Mere sundhed i det nære

- på borgerens præmisser



Region Midtjylland og de
19 midtjyske kommuner

Indholdsfortegnelse

Forord 3

Værdier 4
Læsevejledning 5

Sammenfatning 'Mere sundhed i det nære – på borgerens præmisser' 6
1. Et sundhedsvæsen på borgerens præmisser 8
2. Sundhedsløsninger tæt på borgeren 10
3. Mere lighed i sundhed 12
4. Kvalitet, innovation og økonomi 16
5. Mål og sigtelinjer 18

'Jeg ønsker mig et overskueligt sundhedsvæsen
- som byder mig velkommen
- som giver mig tryghed
- som inddrager mit netværk
- hvor jeg forstår, hvad de siger
- og hvor medarbejderne har empati'.

Jens Erik Madsen,
Medlem af patientinddragelsesudvalget

Sundhedskoordinationsudvalget består af politiske repræsentanter fra henholdsvis regionen og kommunerne i Midtjylland, samt repræsentanter fra Praktiserende Lægers Organisation i Region Midtjylland.

Forord

Forestil dig et sundhedsvæsen, som er på borgerens præmisser, hvor sundhed udvikles i det nære - tæt på borgeren - og hvor vi får mere lighed i sundhed.

Det sundhedsvæsen vil vi gerne være med til at udvikle. Med "vi", mener vi både region, kommuner og almen praksis, hvor region og kommuner er aftaleparter og hvor PLO-M har været med til at udarbejde aftalen. At nå dertil er en fælles ambition - og en fælles udfordring - der fordrer fælles løsninger, og at vi i endnu højere grad arbejder i samme retning. Det gælder både, når vi samarbejder om en indsats, og når vi hver især udvikler tilbud og indsatser.

Med sundhedsaftalen ønsker vi derfor at sikre sammenhæng mellem kommunernes sundhedspolitikker, de fælles kommunale målsætninger på sundhedsområdet (KKR-målsætningerne) og regionens sundhedsplan og angive en fælles retning for det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet.

Sundhedsaftalen markerer, at vi vil et sundhedsvæsen, hvor borgere og pårørendes ressourcer bringes i spil, og hvor borgere deltager aktivt i eget behandlings- og rehabiliteringsforløb. Samtidig skal alle have udbytte af sundhedsvæsnets ydelser – også selvom det betyder, at det nogle gange bliver nødvendigt at behandle borgere forskelligt.

Et centralt omdrejningspunkt i aftalen er visionen om at udvikle sundhedsløsninger tæt på borgeren. Det vil betyde en omlægning af sundhedsvæsnet, og den måde vi løser opgaverne på. Det stiller alt sammen nye krav til samarbejdet og kan kun lykkes, hvis vi alle bidrager og er parate til at tænke i nye løsninger og i nye måder at samarbejde på.

Med sundhedsaftalen har vi taget de første vigtige skridt i retning af mere sundhed i det nære på borgerens præmisser. Næste skridt bliver at løfte aftalen til fælles handlinger. Det bliver en stor, men meget vigtig opgave for os i de kommende år. Vi ser frem til det videre arbejde med i fællesskab at udvikle sundhedsvæsnet i den midtjyske region.

Carl Johan Rasmussen
Formand for Sundhedskoordinationsudvalget

Mads Jakobsen
Næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget



Værdier

Sundhedsaftalen hviler på følgende værdier:

Vi sætter borgeren først

Ingen borgere skal falde mellem to stole, og vi sætter borgerens interesser før sektorinteresser. Hvis der opstår tvivl, så er det den part, der har kontakten til borgeren, der handler. Borgeren skal behandles værdigt og opleve os som et team med et tillidsfuldt og respektfuldt samarbejde. Vi værdsætter hinandens og borgerens viden, kompetencer, erfaringer og input.

Vi skaber resultater

Vi sætter derfor konkrete mål for vores indsatsers effekt. Og vi følger op, så borgere, politikere og andre beslutningstagere kan følge med i, om vores indsatser giver den tilstrækkelige effekt. Vores succes defineres af de resultater, vi skaber sammen med borgeren og for samfundet.

Vi udfordrer vanetænkning

Vi tør bryde vanetænkningen og arbejder i fællesskab med at udvikle nye løsninger til gavn for borgere, medarbejdere og samfundsøkonomien. Vi tager de stærkeste af vores nye løsninger og udbreder dem til gavn for alle borgere.



Læsevejledning

Sundhedsaftalen henvender sig primært til politikere samt ledelsessystemet i kommunerne, regionen og til praksissektorens ydere. Det 'vi' der er gennemgående i alle dele af sundhedsaftalekomplekset dækker over kommuner, region og praksissektor.

Den samlede sundhedsaftale består af:

Politisk aftale 'Mere sundhed i det nære på borgerens præmisser', der fastsætter visioner, mål og værdier for sundhedssamarbejdet.

Sundhedsaftale, der konkretiserer de politiske visioner og mål i indsatser og aftaler om opgavefordeling.

Delaftaler, som er aftaler for specifikke målgrupper/indsatser og som videreføres fra forrige aftaleperiode eller som udvikles fremadrettet.

Værktøjskasse med sundhedsfaglige dokumenter, der kan være vejledende eller retningsvisende for medarbejderne i sundhedsvæsenet.

Arbejdsplan med en oversigt over implementeringsrækkefølgen for initiativer i sundhedsaftalen.

Mere sundhed i det nære – på borgerens præmisser

'Vi vil have mere sundhed - og sundheden skal være for alle'.

Det er Region Midtjylland, kommunerne og praksissektorens overordnede mål for denne aftale. Vi sætter derfor en fælles politisk retning for udviklingen af det sammenhængende og nære sundhedsvæsen til gavn for borgeren.

Et sundhedsvæsen, som bygger på inddragelse af borgeren og de pårørende, og hvor borgeren aktivt deltager i eget behandlings- og rehabiliteringsforløb. Hvor kommuner, hospitaler og praktiserende læger arbejder tæt sammen for at give borgeren det bedste forløb med integrerede sundhedsløsninger tæt på borgerens hverdag. Og hvor alle uanset sociale vilkår får samme mulighed for at få et sundt liv og blive behandlet for deres sygdom.

Vi har i dag generelt et velfungerende tværsektorielt sundhedsvæsen – men vi tror på, at vi kan løfte det til et endnu højere niveau.

Behandlingsforløb går ofte på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor. Et velfungerende og gnidningsfrit samarbejde på tværs af sektorer er derfor helt afgørende for, at vi kan understøtte et bedre og sundere liv for den enkelte borger. Samtidig står kommunerne, Region Midtjylland og praksissektoren overfor en række udfordringer: Flere ældre patienter, flere borgere med kronisk sygdom, flere borgere med mere end én (kronisk) sygdom, flere borgere med psykisk sygdom samt øget ulighed i sundhed. Udfordringer, som vi ikke kan løse hver for sig, men som kalder på fælles indsats og handling.

Sundhedsaftalen bygger på den lovgivningsmæssige opgavefordeling på sundhedsområdet, hvor en stærk praksis sektor, kommunale sundhedstilbud og specialiserede hospitaler er forudsætninger for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

Vi har i aftalen fastsat en række fælles visioner, mål, og værdier, som bidrager til, at vi arbejder i samme retning og mod de samme mål. Både når vi er sammen om en indsats. Og når vi arbejder hver for sig.

Denne sundhedsaftale bygger derfor på 3 visioner for et fælles sundhedsvæsen:

- Et sundhedsvæsen på borgerens præmisser
- Sundhedsløsninger tæt på borgeren
- Mere lighed i sundhed

For at vi kan lykkes, kræver det målrettet arbejde med:

- Ensartethed i tilbud
  Grundstrukturen for sundhedsvæsenet i Region Midtjylland skal være så ensartet som muligt. Det betyder, at der skal være en større ensartethed i de kommunale, i de regionale og i de praktiserende lægers tilbud.
- Tilgængelighed
  Kommuner, hospitaler, og praktiserende læger skal være mere tilgængelige. Både i forhold til borgere og til hinanden.
- Udbredelse
  De bedste løsninger udbredes.

Sundhedspolitiske mål

Region Midtjylland, kommunerne og praksissektor har følgende sundhedspolitiske mål for aftaleperioden 2015-2018:

- Flere borgere er trygge, når de i deres behandlingsforløb krydser sektorgrænser
- Flere borgere bevarer tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse i forbindelse med sygdom
- Behovet for akutte indlæggelser reduceres
- Den sociale ulighed i sundhed mindskes
- Bedre sundhed for borgere, som er socialt udsatte
- Bedre sundhed for børn og unge
- Bedre sundhed for borgere med psykisk sygdom

1

Et sundhedsvæsen på borgerens præmisser

Inddragelse af borgeren i eget behandlings- og rehabiliteringsforløb har positiv effekt på både kvalitet, brugertilfredshed og ressourceudnyttelse. Inddragelse af borgeren er derfor en forudsætning for, at vi kan opnå den bedste effekt af de ydelser, vi leverer. Samtidig understøtter det borgeren i at klare mest muligt selv og få indflydelse på egen sundhed. Bedre borgerinddragelse skal også medvirke til at øge ligheden i sundhed.

Et sundhedsvæsen på borgerens præmisser betyder, at vi har øje for borgerens samlede livssituation. Vi inddrager aktivt borgerens og pårørendes viden og ressourcer i patientforløbet. Vi møder borgeren i en ligeværdig dialog, hvor vi lytter til og anerkender den viden og de behov, som borgeren og pårørende har.

Vi inddrager også borgeren, når vi på det organisatoriske niveau videreudvikler eller nytænker indsatser på sundhedsområdet.

'På borgerens præmisser' er et gennemgående tema for hele sundhedsaftalen.

Styrket pårørendeinddragelse

Pårørende kan være helt afgørende støttepersoner for borgere med sygdom. Pårørende har derfor en stor rolle i et patientforløb og kan i mange tilfælde spille ind med viden og ressourcer. En anerkendende inddragelse af pårørende giver bedre behandlings- og rehabiliteringsforløb. Vi vil derfor aktivt inddrage, tage vare på, lytte til og støtte de pårørende.

Tryghed og sammenhæng

Der er stadig borgere, der oplever at falde mellem to stole og oplever utrygge overgange mellem sektorer. Derfor vil kommuner, region og praksissektor videreudvikle et stærkt samarbejde, hvor den fælles indsats bygger på tillid og en veldefineret opgavefordeling. Borgerne skal være trygge, når de i deres behandlingsforløb krydser sektorgrænser. Ingen skal 'slippe' kontakten med borgeren, før den anden har taget over.

Frivillige organisationer og foreninger er aktive medspillere

Vi ved fra forskning, at fællesskab og sociale relationer har betydning for borgerens sundhedstilstand. Det aktive medborgerskab skal også kunne udfolde sig på sundhedsområdet, og vi skal give de bedst tænkelige rammer for, at det kan ske. Vi inddrager derfor frivillige organisationer, når sundhedstilbud udvikles. Samtidigt vil vi styrke indsatsen for, at flere borgere får kontakt til frivillige foreninger og deres tilbud.

Sundhedsindsatsen og arbejdsmarkedsindsatsen spiller sammen

Tidlig indsats og større samtænkning af indsatser er nødvendigt for at fastholde borgere med sygdom i job og uddannelse. Desuden er det en fælles opgave for hospitaler, almen praksis og kommuner at sikre hurtig udredning og behandling af sygemeldte borgere. Arbejdsmarkedsindsatsen skal derfor være en mere markant medspiller i sundhedssamarbejdet. Der skal især være fokus på at få unge med helbredsudfordringer ind på arbejdsmarkedet eller i gang med en uddannelse.



2

Sundhedsløsninger tæt på borgeren

Grundlæggende handler det om, at vi i fællesskab skal udbygge og udvikle et stærkt nært sundhedsvæsen til gavn for borgerne. Vi ved, at en del borgere trives bedst med at være hjemme i vante omgivelser, når de bliver syge, og at det kan være en stor belastning for nogle borgere at være indlagt. Vi skal derfor understøtte, at borgere med sygdom så vidt muligt kan fastholde deres hverdag, men komme på hospitalet, når det er nødvendigt.

Vi kan konstatere, at der i dag indlægges borgere, hvor indlæggelsen kunne være undgået, hvis deres begyndende sygdom var blevet forebygget eller opdaget i tide; hvis sygdommen var velreguleret eller, hvis der var et alternativ til en indlæggelse.

Sundhedsløsninger tæt på borgeren betyder en omlægning af det samlede sundhedsvæsen, og stiller krav til samarbejde på tværs af sundhedsvæsenets aktører. Det medfører en ændring af både hospitalernes, kommunernes og praksissektorens opgavevaretagelse. Men det betyder også en anden rolle for borgeren.

Derfor skal vi i fællesskab udvikle det nære sundhedsvæsen og fortsætte med at udvikle og nytænke løsninger til gavn for borgerne. Omlægningen sker på den grundlæggende præmis, at vi ikke vil gå på kompromis med kvaliteten uanset, hvor kerneopgaven (behandling, pleje og rehabilitering) foregår.

Forebyggelse af akutte forløb, tidlig opsporing og mere behandling i eget hjem/nærmiljø

I aftaleperioden udvikler og tilbyder vi indsatser, så behovet for akutte indlæggelser reduceres. Det kræver, at sundhedsløsningerne er integrerede. Og fordrer en høj grad af tilgængelighed og en høj kvalitet uanset, hvor behandlingen foregår. Det handler eksempelvis om

- tidligt at forebygge, opspore og udrede for sygdomme
- at kommuner udbygger deres akutfunktioner
- let og hurtig adgang til diagnostiske undersøgelser
- at hospitalet tilrettelægger og tidligt forbereder udskrivelsen
- at praktiserende læger tilser patienter i et kommunalt tilbud
- at hospitaler og praktiserende læger understøtter den kommunale indsats
- at hospitaler tilbyder flere 'akuttider' i ambulatorierne
- at det bliver lettere for kommuner og praktiserende læger at få rådgivning fra hospitalet.

Samarbejde om den ældre borger

Ældre borgere har ofte mange kontakter til både hospital, kommune og praktiserende læge. Det er et område, hvor vi i forvejen har haft et betydeligt fokus, men vi må samtidig også konkludere, at der fortsat er akutte indlæggelser og genindlæggelser af ældre borgere, der kan forebygges.

Borgere med kronisk sygdom

I Region Midtjylland har 28 % af den voksne befolkning én kronisk sygdom. 39 % af den voksne befolkning har to eller flere kroniske sygdomme. Det skønnes, at 70-80 % af sundhedsvæsenets ressourcer bruges på behandling og pleje i forbindelse med kroniske sygdomme[1]. Kronisk sygdom opleves som en belastning i dagligdagen af mange, og belastningen stiger med antallet af samtidige sygdomme. Der ligger et stort forebyggelsespotentiale i at bremse udviklingen af en kronisk sygdom og i at forhindre yderligere sygdomme i at opstå. Vi vil derfor forstærke og koordinere monitorering på kronikerområdet med henblik på at kunne forbedre indsatsen for borgere med kroniske sygdomme.

Velfærdsteknologiske løsninger, telemedicin og digital kommunikation

Vi skal udbygge de velfærdsteknologiske løsninger herunder telemedicin. Telemedicin vil i et vist omfang kunne erstatte fysiske ydelser i sundhedsvæsenet og dermed understøtte flere sundhedsløsninger tæt på borgeren på borgerens præmisser. Samtidigt kan telemedicin også bidrage til et tættere samarbejde mellem sundhedspersonalet på tværs af sektorer. Telemedicinske løsninger er et udviklings- og satsningsområde i aftaleperioden.

[1] Hvordan har du det, 2013, bind 1, kap. 8

Eksempler på centrale indsatser:

Tidlig og systematisk opsporing af begyndende sygdom

Tidlig opsporing er en systematisk måde at opdage sygdomme eller faldende funktionsniveau hos borgerne. Formålet er at være på forkant – at handle i tide, inden det eksempelvis resulterer i en hospitalsindlæggelse. Alle kommuner anvender i løbet af aftaleperioden observationsværktøjet TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom). Værktøjet anvendes af hjemmesygeplejersken ved mistanke om ændringer i borgerens tilstand.

Udbygning af kommunale akutfunktioner

De kommunale akutfunktioner udbygges, så akut kommunal indsats kan leveres inden for få timer og kan iværksættes på alle tider af døgnet og alle dage i løbet af ugen. Herved er der mulighed for at iværksætte pleje, observationer og behandling i eget hjem eller nærmiljø – f.eks. kommunale akutpladser, akutteams mv. Hospitaler og praktiserende læger spiller sammen med den kommunale akutfunktion.

Udvikling af akutte ambulante tilbud i hospitalernes ambulatorier

I sundhedsaftaleperioden udvikles og udbygges ambulante akuttider i ambulatorierne/diagnostisk center, hvor hospitalet kan tilbyde en akut ambulatorietid eksempelvis til borgere, hvor praktiserende læge vurderer, at der er brug for en hurtig udredning, men hvor der ikke nødvendigvis er behov for en akut indlæggelse.

Telefonisk rådgivning og vejledning fra hospitalet

Der vil i aftaleperioden være forskellige forsøg med at øge praktiserende læger og kommunernes mulighed for telefonisk rådgivning fra hospitalet.

3

Mere lighed i sundhed

Vi kan konstatere en øget social ulighed i sundhed. Det betyder eksempelvis

- at den fattigste fjerdedel af mænd i gennemsnit lever 10 år kortere end den rigeste fjerdedel.
- at kroniske sygdomme forekommer oftere hos personer med en kort uddannelse end hos personer med en lang uddannelse.
- at socialt udsatte borgere lever 22 år kortere end den øvrige befolkning.

Vi kan også konstatere social ulighed, når det handler om at få udbytte af behandlingen. Et eksempel på dette er, at højtuddannede har 23 % større chance end lavtuddannede for at få deres blodtryk behandlet rigtigt.

Den sociale ulighed i sundhed starter allerede i graviditeten. Vi ved, at udviklingen i barnets tidlige leveår (og i graviditeten) lægger grunden til, hvordan barnet senere klarer sig som voksen. Vi ved også, at fattigdom, psykisk sygdom og rusmidler i familien forstærker den negative effekt – og at effekten er kraftigere jo tidligere barnet udsættes for dette[2].

Differentieret indsats

Hvis alle skal have samme udbytte af sundhedsvæsnets ydelser, uanset om det drejer sig om forebyggelse, udredning, behandling, genoptræning eller rehabilitering, er det nødvendigt at behandle borgere forskelligt. Derfor vil vi differentiere indsatsen, så borgere, der kan selv, også får mulighed for det. Mere sårbare brugere af sundhedsvæsenet har behov for mere støtte og mere koordinering af indsatsen – og derfor skal de tilbydes et tættere tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

En differentieret indsats kan også anvendes overfor grupper af borgere, patientgrupper, geografiske områder m.v.

Mere forebyggelse

Forebyggelse er helt afgørende, hvis alle i Region Midtjylland skal have mulighed for at leve et sundt, godt og langt liv. Vi ved, at 60-70 % af den sociale ulighed i dødeligheden kan henføres til rygning og alkohol[3].

Vi vil derfor tænke sundhedsfremme og forebyggelse på alle niveauer på tværs af sektorgrænser. Og udvikle nye former for samarbejde, der understøtter borgerens sundhed og begrænser behovet for behandling og pleje. Det samme gælder i forhold til træning og genoptræning.

- Knap 20% af Region Midtjyllands borgere ryger dagligt
- 70 % af rygerne har et ønske om at stoppe med at ryge
- Knap halvdelen af mænd med kort uddannelse i alderen 25-34 år ryger dagligt
- 22 % af befolkningen i Region Midtjylland har et risikabelt alkoholforbrug[4].

[2] Sundhedsstyrelsen, (2011), Ulighed i sundhed – årsager og indsatser
[3] (Sundere liv for alle:2014).
[4] Hvordan har du det? 2013, Region Midtjylland

Tidlig forebyggelsesindsats overfor børn og unge

Alle børn fødes med et potentiale, men med forskellige vilkår og muligheder for at indfri det. Derfor satser vi på en fælles tidlig forebyggelsesindsats overfor børn og unge herunder en tidlig og sammenhængende indsats for sårbare gravide og familier.

I den seneste 'Hvordan har du det' undersøgelse fremgår det, at der er et betydeligt forebyggelsespotentiale blandt de unge. Vi styrker derfor den samlede forebyggelsesindsats overfor unge.

- 14% af de unge ryger dagligt.
- 28% af de unge drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen.
- 25% af de unge er overvægtige.
- 23% af de unge dyrker ofte usikker sex

Bedre sundhed for borgere med psykisk og somatisk sygdom

Borgere med alvorlig psykisk sygdom har større risiko for at dø tidligt sammenlignet med den øvrige befolkning. Det skyldes bl.a, at de ofte har:

- En eller flere somatiske sygdomme.
- Vanskeligt ved at finde rundt i behandlingssystemet.
- Svært ved at møde op og fastholde en behandling.

Der har traditionelt været en adskillelse mellem behandlingen af borgere med psykisk sygdom og borgere med somatisk sygdom. I praksis har det betydet, at en række borgere med psykisk sygdom er underbehandlede for mulige somatiske sygdomme. Der er brug for, at indsatserne integreres.

Vi vil derfor gentænke vores indsatser og udvikle nye måder at samarbejde på. Samarbejdsformer, hvor den psykiatriske indsats, den socialpsykiatriske indsats, arbejdsmarkedsindsatsen og det resterende sundhedsvæsen inddrages. Det gælder også for de mest udsatte borgere, som ved siden af psykiske og somatiske lidelser også har et misbrug.



Eksempler på centrale indsatser:

Flere henvisninger til kommunale forebyggelsesindsatser

Sektorvis er der gode forebyggelsesindsatser, men der er ikke tilstrækkeligt med henvisninger på tværs af sektorer. Derfor styrker hospitaler og praktiserende læger screeningen for KRAM-faktorer og henviser til kommunale sundhedstilbud. Samtidig skal der være let og enkel indgang for henvisninger fra hospitaler og praktiserende læger til kommunale sundhedstilbud.

Differentieret indsats

Borgere, med mange samtidige udfordringer og lav mestringsevne, skal tilbydes en særlig tværfaglig og tværsektoriel indsats. Hospitaler, kommuner og almen praksis indfører derfor et fælles dialogværktøj, hvor borgeren screenes ud fra sygdomskompleksitet og mestringsevne.

Forebyggelse af langtidssygemeldinger

Der afprøves forsøg på psykiatriområdet med forskellige modeller for 'hotline' hos kommunen, hvor den praktiserende læge eller regionspsykiatrien kan ringe til hotline i kommunens sygedagpengeafdeling for råd og vejledning om hurtig indsats. Kommunen kan endvidere tilbyde borgere med risiko for langtidssygemelding samtaler med fastholdelseskonsulenter.

Forebyggelse unge – 16-24 årige

Indsatsen for at screene unge for KRAM styrkes. Samtidigt skal der afprøves modeller for rådgivningstilbud, som kun er for unge. Eksempelvis afprøves såkaldte 'ungemodtagelser', som er én indgang til en række rådgivningsfunktioner, hvor den unge frivilligt kan møde op i et tilbud kun for unge og få rådgivning om fx sociale eller psykologiske udfordringer, rådgivning om seksuel sundhed og graviditet mv.

Styrket indsats for sårbare gravide/familier

Der indføres en samlet koordineret indsats overfor sårbare gravide/familier. Indsatsen omhandler bl.a. tidlig og systematisk opsporing samt etablering af tværgående og tværfaglige sårbarteam (som i samarbejde med den gravide planlægger og koordinerer interventionen).

Bedre behandling og forebyggelse til borgere med både psykisk og somatisk sygdom

Hospitaler, praktiserende læger og kommuner styrker KRAM-screening af borgere med psykisk sygdom og henviser til kommunale forebyggelsestilbud.

Behandlingsindsatsen styrkes, så alle patienter, der henvises til psykiatrien – er udredt for somatiske sygdomme og relevant behandling er igangsat, og den somatiske del af behandlingen indgår i udarbejdelsen af udskrivningsaftalen/koordinationsplanen. Endvidere styrkes medicinindsatsen overfor borgere med psykisk sygdom.

4

Kvalitet, innovation og økonomi

Region Midtjylland, kommunerne og praksissektoren har fokus på høj kvalitet i den samlede sundhedsindsats. Og fokus på, at borgerne er tilfredse med de ydelser, de modtager. Samtidigt skal sundhedsvæsenet drives samfundsøkonomisk forsvarligt. Der stræbes derfor efter at opnå størst mulig effekt af de indsatser, som vi bruger penge på.

Regionen, kommunerne og praksissektoren er underlagt forskellige rammer og er præget af forskellige styringslogikker og kulturer. Det har også en betydning for, hvordan der arbejdes med kvalitet. Det er en ambition, at fælles kvalitetsudvikling udvikles og udbygges i aftaleperioden.

I denne aftale vil den fælles monitorering tage afsæt i den såkaldte 'Triple aim tilgang'.[5]

Indsatserne måles på:

- Sundhedstilstanden for den gruppe af borgere, som modtager indsatsen (population)
- Kvaliteten for borgeren
- Omkostninger pr. borger

Forskning

Region Midtjylland og kommunerne har dannet samarbejdskonstruktionen "Folkesundhed i Midten" for i fællesskab at støtte forsknings- og udviklingsarbejdet i regionen.

Med det formål at styrke forskningsområdet for folkesundhedsområdet er der etableret et formaliseret samarbejde mellem kommuner, region, almen praksis og Aarhus Universitet, hvor der er udarbejdet en fælles tværsektoriel handleplan for forskningssamarbejdet.

Kompetenceudvikling og videndeling

Et stærkt nært sundhedsvæsen stiller øgede krav til kompetenceudvikling og forudsætter, at de rette kompetencer og kvalifikationer er til stede. Vi prioriterer derfor fælles kompetenceudvikling, som også vil kunne bidrage til bedre sammenhængende forløb, fordi medarbejdere og ledere vil få et bedre indblik i den anden sektors opgavevaretagelse og vilkår.

Innovation

Der er en fælles erkendelse af, at vi er nødt til at handle og tænke radikalt anderledes, og at det ikke er tilstrækkeligt, at vi gør det i hver vores silo. Innovation af opgaveløsningen er derfor et gennemgående tema i den kommende aftaleperiode, og der igangsættes en række fælles innovationsprojekter.

Økonomi

Alle dele af sundhedsvæsenet er underlagt en stram økonomisk styring. Det er derfor vigtigt, at midlerne bruges på den mest effektive måde og med maksimal effekt for borgerne.

Der er behov for at sikre gennemsigtighed både i forhold til aktivitet og økonomi. Udviklingen af sundhedsvæsenet vil betyde en omlægning af opgavevaretagelsen herunder også opgaveoverdragelse og udbredelse. Det har betydning fagligt såvel som økonomisk for de enkelte aktører. Et grundlæggende princip for opgaveoverdragelse bør derfor være gennemsigtighed i de økonomiske og faglige konsekvenser, og at der er enighed mellem region og kommuner.

Implementering

Implementeringen af indsatserne i sundhedsaftalen vil ske

[5] Triple Aim er fokuseret kvalitetsarbejde for en population fx- en sygdomsgruppe eller et geografisk område.



løbende i hele aftaleperioden. Således vil nogle indsatser gælde fra 2015, mens andre vil blive udviklet og aftalt nærmere i perioden. Indsatserne i sundhedsaftalen har forskellig karakter. Nogle indsatser er forholdsvis veludviklede på baggrund af fx et tidligere udviklingsarbejde og dermed klar til implementering fra 2015. Andre indsatser har i højere grad karakter af at være udviklingsindsatser, hvor der først skal udvikles nye løsninger på en given udfordring. Og hvor implementeringen vil blive aftalt nærmere i perioden.

Implementeringsprocessen skal være præget af faglig og økonomisk gennemsigtighed. Det betyder eksempelvis, at afprøvninger af initiativer vurderes med afsæt i triple aim metoden, så der foreligger et godt beslutningsgrundlag for de videre beslutninger om eksempelvis udbredelse. Udbredelse kan ske i flere trin. Gennemsigtighed betyder også, at Sundhedskoordinationsudvalget inviterer til en løbende dialog og inddragelse af de regionale og kommunale politiske niveauer i forbindelse med implementeringen.

Der er udarbejdet en arbejdsplan for implementeringen (bilag til sundhedsaftalen), der løbende justeres, hvis der er behov for det.

Sundhedsaftalen og praksisplanen

Sundhedsaftalen og praksisplanen skal ses i sammenhæng. De opgaver, som almen praksis forpligtes til at udføre i kraft af sundhedsaftalen (og som ligger ud over den centrale overenskomst), beskrives i praksisplanen og følges op af en underliggende aftale. Praksisplanen vil på denne vis udgøre den ramme, der sikrer grundlaget for sundhedsaftalens gennemførelse i forhold til almen praksis.

5 Mål og sigtelinjer

Sundhedskoordinationsudvalget vil løbende følge op på sundhedsaftalen og på konkrete indsatser. Opfølgningen vil ske med afsæt i såkaldte indikatorer eller sigtelinjer, som kan give en pejling af, hvorvidt kvaliteten og resultaterne forbedres. Sundhedsaftalens mål understøtter de nationale sundhedsmål.[6]

Mål	Baseline (giver et billede af den nuværende situation)	Sigtelinjer (Hvad stræber vi efter) [7]
Flere borgere er trygge, når de i deres behandlingsforløb krydser sektorgrænser.	I 2013 oplever 89% af patienterne et positivt tværsektorielt samarbejde om udskrivelsen.[8] I 2013 oplever 82% af borgere med psykisk sygdom i højere grad sammenhæng mellem sektorer.[9]	Mere end 95% af patienterne (somatik) skal opleve et positivt tværsektorielt samarbejde om udskrivelsen. 90% af borgere med psykisk sygdom skal opleve en højere grad af sammenhæng mellem sektorer.
Flere borgere bevarer tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse i forbindelse med sygdom. [10]	2013 Blandt borgere i alderen 25-64 år med mindst 1 kronisk sygdom har 49% blandt de kortuddannede arbejde (mod 74% for mellemlang uddannelse og 80% for højtuddannede) Blandt borgere i alderen 25-64 år med en psykisk lidelse har 48% arbejde (mod 82% i resten af befolkningen).	Andelen af borgere med mindst én kronisk sygdom, og som er i arbejde, skal stige. Samtidigt skal borgere med korterevarende uddannelse opleve den største stigning. Andelen af borgere med psykisk sygdom, og som er i arbejde, skal stige.
Behovet for akutte indlæggelser reduceres	Baseline for 2014 udarbejdes. I 2013 var der 16.391 forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser for de 64+årige. Baseline for 2014 udarbejdes.	Færre akutte indlæggelser. Færre forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser for 64+ årige. Færre genindlæggelser af nyfødte.
Mindske social ulighed i sundhed[10] - Bedre fysisk og mental sundhed	2013: 14% af borgerne har dårligt selvvurderet helbred. 24% har nedsat livskvalitet. 26% af de kortuddannede har dårligt selvvurderet helbred og 36% har nedsat livskvalitet. 8% af de højtuddannede har dårligt selvvurderet helbred, 18% har nedsat livskvalitet.	Andelen af borgere, der har dårlig selvvurderet helbred og nedsat livskvalitet, skal samlet set reduceres. Reduktionen skal være størst hos borgere med en kortere uddannelse, så forskellen mellem borgere med korte og lange uddannelser bliver mindre.

Fortsættes

[6] Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år.
[7] Det er ofte vanskeligt at fremskaffe håndfast viden om effekten af tværsektorielle indsatser. Men ved at bruge sigtelinjer eller såkaldte indikatorer kan vi få en pejling af, om kvaliteten på et område bliver dårligere eller bedre. Men det er ikke en facitliste.
[8] Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser(spm 18, 19)

- Færre, der ryger	27% med kortere uddannelse er storrygere.	Andelen af storrygere (daglige rygere), og som har en korterevarende uddannelse, skal reduceres til 20%.
- Færre har et skadeligt forbrug af alkohol	7% af borgerne har højrisikoforbrug af alkohol.	Andelen af borgere med højrisikoforbrug af alkohol skal reduceres til 5%.
- Færre er svært overvægtige	16% af borgerne er svært overvægtige. 23% af de kortuddannede er svært overvægtige.	Andelen af svært overvægtige borgere skal reduceres til 14%. For kortuddannede skal andelen falde til 19%.
- Flere bevæger sig mere	46% af borgerne dyrker ikke idræt eller motion i fritiden. For borgere med kortere uddannelse er det 62%.	Andelen af borgere, som ikke dyrker idræt/motion i fritiden, skal reduceres til 42%. For borgere med korterevarende uddannelse skal andelen falde til 55%.
Øge sundheden for socialt udsatte borgere	I de mindst velstillede områder (gruppe 5) har 24% dårligt selvvurderet helbred. I gruppe 4 er det 16%.[11]	Andelen af borgere med dårligt selvvurderet helbred i de dårligst stillede geografiske områder, skal reduceres. (sociogeografisk gruppe nr. 4 og 5)
Øge sundheden for børn og unge	2013:[10]	
- Færre unge, der ryger dagligt	14% af de unge ryger dagligt.	Andelen af unge, der ryger dagligt, skal reduceres.
- Flere unge, der er fysisk aktive	13% af de unge er fysisk inaktive.	Andelen af unge, der er fysisk inaktive, skal reduceres.
- Mindre fravær til skole/daginstitution for børn, henvist til børne/ungdomspsykiatrien	Baseline skal udarbejdes.	Fraværsprocenten til skole/daginstitution reduceres for børn henvist til børneungepsykiatrien.
Øge sundheden for borgere med psykisk sygdom	2013:[10] 42% af borgere med psykisk sygdom har dårligt selvvurderet helbred.	Andelen af borgere med psykisk sygdom og dårligt selvvurderet helbred skal reduceres.
	23% af borgere med psykisk sygdom har svær overvægt (BMI 30+)	Andelen af borgere med psykisk sygdom og svær overvægt skal reduceres.
	57% af borgere med psykisk sygdom dyrker ikke motion i fritiden.	Andelen af borgere med psykisk sygdom, og som ikke dyrker motion i fritiden, skal reduceres.
	10% af borgere med psykisk sygdom drikker mere end 14/21 genstande pr. uge.	Andelen af borgere med psykisk sygdom, som har et risikoforbrug af alkohol, skal reduceres.
	30% af borgere med psykisk sygdom er daglige rygere.	Andelen af borgere med psykisk sygdom, som er dagligere rygere, skal reduceres.

[9] National undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien, 2013 (spm 25)
[10] Hvordan har du det, 2013.
[11] Hvordan har du det, 2013 anvender 5 sociogeografiske grupper, som beskriver befolkningssammensætningen ud fra andel med kort uddannelse, andel udenfor arbejdsmarkedet i den erhversaktive alder, gennemsnitlig bruttoindkomst. Gruppe 1 er de mest velstillede områder, og gruppe 5 er de mindst velstillede områder

