

Til  
Regionsrådet i  
Region Sjælland

Kommunalbestyrelserne i  
Faxe Kommune, Greve Kommune, Guldborgsund Kommune, Holbæk Kommune,  
Kalundborg Kommune, Køge Kommune, Lejre Kommune, Lolland Kommune,  
Næstved Kommune, Odsherred Kommune, Ringsted Kommune, Roskilde  
Kommune, Slagelse Kommune, Solrød Kommune, Sorø Kommune, Stevns  
Kommune, Vordingborg Kommune

13. marts 2015

Sundhedskoordinationsudvalget

Sagsnr. 4-1211-7/1

Reference REN

T 7222 7473

E fobs@sst.dk

## **Vedr. sundhedsaftalen mellem Region Sjælland og kommunerne i regionen**

Sundhedsstyrelsen har den 30. januar 2015 modtaget sundhedsaftalen mellem Region Sjælland og kommunerne i regionen til vurdering. Sundhedsaftalen trådte i kraft den 1. januar 2015.

Vi kan hermed meddele, at sundhedsaftalen er godkendt.

Godkendelsen beror på, at sundhedsaftalen opfylder formål og krav i bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Der er ikke taget stilling til, om konkrete samarbejdsaftaler mv. overholder gældende lovgivning, men dette anses som en forudsætning for indgåelse af sundhedsaftalen. Hvis der ved gennemlæsningen er fundet dele af sundhedsaftalen, der åbenlyst ikke er i overensstemmelse med relevant lovgivning, påpeges dette dog i tilbagemeldingen.

I vurderingen er indgået:

- Fælles om bedre sundhed – sundhedsaftale 2015-2018
- Administrativ udmøntning af den politiske aftale

Bilag, herunder Værktøjskassen og Kommunikations- og implementeringsplan for Sundhedsaftalen 2015-2018<sup>1</sup>, er inddraget i det omfang, det er skønnet relevant for vurderingen af den politiske og den administrative sundhedsaftale.

I det efterfølgende vurderes de enkelte dele af sundhedsaftalen som en helhed og benævnes ”sundhedsaftalen”.

---

<sup>1</sup> Dokumentet ”Kommunikations- og implementeringsplan for Sundhedsaftalen 2015-2018” formodes at være det dokument, som i sundhedsaftalen benævnes ”Implementerings- og handleplan”.

Sundhedsaftalen er vurderet af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af National Sundheds-it til vurderingen af indsatsområdet Sundheds-it og digitale arbejds-gange.

Rådgivningen nedenfor er rettet til aftaleparterne: Regionsrådet i Region Sjælland og kommunalbestyrelserne i regionens kommuner. Derudover til Sundhedskoordinationsudvalget, der har ansvaret for at sikre implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen.

### **Overordnede kommentarer**

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at sundhedsaftalen sætter en god ramme for udviklingen af det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet i Region Sjælland. Den tager udgangspunkt i relevante målsætninger og fastlægger en række initiativer, som parterne vil igangsætte inden for aftaleperioden og som samlet set understøtter den udvikling af det tværsektorielle samarbejde, som forventes jf. bekendtgørelsen og vejledningen.

Der er fastlagt en organisering for samarbejdet, herunder en række udvalg og arbejdsgrupper, som skal medvirke til at konkretisere og implementere de fastlagte initiativer. Vi bemærker i den forbindelse, at der er nedsat udviklingsgrupper i forhold til tre af de obligatoriske indsatsområder, men ikke i forhold til indsatsområdet om forebyggelse. Dette stiller krav om et større fokus på forebyggelse også i de øvrige udviklingsgrupper.

Aftalen tager udgangspunkt i det eksisterende tværsektorielle samarbejde. I aftalen kunne med fordel have indgået en status for samarbejdet, herunder en beskrivelse af udfordringer i forhold til det tværsektorielle samarbejde og folkesundheden i regionen med udgangspunkt i fx data fra sundhedsprofilen og de nationale indikatorer.

Vi bemærker, at en række af de fastlagte initiativer fortsat er i en tidlig planlægningsfase. Derudover virker flere af initiativerne meget omfattende eller er beskrevet meget bredt. Dette stiller krav til Sundhedskoordinationsudvalget og det administrative niveau i forhold til den fortsatte udvikling, herunder konkretisering af initiativerne, og til opfølgning på og implementering af sundhedsaftalen.

Vi får indtryk af sammenhæng mellem sundhedsaftalens tre elementer – den politiske del, den administrative del og værktøjskassen. Vi bemærker dog, at ansvaret mellem aktørerne i nogle tilfælde fastlægges i en forløbsbeskrivelse i værktøjskassen, mens den i andre tilfælde fastlægges direkte i den administrative del af sundhedsaftalen. Det kan vanskeliggøre formidlingen af relevante aftaler om samarbejdet til de sundhedsprofessionelle.

Derudover bemærker vi, at der er stor variation i beskrivelsen af de enkelte initiativer. Nogle af initiativerne er således begrundet i en ledsagende tekst, mens andre alene er beskrevet på overskriftsniveau. For nogle af de sidstnævnte står det os derfor ikke klart, hvad formål med og indhold af initiativet er.

Den politiske aftale fastsætter visionen, overordnede målsætninger og fire konkrete mål for samarbejdet. Derudover fastlægges en række pejlemærker, som er sundhedsaftalens overordnede målepunkter. Det fremgår ikke, hvordan disse pejlemærker monitoreres. Vi bemærker derudover, at de i Økonomiaftalerne fastsatte målsætninger ikke indgår i den politiske aftale.

Den administrative udmøntning af den politiske aftale beskriver de konkrete initiativer, som igangsættes i aftaleperioden.

Værktøjskassen omfatter en række dokumenter, som angives at være forpligtende for parterne. Vi bemærker, at de fleste dokumenter er dateret som nye men vurderer, at flere af dem formentlig er tidligere samarbejdsaftaler, der videreføres. Nogle af dokumenterne er stadig kun på overskriftsniveau men planlægges udarbejdet i perioden. Opmærksomheden henledes på vigtigheden af implementering af nye dokumenter i værktøjskassen.

Vi bemærker, at aftalen beskriver et fokus på en række relevante målgrupper, hvor der kan være udfordringer i forhold til at sikre kvalitet og sammenhæng i tværsektorielle forløb. For en række af disse målgrupper er der fastlagt forløbsbeskrivelser. For de øvrige målgrupper kan det hensigtsmæssigt konkretiseres, hvordan dette fokus skal udmøntes i konkrete initiativer.

Tilsvarende bemærker vi, at der er fokus på at sikre ligestilling mellem psykiatri og somatik, herunder at styrke samarbejdet om borgere med samtidig psykisk og somatisk lidelse. Der er beskrevet initiativer, herunder forløbsbeskrivelser for specifikke målgrupper, som tilsigter at imødekomme væsentlige udfordringer forbundet hermed. Det er dog generelt fortsat en udfordring at sikre ligestilling mellem psykiatri og somatik, hvorfor der vedvarende bør være fokus på dette.

Vi finder det positivt, at parterne har aftalt at gennemføre en midtvejsevaluering af sundhedsaftalen i 2016. Vi vil gerne have denne fremsendt til orientering, når den foreligger.

### **Tværgående temaer**

Sundhedsaftalen behandler en række tværgående temaer i et særskilt kapitel. Derudover inddrages temaerne i forhold til de enkelte obligatoriske indsatsområder. Vi vurderer, at de tværgående temaer inddrages i relevant omfang.

Der er fokus på at understøtte udviklingen af borgernære sundhedstilbud og på at styrke sammenhængen mellem kommunale tilbud og almen praksis. Vi bemærker således, at det er et politisk mål at udvikle et integreret og borgernært sundhedsvæsen, og at der er fokus på planlagt og aftalt opgaveoverdragelse. Vi bemærker derudover, at forløbsbeskrivelser anvendes som koncept i forhold til at beskrive kommunikation og samarbejde mellem parterne i typiske patientforløb. Konceptet kan hensigtsmæssigt udvikles til at omfatte flere målgrupper og forløb.

Der er fokus på tværsektoriel kompetenceudvikling og på rådgivning mellem sektorer, herunder på faglig udvikling på tværs af psykiatri og somatik.

Der er fokus på koordination af kapacitet. Vi bemærker således, at parterne har aftalt rammerne for udveksling af aktivitetsdata og gensidig orientering om forventninger til aktivitet.

Der er fokus på inddragelse af patienter og pårørende. 'Borgeren som partner' er således et politisk mål i aftalen, hvor der er fokus på inddragelse af brugere dels i deres eget forløb, dels i den organisatoriske planlægning. Inddragelse af brugere i den konkrete planlægning af sundhedsvæsenet er et udviklingsområde, som hensigtsmæssigt kan konkretiseres. Det er vores generelle anbefaling, at borgere inddrages både i beslutninger om egen sundhed og i forhold til udviklingen af det tværsektorielle samarbejde.

Der er fokus på lighed i sundhed. 'Mere sundhed til alle' er et politisk mål i aftalen. Vi bemærker således, at der er fokus på borgere med kronisk sygdom, herunder multisygdom, og på borgere med psykisk lidelse samt på sårbare grupper, som har behov for støtte. Der igangsættes en række initiativer med henblik på at styrke borgernes mestringsevne, se nedenfor.

Der er fokus på dokumentation, forskning, kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Vi bemærker således, at der skal udarbejdes en handleplan for fælles og systematisk kvalitetsudvikling, ligesom der prioriteres ressourcer til forskning. Derudover, at der er fokus på patientsikkerhed, herunder at samarbejdet om opfølgning på utilsigtede hændelser fortsættes.

## **Forebyggelse**

Vi vurderer, at sundhedsaftalen i tilstrækkeligt og relevant omfang omfatter i forhold til, at alle borgere med behov herfor tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet.

Vi finder det positivt, at der er et særligt fokus på at udvikle og kvalificere patientuddannelsen i alle kommuner, herunder på at styrke patienters mestringsevne. Ligeledes, at der er fokus på at sikre de nødvendige sundhedspædagogiske kompetencer hos frontpersonale, så der bedre kan kommunikeres ud fra patientens forudsætninger.

Vi finder det derudover positivt, at der er fokus på at sikre flere henvisninger fra regionale sundhedstilbud til kommunale forebyggelsestilbud. Vi bemærker i den forbindelse, at der er fokus på udvikling og implementering af metoder til tidlig opsporing af forebyggelsesbehov.

Vi finder det endvidere positivt, at den regionale rådgivningsforpligtigelse er konkretiseret i aftalen. Vi bemærker således, at rådgivningsindsatsen omfatter relevante emner som hygiejne, tværgående opgaver i forhold til bl.a. den borgerrettede forebyggelse, videndeling og generering af ny viden inden for forskning i folkesygdomme.

Vi bemærker derudover, at der er fokus på indsatser i forhold til tidlig opsporing af børn og unge med psykoser og på samarbejde om selvmordsforebyggelse.

Vi bemærker endvidere, at forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme er indarbejdet i forløbsprogrammerne, som planlægges revideret. Det er dog ikke beskrevet, om det er alle forløbsprogrammer, der skal revideres, og om der planlægges særlige tiltag i forhold til forebyggelsesindsatsen. I revisionen af forløbsprogrammer bør det sikres, at relevante forebyggelsesindsatser indgår, så der er opmærksomhed på forebyggelse i det samlede forløb.

Vi bemærker, at der er fokus på tidlig opsporing af bl.a. psykisk lidelse og mistrivsel hos børn og unge. I forlængelse heraf kan der hensigtsmæssigt være fokus på at sikre, at alle børn og unge deltager i de forebyggende helbredsundersøgelser.

## **Behandling og pleje**

Vi vurderer, at sundhedsaftalen i tilstrækkeligt og relevant omfang omfatter initiativer i forhold til, at alle borgere med behov herfor tilbydes sammenhængende behandlings- og plejeforløb af høj kvalitet.

Vi finder det positivt, at initiativerne lægger op til at understøtte udviklingen af samarbejdet omkring borgernære pleje- og behandlingsforløb, herunder fx aftaler om faglig sparring og kommunikation mellem aktørerne samt aftaler omkring medicin håndtering.

Vi bemærker, at parterne blandt andet vil samarbejde med udgangspunkt i forløbsbeskrivelser for en række relevante målgrupper, herunder patienter med flere samtidige forløb, patienter fra børne- og ungdomspsykiatrien og patienter med dobbeltdiagnose. Vi bemærker dog, at der ikke er aftalt yderligere indsatser i forhold til disse målgrupper. Det bemærkes derudover, at ældre medicinske patienter ikke specifikt er nævnt som en målgruppe for dette indsatsområde, selvom det er en målgruppe, hvor der generelt er en udfordring i forhold til at sikre sammenhængende pleje- og behandlingsforløb.

Vi bemærker desuden, at forløbsbeskrivelserne primært håndterer forløb mellem sygehus og kommune. Ved revision af forløbsbeskrivelserne bør der derfor også beskrives forløb, der primært involverer samarbejdet mellem almen praksis og kommune.

Vi bemærker ligeledes, at der igangsættes et initiativ om 'Borgerens plan'. Det fremgår dog ikke tydeligt, hvilke problemstillinger den skal løse, eller hvordan initiativet planlægges udviklet og implementeret. Der bør endvidere være fokus på, at initiativet i relevant omfang koordineres med det nationale initiativ om forløbsplaner, som er en del af Regeringens sundhedsstrategi 'Jo før – jo bedre'.

Vi bemærker endvidere, at 'Helbredsprofilen' - et elektronisk værktøj til patienter med kronisk sygdom – videreføres'.

Endelig bemærker vi, at lovgivningen om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed gengives i aftalen. Det vil i den forbindelse være hensigtsmæssigt, at der udarbejdes en egentlig aftale om samarbejdet mellem læger på sygehus og i almen praksis. Aftalens juridiske grundlag bør endvidere sikres.

## **Genoptræning og rehabilitering**

Vi vurderer, at sundhedsaftalen i tilstrækkeligt og relevant omfang omfatter initiativer i forhold til, at borgere med nedsat funktionsevne relateret til somatisk eller psykisk sygdom ved behov for genoptræning og rehabilitering tilbydes et sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet.

Vi finder det positivt, at der er fokus på implementering af det nye lovgrundlag for genoptræning og rehabilitering og i den forbindelse på behovet for opdatering af eksisterende aftaler og afklaringskataloger. Implementering af sundhedsaftalen på dette område bør prioriteres, da det nye lovgrundlag trådte i kraft den 1. januar 2015.

Vi bemærker, at der er fokus på ”særlige målgrupper” som omfatter borgere med nedsat funktionsevne og som ikke mestrer eget liv. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at nedsat funktionsevne kan være både varig og forbigående. Vi bemærker derudover et relevant fokus på snitfladen til fx beskæftigelsesområdet.

Vi bemærker, at der foreligger afklaringskataloger om behandlingsredskaber og hjælpemidler, som planlægges opdateret i perioden. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på hjælpemidler/udstyr i relation til genoptræningsindsatser. Ligeledes bør det sikres, at eksisterende lovgivning følges.

Indsatsområdet ’Genoptræning’ har været obligatorisk i alle tidligere sundhedsaftaler, og der foreligger en omfattende monitorering. I forbindelse med opfølgning på aftalen kan der med fordel tages udgangspunkt i eksisterende data og de nationale indikatorer med henblik på at identificere udviklingstendenser og særlige udfordringer på området.

## **Sundheds-it og digitale arbejdsgange**

Vi vurderer, at sundhedsaftalen på overbevisende måde forholder sig til relevante områder inden for sundheds-it og digitalisering. Dette til trods for, at området ikke behandles som et obligatorisk indsatsområde.

Dette opvejes dog ved den udarbejdede ’Handleplan for sundheds-it og digitale arbejdsgange’. Det er i den forbindelse positivt, at planen har et tydeligt ophæng til en tværgående samarbejdsgruppe, der har entydigt ansvar og beslutningskraft, og at der endvidere er udpeget en tværsektoriel projektstyringsgruppe til at følge fremdriften.

Projektet ”Én borger – én plan” findes interessant. Initiativet er desværre kun sparsomt udfoldet i sundhedsaftalen, og idet det ikke omtales i ’Handleplan for sundheds-it og digitale arbejdsgange’, er det uklart, i hvilket omfang denne plan forventes at være digital. Dertil bør der være fokus på, at udviklingen sker i overensstemmelse med det nationale initiativ om forløbsplaner.

Det fremgår ikke, at der allerede er fastsat konkrete og bindende målsætninger samt deadlines for visse tiltag inden for sundheds-it og digitalisering, og at disse målsætninger monitoreres løbende på nationalt niveau. Dette sker i hhv. Den nationale bestyrelse for sundheds-it og Den fællesoffentlige porteføljestyregruppe for sundheds-it.

De fastlagte mål er aftalt mellem regeringen, regioner og kommunerne ved de årlige økonomiforhandlinger og omfatter bl.a. fuld anvendelse af det Fælles Medicinkort, brugen af MedCom-beskeder i det tværgående samarbejde samt registrering af relevante diabetiske fodsår og venøse bensår i sårjournalen. I forbindelse med opfølgningen bør der være fokus på at sikre, at de aftalte mål realiseres.

Opmærksomheden henledes på behovet for, at der er fokus på den nationale monitorering samt på at sikre, at den løbende monitorering inddrages i det lokale arbejde. Danske Regioner har i forbindelse med en redegørelse påpeget, at regionens arbejde med at nå målsætningerne med fuld anvendelse (95 %) af udvalgte MedCom-beskeder vil blive løftet i sundhedsaftalen

### **Implementering og opfølgning**

Sundhedskoordinationsudvalget skal sikre implementeringen af samt opfølgningen på sundhedsaftalen, herunder én gang årligt vurdere behovet for at revidere dens indhold. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at implementering af initiativerne i sundhedsaftalen forudsætter, at der udarbejdes en række konkrete samarbejdsaftaler mm., som skal gælde alle sundhedsaftalens parter.

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne har ansvaret for at sikre, at aktørerne i egne organisationer samt private leverandører m.m. forpligtes til at efterleve sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget bør også have fokus på, at eksempelvis økonomiforhandlingerne, andre nationale aftaler eller ny lovgivning kan medføre behov for revision af sundhedsaftalen.

Implementering kan endvidere afhænge af praksisplanen for almen praksis. De opgaver, som almen praksis gennem sundhedsaftalen forpligtes til at udføre, skal beskrives i praksisplanen for almen praksis og følges op af en underliggende aftale med de praktiserende læger.

Med venlig hilsen



Jette Jul Bruun  
Enhedschef