsat. Sårbare ældre defineres som personer over 80 år, der bor alene eller personer over 65 år, der har flere samtidige sygdomme.

Der bør være en opmærksomhed på, at blandt de mest sårbare ældre er borgere med demens, det er en gruppe, der kræver meget både på sygehuse og i kommuner. Oplevet ensomhed kan også medvirke til sårbarhed. Definitionen af sårbare ældre, og aldersafgrænsningen må forventes at ændre sig fremover.

Gruppen af sårbare ældre har oftere behov for indlæggelse, og mange har lange behandlings- og plejeforløb, som involverer både sygehus, kommune og almen praksis. For at bremse denne udvikling er der behov for at styrke arbejdet med tidlig opsporing af sygdom, forebygge forværring af sygdom og sikre fokus på de mest sårbare.

I Region Sjælland er udviklingen i denne målgruppe præget af følgende:

- Antallet af sårbare ældre er steget fra ca. 75.000 i 2021 ca. 77.000 i 2022 (2,7% stigning)
- Deres kontakter i sygehusvæsenet er steget fra ca. 473.000 i 2021 til ca. 490.000 i 2022 (5,7% stigning)

BORGERE MED KRONISKE ELLER LANGVARIGE SYGDOMME

Data fra Sundhedsprofilen 2021 og Sjællandsportalen viser, at;

- i 2022 lever i alt 130.000 borgere i Region Sjælland med kronisk sygdom
- antallet af borgere med kronisk sygdom er steget med ca. 2.300 personer fra 2021 til 2022 (1,8% stigning)
- andelen af borgere med to langvarige sygdomme er steget fra 15% i 2013 til 17% i 2021
- antallet af indlæggelser af borgere med kronisk sygdom i Region Sjælland er 50.000 pr. år, svarende til ca. 1/3 af alle indlæggelser

Borgere med kronisk eller langvarig sygdom benytter almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse mere end gennemsnittet, da de løbende har behov for kontrol, undersøgelse og behandling. Hovedparten af denne gruppe kan opretholde en almindelig hverdag, men kan have sværere ved at bevare kontakten til arbejdsmarkedet.

Der er behov for at flest muligt støttes i at mestre eget liv med sygdom – og her er den patientrettede forebyggelse i nærområdet vigtig. For at håndtere det stigende antal borgere med kronisk sygdom, er det nødvendigt at nytænke og optimere opgave- og arbejdsdeling mellem almen praksis, sygehuse og kommuner.

VOKSNE MED PSYKISK SYGDOM

I løbet af de seneste 20 år er danskernes mentale sundhed forværret. Det er vigtigt at skelne mellem psykisk sygdom og mental mistrivsel. Mistrivsel kan indebære svingende symptomer og nedsat funktionsevne, der ikke nødvendigvis skyldes psykisk sygdom eller kræver behandling.

På landsplan viser udviklingen, at over en halv million danskere aktuelt lider af en psykisk sygdom. Over halvdelen af alle danskere vil på et tidspunkt i deres liv få en psykisk lidelse (Behandlingsrådet, januar 2023). Psykisk sygdom har store konsekvenser for den enkelte, de pårørende og samfundet som helhed. Det er for eksempel den hyppigste årsag til førtidspension.

Aktuelle data for psykiatriområdet er komplekse og tvetydige. Som beskrevet er der en tendens til, at udviklingen går i retning af et samfund med stigende mental mistrivsel, og at flere danskere får behandlingskrævende psykisk lidelse. Imidlertid viser data for psykiatrien i Region Sjælland følgende:

- Antallet af voksne i kontakt med psykiatrien ligger relativt stabilt på 16.500 pr. år i 2021 og 2022
- Det samlede antal indlæggelser i psykiatrien i Region Sjælland er status quo fra 2021 til 2022 på ca. 8.000 indlæggelser
- Antallet af ambulante kontakter er i samme periode steget med ca. 2.000 fra ca. 97.000 til ca. 99.000 (1,8%).

Alt i alt må udviklingen formodes at være påvirket dels af perioden med corona-pandemien, og dels udfordringer med rekruttering.

Svært psykisk syge og dobbeltdiagnoser

Borgere med psykisk sygdom kan have mange kontakter til psykiatri, somatisk sygehus, egen læge, statslige og kommunale myndigheder – for eksempel politi, arbejdsmarkeds- og socialområdet. Det komplicerer borgerens forløb og øger behovet for sammenhæng og koordination i indsatsen. For mange borgere ender med at blive svært syge og genindlagt flere gange, bl.a. pga. utilstrækkelig indsats eller manglende ressourcer i kommune eller psykiatri.

Der er med den nationale 10-årsplan for psykiatriområdet fra 2022 afsat midler til blandt andet at udbygge kapaciteten i psykiatrien.



”
INDENFOR DE SENESTE
20 ÅR ER DER SKET
EN FORVÆRRING AF
DANSKERNES MENTALE
SUNDHED

Derudover er det i den nationale økonomiaftale for 2023 besluttet, at der skal oprettes et regionalt tilbud til borgere med dobbeltdiagnoser fra 2024. I Sundhedsaftalen for 2024-2027 skal der være særligt fokus på personer med svær psykisk sygdom og misbrug.

Borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom

Borgere med psykisk sygdom er ofte somatisk underdiagnosticerede og underbehandlede med overdødelighed til følge.

Andelen af borgere med samtidig psykisk og fysisk sygdom er steget fra 6,5% i 2013 til 8,7% i 2021.

Der er derfor brug for et tæt samarbejde om opsporing, forebyggelse og behandling af

somatiske sygdom hos borgere med psykisk sygdom. Der er derudover også fortsat behov for at udvikle samarbejdet om de borgere, der har en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug.

Det skal være målet, at borgere med psykisk sygdom oplever et godt og tæt samarbejde mellem deres læge, psykiatrien og den kommunale socialpsykiatri, og at de ikke bliver overladt til sig selv efter udskrivelse fra sygehus.

”**ANDELEN AF BORGERE MED SAMTIDIG PSYKISK OG FYSISK SYGDOM ER STEGET FRA 6,5% I 2013 TIL 8,7% I 2021.**

2. Vision og værdier i Sundhedsaftalen

FÆLLES MED BORGEREN OM BEDRE SUNDHED

Visionen ”Fælles med borgeren om bedre sundhed” videreføres fra Sundhedsaftalen 2019-2023. Det er Sundhedssamarbejdsudvalgets intention, at visionen afspejles i arbejdet i sundhedsklyngerne.

Visionen skal sikre, at udvikling i sundhedsvæsnet altid sker med afsæt i værdien for den enkelte borger. Det forudsætter et tæt samspil med borgeren. De bærende værdier er;

– fleksibilitet, differentiering og ressourcebevidsthed

Med fleksibilitet og differentiering menes der individuelle tilbud med fokus på borgerens mestring og sundhedskompetence.

Ressourcebevidsthed dækker over, at sundhedsvæsnet tilbyder bedst mulig behandling og mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer.

Værdierne skal give mening set ud fra borgerens perspektiv. Det er et ønske at møde borgeren respektfuldt og med ligeværdig kommunikation. Borgeren er eksperten i sit eget liv med ressourcer og værdifuld viden om sin situation, og dette skal bringes langt bedre i spil – både i det enkelte forløb og i udviklingen af sygehuse og kommunale tilbud i Region Sjælland.

Samarbejdet med den enkelte borger og de pårørende har stor betydning for et sammenhængende forløb. Den organisatoriske patientinddragelse styrkes gennem deltagelse af repræsentanter fra Patientinddragelsesudvalget i sundhedsklynger og i Sundhedssamarbejdsudvalget.

3. Fælles kommunale-regionale mål

Med baggrund i de fælles udfordringer og målgrupper samt visionen for sundhedssamarbejdet er Region Sjælland og kommunerne enige om en række fælles, tværsektorielle målsætninger for Sundhedsaftalen. De fælles kommunale-regionale mål hænger sammen med de nationale mål for sundhedsvæsenet.

De fælles kommunale-regionale mål omsættes i målepunkter, som bruges ved opfølgning på implementering af Sundhedsaftalen – se indikatoroversigt i kapitlet ”Dataunderstøttelse af Sundhedsaftalen”.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil i Sundhedsaftalen for 2024-2027 fortsat arbejde med de fire fælles kommunale-regionale mål, som er følgende:

Fælles om borgerens livsudfordringer

Målet er, at kommuner, sygehuse og praktiserende læger samarbejder om borgerens forløb. Samarbejde skal være præget af kontinuitet og klar ansvars- og opgavefordeling. Det kræver, at arbejdet foregår helhedsorienteret på tværs af sektorerne. Derudover kræver det et tæt samarbejde med borgeren og dennes pårørende, hvis borgerne i Region Sjælland skal opleve sammenhængende og velkoordinerede behandlingsforløb. I forhold til målgruppen af sårbare ældre skal der være et stærkt fokus på fortsat implementering og videreudvikling af nuværende indsatser. For børn og unge bør der være fokus på nytænkning af kommende indsatser.

Endelig kan samarbejdet om borgerens livsudfordringer også handle om at imødekomme borgere, der ønsker fravalg af behandling i den sidste tid.

Tryghed og mestring i eget hjem

Målet er at øge borgernes livskvalitet ved at skabe nære tilbud dér, hvor borgerne er trygge og kan klare sig i eget hjem. Fleksible tilbud øger muligheden for at anvende borgerens personlige ressourcer, personaleressourcer og en mere hensigtsmæssig prioritering af regionale og kommunale økonomiske ressourcer. Teknologi, digitalisering og virtuelle løsninger skal øge tilgængeligheden for borgeren.

Der bør være en opmærksomhed på, hvordan ensomhed kan risikere at blive et vilkår i tilværelsen for ældre borgere i eget hjem.

Effektiv forebyggelse – sunde borgere

Målet er at give optimal støtte og rådgivning til at forebygge og ændre usunde vaner og gøre det nemmere at træffe sunde valg. Herunder at følge terapi og genoptræning med et rehabiliterende sigte, så yderligere opfølgning forebygges.

Målet er, at forebyggelse skal være for alle målgrupper. Det er vigtigt at sætte ind så tidligt som muligt, så uligheden ikke øges.

Mental sundhed og psykisk trivsel

Mental sundhed er af stor betydning for borgernes livskvalitet. Sundhedsaftalen fokuserer på at fremme mental sundhed og psykisk trivsel for de fire målgrupper. Særligt ønsker Sundhedssamarbejdsudvalget tidlige indsatser, der fremmer børn og unges trivsel, og deltagelse i dagligdagen med skolegang og fritidsaktiviteter mv.

Sundhedsklyngernes rolle

Sundhedssamarbejdsudvalget finder at disse mål fortsat er ambitiøse og relevante, men at der skal være mulighed for særlige prioriteringer også lokalt i sundhedsklyngerne. Arbejdet med udmøntning af visioner og mål for Sundhedsaftalen foregår gennem sundhedsklyngerne.

Sundhedsklyngerne forventes at arbejde videre med implementering af Sundhedsaftalen med udgangspunkt i de fælles kommunale-regionale mål ud fra deres lokale populationer af sårbare ældre, borgere med kroniske sygdomme, voksne med psykisk sygdom samt udfordringerne med mental trivsel og psykisk sygdom hos børn og unge.

Nationale mål

De nationale kvalitetsmål for sundhedsvæsenet er en del af lovgrundlaget for sundhedsaftalerne. Sundhedsaftalen skal derfor tage afsæt i de nationale mål.

De nationale kvalitetsmål for sundhedsvæsenet udtrykker retningen for den ønskede udvikling af det danske sundhedsvæsen, og dermed også retningen for arbejdet med sundhedsaftaler på tværs af sygehuse, kommuner og praktiserende læger.

Der er konkretiseret otte mål med tilhørende indikatorer (målepunkter) for det lokale arbejde med kvalitetsforbedringer (se illustration nedenfor).



Det er regionens og kommunernes ansvar at forankre de nationale kvalitetsmål lokalt i definerede indsatsområder, så kvaliteten løftes

på regionens sygehuse, i kommuner og i almen praksis.

Det er vurderingen, at 3 af de 8 kvalitetsmål har særlig relevans for Sundhedssamarbejdsudvalgets prioriteter, og derfor fortsat bør have en særlig vægt i det tværsektorielle samarbejde:

- Bedre sammenhængende patientforløb
- Flere sunde leveår
- Styrket indsats for kronikere og ældre

” MÅLET ER, AT KOMMUNER, SYGEHUSE OG PRAKTISERENDE LÆGER SAMARBEJDER OM BORGERENS FORLØB

4. Dataunderstøttelse af Sundhedsaftalen

Data er en vigtig forudsætning for opfølgning på Sundhedsaftalen med udgangspunkt i de beskrevne målgrupper og fælles kommunale-regionale mål. Fortsat datadeling er afgørende for, at klyngerne kan målrette den lokale indsats. Vi skal arbejde ud fra hvad vi ved, - og ikke hvad vi tror.

Der findes flere kilder til data på det tværsektorielle område og klyngesamarbejdet. De væsentligste datakilder er Sundhedsdatastyrelsens datapakker, som er baseret på det nationale værktøj; "Sundhedsdata på tværs". Derudover er der etableret en tværsektoriel dataportal "Sjællandsportalen".

Sjællandsportalen

I løbet af perioden for Sundhedsaftalen 2019-2023 er Sjællandsportalen etableret som fælles, tværsektoriel dataportal. Formålet er at dataunderstøtte samarbejdet mellem Region Sjælland og de 17 kommuner i regionen for de fire målgrupper i Sundhedsaftalen. I Sjællandsportalen formidles og opstilles data for målgrupperne per kommune. Data fra denne portal kan bruges af de enkelte klynger, sygehuse og kommuner i arbejdet med at løfte populationsansvaret.

Det er intentionen, at Sjællandsportalen fremadrettet skal være den primære dataportal for Sundhedsaftalen. I perioden for Sundhedsaftalen 2024-2027 er planen, at portalen løbende udbygges bl.a. med data for børn- og ungeområdet.

Mål og indikatorer

For at kunne understøtte Sundhedsaftalen med data, er det nødvendigt at udvælge indikatorer (målepunkter), der siger noget om, hvordan det går med de fælles kommunale-regionale mål og målgrupperne for Sundhedsaftalen.

For de nationale indikatorer gælder som udgangspunkt, at vi ønsker at være på niveau eller bedre end landsgennemsnittet. For de regionale indikatorer gælder, at der for hver enkelt indikator defineres et konkret ambitionsniveau for den ønskede forbedring med afsæt i baseline.

Indikatorerne er dynamiske i den forstand, at de kan ændres løbende i kraft af nye erfaringer, nye eksterne krav eller opgørelsesmetoder.

Vores kvalitetskrav til indikatorerne er at:

- De skal være dækkende for målene
- Der skal kunne måles på dem jævnligt
- De skal kunne nedbrydes til det relevante ledelsesniveau
- De skal pege ind i sundhedstrekanten, dvs. samarbejdet i overgangene



Indikatoroversigt for Sundhedsaftalen 2024–2027

Nedenstående oversigt viser hvert af de fælles kommunale-regionale mål med tilhørende indikatorer, som dækker alle målgrupper under Sundhedsaftalen:

Indikatorerne er beskrevet mere specifikt i en bagvedliggende oversigt, hvor også datakilder, valg af indikatorer, samt ambitionsniveau for den ønskede forbedring er uddybet.

Fælles mål	Indikator	Målgruppe
Fælles om borgerens livsudfordringer	Stigning i andelen af borgere, der oplever sammenhæng i forløb	Alle
	Stigning i andel af borgere, som ved, hvor og hvordan de får kontakt til sundhedsvæsenet	Alle
	Stigning i andel af rettidige epikriser ved udskrivelse af patienter	Alle
	Fald i andel akutte, somatiske genindlæggelser for borgere med psykiatriske diagnoser	Voksne med psykisk sygdom
	Fald i ventetid til udredning /behandling i psykiatrien til børn og unge	Børn og unge med trivselsudfordringer
	Stigning i andel af unge med psykisk lidelse, som er i uddannelse/job	Børn og unge med trivselsudfordringer
Tryghed og mestring i eget hjem	Borgernes sundhedskompetencer er forbedret ved næste sundhedsprofil	Voksne med psykisk lidelse og Sårbare ældre
	Fald i antal forebyggelige indlæggelser af +80-årige	Sårbare ældre
	Fald i antal sygehusforløb pr. borger	Alle
	Stigning i andel af virtuelle forløb	Alle
	Fald i akutte sygehusophold for borgere med KOL og diabetes	Borgere med kroniske eller langvarige sygdomme
	Fald i andel af akutte genindlæggelser	Alle
Effektiv forebyggelse – sunde borgere	Stigning i andel borgere med hensigtsmæssig sundhedsadfærd (KRAMS)	Alle
	Stigning i antal borger, der henvises til kommunale forebyggelsestilbud (§119)	Alle
	Stigning i antal genoptræningsplaner for psykiatriske patienter	Voksne med psykisk sygdom
	Stigning i andel af børn, som deltager i børneundersøgelserprogrammet	Børn og unge med trivselsudfordringer
	Fald i andel børn i hhv. ind- og udskoling med moderat og svær overvægt	Børn og unge med trivselsudfordringer
	Stigning i andel børn, som ammes	Børn og unge med trivselsudfordringer
Mental sundhed og psykisk trivsel	Fald i andel af mindre børn, som påvirkes af tobaksrøg i hjemmet	Børn og unge med trivselsudfordringer
	Fald i andel af børn og unge, som angiver lav elevtrivsel (grundskolen inkl. specialskoler)	Børn og unge med trivselsudfordringer
	Stigning i andel borgere, der angiver at trives	Alle

5. PRINCIPPER FOR SUNDHEDSSAMARBEJDET

Hensigten med fælles principper for sundhedssamarbejdet er at skabe en fælles ramme for konkrete samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning i forhold til den enkelte borger. Dette forudsætter klarhed om ansvar og opgaver, fokus på ressourcebevidsthed og fleksibilitet i det enkelte forløb samt fælles dagsordener om udvikling og digitalisering.

De fem principper i Sundhedsaftalen for 2024-2027 er følgende:

Fælles ansvar ved sektor overgange

Både kommuner, sygehuse og praktiserende læger forpligter sig til at tage ansvar for borgeren og sikre, at alle borgere med forløb på tværs oplever en tryk overgang.

- Borgeren og dennes pårørende mødes med respekt og med opmærksomhed på, at borgeren er eksperten i eget liv
- Borgeren oplever et sammenhængende forløb, hvor relevante parter samarbejder løbende og fleksibelt
- Borgeren oplever, at kommunikationen flyder rettidigt og korrekt
- Borgeren oplever, at ansatte på tværs af sektorer omtaler hinanden og andres indsats respektfuldt

Ved tvivl om placering af ansvar og fordeling af opgaver mellem sektorer, skal der altid handles til borgerens bedste. Tvivlsspørgsmål afklares efterfølgende i parternes fælles afklaringsudvalg.

Planlagt opgaveflytning

Flere sundhedsopgaver flyttes tættere på borgerens nærmiljø, i kommunerne og i praksissektoren. Både kommuner, sygehuse og praktiserende læger er enige om at løse opgaverne dér, hvor det gavner borgerne mest og udnytter ressourcerne bedst muligt.

Udviklingen mod nære sundhedstilbud skaber dog en styringsudfordring, særligt i kommunerne, når beslutninger træffes sent og på patientniveau. Opgaveflytning forudsætter, at finansiering er på plads, og at det sker med langsigtet planlægning og tydelig kommunikation til borgeren og på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis.

Et godt eksempel på dette er 72 timer's behandlingsansvar.

Af hensyn til kvalitet og patientsikkerhed er det afgørende, at der i en opgaveoverdragelse er taget stilling til følgende:

- Behandlingsansvar
- Medicin; ordination og opbevaring
- Utensilier
- Det nødvendige kompetenceløft
- Finansiering

Opgaverne skal løses på det lavest effektive omkostningsniveau

Et velfungerende sundhedsvæsen i Region Sjælland forudsætter, at opgaver løses så effektivt som muligt. Derfor spiller teknologi og forebyggelse af (gen) indlæggelser en væsentlig rolle – både på sygehuse, i kommuner og i almen praksis.

Når opgaver flyttes fra en sektor til en anden, skal der udarbejdes en samlet konsekvensvurdering herunder tilhørende økonomi. Ved nationalt besluttede opgaveflytninger forhandles økonomi ved centrale forhandlinger mellem hhv. Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Regeringen.

De sidste to af fem principper fra Sundhedsaftalen for 2019-2023 videreføres, hvor Sundhedssamarbejdsudvalget lægger særlig vægt på digitalisering i den kommende sundhedsaftaleperiode for 2024-2027:

” FLERE SUNDHEDSOPGAVER FLYTTES TIL MERE DECENTRALE FUNKTIONER I BORGERENS NÆRMILJØ, I KOMMUNERNE OG I PRAKSISSEKTOREN.

Fælles kvalitets- og udviklingsdagsorden

Der har i Sundhedsaftalen for 2019-2023 været fokus på fælles kvalitets- og udviklingsdagsorden, ud fra blandt andet de otte nationale kvalitetsmål og Det nationale ledelsesprogram for sundhedsvæsenet. Der vil i de kommende år være fokus på implementering af reformer i sundhedsvæsenet. Dette gælder også kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, herunder kvalitetsstandarder for akutfunktioner og kronisk syge borgere.

Fælles udvikling gælder værktøjer som for eksempel forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler, men vigtigst af alt er tværsektoriel kompetenceudvikling til frontpersonalet.

Sundhedssamarbejdsudvalget ønsker med Sundhedsaftalen 2024-2027 at imødekomme fremtidens udfordringer, og fremme en fælles udviklingsdagsorden i det nære sundhedsvæsen. Her kan det være nødvendigt, at nogle kommuner og sygehuse eventuelt i klyngeregi går foran med at udvikle og afprøve nye arbejdsgange, metoder eller værktøjer. Dette kræver ligeledes fortsat udvikling af gode arbejdspladser på sundhedsområdet for at fastholde og rekruttere kompetente medarbejdere.

I andre tilfælde vil det være relevant at indgå partnerskaber med andre samarbejdspartnere, herunder private aktører og civilsamfundet. Her vil Sundhedssamarbejdsudvalget sikre, at der i regi af Sundhedsaftalen indgås aftaler om, hvordan viden, erfaringer og resultater spredes. Særligt vil vi arbejde med øget kvalitet

ved opgaveflytning og sammenhæng ved sektorovergange.

Fælles digitaliseringsdagsorden

Borgerne i Region Sjælland skal opleve, at flere sundhedstilbud leveres fleksibelt i deres nærmiljø via digitale løsninger, og at de digitale løsninger giver en bedre tilgængelighed og styrker mestring af egen sygdom. Velfærdsteknologi og digitale løsninger er et vigtigt element i omstillingen til et fleksibelt og nært sundhedsvæsen, men dette skal ske under hensyntagen til borgernes ulige digitale kompetencer.

Velfærdsteknologiske løsninger skal medvirke til at mindske den geografiske ulighed i Region Sjælland, og derved også ulighed i behandlingstilbud. Denne udvikling vil Sundhedssamarbejdsudvalget styrke. Vi har brug for at tænke i nye løsninger, så vi sikrer, at både borgernes tid og sundhedspersonalets tid og kompetencer anvendes bedst muligt.

I 2022 var 26,5% af alle sygehusforløb i Region Sjælland virtuelle (dækker telemedicinske, telefon- og e-mail konsultationer relateret til sygehusvæsenet). Digitalisering er godt på vej, men Sundhedssamarbejdsudvalget ser gerne, at der i Sundhedsaftalen for 2024-2027 lægges yderligere vægt på en fælles digitaliseringsdagsorden.

Region Sjælland tager afsæt i telemedicinske løsninger (for eksempel Tele-KOL-programmet), videreudvikling af eHospitalets funktioner og nære sundhedstilbud.

6. Implementering og opfølgning

Værktøjskassen

Arbejdet med Sundhedsaftalen i praksis understøttes af en værktøjskasse med en række handlingsanvisende konkrete og forpligtende aftaler. Aftaler som anvendes af sundhedspersonalet i deres daglige arbejde på tværs af sektorer. Værktøjskassens indhold skal sikre en klar opgave- og ansvarsfordeling ved hjælp af forløbsprogrammer, forløbsbeskrivelser, aftaleskabeloner, flowdiagrammer og skemaer mv.

De enkelte elementer i Sundhedsaftalens værktøjskasse revideres efter behov og på foranledning af Sundhedsklyngerne. Revidering sker med udgangspunkt i faglige anbefalinger og/eller politiske prioriteringer.

Væsentlige ændringer i værktøjskassen, for eksempel til forløbsprogrammer eller lignende, godkendes af det administrative formandskab for sundhedssamarbejde efter forudgående involvering af sundhedsklyngerne og andre relevante parter.

Ændringer med væsentlige økonomiske konsekvenser godkendes endvidere af Sundhedssamarbejdsudvalget. Almen praksis inddrages i forhold til beslutningsprocesser, der har betydning for deres virke.

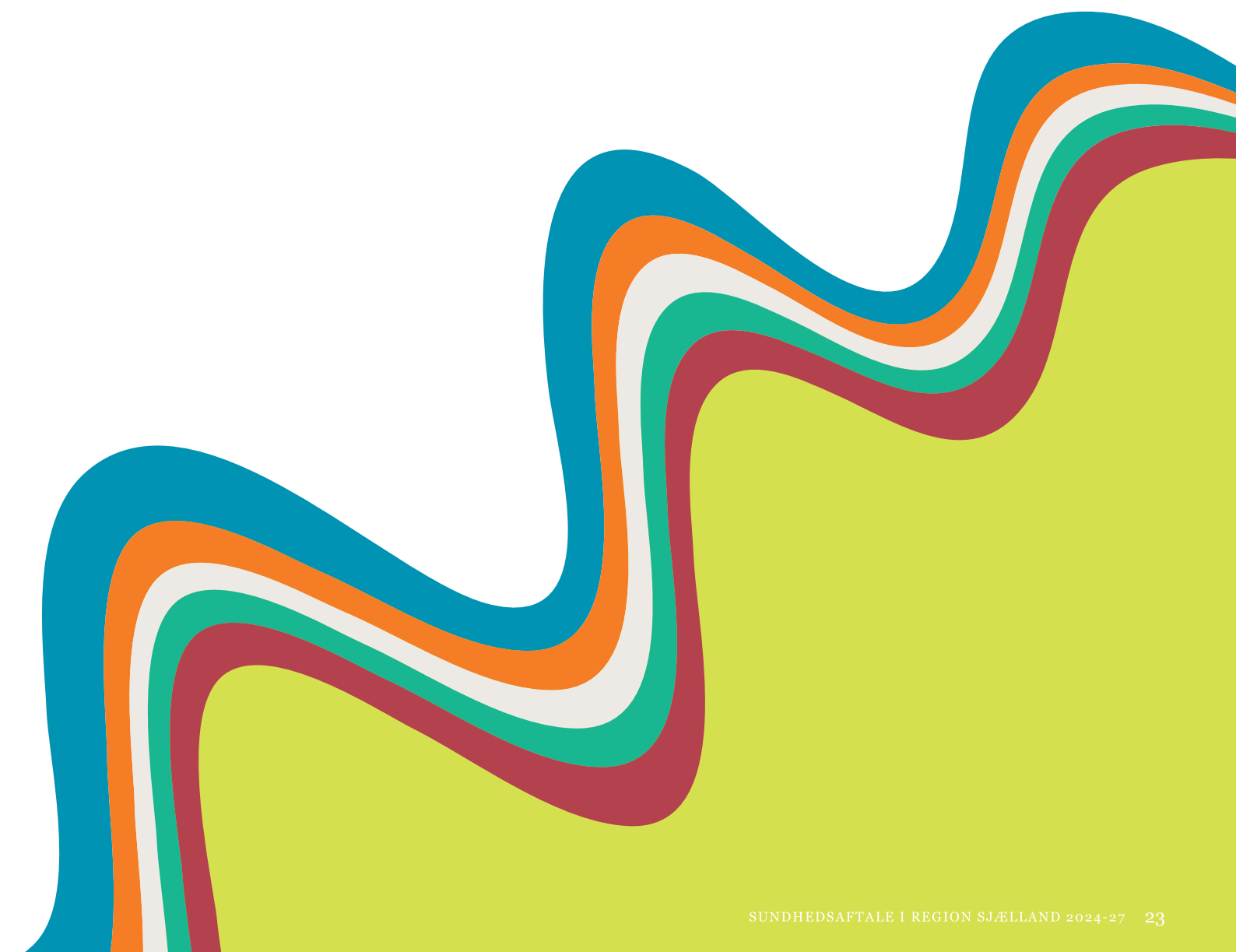
Monitorering og status

Sundhedssamarbejdsudvalget skal følge op på Sundhedsaftalen i dialog med sundhedsklyngerne, jf. bekendtgørelsen. Aftalen skal en gang om året gennemgås med henblik på at vur-

dere eventuelt behov for revision af indhold, implementering mv. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, om national lov eller regionale/ kommunale aftaler kan influere på Sundhedsaftalen.

Sundhedssamarbejdsudvalget har ansvar for, at der midtvejs i aftaleperioden udarbejdes en midtvejsstatus for at understøtte vidensdeling på tværs af kommuner og regioner. Sundhedsstyrelsen modtager midtvejsstatus til orientering.

Sundhedssamarbejdsudvalget er endvidere ansvarlig for, at resultatet af Sundhedsaftalen præsenteres i en afsluttende status. Slutstatus sendes til Sundhedsstyrelsen senest et halvt år, inden udløb af Sundhedsaftalen.



Sundhedsaftale

2024-27

Fælles med **borgeren**
om bedre **sundhed**