



Til

Sundhedssamarbejdsudvalget og Regionsrådet i Region Hovedstaden, samt Kommunalbestyrelserne i

Albertslund Kommune, Allerød Kommune, Ballerup Kommune, Bornholms Regionskommune, Brøndby Kommune, Dragør Kommune, Egedal Kommune, Fredensborg Kommune, Frederiksberg Kommune, Frederikssund Kommune, Furesø Kommune, Gentofte Kommune, Gladsaxe Kommune, Glostrup Kommune, Gribskov Kommune, Halsnæs Kommune, Helsingør Kommune, Herlev Kommune, Hillerød Kommune, Hvidovre Kommune, Høje-Taastrup Kommune, Hørsholm Kommune, Ishøj Kommune, Københavns Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune, Rudersdal Kommune, Rødovre Kommune, Tårnby Kommune, Vallensbæk Kommune

6. marts 2024

Sagsnr. 04-0000-7

Sundhedsaftalerne 2024-2027

Rammerne for godkendelse af sundhedsaftalerne

Sundhedsstyrelsens tilbagemelding på sundhedsaftalerne fra de fem regioner og kommunerne tager afsæt i vejledningen om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler¹, hvor det fremgår at sundhedsaftalernes overordnede formål, er at bidrage til sammenhæng og koordination af de forløb, der går på tværs af regioner, kommuner og almen praksis med henblik på at borgerne tilbydes en indsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af regionen.

Sundhedsvæsenet skal i disse år i stigende grad håndtere udfordringer som skyldes demografisk udvikling og ændret sygdomsbillede, som udfordrer kapacitet og sammenhængskraft i sundhedsvæsenet. Alle fem sundhedsaftaler forholder sig, inden for de eksisterende rammer, tydeligt til disse udfordringer. Samtidig hermed, har regeringen nedsat en sundhedsstrukturkommission, der med afsæt i præmisserne om et stigende antal patienter, mangel på medarbejdere og en utidssvarende organisation skal opstille og belyse modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet².

Det må forventes, at sundhedsstrukturkommissionens arbejde kan få konsekvenser for det tværsektorielle samarbejde og dermed også for arbejdet med sundhedsaftaler. Sundhedsstyrelsen har ikke i gennemgangen af de foreliggende sundhedsaftaler taget højde for mulige scenarier for eventuelle strukturelle ændringer på området, herunder opgavefordeling og organisering.

Sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen

Sundhedsstyrelsen har den 9. januar 2024 modtaget sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen til vurdering.

Vi kan hermed meddele, at sundhedsaftalen er godkendt.

Godkendelsen beror på, at sundhedsaftalen opfylder formål og krav i bekendtgørelse og vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler. I vurderingen er der ikke taget stilling til, om konkrete

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

¹ <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2024/9008>

² https://ism.dk/Media/638155858694707988/Final_kommissorium.pdf

samarbejdsaftaler m.v. overholder gældende lovgivning, men dette anses som en forudsætning for indgåelse af sundhedsaftalen.

Det skal bemærkes, at en revideret version af vejledningen er udgivet i januar 2024. I den nye vejledning er de formelle krav til Sundhedsstyrelsens godkendelse uændret. Den nye vejledning er tilpasset indførelse af de nye sundhedsklynger, som er indarbejdet i sundhedsaftalen.

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

Generelt

Sundhedsstyrelsen vurderer, at sundhedsaftalen på relevant vis beskriver den overordnede ramme for udviklingen af det tværsektorielle samarbejde i regionen.

Sundhedsstyrelsen bemærker at regionen viderefører målsætninger fra sidste aftaleperiode, fx fokusområdet omhandlende at være sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom. Denne og øvrige videreførte fokusområder vurderer Sundhedsstyrelsen stadig som relevante, for nutidige og fremtidige udfordringer.

Sammenhæng til de nationale mål for sundhedsvæsenet

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er tydelig sammenhæng mellem de fælles forpligtende målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet, samt aftalens udvalgte fokusområder og målgrupper, og de otte nationale mål for sundhedsvæsenet, jf. vejledningens afsnit 3.2.

Afsæt i grundlaget for samarbejde om målgrupper og indsatser

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at det fremgår, at sundhedsaftalen er udarbejdet med afsæt i det fælles grundlag for fastlæggelse af målgrupper og indsatser, jf. vejledningens afsnit 3.4, hvilket bl.a. ses i afsnittet om 'Vores visioner – Sammen om sundhed'.

Øvrigt

Indledningsvist bemærker Sundhedsstyrelsen, at der er et relevant fokus på omstillingen til det primære sundhedsvæsen, og det fælles ansvar herom, mellem kommuner, region og almen praksis.

Dertil bemærker Sundhedsstyrelsen, at aftalen på relevant vis, forholder sig til og adresserer væsentlige udfordringer, som det samlede sundhedsvæsen står overfor. Dette gælder fx rekrutteringsudfordringer, hvor det indgår som en del af principperne for samarbejdet, at der skal være fokus på medarbejdernes medindflydelse, faglige udvikling og fokus på kerneopgaven.

På samme vis beskrives også øget brug af sundhedsteknologiske løsninger i de fælles principper, og hvordan disse bl.a. kan anvendes til at frigøre tid til kerneopgaven.

Sundhedsaftalen tager afsæt i det fælles populationsansvar både samlet i regionen samt i sundhedsklyngerne, bl.a. med afsæt i data, hvilket Sundhedsstyrelsen ser som relevant.

Sundhedsstyrelsen bemærker desuden, at det fremhæves som væsentligt, at der i arbejdet med konkrete indsatser i sundhedsklyngerne skal indtænkes samarbejde med en række aktører og tilgrænsende områder, såsom civilsamfundet og andre forvaltningsområder. Sundhedsstyrelsen ser det som positivt, at rammen for aftalen har fokus på at sikre en sammenhængende indsats for borgeren, med bred inddragelse af aktører.

Afslutningsvis bemærker Sundhedsstyrelsen, at datadeling er indskrevet som et af de fælles principper for samarbejdet, og at der ønskes at arbejde for at mere viden og data kan deles på tværs af klynger og sektorgrænser, hvilket Sundhedsstyrelsen ser som positivt. Vi bemærker endvidere, at det er positivt, at regionen vil anvende eksisterende og landsdækkende datakilder til at følge aftalen og udviklingen af fokusområderne.

Rådgivning

Versionsnummer bør tilføjes Sundhedsaftalen, jf. vejledningens afsnit 5.1.

Ved særligt behov for at udvælge målgrupper og indsatser i det tværsektorielle samarbejde, anbefaler vi, at der fremadrettet tages udgangspunkt i viden og data, jf. vejledningen afsnit 3.4.

Vi anbefaler, at aftalen konkretiseres ved (udover i samarbejdsaftalerne) at beskrive fx delmål og succeskriterier, for bl.a. at demonstrere, hvordan man vil indfri målene og dermed understøtte gennemsigtighed i det forpligtende samarbejde, jf. vejledningen afsnit 3.2.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der i de enkelte sundhedsklynger, opstilles selvstændige mål for arbejdet i klyngen inden for aftalens rammer med udgangspunkt i de lokale udfordringer og behov, fx i forhold til særlige indsatser, for at imødegå sammenhængsproblematikker i sundhedsklyngens population eller evt. lokale folkesundhedsmæssige udfordringer og sygdomsbyrder, jf. vejledningen afsnit 2.1.

Når aftalens samarbejdsaftaler videreudvikles, anbefaler vi, dels at samarbejdsaftalerne stemmer overens med den nye Sundhedsaftale, dvs. målsætninger, rammer/principper for samarbejde mv., så aftalen bliver realiserbar, dels at sikre sammenhæng til vejledningens afsnit 3.1 om nye modeller for samarbejde og 3.2 ramme for samarbejdsaftaler samt øvrige nationale anbefalinger og vejledninger (fra bl.a. Sundhedsstyrelsen).

Implementering og opfølgning

Sundhedsaftalen er indgået, når den er godkendt af både regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen og indsendt til Sundhedsstyrelsen senest den 1. juli i regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiodes andet år.

Ikrafttræden af aftalen behøver ikke afvente Sundhedsstyrelsens godkendelse. Det skal fremgå af aftalen, hvornår den træder i kraft. Sundhedsaftalen er gældende, indtil en ny aftale træder i kraft, og varigheden af aftalen er i udgangspunktet fire år fra ikrafttrædelsesdatoen.

Sundhedssamarbejdsudvalget skal, i dialog med sundhedsklyngerne, sikre implementeringen af samt opfølgningen på sundhedsaftalen, herunder én gang årligt vurdere behovet for at revidere dens indhold. Derudover har udvalget ansvaret for udarbejdelse af en midtvejsstatus i midten af aftaleperioden, der senest to år inde i perioden, sendes til Sundhedsstyrelsen til orientering, samt en slutstatus, der sendes til Sundhedsstyrelsen til orientering senest et halvt år inden udløb af sundhedsaftalen.

Regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen skal offentliggøre den indgåede sundhedsaftale på deres hjemmesider.

Sundhedsstyrelsen offentliggør de godkendte sundhedsaftaler samt styrelsens meddelelser til regionsrådet og kommunalbestyrelserne på styrelsens hjemmeside, hvor også midtvejsstatus og slutstatus offentliggøres, efter sundhedssamarbejdsudvalgene har indsendt disse til Sundhedsstyrelsen.

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

Sundhedssamarbejdsudvalget bør også have fokus på, at eksempelvis økonomiforhandlingerne, og andre nationale aftaler, herunder mulige konsekvenser af Sundhedsstrukturkommissionens arbejde, kan medføre behov for revision af sundhedsaftalen.

Såfremt der er faglige spørgsmål til ovenstående, kan Morten Bundgaard: MOBO@sst.dk / tlf. 9351 8489 eller Stine Skaanning Vestergaard: STSV@sst.dk / tlf. 2381 3287 kontaktes.

Med venlig hilsen



Tanja Popp

Enhedschef

Primære Sundhedsvæsen