

Notat: Proces- og organisationsplan 3. generations sundhedsaftale

Dato 11-12-2013

Linda Kirkegaard

Dorthe Klith

Tel. +45 7841 2203

Linkir@rm.dk

1-30-72-228-12

1. Indledning	1
2. De overordnede rammer og hensyn	1
3. Struktur og metode.....	2
4. Organisering	4
5. Proces	9
6. Tidsplan	12

Side 1

1. Indledning

Manglende sammenhæng og samarbejde i patientforløbene er både dyrt for samfundet og u hensigtsmæssigt for borgeren. Samtidig stiller sundhedsvæsnets udvikling større og større krav om et bedre samarbejde mellem praksisområdet, hospitaler og kommuner.

Sundhedsaftalen er netop et redskab til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i forløb, der går på tværs af sektorer. Den gældende sundhedsaftale udløber med udgangen af 2014, og en ny skal indgås gældende for perioden 2015-2018. Vi tager derfor hul på en proces for udarbejdelsen af den kommende sundhedsaftale.

2. De overordnede rammer og hensyn

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har meldt ud, at der kommer en ny bekendtgørelse og vejledning i slutningen af 2013. Af høringsudkast udsendt den 4. november 2013 fremgår følgende overordnede rammer:

- 1 sundhedsaftale i stedet for 19
- 4 nye obligatoriske indsatsområder hvor psykiatri og somatik er tværgående:
 - Forebyggelse
 - Behandling og pleje

- Rehabilitering, herunder træning
- Sundheds-it og digitale arbejdsgange
- Tværgående temaer
 - Arbejdsdeling og samarbejde, herunder videndeling og sundhedsfaglig rådgivning imellem sektorer
 - Koordination og kapacitet
 - Inddragelse af patienter og pårørende
 - Lighed i sundhed
 - Dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling

Sundhedsaftalen retter sig mod en bred vifte af indsatser: psykiatri, somatik, børn, unge, voksne, ældre, sundhedsfremme, forebyggelse, rehabilitering, behandling, patientsikkerhed mv.

Der er følgende overvejelse/hensyn, den kommende sundhedsaftale skal tage hensyn til:

- Inddragelse af patienter og pårørende kræver, at vi bliver langt bedre til at inddrage borgerens behov, evner og ønsker. Det gælder både i indsatsen overfor den enkelte borger, men det handler også om at inddrage borgere i udviklingen af nye indsatser
- Vision, værdier og fælles målsætninger kræver, at vi laver færre, men bedre målbare mål på politisk niveau
- Skabelse af politisk ejerskab til sundhedsaftalen
- Sikring af inddragelse og ejerskab fra almen praksis og frontpersonalet
- 1 sundhedsaftale frem for 19 stiller krav til, at alle hospitaler og alle kommuner kan leve op til indholdet
- En mere helhedsorienteret tilgang kræver, at vi også inddrager forhold, som ikke knytter sig specifikt til sundhedsområdet, men omhandler f.eks. beskæftigelsesområdet, frivillige foreninger og organisationer, socialøkonomiske virksomheder mv.
- Et integreret sundhedsvæsen kræver, at der samarbejdes både på tværs af sektorer og på tværs af fagligheder
- Kommunikation: vigtigt at tage stilling til, hvordan kommunikationen afpasses ift., hvem sundhedsaftalen retter sig mod (ledelse, frontpersonale, politikere)
- Form og struktur: Som udgangspunkt lægges der op til at opdele aftalen i en politisk del og en sundhedsfaglig del. Men der skal også tages stilling på et mere detaljeret niveau
- En dynamisk aftale frem for en statisk, hvor der er mulighed for at justere/tilrette løbende

3. Struktur og metode

Sundhedsaftalen opdeles i en politisk aftale og i en sundhedsfaglig aftale. Den politiske aftale rummer vision, værdier og en række overordnede politisk strategiske mål samt opfølgning på disse. Det tilstræbes, at de politiske mål er overordnede og tværgående ift. de nævnte temaer i vejledningen. Den sundhedsfaglige aftale rummer dels aftale om snitflader på det pågældende område, aftale om særlige indsatsområder, delmål samt monitorering og opfølgning på disse.

I tredje generations sundhedsaftalen anlægges en fælles ramme med udgangspunkt i tre mål – populationens sundhedstilstand, den kliniske og brugeroplevede kvalitet samt omkostninger per capita¹. Dette for at synliggøre og medvirke til, at alle ved, hvad den overordnede vision for det tværsektorielle sundhedsvæsen er, og at man arbejder målrettet på at indfri den. Således er der en rød tråd fra visionen ned til de enkelte aftaleområder/indsatser, der iværksættes.

Der arbejdes med følgende målhierarki: vision, politisk strategiske mål, indsatser og nøgletal/mål.

Under hver søger vi at forbedre populationens sundhedstilstand, den kliniske og den brugeroplevede kvalitet samt omkostninger per capita.

Vision

Sundhedskoordinationsudvalget formulerer en vision. Visionen skal beskrive vores fælles billede af, hvad vi vil opnå i det tværsektorielle sundhedsvæsen.

Politisk strategiske mål

Sundhedskoordinationsudvalget udpeger de vigtigste mål for, at vi kan opnå vores vision.

Politisk strategiske mål er de valg, vi gør, for at opnå vores vision på længere sigt. De formuleres som overordnede mål, der giver retning. Politisk strategiske mål besvarer spørgsmålet: *Hvad er de allervigtigste mål for, at vi kan opnå vores vision?*

Indsatser

De politisk strategiske mål giver retning, men for at kunne omsættes til praktisk handling, må de konkretiseres yderligere.

Indsatser besvarer spørgsmålet: *Hvad vurderer vi har størst betydning for at opnå de politisk strategiske mål?*

Dvs. temagrupper stiller sig selv spørgsmålet: *Hvilke indsatser/aftaler skal udvikles og formuleres for at opnå de politisk strategiske mål?*

Nøgletal/mål

For, at alle ved, at vi er på rette vej, kræves hurtig opfølgning – dette kræver oplistning af målbare mål.

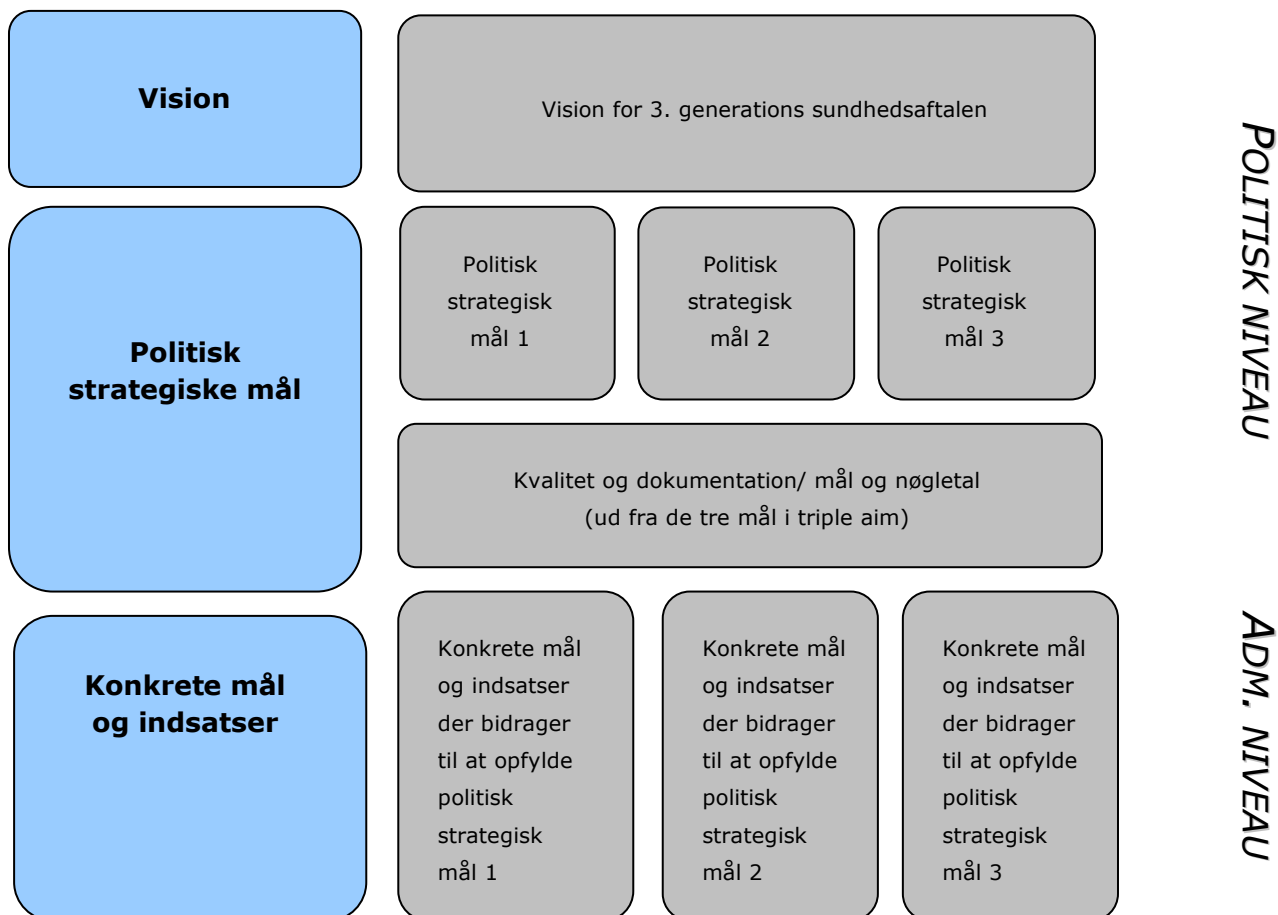
Hvordan måler vi vores politisk strategiske mål og på vores indsatser?
Oplistning af mål og nøgletal på overordnet niveau og på indsatsniveau.

Nøgletal giver information om noget væsentligt og af strategisk betydning. Det er vigtigt, at vi ikke bare måler for målingens skyld, men at det er velovervejet.

¹ Triple aim tankegangen udviklet af IHI

Vi måler for at kunne følge op, styre i ønske retning, kunne hjemføre resultater, egen udvikling over tid, drive udvikling fremad, læring, at blive bedre.

Figur 1: Illustration af målhierarki i 3. generations sundhedsaftalen



4. Organisering

I forbindelse med det kommende arbejde med udarbejdelse af 3. generations sundhedsaftalen, skal der tages stilling til organiseringen.

Der er følgende hensyn:

- Organiseringen skal være effektiv og adræt, og der skal være mulighed for løbende at træffe beslutninger på tværs af sektorer
- At de nødvendige ledelsesmæssige og faglige kompetencer er til stede
- At kvalitetsmål, indikatorer og opfølgning spiller en større rolle
- At aftalen lever op til den ændrede struktur i den nye bekendtgørelse og vejledning samtidig med, at der tages stilling til, om der er nye områder, der skal være særlig fokus på

En ny organisering skal være på plads, så temagrupperne kan påbegynde skrivearbejdet primo januar 2014.

Ny bekendtgørelse og vejledning for området indgår som en væsentlig del af temagruppernes opgaveportefølje.

Sekretariat for udarbejdelsen af sundhedsaftalen

Overordnet nedsættes et fælles sekretariat for udarbejdelsen af sundhedsaftalen bestående af 2 kommunale repræsentanter, 2 regionale repræsentanter og 1 repræsentant fra almen praksis.

Sekretariatet er:

- Pennefører på den politiske sundhedsaftale. Dette vil foregå i tæt dialog med formandskaberne for de respektive temagrupper.
 - Sekretariatet er bl.a. pennefører på de politisk strategiske mål, vision, værdier mv.
- Understøtter koordinering og dialog:
 - Understøtte koordinering på tværs af temagruppeområderne
 - Sikre løbende dialog mellem temagrupper, Sundhedsstyregruppe og Sundhedskoordinationsudvalg
 - koordinere og understøtte nedsættelse af ad hoc arbejdsgrupper
 - afholdelse af fælles temagruppe-formandskabsmøder

Sekretariatet refererer til Sundhedsstyregruppen.

Temagrupper

Derudover nedsættes to typer temagrupper – hovedspor samt tværgående og understøttende temagrupper. Overordnet har grupperne til opgave at omsætte de overordnede politikker/strategiske mål i sundhedsaftalen til indsatser og aftaler på det pågældende område. Denne del er indeholdt i den sundhedsfaglige aftale.

Temagrupperne har ansvar for:

I processen for udformning af sundhedsaftalen:

- bidrage med input til den politiske sundhedsaftale
- udvikle indsatser/aftaler, der kan bidrage til, at de overordnede politisk strategiske mål kan blive opfyldt
- udvikle konkrete faglige målsætninger på området
- formulere den sundhedsfaglige aftale

Efterfølgende:

- følge op på sundhedsaftalen på tværs af klynger herunder følge op på indsatser samt nøgletal på området
- behandle generelle problemstillinger og udfordringer på området
- proaktivt i gangsatte udviklingsinitiativer på tværs af klynger
- Bidrage med indspil til de strategiske drøftelser i Sundhedsstyregruppen
- Indsamle viden og løbende sprede viden til klyngerne om indsatser, der har god effekt
- Identificere indsatser med potentiale for udbredelse
- Understøtte udbredelsen af indsatser på tværs
- Bidrage til, at der på tværs af klynger skabes netværk på området

Temagrupper mødes 3-4 gange om året.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen kan mødekadencen øges.

Hovedspor temagrupper

Af udkast til vejledningen til sundhedsaftaler fremgår det, at der skal udarbejdes aftaler inden for fire hovedtemaer: Forebyggelse, behandling og pleje, rehabilitering herunder træning, sundheds-it herunder digitale arbejds gange. Der er således tale om aftaler af mere generel karakter.

Herunder vil der være en række afsnit, som retter sig mod bestemte målgrupper (f.eks. misbrugere, akutte patienter, patienter med psykisk sygdom mv.). Det fremgår endvidere, at sundhedsaftalen skal understøtte den sammenhængende indsats for patienter med samtidige forløb i flere sektorer. Sundhedsaftalen skal derfor både sikre sammenhæng ved sektorovergange, f.eks. ved en udskrivelse samt mellem samtidige relaterede indsatser, f.eks. rehabilitering som igangsættes inden, at behandlingen er afsluttet. Der skal derfor også ske en koordinering på tværs af områderne.

Sammensætning

Der er behov for, at hovedtemagrupperne er sammensat tværfagligt og tværsektorielt på ledelsesniveau. Når der er brug for særlig faglig ekspertise indkaldes dette ad hoc. Eller temagrupperne nedsætter en mindre midlertidig arbejdsgruppe med den tilstrækkelige faglige kompetence. Temaer, der går på tværs af f.eks. to temagrupper, varetages i en arbejdsgruppe under temagrupperne med de relevante faglige kompetencer (f.eks. den akutte patient, som både rummer psykiatriske og somatiske patienter). Formandskaberne aftaler rollefordelingen.

Hovedtemagrupperne er stående, men sammensætning og kommissorier kan justeres.

Der tages afsæt i følgende principper:

- 5 ledelsesrepræsentanter fra kommunerne (1 fra hver klynge – f.eks. sundhedschef, beskæftigelseschef mv.)
- 5 ledelsesrepræsentanter fra hospitalerne (1 fra hver klynge)
- 1 repræsentant fra PLO
- 1 repræsentant fra Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland
- 2 repræsentanter fra psykiatri temagrupperne
- 1 repræsentant fra kvalitetudviklingsgruppen
- 1 repræsentant fra økonomi og opfølgingsgruppen
- 2 sekretærer (1 kommunal, 1 regional)

I forbindelse med udpegningen skal der tages højde for tværfagligheden.

Formandskab og sekretariat

Der er delt formandskab mellem region og kommuner. Region og kommune stiller hver med en sekretær for temagrupperne.

1-2 gange om året arrangeres tværfaglig temadag, hvor formandskaberne mødes på tværs om tværgående indsatser. Dette skal bidrage til en bedre koordinering på tværs af områderne. Endvidere vil det være en central opgave for det enkelte formandskab undervejs i

skriveperioden at holde sig orienteret om arbejdet i de øvrige temagrupper, og derved håndtere eventuelle snitflader.

Kompetence

- Hovedtemagrupperne refererer til Sundhedsstyregruppen
- Hovedtemagruppen har kompetence til at træffe beslutning om sundhedsfaglige forhold i tilknytning til sundhedsaftalen, som ikke har en væsentlig økonomisk, kvalitetsmæssig eller organisatorisk betydning
- Sundhedsstyregruppen orienteres løbende
- 1 gang om året mødes Sundhedsstyregruppen med formandskaberne
- Temagruppen kan nedsætte ad hoc arbejdsgrupper
- For at styrke patientinddragelsen i udviklingen af indsatser får alle temagrupper til opgave at tilvejebringe denne inddragelse f.eks. ved, at 1-2 patienter deltager i udformningen af sundhedsaftalen
- Temaer, der går på tværs af f.eks. to temagrupper, varetages i en arbejdsgruppe under temagrupperne med de relevante faglige kompetencer (f.eks. den akutte patient, som både rummer psykiatriske og somatiske patienter) – sekretariatet bistår koordinering
- Inddrage ekspertise fra de understøttende temagrupper (Økonomigruppen, Kvalitetudviklingsgruppen)
- Tæt dialog med de tværgående temagrupper

Der nedsættes følgende tre hovedtemagrupper:

- forebyggelse
- behandling, pleje, rehabilitering og træning)
- sundheds-it og digitale arbejdsgange.

Der nedsættes tre grupper frem for fire, da det vurderes, at det sammenhængende patientforløb bedst varetages ved, at behandling og pleje integreres med rehabilitering og træning.

Forebyggelse:

Opgaven retter sig bl.a. mod aftaler om samarbejdet om forebyggende indsatser ift. kronikere, socialt udsatte borgere, samarbejdet mellem opsporende, afdækkende og henvisende funktion (hospitaller og almen praksis) og de konkrete sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud (kommuner), formidling af forebyggelsestilbud, ny viden, rammer for udmøntningen af regionens rådgivningsforpligtigelse mv.

Behandling og pleje – herunder rehabilitering og træning

Opgaven retter sig bl.a. mod sammenhæng og kvalitet ift. borgere, som behandles i eget hjem, indlæggelse og udskrivelse af somatiske patienter, behandlingsredskaber og hjælpemidler (alle patientgrupper), akutte patienter (både somatik og psykiatri), patientsikkerhed og utilsigtede hændelser (både somatik og psykiatri), borgere med behov for palliation. Endvidere favner opgaven samarbejde i forbindelse med genoptræning efter udskrivelse, borgere med komplekse og langvarig behov for rehabilitering, samarbejde om udredning af funktionsniveau, afklaring af rehabiliteringsbehov og -potentiale.

Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Opgaven er, at formulere aftale om implementeringen af fælles it- og telemedicinske indsatser herunder arbejdsgange. Området er udover et hovedspor ligeledes tværgående.

Tværgående og understøttende temagrupper

Udover de ovenstående hovedspor nedsættes tværgående og understøttende temagrupper. Formålet er at sikre særlig fokus på disse områder både i selve aftaleformuleringen samt i den efterfølgende 'vedligeholdelse' og 'udvikling' af områderne. Endvidere har temagrupperne og sekretariatet mulighed for at inddrage ekspertise fra kvalitetsudviklingsgruppen samt økonomigruppen.

Sammensætning

Sammensætningen i disse grupper varierer alt afhængig af gruppens formål. Således vil børn og unge temagrupperne have behov for en sammensætning som hovedtemagrupperne, mens økonomigruppen samt psykiatrigrupperne vil have behov for at bibeholde deres nuværende sammensætning, mens kvalitetsgruppen vil have behov for en helt tredje sammensætning – jf. udkast til kommissorier.

De tværgående og understøttende temagrupper er stående.

Kompetence

- De tværgående og understøttende temagrupper refererer til Sundhedsstyregruppen
- 1 gang om året mødes Sundhedsstyregruppen med formandskaberne på et fællesmøde
- Temagrupperne kan nedsætte ad hoc arbejdsgrupper
- For at styrke patientinddragelsen i udviklingen af indsatser får alle temagrupper til opgave at tilvejebringe denne inddragelse f.eks. ved, at 1-2 patienter deltager i udformningen af sundhedsaftalen
- Tværgående og understøttende grupper er i tæt dialog med hovedtemagrupperne.

Psykiatri (disse grupper er forholdsvist nyudpegede, og har derfor allerede udviklet kommissorier)

- Psykiatri – voksen: Opgaven retter sig mod samarbejdet om voksne borgere med psykisk sygdom. Temagruppen formulerer aftaler/indsatser på tværs af temaerne i vejledningen. Der er særlig fokus på borgere med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler med samtidig psykisk lidelse.
- Psykiatri – børn: Opgaven retter sig mod samarbejdet om børn med psykisk sygdom. Temagruppen formulerer aftaler/indsatser på tværs af temaerne i vejledningen. Der er særlig fokus på udsatte børn. Borgere med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler med samtidig psykisk lidelse.

Børn og unge – somatik

En række af klyngerne har efterspurgt et styrket samarbejdet på børne-unge området for den somatiske del. Der nedsættes derfor en temagruppe, som formulerer indsatser/aftaler på dette område på tværs af temaerne i vejledningen. Der er særlig fokus på børn og unge med kronisk sygdom samt udsatte børn og unge.

Svangreomsorgen og det nyfødte barn varetages af Fødeplanudvalget. Fødeplanudvalget formulerer aftaler/indsatser på tværs af temaerne i vejledningen. Der er særlig fokus på udsatte gravide og deres familier.

Økonomi og opfølgingsgruppen (har allerede kommissorium)

Økonomi og opfølgingsgruppen har bl.a. til opgave at beskæftige sig med målet om omkostninger per capita samt aftalen om opgaveoverdragelse. Gruppen har endvidere til opgave at understøtte sekretariat og temagrupper med økonomidelen inden for hvert delområde.

Kvalitetudviklingsgruppe

Ambitionen med 3. generations sundhedsaftalen er, at kvalitetsmål, indikatorer og opfølgning spiller en større rolle. Der nedsættes derfor en kvalitetsudviklingsgruppe.

Gruppen har til opgave at bistå sekretariatet og temagrupperne med at udvikle kvalitetsmål herunder nøgletal. Gruppen har endvidere til opgave at udvikle kvalitetsindikatorer til opfølgning af sundhedsaftalen samt at følge op på overordnede nøgletal i sundhedsaftaleperioden.

5. Proces

I dette afsnit er oplyst, hvilke trin, der skal trædes hvornår, for at nå frem til en færdig godkendt sundhedsaftale 1. januar 2015.

Overordnet inddeles processen i flere faser:

- 1) Undersøgelse/afdækningsfase
- 2) Politisk fase
- 3) Udviklings- og skrivefase
- 4) Høringsfase
- 5) Godkendelsesfase
- 6) Implementeringsfase

En del af faserne er overlappende grundet tidsfaktoren. F.eks. er den politiske proces nødt til at foregå sideløbende med selve skrivefasen. Dette skyldes, at der først vælges nye politikere til regionsråd og kommunalbestyrelser ultimo november 2013 med tiltrædelse primo 2014. Det nye Sundhedskoordinationsudvalg er derfor først konstitueret primo 2014. Den politiske proces med det nye Sundhedskoordinationsudvalg kan derfor tidligst påbegyndes februar/marts 2014. Den politiske proces indledes derfor med det nuværende Sundhedskoordinationsudvalg, der i efteråret 2013 udarbejder anbefalinger til den kommende sundhedsaftale, og som overdrages til det nye Sundhedskoordinationsudvalg.

Endvidere er de overordnede rammer i form af bekendtgørelse og vejledning endnu ikke fastlagte, og bliver det først ultimo 2013. Nærværende organisations- og procesplan justeres derfor løbende efterhånden, som den nye bekendtgørelse og vejledning foreligger.

Nedenfor er skitseret forslag til en procesplan for udarbejdelse af 3. generations sundhedsaftalen, med de ovenfor listede faktorer in mente.

Borger/patientinddragelse

Det er hensigten, at borgerinddragelse skal ske i løbet af hele processen. En overvejelse er, at vi med afsæt i resultaterne af det antropologiske studie drøfter udfordringen med et borgerpanel, som består dels af private aktører og dels af patientorganisationer.

Endvidere lægger vi op til, at temagrupperne i deres arbejde inddrager borgervinklen. Der skal findes metoder til dette.

Kommunikation

Det er vigtigt i processen at udarbejde en klar plan for, hvor sundhedsaftalen retter sig hen, hvornår, og hvordan og hvilke budskaber, der skal kommunikeres ud til de forskellige målgrupper.

Undersøgelser-/afdækningsfase fra 15/8 2013 – 1/11 2013

Der er brug for at afsætte tid til en mere dybdegående afdækningsfase for at finde ud af, hvad de reelle udfordringer er i det tværsektorielle samarbejde, samt hvad går godt. Med denne viden om det tværsektorielle samarbejde, kan vi finde frem til, hvilket redskab, der er brug for, at 3. generations sundhedsaftalen skal være.

Undersøgelser-/afdækningsfasen inddeles i to dele – et antropologisk studie og en dialog med klynger og temagruppeformandskaber ift. overvejelser om 3. generations sundhedsaftalen.

- Antropologisk studie – gennemføres i august - oktober 2013
 - afdækker følgende vinkler:
 - borger- og pårørende
 - frontpersonalet, herunder almen praksis
 - Hvad er der egentlig brug for – hvad er udfordringerne? Hvor går det godt?
 - Slutprodukt: En række fortællinger som skitserer borger/pårørende vinklen og medarbejder vinklen, og hvilke udfordringer og succeser der er i det tværsektorielle sundhedsvæsen
- Dialog med klyngerne – gennemføres i august og september 2013
 - Hvilke overvejelser er vigtige at få med i 3. generation
 - Form og struktur?
 - Hvad skal 3. generation kunne?
 - Hvad skal vi særlig have fokus på?
 - Organisering?
- Dialog med temagruppe formandskaberne – gennemføres i september 2013
 - Hvilke overvejelser er vigtige at få med i 3. generation på baggrund af de udmeldte rammer
 - Hvad skal 3. generation kunne?
 - Hvad skal vi særlig have fokus på?
 - Hvad fungerer godt i den nuværende aftale?

- Hvad fungerer ikke?
 - Hvordan sikres ejerskab fra frontpersonalet?
- Dialog med faglige organisationer gennemføres i oktober
 - Dialog med Aarhus Universitet (dekan for Health samt forskningsenheden for almen praksis)

På baggrund af handlinger foretaget i undersøgelses-/afdækningsfasen skitseres udfordringer og succeser i det tværsektorielle sundhedsvæsen. Denne viden anvendes bl.a. til at træffe beslutninger om, hvilken form sundhedsaftalen skal have.

Resultatet af undersøgelses-/afdækningsfasen drøftes på møde i kontaktudvalget for sundhedsstyregruppen i november 2013 samt i sundhedsstyregruppen den 2. december 2013.

Udviklings- og skrivefase fra januar 2014 – 1. juni 2014

Udviklings- og skrivefasen påbegyndes i de nedsatte temagrupper primo januar 2014.

Indledende politisk fase – efteråret 2013

Den politiske proces indledes med det nuværende Sundhedskoordinationsudvalg. Der afholdes et arrangement den 7. november 2013, hvor Sundhedskoordinationsudvalget arbejder med anbefalinger til vision, værdier og mål for den kommende aftale.

Politisk fase fra februar/marts 2014 – 1. april 2014

26. februar 2014 opstarter politisk proces med det nye Sundhedskoordinationsudvalg, hvor vision, værdier og politisk strategiske mål for 3. generations sundhedsaftalen drøftes. På mødet overdrager formandskabet for det gamle Sundhedskoordinationsudvalg et overdragelsesnotat. Den politiske drøftelse indledes med en præsentation af det antropologiske studie, fakta om midtjyske udfordringer samt de øvrige undersøgelser, der foreligger om, hvilke udfordringer, vi står med ift. det tværsektorielle samarbejde, samt hvilke succeser vi har.

Målet med den politiske proces er at få formuleret en stærk bærende vision for det tværsektorielle samarbejde samt at få formuleret få målbare politisk strategiske mål.

Sekretariatet udarbejder på baggrund heraf udkast til politisk aftale.

Sundhedskoordinationsudvalget mødes igen 31. marts til drøftelse af 1. udkast til den politiske aftale (vision, værdier og politisk strategiske mål).

Der afholdes et fælles møde mellem Sundhedskoordinationsudvalget og kommunale social- og sundhedsudvalgsformænd samt regionale politikere den 28. april 2014, hvor 1. udkast til den politiske aftale drøftes.

Endvidere kan det overvejes, at Sundhedskordinationsudvalget (evt. formandskab) mødes med kommunale og regionale politikere i hver klynge til en drøftelse af det politiske udspil samt en drøftelse af lokale udfordringer, og hvad sundhedsaftalen betyder lokalt.

Høringsfase

23. maj afleverer temagrupperne færdigt udkast til 3. generations sundhedsaftale. Udkastet til den politiske version og til den sundhedsfaglige version behandles i Sundhedsstyregruppen i uge 24 2014.

Sundhedskordinationsudvalget behandler udkast på møde i uge 25 2014.

Høringsversionen udsendes 1. juli 2014, med høringsfrist 29. september 2014.

I perioden 29. september 2014 – 8. oktober 2014 behandles høringssvar, og sundhedsaftalen tilrettes med henblik på endelig godkendelse i Sundhedskordinationsudvalget primo uge 45 2014.

I høringsfasen afholdes eventuelt en politisk konference, hvor aftalen præsenteres og drøftes.

Godkendelsesfasen

Sundhedsaftalen godkendes i byråd og regionsråd i november og december 2014, og indsendes til Sundhedsstyrelsen i januar 2015.

Implementeringsfase

2015 – implementering af 3. generations sundhedsaftalen.

6. Tidsplan

Den overordnede tidsplan for udarbejdelse og indgåelse af sundhedsaftalen vil se ud som følger:

Dato	Aktivitet	Indhold
15. august 2013	Sundhedsstyregruppens kontaktudvalg	Drøfter udspil til organisering og proces
15. august – 1. november 2013	Undersøgelses-/afdækningsfase	
August - oktober 2013	Antropologisk studie	Hvordan ser virkelighedens udfordringer og succeser ud i det tværsektorielle samarbejde? (afsæt i patienter, pårørende og frontpersonale)

August/ september 2013	Dialog med klyngerne	Hvilke overvejelser er vigtige at få med i 3. generation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Form og struktur? ▪ Hvad skal 3. generation kunne? ▪ Hvad skal vi særlig have fokus på? ▪ Organisering? ▪ Læring fra sidst
9. september 2013	Sundhedsstyregruppen	Indledende drøftelse
Oktober 2013	Dialog med Universitetet og Faglige organisationer	Fokusgruppeinterview med universitetet og faglige organisationer
10. september 2013	Møde med temagruppe formandskaberne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluering af proces 2. generation aftaler ▪ Hvilke overvejelser er vigtige at få med i 3. generation på baggrund af de udmeldte rammer? ▪ Drøfte oplæg til proces og tidsplan ▪ Drøfte udkast til kommissorier blandt de enkelte formandskaber
6. november 2013	Sundhedsstyregruppens kontaktudvalg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beslutning om form og struktur, endelig organisering ▪ Tilrettet proces, tidsplan, organisationsplan ▪ Præsentation af antropologisk studie
7. november 2013	Sundhedskoordinationsudvalget	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politisk drøftelse af vision, værdier og politisk strategiske mål for 3. generations sundhedsaftalen med udgangspunkt i antropologisk studie samt nøgletal på regionens sundhedstilstand (midtjyske udfordringer) ▪ Udarbejdelse af overdragelsesnotat til det nye Sundhedskoordinationsudvalg
2. december 2013	Sundhedsstyregruppen	Beslutning om organisering, proces mv.
December 2013		Udpegning af repræsentanter til sekretariat og temagrupper
December 2013 – januar 2014	Sekretariatet for 3. generations sundhedsaftalen	Forberedelse af politisk drøftelse af vision, værdier og mål
Primo januar 2014	Kick-off møde for temagruppe formandskaber og sekretariater	Drøftelse af rolle og opdrag

Januar 2014- maj 2013	Temagrupperne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udarbejder sundhedsfaglige aftaler ▪ Arbejder med udfordringer/hvad udfordrer os mest? ▪ Input til det politiske system ▪ Identificerer snitflader + områder, der skal laves aftale om ▪ Opsætte mål og nøgletal for området
17. februar 2014	Sundhedsstyregruppen	Drøftelse af input til politisk temamøde i Sundhedskoordinationsudvalget
26. februar 2014	Sundhedskoordinationsudvalg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Møde ml. formandskabet for gl. Sundhedskoordinationsudvalg og det nye Sundhedskoordinationsudvalg: <ul style="list-style-type: none"> ○ Orientering om proces og tidsplan samt om erfaringer med 2. generations sundhedsaftaler ○ Overlevering af overdragelsesnotat. ▪ Temadrøftelse af vision, værdier og politisk strategiske mål for 3. generations sundhedsaftaler ▪ Drøftelse med udgangspunkt i antropologisk studie, samt fælles fremtidsbilleder – midtjyske udfordringer og muligheder
Uge 12	Sundhedsstyregruppen	Behandler 1. udkast til politisk aftale (vision, mål og værdier)
31. marts 2014	Sundhedskoordinationsudvalget	Behandler 1. udkast til politisk aftale (vision, mål og værdier)
Marts-maj 2014	Sekretariatet	Udarbejder den politiske aftale
Uge 15 2014	Fælles møde mellem temagruppe formandskaberne (sekretariatet koordinerer)	Sikre koordinering af aftaleområder
28. april 2014	Sundhedskoordinationsudvalget	Evt. fælles møde
23. maj 2014		Færdigt udkast til politisk og sundhedsfaglig del Frist for temagrupper
Uge 24 2014	Sundhedsstyregruppen	Godkendelse af udkast til sundhedsaftale (politisk og sundhedsfaglig del)

Uge 25 2014	Sundhedskoordinationsudvalget	Godkendelse af udkast til sundhedsaftale (politisk og sundhedsfaglig del)
1. juli 2014	Sekretariatet	Udsendelse af høringsversion
September 2014	Evt. Politisk konference	Høringsudkast til sundhedsaftale præsenteres og drøftes
29. september 2014		Høringsfrist
29. september 2014 – 8. oktober	Sekretariatet	Behandling af hørings svar og tilretning af sundhedsaftalen
20. oktober 2014	Møde i Sundhedsstyregruppen	Endelig godkendelse af sundhedsaftalen
Primo uge 45 2014	Sundhedskoordinationsudvalget	Endelig godkendelse
November-december 2014	Kommunalbestyrelser og Regionsråd	Godkendelse af sundhedsaftalerne
Januar 2015	Sekretariatet	Indsendelse af sundhedsaftale til Sundhedsstyrelsen
2015	???	Implementering af 3. generation