

# Sundhedsaftale 2019-2023

## Forord

Sundhedsvæsenet står overfor store forandringer. Sygehusene specialiseres og samles på store enheder, og der skal løses flere behandlings- og plejeopgaver i det nære sundhedsvæsen.

Denne udvikling stiller nye krav til det samlede sundhedsvæsen og forudsætter nytænkning. Vi skal sikre sammenhæng mellem specialiserede behandlingstilbud og indsatser med fokus på behandling, pleje og rehabilitering i borgernes nærmiljø.

Sundhedsaftalen sætter rammer og retning for samarbejdet mellem sundhedsvæsenets parter.

Overordnet beskrevet skal Sundhedsaftalen medvirke til at realisere den nationale politiske vision om arbejdsdelingen mellem sygehusene, kommunerne og almen praksis. Færre borgere skal falde mellem to stole, og flere skal hjælpes i eget nærmiljø og undgå indlæggelse. Populært går visionen under benævnelsen *Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*. Til denne udvikling er det væsentligt, at opgaver løbende kan bevæge sig fra et højere specialiseringsniveau i sygehusene til et lavere i kommunerne og hos de praktiserende læger.

I Region Sjælland har mange brug for sundhedsvæsenet, og vi bruger hvert år flere penge på sundhedsområdet i både region og kommuner. Antallet af ældre, antallet af borgere med en eller flere kroniske sygdomme, antallet af borgere med psykisk sygdom og antallet børn med mistrivsel stiger. Det stiller store krav til, at vi kan tilbyde de rette sundhedsydelser tættere på borgernes hverdagsliv.

Vi ønsker sammenhængende forløb, som er tilpasset den enkelte borgers behov. Det skal vi sammen sikre med Sundhedsaftale 2019-2023. Vi vil videreudvikle et fleksibelt sundhedsvæsen, hvor de, som har mulighed, kan klare sig selv, og de patienter, som har allermost brug for vores hjælp, får den. Vi vil reducere ulighed i sundhed. Det vil vi gøre ved at målrette sundhedsydelserne på nye og bedre måder.

Vores vision for Sundhedsaftalen er ”Fælles med borgeren om bedre sundhed”. Vores ambition er, at vi sammen med borgeren benytter vores samlede ressourcer bedst muligt til at opnå bedre sundhed.

Vi vil udvikle og implementere i fællesskab, når vi i de kommende år skal realisere borgernes og sundhedsvæsenets mange potentialer, bl.a. gennem digitalisering, standardisering af fælles løsninger og mere kvalificeret brug af data.

Det sammenhængende sundhedsvæsen er omfattende og komplekst. Det er vigtigt for os, at

Sundhedsaftalen sætter en fælles retning, og at vi løbende kan følge, om vi er på rette vej. I denne aftale fokuserer og forenkler vi.

På basis af udfordringerne for Region Sjælland har vi formuleret fire regionale mål:

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

Vi tager samtidig afsæt i de nationale kvalitetsmål, der udtrykker retningen for den ønskede udvikling af det danske sundhedsvæsen. Vi har valgt at fokusere på tre af de otte mål, som vi kun kan lykkes med gennem et velfungerende samarbejde på tværs af sektorerne. Det gælder målene omhandlende:

- Bedre sammenhængende patientforløb
- Styrket indsats for mennesker med kronisk sygdom og ældre patienter
- Flere sunde leveår

Vi vil sikre synergi mellem nationale og regionale mål, og vi vil sikre, at de initiativer, vi sætter i gang, alle bidrager til at nå de fælles mål. Specielt gælder, at de regionale mål bidrager til at opnå de nationale mål.

Vi har gennem de tidligere sundhedsaftaleperioder opbygget et godt samarbejde på tværs af sektorer og høstet mange erfaringer. Den foregående sundhedsaftale blev baseret på fælles værdier med henblik på at sætte de faglige kompetencer fri i arbejdet med at sikre borgeren det optimale forløb på tværs af sektorerne.

Det arbejde videreføres med styrket fokus på at videreudvikle og tydeliggøre gennemskuelige og gensidig forpligtende arbejdsgange og procedurer i sektorovergangene, samt at sikre effektiv implementering af disse blandt de fagprofessionelle i regioner og kommuner. Formålet er at skabe overblik, struktur og systematik i samarbejdet på tværs af sektorer til gavn for borgerne. De gensidig forpligtende aftaler om disse forhold er placeret i værktøjskassen.

Vi aftaler endvidere en række principper for samarbejdet med henblik på fortsat at udvikle kvaliteten og skabe sammenhæng og tydelig arbejdsdeling.

Med denne fjerde generation af sundhedsaftaler fokuserer vi vore indsatser med at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen til gavn for borgerne i Region Sjælland.

På vegne af Sundhedskoordinationsudvalget

Anne Møller Ronex  
Regionsrådet  
Formand

Pernille Beckmann  
Borgmester i Greve, KKR  
Næstformand

## **1. Fælles udfordringer i Region Sjælland**

Danskerne lever længere blandt andet fordi behandlingsmuligheder forbedres. Det indebærer, at flere lever længe med sygdom. Det betyder også, at vores sundhedsvæsen skal kunne tilbyde behandling og støtte til langt flere patienter i de kommende år.

I Region Sjælland har mange brug for sundhedsvæsenet, og vi bruger hvert år flere penge på sundhedsområdet i både region og kommuner. Denne udvikling udfordrer i stigende grad såvel regional som kommunal økonomi og kapacitet. Konkret er Region Sjælland udfordret ved, at der bliver flere:

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

Disse grupper har særlige sundhedsudfordringer. Udviklingen kræver, at vi sammen finder de løsninger, som sikrer bedre livskvalitet for de mange, som har behov for hjælp. Sundhedsaftalen omfatter alle borgere med forløb på tværs af sektorgrænser. Med afsæt i de beskrevne udfordringer vil vi i denne sundhedsaftale sætte særligt fokus på de beskrevne fire målgrupper med henblik på at fremme tidlig indsats og sammenhængende og velkoordinerede behandlings- og plejeforløb.

### **Sårbare ældre**

Risikoen for sygdom stiger med alderen, og der vil i 2023 være væsentligt flere ældre med behov for sundhedsydelse. Alene stigningen i det samlede antal ældre vil øge presset på sundhedsvæsenet. Mange ældre borgere har et komplekst sygdomsbillede med både fysiske, psykiske og sociale udfordringer. De har oftere behov for indlæggelse, og mange har lange behandlings- og plejeforløb, som involverer både sygehus, kommune og almen praksis. Det stiller særlige krav til kommunikation og koordination mellem sektorerne.

Hvis vi fortsætter med uændrede behandlings- og plejetilbud, viser patientfremskrivningen i Region Sjælland, at der vil være 7.000 flere indlæggelser i forhold til i dag svarende til en stigning på ca. 27% og 1.000 flere genindlæggelser i forhold til i dag, svarende til en stigning på ca. 23% alene blandt borgere over 80 år.

For at bremse denne udvikling er der behov for fortsat at udvikle og styrke arbejdet med tidlig opsporing af sygdom, forebygge forværring i sygdom, og sikre fokus på de mest sårbare.

For den ældre betyder kontinuitet og kvalitet i pleje- og behandlingsindsatser færre belastninger i hverdagslivet. Det er kvaliteten af det samlede forløb, der afgør borgerens nytte af indsatserne.

### **Borgere med kroniske eller langvarige sygdomme**

Kronisk eller længerevarende sygdom er en udfordring for både den enkelte, for sundhedsvæsenet og for samfundet. Borgere med kroniske sygdomme har flere kontakter med sundhedsvæsenet herunder flere akutte indlæggelser.

Sundhedsprofilen 2017 viser, at flere borgere i Region Sjælland angiver, at de lever med en eller flere kroniske sygdomme, end det var tilfældet i 2013. To ud af tre har kroniske/langvarige sygdomme. Hver tredje har mindst 2 langvarige sygdomme.

En række kroniske/langvarige sygdomme kan bl.a. opstå som følge af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.

Den seneste sundhedsprofil for Region Sjælland med data fra 2017 viser, at det på mange områder går tilbage med sundheden:

- Flere er overvægtige, spiser usundt, og mange rører sig for lidt
- Det fald, der har været i andelen af rygere gennem de seneste årtier, er stagneret, samtidig med, at andelen, der ryger, er stigende for de yngste aldersgrupper
- Andelen, der har et dårligt mentalt helbred og er stressede, er også steget - især blandt unge kvinder
- Sundhedsprofilen viser endvidere at der fortsat er stor social ulighed i sundhed.

Sundhedsvæsenets udgifter til den enkelte borger stiger med antallet af kroniske sygdomme. Cirka halvdelen af borgere med kronisk sygdom, og to tredjedele af mennesker med psykisk og samtidig somatisk sygdom, er yngre end 65 år. De økonomiske og livskvalitetsmæssige omkostninger ved kronisk sygdom er betydelige og vil stige i de kommende år i takt med, at befolkningen bliver ældre. Der er grund til at rette en særlig opmærksomhed på de 10 pct. af borgerne med én eller flere kroniske sygdomme, der står for 59 pct. af de samlede sundhedsudgifter.

Borgere med kronisk sygdom benytter almen praksis, kommunale rehabiliteringstilbud og sygehusvæsenet mere end borgere i gennemsnit. Hertil kommer, at flere i denne gruppe har udfordringer med at bevare kontakt til arbejdsmarkedet og tidligere bliver afhængige af offentlig forsørgelse. En øget andel af borgere, der lever med kronisk sygdom, vil dermed give et øget pres på sundhedsvæsenet.

Der er behov for at optimere opgave- og arbejdsdeling mellem almen praksis, sygehuse og kommuner i "Det nære sundhedsvæsen", så akutte indlæggelser, der kunne have været undgået ved tidligere indsats, begrænses. Der er også behov for at flest muligt støttes i at kunne mestre eget liv med sygdom.

### **Voksne med psykisk sygdom**

Indenfor de seneste 20 år er der sket en forværring af danskernes mentale sundhed. I dag har hver femte voksne psykiske symptomer svarende til kriterierne for en eller flere psykiske sygdomme. Stress, angst og depression sender årligt tusindvis af unge og voksne ud af uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet med alvorlige konsekvenser for livskvalitet og samfundsøkonomi. Psykisk sygdom har store konsekvenser for den enkelte og dennes pårørende og er den hyppigste årsag til førtidspension.

Patientfremskrivningen i Region Sjælland viser, at antal voksne med kontakt til Psykiatrien steg 22 % fra 2013 til 2017. Fortsætter denne stigning, vil der være 8.000 flere voksne med kontakt til Psykiatrien i 2025 sammenlignet med 2017.

Borgere med psykisk sygdom er ofte somatisk underdiagnostiserede og underbehandlede med overdødelighed til følge. Vi har derfor brug for et særligt fokus på forebyggelse og behandling af somatiske sygdomme blandt de, der også har psykisk sygdom. Der er f.eks. behov for at styrke samarbejdet om genoptræning og rehabilitering ud fra en recovery-baseret tilgang.

Mange kontakter til forskellige aktører i både det samlede sundhedsvæsen og statslige og kommunale myndighedsområder – f.eks. politi, arbejdsmarkeds- og socialområdet – komplicerer borgernes forløb og øger behovet for en sammenhængende og koordineret indsats, så borgerne bl.a. undgår u hensigtsmæssige genindlæggelse.

### **Børn og unge med trivselsudfordringer**

Mange børn og unge i Region Sjælland har psykiske eller somatiske trivselsudfordringer.

Ifølge Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har cirka hver tredje pige og hver femte dreng i de store skoleklasser mindst ét psykisk symptom dagligt. Sundhedsprofilen for Region Sjælland viser, at flere unge (16-24 årige) mistrives med risiko for at udvikle psykiske udfordringer, der kan følge barnet/den unge ind i voksenlivet.

Patientfremskrivning i Region Sjælland viser en stigning på 30 % i antal børn og unge (0-17 årige) med kontakt til Psykiatrien i perioden 2013 – 2017. Fortsætter denne udvikling, vil der være 4.000 flere børn og unge med psykiske udfordringer i 2025 sammenlignet med 2017.

Barnet og den unge med trivselsudfordringer er i kontakt med mange forskellige aktører, f.eks. skole, sundhedsplejerske, psykiatri, Pædagogisk Psykologisk Rådgivning og egen læge. Aktørerne møder barnet i forskellige sammenhænge, uafhængigt af hinanden. Derfor er der en særlig udfordring i at sikre sammenhæng, koordination og kommunikation i samarbejdet om og med denne målgruppe.

Børn i Region Sjælland vejer mere end landsgennemsnittet. Samtidig udsættes mange for sundhedsbelastende adfærd i deres nærmiljø f.eks. passiv rygning, u hensigtsmæssige kostvaner, mv. Børn og unge med u hensigtsmæssig livsstil kan ligesom voksne udvikle kronisk sygdom.

## **2. Vision og regionale mål**

På baggrund af de skitserede udfordringer for Region Sjælland har vi for denne sundhedsaftale periode valgt at arbejde med følgende vision og mål:

Vision:

**Fælles med borgeren om bedre sundhed**

Med denne vision vil vi sikre en fælles opmærksomhed på, at udvikling af vores fælles sundhedsvæsen altid sker med afsæt i klare mål og løsninger, der giver værdi for den enkelte borger. Dette forudsætter et tæt samspil med den enkelte borger. De bærende værdier om fleksibilitet, differentiering og ressourcebevidsthed skal således også give mening i et borgerperspektiv. Derfor vil vi indgå partnerskaber med borgere, virksomheder, civilsamfundets organisationer og andre, som kan bidrage til, at vi samlet set får en sundere region, og at den gode udvikling kommer alle til gode på tværs af geografiske afstande og sociale skel.

Mål:

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

De regionale mål konkretiseres i specifikke indikatorer, som afspejler de aftalte indsatsområder for hvert mål.

### **Fælles om borgerens livsudfordringer**

Vi vil samarbejde med borgeren og dennes pårørende med fokus på deres samlede livssituation. Det kræver, at vi hele tiden arbejder helhedsorienteret på tværs af sundhedsvæsenet. Borgerne i Region Sjælland skal opleve sammenhængende og velkoordinerede behandlingsforløb.

Samarbejdet på tværs af sektorer og faggrupper skal være præget af kontinuitet og en klar ansvars- og opgavefordeling for at sikre de bedste forløb. Vi har allerede en række gode erfaringer med at skabe sammenhæng gennem fælles forløbsbeskrivelser, forløbsprogrammer mv. Men der er stadig behov for en fokuseret indsats for de mest sårbare, så de oplever kvalitet, tryghed og sammenhæng i deres forløb.

### **Tryghed og mestring i eget hjem**

Borgernes livskvalitet øges, når de føler sig trygge og kan mestre eget liv i eget hjem. Der kan være stor forskel på borgers ressourcer og sårbarhed, selvom de har samme sygdom. Fleksible sundhedstilbud i eget hjem kan øge evnen til mestre egen sygdom, og dermed bidrage til en bedre anvendelse af dels borgerens personlige ressourcer, dels personalets sundhedsfaglige kompetencer, samt en mere hensigtsmæssig prioritering af de økonomiske ressourcer i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenets tilbud skal give værdi for borgeren. Sundhedsvæsenets tilbud vil bygge på en helhedsorienteret tilgang, hvor sundhedspersonalet har blik for borgerens samlede sociale, fysiske og mentale ressourcer og hvor borgerne ved hjælp af viden og øgede handlegkompetencer opnår større selvstændighed og selvbestemmelse og dermed øget tryghed og mestring.

Flest muligt skal have mulighed for at kunne mestre eget liv, så de kan blive i eget hjem med den behandling, pleje og rehabilitering, de har brug for, så indlæggelser, der kunne have været undgået

ved tidligere indsats, begrænses. Det samme gør sig gældende for borgere, som kan have et ønske om at tilbringe den allersidste del af livet hjemme.

Vi vil videreudvikle rammerne for tættere samarbejder, og vi styrke opmærksomheden på den fælles opgave om at sikre borgeren det bedst mulige behandlingsforløb, samtidigt med at vi sikrer tydelig ansvars- og arbejdsdeling mellem region, kommuner og almen praksis. Borgerne og de pårørende skal opleve en tryk og en helhedsorienteret indsats i et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor forebyggelse, rehabilitering, behandling og pleje vægtes ligeligt og ses som en samlet del af et behandlingsforløb.

### **Effektiv forebyggelse – sunde borgere**

Borgernes sundhed afgøres af en række faktorer i og udenfor sundhedsvæsenet. Som sammenhængende sundhedsvæsen ønsker vi at bidrage til, at det bliver nemmere for borgerne at træffe sunde valg. Det handler blandt andet om at sikre adgang til rådgivning og støtte til at ændre usunde vaner. Men effektiv forebyggelse handler også om at sikre borgerne støtte til at følge sin behandling, genoptræning eller andet, der bidrager til at sygdom ikke forværres.

Samarbejdet om og med børn og unge starter allerede i svangerperioden, hvor grundstenene til forebyggelse af mistrivsel hos spædbørn, børn og unge skal lægges. Det kræver særlige tværsektorielle indsatser, når der er tale om udfordrede familier. Der er behov for at styrke forebyggelse før barnet udvikler sygdom, og for at vi sammen finder de løsninger, som sikrer tidlig indsats samt bedre patientforløb og dermed større livskvalitet for de mange, som er berørt af sygdom.

Målrettede forebyggende indsatser til borgere med psykisk sygdom er en særlig udfordring. Det er velkendt, at borgere med psykisk sygdom er i større risiko for at få livsstilsrelaterede somatiske sygdomme, end borgere uden psykisk sygdom.

Vi vil samarbejde om at forebygge på flere og nye måder. Vi vil arbejde flere veje for at fremme borgernes sundhed uanset deres livssituation. Vi vil skabe og fastholde en række tilbud, som understøtter borgerens mulighed for at træffe sunde valg.

### **Mental sundhed og psykisk trivsel**

Mental sundhed er af stor betydning for borgernes livskvalitet. Med Sundhedsaftalen vil vi fokusere særligt på at fremme mental sundhed for de fire udvalgte målgrupper.

Der vil være særligt fokus på tidlig indsats til børn og unge med særlige behov, herunder børn og unge der har dårlig mental sundhed, psykisk sygdom, eller tegn herpå, så de kan bevare deres dagligdag i nærmiljøet, herunder tilknytning til skole og uddannelse. Samtidig skal vi sikre et tættere samarbejde med og omkring voksne borgere med psykisk sygdom.

Vi vil styrke den tidlige og forebyggende indsats over for både børn, unge og voksne og de sværest syge børn og voksne ved at tydeliggøre ansvars- og arbejdsdelingen mellem almen praksis, region og kommuner. Herudover vil vi samarbejde om at styrke kompetencerne i det nære psykiatrivæsen, og vi vil sikre, at borgerne får det tilbud, de har brug for så tidligt som muligt og på en måde, så de

kan bevare et hverdagsliv herunder tilknytning til arbejdsmarkedet, når det er muligt.

### **3. Nationale kvalitetsmål**

De nationale kvalitetsmål udtrykker retningen for den ønskede udvikling af det danske sundhedsvæsen. De mål, som vi har aftalt for Region Sjælland, bidrager til opfyldelse af de nationale kvalitetsmål.

Der er konkretiseret otte mål med tilhørende udvalgte indikatorer. Målene skal udgøre en drivkraft for det lokale arbejde med kvalitetsforbedringer. Det er regionens og kommunernes ansvar at forankre de nationale kvalitetsmål i lokalt definerede indsatsområder, således at kvaliteten på regionens sygehuse, i kommuner og i almen praksis løftes.

Vi har valgt særligt at fokusere på tre nationale kvalitetsmål, som dels adresserer vores fælles lokale udfordringer, og dels stiller særlige krav til et velfungerende tværsektorielt samarbejde. De tre prioriterede mål er jf. ”Nationale mål for sundhedsvæsenet” 2018:

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

#### **Bedre sammenhængende patientforløb**

Mere effektive behandlingsforløb på sygehusene og kortere liggetider medfører, at kommunerne i stigende omfang modtager borgere med mere komplekse behandlings- og plejeforløb, der involverer mange aktører på tværs af sektorerne. Udviklingen stiller store krav til personalets kompetencer i forhold til at koordinere indsatserne blandt de fagspecialister, som bidrager til borgerens forløb.

Det er afgørende for såvel patientsikkerhed som varetagelsen af opgaverne, at sundhedspersonalet har let og uhindret adgang til specialiseret rådgivning og behandlingsansvarlig læge.

Det er især det regionale mål ”Fælles om borgerens livsudfordringer”, der spiller ind til det nationale mål ”Bedre sammenhængende patientforløb”.

#### **Styrket indsats for kronikere og ældre patienter**

Vi vil konsolidere eksisterende aftaler og indsatser vedrørende mennesker med kronisk sygdom og ældre patienter, f.eks. satspuljeprojektet vedrørende de svageste ældre og Steno Diabetes Center Sjælland.

Det er især de to regionale mål ”Fælles om borgerens livsudfordringer” og ”Tryghed og mestring i eget hjem”, der spiller ind til det nationale mål ”Styrket indsats for kronikere og ældre patienter”. Dette nationale mål vedrører to af de udvalgte målgrupper.



## **Flere sunde leveår**

Vi lever længere, og de år vi lever, skal være gode leveår. Vi vil forebygge, at sygdom opstår og forværrer blandt borgere i vores fælles målgrupper. For mange borgeres vedkommende er forebyggelse en del af et igangværende behandlingsforløb.

Det er især de regionale mål ”Effektiv forebyggelse – sunde borgere”, ”Tryghed og mestring i eget hjem” og ”Mental sundhed og psykisk trivsel”, der spiller ind til det nationale mål ”Flere sunde leveår”.

## **4. Principper for samarbejdet**

Vi har aftalt følgende principper for samarbejdet med henblik på fortsat at udvikle kvaliteten og skabe sammenhæng og tydelig arbejdsdeling:

### **Delt ledelsesansvar ved sektorovergange**

For at sikre det sammenhængende borger-/patientforløb, så det skaber værdi for borgerne, er der behov for en yderligere og styrket indsats i sektorovergangene – og her påhviler der sektorerne et fælles ledelsesansvar. Ved tvivl om ansvarsplacering og opgavefordelingen mellem sektorer, så skal der altid handles til borgerens/patientens bedste. Tvivlsspørgsmål afklares efterfølgende i sundhedsaftaleparternes fælles afklaringsudvalg

Særligt er der, af hensyn til kvalitet og patientsikkerhed, behov for at kommunerne har en klar og entydig adgang til lægelig ekspertise både i relation til nuværende og fremtidige sundhedsopgaver på bl.a. akutstuer og rehabiliteringspladser.

Der er ligeledes behov for fælles redskaber / et fælles sprog blandt alle aktørerne, f.eks. omkring observation af borgerne.

### **Planlagt opgaveflytning**

Der er behov for at se på opgavefordelingen mellem sektorerne ud fra et princip om, at opgaverne bør løses der, hvor det har størst mulig gavn for borgerne.

Ofte træffes beslutningen om opgaveflytning fra sygehus til primærsektoren på patientniveau, hvorved især kommunerne udfordres på styringen i forhold til behovet for den samlede kapacitet, herunder kompetenceniveau af sundhedspersonalet, personaleresurser m.m.

Udviklingen har frem til nu påført sektorerne et stigende pres på økonomi og kapacitet samt et stigende arbejdspress.

En planlagt opgaveflytning forudsætter en overordnet aftalestyret proces med særlig fokus på rolle- og ansvarsfordeling mellem sygehusene, almen praksis og kommunerne. Både regionen, kommunerne og almen praksis skal involveres i dialogen om fastsættelse af fælles mål og en fælles proces. Den skal sikre motivation for opgaveoverdragelsen gennem dialog om, hvor og hvordan opgaver skal overdrages, hvilke fordele der er (for patienterne) ved overdragelsen, og hvordan kommuner og almen praksis sikrer kvaliteten.

### **Opgaverne skal løses på det lavest effektive omkostningsniveau**

Indsatser skal leveres på det lavest, effektive omkostningsniveau. En forudsætning er, at ressourcerne anvendes der, hvor de bidrager mest til at styrke patientens sundhed samt forebygger forværring af sygdom.

Når opgaver flyttes fra en sektor til en anden, skal der udarbejdes en samlet konsekvensvurdering. Økonomi forhandles ved centrale forhandlinger mellem hhv. Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Regeringen.

### **Fælles kvalitets-og udviklingsdagsorden**

Vi har i Region Sjælland en stærk tradition for at arbejde med kvalitet i det sammenhængende patientforløb blandt andet via forløbsprogrammer og via en række fælles kompetenceudviklingstiltag. Vi ønsker i denne aftaleperiode at fremme en endnu tydeligere kvalitetsdagsorden.

En tydelig fælles kvalitetsdagsorden forudsætter et fælles ledelsesfokus, hvor der løbende prioriteres områder med behov for fælles bevågenhed og udvikling. Dette forudsætter, at ledelserne lokalt arbejder tæt sammen i det daglige. Derfor ønsker vi at udvikle og udbrede metoder og værktøjer, som lokalt fremmer et fælles ledelsesmæssigt fokus på kvalitet i det sammenhængende patientforløb.

Samtidigt vil vi udnytte mulighederne i det nationale kvalitetsprogram, hvor der sættes fælles fokus på monitorering af værdi for patienten, lærings- og kvalitetsteams på udvalgte områder samt ledelse af sammenhængende kvalitet.

Tilsvarende ønsker vi for at kunne imødekomme fremtidens udfordringer, at sundhedsaftalen fremmer en fælles udviklingsdagsorden i det nære sundhedsvæsen. Her kan det være nødvendigt, at nogle kommuner og sygehuse går foran i arbejdet med at udvikle og afprøve nye arbejdsgange, metoder eller værktøjer, ligesom det i nogle tilfælde vil være relevant at indgå i tætte udviklingspartnerskaber med andre samarbejdspartnere. Her vil vi sikre, at der i regi af sundhedsaftalen indgås aftaler om, hvordan viden, erfaringer og resultater spredes, og hvordan udbredelse af gode resultater fremmes. Særligt vil vi arbejde med øget kvalitet i tilknytning til opgaveoverdragelse og til sikring af sammenhængende forløb ved sektorovergange.

### **Fælles digitaliseringsdagsorden**

Borgerne i Region Sjælland skal opleve, at langt flere sundhedstilbud leveres mere fleksibelt i deres nærmiljø via digitale løsninger, og at de digitale løsninger giver en bedre tilgængelighed og styrker borgernes mestring af egen sygdom.

Effektive digitale arbejdsgange i det sammenhængende sundhedsvæsen kræver fælles digital infrastruktur og fælles tilgang til prioritering af indsatser. Samtidigt kræver det en fælles tilgang til rådgivning og udvikling af de sundhedsprofessionelles digitale, kommunikative og sundhedspædagogiske kompetencer.

Med afsæt i landsdelsprogrammet for telemedicinsk hjemmemonitorering for patienter med KOL vil vi etablere fælles digital infrastruktur, og vi aftaler en fælles tilgang, som skal danne grundlag for en række fælles løsninger i aftaleperioden.

Samtidigt opbygger Region Sjælland i aftaleperioden Danmarks første e-hospital, som vil tilvejebringe de digitale og organisatoriske forudsætninger for, at sygehusene kan omlægge til langt flere udadvendte funktioner. Også her skal mange af de konkrete funktioner opbygges i tæt samarbejde med kommuner og almen praksis.

Den fælles digitaliseringsdagsorden tager afsæt i konkrete patientgrupper med henblik på skalering. Alle indsatser monitoreres f.eks. på, hvordan det sammenhængende borger- og patientforløb påvirkes gennem måling af borger- og patientoplevelse kvalitet, klinisk kvalitet og sundhedsøkonomi for den udvalgte patientgruppe/borgergruppe.

## **5. Mål og indikatorer**

For hvert af de nationale mål er fastlagt indikatorer. Tilsvarende har vi for de regionale mål defineret indikatorer, der angiver, hvorledes vi vil monitorere på og fastholde fokus og retning for udviklingen af vores fælles sundhedsvæsen. Da målgrupperne er forskellige, vil der være indikatorer som er ens, men også indikatorer som kun retter sig mod en enkelt målgruppe.

Indikatorerne afspejler de indsatsområder, der arbejdes med i forhold til de enkelte mål. Monitorering på indikatorerne vil vise at vi bevæger os i den ønskede retning og hvornår vi er i mål.

For de nationale indikatorer gælder som udgangspunkt, at vi ønsker at se en positiv udvikling, og at vi ønsker at ligge på niveau eller bedre end landsgennemsnittet.

For de regionale indikatorer gælder, at der for hvert enkelt defineres et konkrete ambitionsniveau for den ønskede forbedring med afsæt i baseline.

Indikatorerne er dynamiske i den forstand, at de kan blive ændret i sundhedsaftaleperioden i kraft af indhøstede erfaringer, omlægning af registreringssystemer, nye eksterne krav, ændrede opgørelsesmetoder, mv.

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

Den følgende oversigt viser hvert af de regionale mål med tilhørende indikatorer. Indikatorerne er endvidere set i forhold til hvorvidt sundhedsaftalens målgrupper er dækket ind.

<b>Regionalt mål</b>	<b>Indikator<sup>1</sup></b>	<b>Målgruppe</b>
Fælles om borgerens livsudfordringer	Borgerne oplever sammenhæng	Alle
	Borgerne ved hvor og hvordan de får kontakt til sundhedsvæsenet	Alle
	Rettidig epikrise	Alle
	Liggetid pr. psykiatrisk indlæggelse	Voksne med psykisk sygdom
	Ventetid til udredning/behandling i psykiatrien til børn og unge	Børn og unge med trivselsudfordringer
	Unge med psykisk lidelse tilknytning til uddannelse/arbejdsmarked	Børn og unge med trivselsudfordringer
	Stigning i andel af virtuelle forløb	Alle
Tryghed og mestring i eget hjem	Sundhedskompetence er forbedret med næste sundhedsprofil	Voksne med psykisk lidelse og Sårbare ældre
	Fald i antal forebyggelige indlæggelser af +80-årige	Ældre
	Reduktion i antal sygehusforløb pr. borger	Alle
	Stigning i andel af virtuelle forløb	Alle
	Reduktion i DRG-værdi pr. borger med KOL og diabetes	Borgere med kronisk eller langvarig sygdom
Effektiv forebyggelse – sunde borgere	Forbedret sundhedsadfærd (KRAMS)	Alle
	Antal borgere, 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
	Gravides rygning og amning	Børn og unge med trivselsudfordringer
	Stigning i andel af virtuelle forløb	Alle
Mental sundhed og psykisk trivsel	Stigning i andel af borgere, der angiver at trives	Alle
	Stigning i andel af virtuelle forløb	Alle

<sup>1</sup> Indikatorerne er defineret mere specifikt i en større oversigt, hvor også datakilder, motivation og kriterier for valg af indikator, monitoreringsniveau, baseline og konkret ambitionsniveau for den ønskede forbedring er angivet for hver enkelt indikator. Oversigten er dynamisk og vil være at finde i bilag til Sundhedsaftalens årlige implementeringsplan.

## 6. Værktøjskasse

Sundhedsaftalens implementering og samarbejdet i praksis understøttes af en værktøjskasse.

De enkelte værktøjer i Sundhedsaftalens værktøjskasse er udarbejdet i samarbejde på tværs af sektorerne i den foregående aftaleperiode. Værktøjerne er tilpasset og tilpasses løbende de politiske prioriteringer i sundhedsaftalen.

Værktøjskassen indeholder en række handlingsanvisende konkrete og forpligtende samarbejdsaftaler og -værktøjer, som anvendes af sundhedspersonalet i deres daglige arbejde på tværs af sektorer. Værktøjskassens indhold skal samlet set sikre gennemsigtighed i opgave- og ansvarsfordeling samt fremme rationelle og effektive arbejdsgange, som afspejler Sundhedsaftalens værdier. Konkret indeholder værktøjskassen eksempelvis forløbsprogrammer, forløbsbeskrivelser, aftaleskabeloner, flowdiagrammer, skemaer mv.

Værktøjskassen opdateres løbende i hele sundhedsaftaleperioden efter behov. I denne aftaleperiode vil der være særlig opmærksomhed på at implementere og udvikle værktøjskassens indhold, så det virker fremmende for Sundhedsaftalens mål og indikatorer. Ønsker til opdatering adresseres i Sundhedsaftalens udviklings- og samarbejdsorganisation. Væsentlige ændringer godkendes af Styregruppen for sundhedssamarbejde. Ændringer med væsentlige økonomiske konsekvenser godkendes endvidere af Sundhedskoordinationsudvalget.

Samarbejdet om værktøjskassen forankres i styregruppen for sundhedssamarbejde således, at vi sikrer styring af indholdet, såsom prioritering i form af udvikling og afvikling af værktøjer, kvaliteten af værktøjerne samt sikrer, at der udvikles en strategi for implementering og kommunikation om indholdet i værktøjskassen.

## 7. Monitorering og opfølgning

Vi vil levere resultater, som understøtter de tre prioriterede nationale kvalitetsmål og de fire regionale mål.

Derfor vil vi løbende monitorere via de valgte indikatorer og datakilder. Dette forudsætter, at vores mål og indikatorer nedbrydes til det relevante ledelsesniveau, således at alle parter er bevidste om de fælles mål i deres daglige arbejde. Vi vil arbejde med datadrevet ledelse i det sammenhængende patientforløb.<sup>2</sup>

Ligeledes gælder det for de indsatser vi sætter i værk, at der skal aftales konkrete målsætninger og krav til opfølgning. Vi følger op på, om igangsatte indsatser fører til de ønskede resultater, og på dette grundlag besluttet, om indsatserne skal fortsættes eller stoppes.

Vi vil også følge op på, om værktøjerne i værktøjskassen anvendes og understøtter ønsket adfærd. Sundhedskoordinationsudvalget følger løbende op på Sundhedsaftalens implementering, herunder vedfølgende milepæle:

---

<sup>2</sup> Ambitionen om at alle relevante ledelsesniveauer i videst muligt omfang arbejder med afsæt i fælles viden og data på tværs af sektorgrænsen forudsætter afprøvning af nye veje og udfordres aktuelt af gældende lovgivning om deling af data på tværs af lovgivnings- og myndighedsområder.

- Der udarbejdes implementeringsplan, der revideres årligt, således at parterne aftaler, hvilke konkrete indsatser der skal have særlig bevågenhed i det kommende år
- Én gang årligt gennemgås aftalen samt status på alle indsatser og indikatorer. Behovet for at revidere indholdet vurderes
- Der udarbejdes en midtvejsevaluering
- Der udarbejdes en slutstatus.

Midtvejsstatus, slutstatus og de årlige opfølgninger på status anvendes som grundlag for udarbejdelse af næste generation af sundhedsaftale.

HØRINGSUDKAST