

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler – revision 2013 – Høringsudkast

1 Indledning

Rammerne for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, BEK nr. XXX af xx.12.2013.

I henhold til bekendtgørelsens § 8 udarbejder Sundhedsstyrelsen *Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*, herunder de nærmere rammer og procedurer for indsendelse af sundhedsaftaler til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Denne vejledning træder i kraft den 1. januar 2014 og erstatter Sundhedsstyrelsens tidligere vejledning fra 2009.

Formålet med Sundhedsstyrelsens vejledning er at give en uddybende vejledende beskrivelse af sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og dermed at bidrage til tilrettelæggelsen af opgaven vedrørende sundhedsaftaler i regioner og kommuner. Derudover angives procedurer for, hvordan sundhedsaftalerne godkendes i henhold til bekendtgørelsens og vejledningens krav til aftalernes indhold.

Målgruppen for vejledningen er politikere og planlæggere i kommuner og regioner samt medlemmer af praksisudvalget for almen praksis, der er involveret i udarbejdelsen af sundhedsaftaler.

1.1 Ændringer i forhold til tidligere vejledning

Vejledningen er tilrettet i forhold til ændringer i sundhedsloven og bekendtgørelsen, herunder dels at der fremover kun skal udarbejdes én sundhedsaftale i hver region, dels at der er fastsat nye obligatoriske indsatsområder for sundhedsaftalerne. Endvidere at sundhedsaftalerne skal tage afsæt i konkrete målsætninger med henblik på at sikre større kvalitet og ensartethed i det tværsektorielle arbejde samt at styrke implementeringen af og indføre en mere systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne.

Ændringen i vejledningen tager udgangspunkt i behovet for at sikre en fortsat udvikling af borgernære sundhedstilbud, som skal kunne håndtere flere og mere komplekse opgaver. Der er i den forbindelse fokus på at sikre større og mere integreret samarbejde mellem almen praksis og kommunale tilbud og på at sikre større sammenhæng for patienter, som har samtidige forløb i flere sektorer, herunder særligt patienter med psykisk sygdom, de ældre medicinske patienter og patienter med kronisk sygdom.

Endvidere tager vejledningen udgangspunkt i behovet for en ligestilling af psykiatri og somatik, ligesom der er fokus på, at mange patienter har sygdomme inden for både somatikken og psykiatrien. Denne ligestilling af det psykiatriske og det somatiske område kommer i vejledningen til udtryk ved, at psykiatrien ikke som tidligere har sit eget indsatsområde, men derimod – på lige fod med somatikken – beskrives under de enkelte indsatsområder.

Endelig tager ændringerne udgangspunkt i ønsket om en styrket inddragelse af patienter og pårørende i det danske sundhedsvæsen. Dette gælder både den enkelte patients mulighed for at få indflydelse på eget forløb og borgernes generelle mulighed for at få indflydelse på organisering og udvikling af sundhedsvæsenet via aktiv brugerinddragelse.

2 Sundhedskoordinationsudvalg

Sundhedskoordinationsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsniveau, herunder understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. Sundhedskoordinationsudvalget får med den nye bekendtgørelse en styrket rolle i forhold til at udarbejde udkast til sundhedsaftalen og at understøtte, at regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen kan godkende aftalen.

Bekendtgørelsens §§ 1-3 beskriver sundhedskoordinationsudvalgets sammensætning, rammerne for udvalgets arbejde samt en række konkrete opgaver, som tillægges udvalget. Det fremgår heraf, at udvalget består af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunekontaktrådet (KKR) i regionen samt af praksisudvalget for almen praksis i regionen.

Det er således ikke alle kommuner, der har direkte repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget, og de enkelte kommuner kan have forskellige ønsker til samarbejdet med regionen. Dette understreger behovet for, at kommunerne fx via KKR lægger en fælles linje i spørgsmål af regionalpolitisk karakter og dermed også drøfter og koordinerer deres arbejde i forhold til sundhedskoordinationsudvalget og sundhedsaftaler.

Sundhedskoordinationsudvalget kan jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 4 nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper blandt andet med henblik på faglig rådgivning fra sygehuse, almen praksis eller kommuner. I den forbindelse kan det være relevant også at inddrage andre relevante aktører som fx private sygehuse, apotekersektoren, den øvrige praksissektor¹ samt andre forvaltningsområder.

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. sundhedslovens § 204, stk. 3 systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i deres drøftelser. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer. [Afventer særlig bekendtgørelse].

Endvidere bør sundhedskoordinationsudvalgets arbejde koordineres med praksisplanudvalget for almen praksis, se nærmere herom afsnit 2.4.

Regionen varetager sekretariatsfunktionen for sundhedskoordinationsudvalget.

¹ *Praksissektoren*: Anvendes i denne vejledning som fællesbetegnelse for alle praktiserende faggrupper inkl. almen praksis, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter, psykologer, tandlæger og tandplejere med mindre andet angives

2.1 Udarbejdelse af udkast til én fælles sundhedsaftale

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3 udarbejde udkast til én fælles sundhedsaftale og skal i den forbindelse understøtte, at regionsrådet og alle regionens kommunalbestyrelser kan godkende aftalen.

De nærmere krav til sundhedsaftalen fastlægges i bekendtgørelsens § 4, og behandles i denne vejlednings kapitel 3- 5, hvor der beskrives fire obligatoriske indsatsområder, som sundhedsaftalen skal omfatte, samt en række tværgående temaer, som sundhedsaftalen i relevant omfang skal tage udgangspunkt i.

Sundhedskoordinationsudvalget bør i forbindelse med udarbejdelsen af udkastet til sundhedsaftale sikre en inddragende proces, hvor der skal være særligt fokus på at inddrage alle kommuner, herunder også de kommuner, som ikke har plads i udvalget.

2.2 Fastlæggelse af konkrete målsætninger

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 2 i udkastet til sundhedsaftalen opstille fælles, konkrete målsætninger for udvikling af kvalitet og sammenhæng i forhold til sundhedsområdet i regionen. Målsætningerne kan opstilles inden for de enkelte indsatsområder i sundhedsaftalen og på tværs af indsatsområderne.

Formålet er at bidrage til at sikre en fælles retning for indsatsen på tværs af sektorerne og fremme videndeling mellem parterne. Målsætningerne skal være konkrete og fungere som et redskab til at sikre en løbende opfølgning og justering af indsatsen.

Regeringen, Danske Regioner og KL har fastsat fire fælles mål for den patientrettede forebyggelsesindsats, som skal omsættes i mere konkrete målsætninger mellem regioner og kommuner. Målene er rettet mod nedbringelse af antallet af forebyggelige og uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser samt nedbringelse af antallet af færdigbehandlede patienter på sygehuse^[1].

Målsætninger kan derudover fastlægges med udgangspunkt i de nationale indikatorer for sundhedsaftalerne og i de regionale og kommunale sundhedsprofiler suppleret med yderligere målsætninger inden for den enkelte region.

2.3 Implementering og opfølgning på sundhedsaftalen

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 3 udarbejde en plan for implementering af sundhedsaftalen og følge op på aftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold.

Parterne er hver i sær forpligtede til at implementere sundhedsaftalen i egen organisation. Sundhedskoordinationsudvalgets plan for implementering skal sikre de fornødne aftaler mellem parterne med henblik på koordinering af implementeringsindsatserne og eventuelt igangsætning af fælles initiativer.

Opfølgningen på sundhedsaftalen bør tage udgangspunkt i de målsætninger, som er aftalt ved sundhedsaftalens indgåelse og i de nationale indikatorer for sundhedsaftalerne, se www.eSundhed.dk.

^[1] Fastsat af regeringen, KL og Danske Regioner ved økonomaftalerne for 2014

Derudover bør indgå organisatoriske og sundhedsfaglige indikatorer, som identificeres i relation til de aftalte målsætninger.

2.4 Vurdering af udkast til regionens sundhedsplan

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 4 vurdere udkast til regionens sundhedsplan, herunder sygehusplaner, praksisplaner og psykiatriplaner og kan fremkomme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksisområde og kommunale tilbud.

Praksisplanen vedrørende almen praksis skal jf. sundhedslovens § 206 a, stk. 2² inden vedtagelsen forelægges for sundhedskoordinationsudvalget. Praksisplanen er et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernetumre.

Sundhedskoordinationsudvalget kan tilsvarende vurdere udkast til kommuners sundhedspolitik i det omfang, at sådanne politikker foreligger.

I forlængelse heraf vil det være hensigtsmæssigt, at regionen og kommunerne løbende orienterer sundhedskoordinationsudvalget om væsentlige ændringer på sundhedsområdet og tilgrænsende områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet samt om de sundhedsmæssige konsekvenser heraf.

2.5 Drøftelse af øvrige relevante emner

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 5 i øvrigt drøfte emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud, samt eventuelt private klinikker og andre leverandører, som leverer offentligt finansierede sundhedsydelser.

Udvalget kan hensigtsmæssigt drøfte større udviklingstendenser på sundhedsområdet, herunder udviklingen i sygehusstrukturen og borgernære sundhedstilbud. Herudover hvordan parterne kan inddrage evaluering og forskning i den fortsatte udvikling af området.

Udvalget kan derudover hensigtsmæssigt drøfte problemstillinger i relation til sundhedsaftalens indsatsområder, som ofte giver anledning til uoverensstemmelser mellem parterne.

Endvidere kan udvalget hensigtsmæssigt drøfte den samlede indsats på tværs af indsatsområderne for udvalgte målgrupper samt særlige fælles indsatser rettet mod udvalgte risikofaktorer, kroniske sygdomme, målgrupper og arenaer (fx hospitaler, skoler, arbejdspladser m.v.).

Endelig skal udvalget drøfte koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.

² Sundhedslovens §§ 204 og 206a forventes at træde i kraft inden udgangen af 2013.

2.6 Information af sundhedskoordinationsudvalg i de øvrige regioner

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 6 informere sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, kommunale tilbud og praksissektor i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordinationen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner.

Det vil derudover være hensigtsmæssigt, hvis udvalget informerer de øvrige sundhedskoordinationsudvalg om gode erfaringer og opnået viden fra arbejdet med udarbejdelse, implementering og opfølgning af sundhedsaftalerne, ligesom det vil være hensigtsmæssigt, at udvalget forud for udarbejdelsen af sundhedsaftalen indhenter erfaringer og viden fra de øvrige sundhedskoordinationsudvalg. Hermed sikres en erfaringsudveksling og videndeling på tværs af regioner og kommuner.

3 Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, som indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, hvori der fastsættes rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne på fire indsatsområder indenfor sundhedsområdet. Som led i sundhedsaftalen udarbejdes en administrativ aftale, der konkretiserer den politiske aftale og fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

I bekendtgørelsens § 4, stk. 1 er der fastlagt fire indsatsområder, som er obligatoriske og skal indgå i sundhedsaftalen. Kravene til sundhedsaftalen i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder fremgår af denne vejlednings kapitel 4 og 5.

3.1 Formål

Formålet med sundhedsaftalen er at bidrage til sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, som omfatter borgere med somatiske og psykiske sygdomme, og som går på tværs af de to myndigheder: Region og kommuner. Målet er, at den enkelte borger tilbydes en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Derudover er sundhedsaftalen en oplagt ramme for sikring af sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Parterne bør i den forbindelse så vidt muligt koordinere sundhedsaftalen med andre aftaler³, som har betydning for aktiviteterne på relevante områder for at skabe sammenhængende forløb.

3.2 Sundhedsaftalens parter

Sundhedsaftalen indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen.

³ Andre relevante aftaler kan være rammeaftalerne på social- og undervisningsområdet samt aftaler om kommuner og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension

Regionsrådet har myndighedsansvaret for sygehusene og praksissektoren, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har regionsrådet ansvaret for at kunne levere en række specialiserede opgaver på social- og undervisningsområdet, som kan inddrages i sundhedsaftalen i relevant omfang.

Kommunalbestyrelserne har myndighedsansvaret for det kommunale sundhedsområde, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har kommunalbestyrelserne myndighedsansvaret for det sociale område, som er omfattet af sundhedsaftalen i flere af de obligatoriske indsatsområder, samt for beskæftigelses- og undervisningsområdet, der bør inddrages i relevante dele af sundhedsaftalen.

Almen praksis er ikke en aftalepart, men er en særdeles vigtig aktør i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen. Almen praksis' rolle i sundhedsaftalearbejdet sker gennem repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget, og det forudsættes, at sundhedskoordinationsudvalget inddrager den fornødne almenmedicinske fagkundskab i udarbejdelsen af sundhedsaftalen. Der er for så vidt angår almen praksis' rolle i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen en tæt sammenhæng med praksisplanen for almen praksis. Praksisplanen er således et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommuner og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre.

Almen praksis er i henhold til sundhedslovens § 57 b, stk. 2⁴, forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen. De opgaver, som almen praksis jf. sundhedsaftalen forpligtes til at udføre, skal beskrives i praksisplanen for almen praksis og følges op af en underliggende aftale mellem kommuner, region og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) om vilkårene for de praktiserende lægers forpligtelse.

Den øvrige praksissektor, herunder særligt praktiserende speciallæger, praktiserende psykologer og praktiserende fysioterapeuter, er ligeledes ikke en aftalepart, men kan have en rolle i udarbejdelsen af og gennemførelsen af aftalen på udvalgte indsatsområder.

Private sygehuse og andre private leverandører mv. er ikke en aftalepart, men skal være omfattet af relevante dele af sundhedsaftalen, når de leverer offentligt finansieret behandling. Når regionsrådet og/eller en kommunalbestyrelse indgår en aftale med en privat aktør om varetagelse af sundhedsopgaver, skal det således sikres, at den private aktør gennem (leverandør)aftalen forpligtes af sundhedsaftalen i den udstrækning, det er relevant.

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne har hver især et ansvar for at sikre, at alle aktører i egne organisationer samt hos private leverandører m.m. forpligtes til at efterleve relevante dele af aftalens indhold efter dens godkendelse.

Regionen varetager sekretariatsfunktionen i forbindelse med udarbejdelsen af sundhedsaftalen.

3.3 Målgrupper

Sundhedsaftalen omfatter alle borgere, der har behov for en sammenhængende indsats fra aktører på tværs af sektorer samtidigt eller i forlængelse af hinanden, herunder både børn (inkl. nyfødte), unge og voksne med forbigående eller kronisk sygdom og/eller funktionsevnedssættelse. I den forbindelse bør der også være fokus på børn og unge i familier, hvor én eller begge forældre har en alvorlig somatisk eller psykisk sygdom.

⁴ Denne bestemmelse vil blive sat i kraft senest den 1. september 2014. Opgaver, som måtte følge af sundhedsaftaler indgået før § 57 b, stk. 2 træder i kraft, reguleres ikke af § 57 b, stk. 2 med mindre, der er enighed om, at dette er tilfældet, og der dermed indgås en underliggende aftale med almen praksis om at følge eventuelle forpligtelser

Aftalen skal håndtere relevante problemstillinger, som borgere med tværsektorielle forløb typisk må forventes at opleve.

Aftalen skal understøtte ligestilling af borgere med henholdsvis psykiske og somatiske sygdomme. Samtidig bør der være fokus på, at mange borgere har både psykiske og somatiske sygdomme samtidig, herunder eventuelt også skadelig brug af alkohol og stoffer.

Aftalen bør have fokus på målgrupper, som sundhedsvæsenet kan have særlige udfordringer med at sikre kvalitet og sammenhæng i tværsektorielle patientforløb. Generelt bør der således være særligt fokus på de ældre medicinske patienter, borgere med kronisk sygdom, herunder multisygdom, borgere med behov for palliation, borgere med alkohol- og stofproblemer, borgere med truet arbejdsmarkedstilknytning, børn, unge og gravide med særlige behov samt socialt sårbare borgere.

3.4 Aktører

Sundhedsaftalen omfatter alle aktører, som leverer sundhedsydelser inden for de fire obligatoriske indsatsområder. Aktørerne skal kende til relevante dele af sundhedsaftalen og medvirke ved implementeringen heraf.

Aktørerne vil være forskellige afhængigt af de konkrete sundhedsydelser og deres målgruppe. I den forbindelse bør det særligt sikres, at sundhedsaftalen omfatter relevante aktører inden for både sygehusene, herunder også udgående og opsøgende team, kommunale tilbud samt almen praksis og den øvrige praksissektor.

Derudover skal aftalen omfatte aktører på tilgrænsende områder som fx social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, når dette er relevant for kvalitet og sammenhæng i patientforløb. I den forbindelse kan der hensigtsmæssigt være fokus på at sikre en koordineret indsats med henblik på fastholdelse og tilbagevenden i uddannelse og arbejde.

Sundhedsaftalen skal endelig omfatte både offentlige leverandører af sundhedsydelser samt private hospitaler og klinikker m.fl., når disse leverer offentligt finansierede sundhedsydelser.

Sundhedsaftalen vedrører opgaver og indsatser på sundhedsområdet, som går på tværs af de to myndighedsniveauer, region og kommune. Aftalen omfatter således både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud.

Aftalen bør derudover omfatte samarbejdet mellem sygehuse og praksissektoren, herunder særligt almen praksis, selv om det er inden for samme myndighedsområde, hvis det er relevant for samarbejdet med kommunen.

3.5 Supplerende aftaler

Regionsrådet og én kommunalbestyrelse eller flere kommunalbestyrelser i fællesskab kan indgå supplerende aftaler, som enten omhandler andre temaer end de obligatoriske indsatsområder eller som har en tværgående karakter.

Formålet med supplerende aftaler kan være at tage højde for lokale forhold inden for den enkelte region, eksempelvis i forhold til lokale udviklingsprojekter og udfordringer.

Supplerende aftaler er af frivillig karakter og kan ikke træde i stedet for eller have forrang for sundhedsaftalen mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne. Supplerende aftaler kan eksempelvis udarbejdes som bilag til sundhedsaftalen.

3.6 Forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler

Som led i sundhedsaftalen kan der aftales udarbejdelse af forløbsprogrammer og andre samarbejdsaftaler, som kan håndtere samarbejdet i patientforløb, der omfatter indsatser på tværs af sundhedsaftalens indsatsområder.

Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats for en afgrænset patientgruppe, herunder både forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering. Det kan være relevant at udarbejde forløbsprogrammer for større patientgrupper med kronisk sygdom.

Samarbejdsaftaler beskriver arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører fx i relation til en konkret patientgruppe. Det kan være relevant at udarbejde samarbejdsaftaler i forhold til mindre patientgrupper, hvor der er en tværsektoriel udfordring.

Derudover kan der udarbejdes eksempelvis snitfladekataloger og casekataloger til håndtering af specifikke problemstillinger.

3.7 Sundhedsaftalens form

Der stilles ikke krav til sundhedsaftalens form. Sundhedskoordinationsudvalget kan således selv beslutte, om det vil beskrive aftalen samlet eller opdelt i flere dokumenter, ligesom aftalen kan beskrives på tværs af de obligatoriske indsatsområder i det omfang, det er relevant.

Inden for de enkelte indsatsområder kan sundhedsaftalen opdeles i forhold til det psykiatriske henholdsvis det somatiske sundhedsområde, men i den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at mange patienter har både somatiske og psykiske sygdomme.

3.8 Sundhedsaftalens gyldighedsperiode

Sundhedsaftalen er indgået, når den er godkendt af både regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen. Det skal fremgå af aftalen, hvornår den træder i kraft. Ikrafttræden behøver ikke at afvente Sundhedsstyrelsens godkendelse.

Sundhedsaftalen er gældende indtil en ny aftale træder i kraft.

4 Obligatoriske indsatsområder

Bekendtgørelsens § 4, stk. 2 fastlægger fire obligatoriske indsatsområder for sundhedsaftalen.

Formålet med sundhedsaftalen på de fire indsatsområder fremgår af dette kapitel. Aftalen i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder skal i relevant omfang tage udgangspunkt i en række tværgående temaer, som beskrives i kapitel 5.

Referencer til love, bekendtgørelser og vejledninger m.m., som er relevante i forhold til sundhedsaftalen på de enkelte indsatsområder, findes i slutningen af vejledningen.

Sundhedsaftalen skal i forhold til alle fire indsatsområder omfatte både det somatiske og det psykiatriske område. Der skal endvidere tages højde for, at mange patienter har både somatisk og psykisk sygdom og/eller funktionsevnedssættelse.

Mange patienter har forløb, der omfatter flere indsatsområder samtidig eller i forlængelse af hinanden, og aftalen bør derfor sikre koordination af indsatser på tværs af indsatsområderne. Dette gælder særligt indsatsområde 1-3 vedrørende forebyggelse, behandling og pleje samt rehabilitering, herunder træning.

Indsatsområde 4 vedrørende sundheds-it og digitale arbejdsgange har blandt andet til formål at understøtte sundhedsaftalen på indsatsområde 1-3.

4.1 Indsatsområde 1: Forebyggelse

Det overordnede formål med indsatsområdet er, at alle borgere med behov herfor tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet.

For at opfylde formålet skal aftalen medvirke til at sikre samarbejdet om kvalitet og sammenhæng i:

- effektive og sammenhængende forebyggelsesforløb⁵ til borgere med behov herfor, herunder forebyggelsesindsatser forud for operationer
- forebyggende sundhedsordninger for børn og unge samt i forhold til svangreomsorgen, herunder for borgere med særlige behov
- forebyggelses- og behandlingstilbud til borgere med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler samt deres familier
- tidlig opsporing og indsats over for psykisk sygdom samt afdækning og opfølgning af forebyggelsesbehov hos patienter med psykisk sygdom. Dette gælder særligt patienter med samtidig psykisk sygdom og skadeligt eller afhængigt brug af rusmidler
- tilgængelige og målrettede forebyggelsestilbud til socialt udsatte borgere og borgere med særlige behov. Tilrettelæggelsen af tilbud bør ske med baggrund i en behovs- og ressource-afdækning.

Derudover skal aftalen

- fastlægge rammerne for udmøntningen af regionens rådgivningsforpligtelse i forhold til kommunens forebyggelsesindsats, jf. sundhedslovens § 119 stk. 3, herunder indholdet af rådgivningen. I den forbindelse kan aftaler om rådgivning vedr. hygiejne hensigtsmæssigt indgå.

Relevante aktører på forebyggelsesområdet er særligt kommunale tilbud, sygehuse og almen praksis, samt den øvrige praksissektor.

Aftalen bør tage udgangspunkt i regionale og kommunale sundhedsprofiler i forbindelse med fastlæggelse af målsætninger og monitorering af disse.

Derudover kan aftalen med fordel beskrive, hvordan det sikres, at forebyggelsestilbud gøres tilgængelige for alle borgere, specielt borgere som har et stort behov for forebyggende indsatser, fx borgere med kronisk sygdom og socialt udsatte borgere. I den forbindelse er det vigtigt, at fagprofessionelle i alle sektorer har de fornødne kompetencer til at udnytte forebyggelsespotentialiet i relevante borger- og patientkontakter.

⁵ Forebyggelsesforløb omfatter opsporing, information, registrering, motivation og forebyggelsestilbud (herunder henvisning til)

Endelig kan aftalen med fordel beskrive, hvordan parterne samarbejder om at sikre ny viden omkring effektive forebyggelsesmetoder, og hvordan vidensbaserede interventioner bedst implementeres, herunder på tværs af sektorer. Der kan hensigtsmæssigt være fokus på inddragelse af brugerperspektiver i kvalitetsudviklingen af forebyggelsesydelser.

4.2 *Indsatsområde 2: Behandling og pleje*

Det overordnede formål med indsatsområdet er, at alle borgere med behov derfor tilbydes kvalitet og sammenhæng i behandlings- og plejeforløb, hvor indsatsen leveres på tværs af kommuner, praksissektor og sygehuse enten samtidigt eller i forlængelse af hinanden.

For at opfylde formålet skal aftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om kvalitet og sammenhæng i:

- behandlings- og plejeforløb til borgere med somatiske og/eller psykiske sygdomme, hvor indsatsen leveres tæt på borgerens hverdagsliv og på tværs af sektorer samtidigt
- behandlings- og plejeforløb til borgere som indlægges eller udskrives på/fra somatiske eller psykiatriske sygehusenheder, herunder at borgeren får de nødvendige behandlingsredskaber og hjælpemidler efterfølgende
- henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien, herunder rådgivning til almen praksis og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning
- forløb til borgere med samtidig psykisk lidelse og misbrug, herunder aftaler om koordinering af indsatsen
- akutte indsatser til borgere med behov herfor.

Relevante aktører på behandlings- og plejeområdet er sygehuse, udgående funktioner og opsøgende team, kommunale tilbud, almen praksis, samt den øvrige praksissektor, herunder særligt praktiserende speciallæger og psykologer. Der bør i den forbindelse være opmærksomhed på, at hjemmeplejen, plejeboliger og psykiatriske bosteder er forankret i andre lovgivninger end sundhedsloven.

Aftalen bør beskrive en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere (både sundhedsfaglige og ikke-sundhedsfaglige) udførelse af lægelige ordinationer (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) fx ved medicingivning i eget hjem, på plejecentre eller på psykiatriske bosteder.

Med henblik på at reducere ulighed i sundhed kan sundhedsaftalen med fordel have fokus på især samarbejdet omkring borgere med mange forskellige eller skiftende behov for behandlingstilbud. Det er herunder også et vigtigt opmærksomhedspunkt, at nogle borgere har både somatiske og psykiske sygdomme samt eventuelt også sociale problemer.

Derudover kan aftalen have fokus på rettidig varsling og kommunikation af relevant information til involverede aktører, borgere/patienter og eventuelt pårørende i forbindelse med overgange mellem sektorer, fx ved udskrivelse. Dette på en måde så de involverede aktører på ethvert tidspunkt i et behandlings- og plejeforløb har de relevante informationer om borgeren, og så borgeren ved, hvem han/hun kan kontakte ved spørgsmål.

Endvidere kan aftalen med fordel beskrive, hvordan parterne samarbejder om dokumentation og kvalitetsudvikling af området med henblik på løbende at sikre ny viden, forebygge utilsigtede hændelser, opnå større patientsikkerhed og generel udvikling af sundhedsområdet.

4.3 Indsatsområde 3: Rehabilitering, herunder træning

Det overordnede formål med indsatsområdet er, at alle borgere med nedsat funktionsevne relateret til somatisk eller psykisk sygdom ved behov tilbydes sammenhængende og koordinerede indsatser af høj faglig kvalitet med henblik på rehabilitering.

For at opfylde formålet skal aftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om kvalitet og sammenhæng i:

- rehabiliteringsforløb, som leveres på tværs af sektorer og efter forskellige lovgivninger med fokus på rehabilitering af funktionsevne, herunder borgerens fastholdelse eller tilbagevenden til uddannelse eller arbejde
- genoptræningsforløb efter udskrivning fra sygehus, herunder at borgere med behov for genoptræning i kommunen eller på sygehus får udarbejdet en genoptræningsplan
- rehabiliteringsforløb til borgere med komplekse problemstillinger og behov for langvarige, multidisciplinære, intensive rehabiliteringsindsatser under og efter udskrivning fra sygehus
- rehabiliteringsforløb til borgere med psykisk sygdom under og efter udskrivning fra sygehus, herunder at borgere med behov herfor får udarbejdet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Aftalen bør omfatte samarbejdet mellem alle relevante aktører på rehabiliteringsområdet som fx sygehuse, kommunale tilbud, almen praksis samt den øvrige praksissektor, herunder særligt praktiserende speciallæger, fysioterapeuter (inkl. vederlagsfri fysioterapi), kiropraktorer og psykologer.

Der bør i den forbindelse være opmærksomhed på, at kommunale tilbud på rehabiliteringsområdet omfatter tilbud på både sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, herunder specialiserede institutioner inden for social- og undervisningsområdet. Derudover kan hensigtsmæssigt inddrages kliniske funktioner, sundhedskoordinatorer og rehabiliteringsteam, som kommuner og regioner har etableret med henblik på at understøtte borgeres tilbagevenden til arbejde.

Derudover bør der være opmærksomhed på at sikre sammenhæng mellem rehabilitering og forebyggelse henholdsvis behandling, herunder behandlingsredskaber og hjælpemidler. Mange borgere har således et samtidigt rehabiliterings- og behandlingsforløb, og ofte indgår patientrettede forebyggelsesindsatser også i et rehabiliteringsforløb.

Endvidere kan aftalen med fordel indeholde beskrivelser af initiativer, der medvirker til styring af kapacitet (forsyningssikkerhed) med henblik på nedbringelse af ventetider på genoptræningsområdet.

Endelig kan aftalen med fordel beskrive, hvordan parterne samarbejder om at sikre ny viden omkring effektiv rehabilitering og hvordan vidensbaserede interventioner bedst implementeres. Der kan hensigtsmæssigt være fokus på inddragelse af brugerperspektiver i kvalitetsudviklingen af rehabiliteringsindsatsen.

4.4 Indsatsområde 4: Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Det overordnede formål med indsatsområdet er at sikre sammenhæng i data og processer på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, så overgange og samarbejdet mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet kan ske planlagt, hurtigt og sikkert, og så risikoen for genindlæggelser, fejlmedicinering og unødige hjemmebesøg mv. reduceres.

For at opfylde formålet skal sundhedsaftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om:

- teknisk og organisatorisk implementering af alle relevante målsætninger for regioner og kommuner vedr. sundheds-it og telemedicin, herunder initiativer der er aftalt mellem parterne på sundhedsområdet, eksempelvis initiativerne i den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017 og initiativer, der fremadrettet aftales i de årlige økonomiaftaler
- implementering af Det Fælles Medicinkort i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse, implementering af telemedicinsk sår vurdering i regioner og kommuner samt implementering af Medcom standarder i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse
- sundheds-it og digitale arbejdsgange i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse med henblik på at understøtte sundhedsaftalen på indsatsområde 1-3
- at digital kommunikation og digitale arbejdsgange i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse bidrager til at dokumentere indsatser, blandt andet med henblik på at sikre ensartet kvalitet og understøtte kvalitetsudvikling fremadrettet.
- at Sundhed.dk er aktørernes fælles portal til deling af viden med hinanden og med borgerne om konkrete tilbud i forhold til forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering.

Da sundhedsaftalerne er et egnet instrument til at aftale de praktiske forhold omkring implementeringen af fællesoffentlige og tværsektorielle tiltag, bør aftalen i forhold til sundheds-it og digitale arbejdsgange revideres årligt jf. afsnit 2.3.

5 Tværgående temaer

Bekendtgørelsens § 4, stk. 4 fastlægger en række tværgående temaer, som sundhedsaftalen i relevant omfang skal tage udgangspunkt i. De tværgående temaer beskrives i dette kapitel.

Som udgangspunkt er alle nedenstående temaer relevante i forhold til alle indsatsområder, men de enkelte temaer kan dog indgå i forskelligt omfang. Derudover kan parterne vælge at samle beskrivelsen af det enkelte tema i ét kapitel i sundhedsaftalen. I så fald bør der være opmærksomhed på, at beskrivelsen omfatter alle indsatsområder.

5.1 Arbejdsdeling og samarbejde, herunder videndeling og sundhedsfaglig rådgivning imellem sektorer

Sundhedsaftalen skal medvirke til en entydig arbejdsdeling og fastlægge samarbejdet mellem de relevante aktører inden for de obligatoriske indsatsområder - både i forbindelse med borgeres overgang fra én sektor til en anden fx i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, og når borgere har samtidige forløb i flere sektorer.

Aftalen skal understøtte et fleksibelt brug af sundhedsvæsenets kompetencer, herunder eventuelt afprøve nye modeller for arbejdsdeling og samarbejde. Aftalen skal i den forbindelse tage udgangspunkt i, at der for mange af de komplekse patientforløb inden for både det psykiatriske og det somatiske område ikke er tale om lineære forløb, hvor behandlingen foregår fragmentarisk i én sektor ad

gangen og med let identificerbare overgange, men derimod forløb, der foregår samtidig i flere sektorer og med glidende overgange.

Aftalen skal derudover understøtte samarbejdet omkring og udviklingen af borgernære sundhedstilbud, som kan håndtere både almene og mere komplekse problemstillinger. Borgernære sundhedstilbud leveres tæt på borgerens hverdagsliv af en lang række aktører indenfor både kommuner, regioner, praksissektoren og private leverandører. Karakteren af sådanne tilbud vil være forskellig inden for de enkelte indsatsområder og afhængigt af, om aftalen omhandler borgere med somatiske eller psykiske sygdomme.

Aftalen bør i den forbindelse understøtte en proaktiv og koordineret indsats med henblik på forebyggelse, tidlig opsporing og indsats over for sygdom og funktionsevnenedsættelse med henblik på bl.a. at undgå forebyggelige indlæggelser.

Aftalen bør endvidere have fokus på at forebygge utilsigtede hændelser og sikre større patientsikkerhed.

Aftalen skal desuden medvirke til at sikre, at regioner, almen praksis og kommunale tilbud samt eventuelt den øvrige praksissektor kan søge rådgivning hos hinanden og dele viden på de områder, som er omfattet af sundhedsaftalen. Dette gælder rådgivning både i forbindelse med konkrete patientforløb og i forbindelse med generelle problemstillinger.

Endelig skal aftalen medvirke til at skabe sammenhæng i forløb for de patienter, der som en del af deres forløb modtager offentligt finansieret behandling m.v. på private sygehuse og klinikker samt hos private leverandører m.fl.

5.2 Koordination af kapacitet

Sundhedsaftalen skal understøtte princippet om, at sundhedsydelser skal leveres på lavest, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON) og afspejle den lokale stratificering af store patientgrupper med henblik på dimensionering af indsatserne og anden sundhedsplanlægning.

En række sundhedsydelser, som tidligere har været leveret på sygehuse, kan med den fornødne kapacitet, patientvolumen, kompetenceudvikling og kvalitetssikring varetages i det borgernære sundhedsvæsen.

Sundhedsaftalen skal derfor skabe rammer for en planlagt og koordineret overdragelse af opgaver mellem sektorerne, typisk fra sygehuse til kommuner og almen praksis, når der findes grundlag for dette. I den forbindelse kan andre relevante aktører i det borgernære sundhedsvæsen, herunder særligt den øvrige praksissektor, inddrages.

I forbindelse med overdragelse af opgaver kan der være behov for kompetenceudvikling af medarbejdere, således at borgerne fortsat oplever høj kvalitet i ydelsen. Som udgangspunkt er det de enkelte aktørers ansvar at sikre, at sundhedspersonerne har de nødvendige kompetencer, som institutionens kerneopgaver forudsætter. Sundhedsaftalen kan dog medvirke til at sikre parternes medvirken til kompetenceudvikling i andre sektorer i forbindelse med nye eller overdragede opgaver.

Sundhedsaftalen skal derudover skabe rammer for planlægning og styring af kapaciteten i sektorer, der er afhængige af hinanden, for at optimere kapacitet og for at sikre, at patientforløb kan gennemføres uden unødigt ventetid.

5.3 Inddragelse af patienter og pårørende

Sundhedsaftalen skal understøtte et sundhedsvæsen, hvor borgeren inddrages i beslutninger om egen sundhed og behandling, og hvor borgeres, patienters og pårørendes perspektiv inddrages i udviklingen af samarbejdet.

Sundhedsaftalen skal medvirke til, at borgere, patienter og pårørende inddrages i de enkelte patientforløb og -behandlinger, således at den samlede indsats tilpasses den enkeltes behov optimalt. Aftalen skal understøtte, at alle relevante aktører indenfor både det somatiske og det psykiatriske område forholder sig til, hvorledes borgeren/patienten inddrages i alle spørgsmål om egen sundhed og behandling.

Aftalen skal endvidere medvirke til at sikre borgere, patienter og pårørende nem og sikker adgang til dialog med de relevante aktører i forløbet.

Brugerperspektivet skal ligeledes inddrages i udviklingen af samarbejdet mellem aftalens parter. Herunder skal regionens patientinddragelsesudvalg inddrages i sundhedskoordinationsudvalgets drøftelser jf. kapitel 2. Desuden kan der hensigtsmæssigt ske inddragelse af patienter og pårørendes viden, præferencer og ressourcer gennem repræsentation af patienter i arbejdsgrupper, ved afdækning af patientpræferencer gennem litteratur og forskning og/eller ved evalueringer af samarbejdet med patienter i organisatoriske tiltag.

Endelig bør brugerperspektivet indgå i forbindelse med planlægning af dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling.

5.4 Lighed i sundhed

Sundhedsaftalen skal understøtte en udvikling mod større lighed i sundhed. Aftalen bør i den forbindelse have fokus på at sikre differentierede tilbud, som modsvarer den enkelte borgers behov.

Det er en central udfordring at gøre tilbud tilgængelige for alle borgere og at sikre en systematisk behovs- og resourceafdækning hos den enkelte borger/patient for at tilvejebringe det bedst mulige grundlag for en målrettet indsats.

For at sikre ligheden, vil det være væsentligt at se på forskelle i behov og ressourcer i forhold til forskelle i uddannelse, køn, funktionsevne og etnicitet, ligesom der også skal være fokus på socialt udsatte og sårbare borgere.

Aftalen kan videre have fokus på at sikre tilbud og støtte til borgere, der udskrives eller afslutter behandling, men hvor der er behov for sociale indsatser.

5.5 Dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling

Sundhedsaftalen skal medvirke til at sikre et fælles ensartet datagrundlag for den dokumentation, som skal understøtte arbejdet med fx kvalitetssikring, kapacitetsplanlægning og opfølgning i forhold til aftalens indsatsområder. I den forbindelse bør der være ensartet registrering og enighed om afgrænsninger af særlige målgrupper, så definitioner af patientgrupper som fx skrøbelige/sårbare patienter er ens på tværs af sektorer.

Aftalen skal derudover understøtte regioners og kommuners fælles ansvar for udviklings- og forskningsarbejde jf. sundhedslovens § 194, så sundhedsydelser og kompetenceudvikling af sundhedspersoner kan leveres på højt fagligt niveau. I den forbindelse bør der være særligt fokus på at sikre ny viden på områder, hvor der aktuelt er sparsom viden.

Aftalen bør derudover med baggrund i dokumentation og udviklings- og forskningsarbejde understøtte en fortsat kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af de enkelte ydelser og af den tværgående indsats.

Parterne bør så tidligt som muligt inddrage hinanden i planlægningen af projekter, som involverer andre aktører. Endvidere bør tilstræbes, at parterne løbende inddrager hinanden i udviklingsprojekter, der påvirker tilrettelæggelsen af fælles patientforløb eller vilkårene for arbejdstilrettelæggelse.

6 Godkendelse af sundhedsaftalen

6.1 Indsendelse af sundhedsaftalen

Sundhedsaftaler vedrørende de obligatoriske indsatsområder skal indsendes til Sundhedsstyrelsens godkendelse jf. sundhedsloven § 205 stk. 3, samt bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler § 5.

Bekendtgørelsens fastlægger fristen for indsendelse af de indgåede sundhedsaftaler til Sundhedsstyrelsen, og at det er regionsrådet, som er forpligtet til at indsende aftalen.

Regionsrådet indsender sundhedsaftalen omfattende de fire obligatoriske indsatsområder elektronisk til Sundhedsstyrelsen. Aftalen skal være godkendt af både regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen inden indsendelsen.

Følgende data skal fremgå af sundhedsaftalen: Aftalens parter, valgperiode, versionsnummer, samt ikrafttrædelsesdato. Versionsnummeret følger valgperioden, således at man inden for hver valgperiode starter med version 1.

Bilag, som er relevante for Sundhedsstyrelsens vurdering af kravene til de obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalen, skal medsendes.

Sundhedsstyrelsen tilsender regionsrådet, kommunalbestyrelsen og sundhedskoordinationsudvalget en kvitteringsskrivelse ved modtagelsen af sundhedsaftalen.

6.2 Sundhedsstyrelsens godkendelse

Bekendtgørelsens § 6 fastlægger Sundhedsstyrelsens frister i forhold til godkendelse af sundhedsaftalen.

Sundhedsstyrelsens godkendelse beror på, om der er indgået aftale på de områder, der er udmeldt som obligatoriske i overensstemmelse med de krav, der fremgår af bekendtgørelsen og de anvisninger, der er angivet i denne vejledning og som følger af Sundhedsstyrelsens øvrige sundhedsfaglige anbefalinger.

Sundhedsstyrelsen vil ved sin vurdering af aftalen særligt lægge til grund, om sundhedsaftalen opfylder formålene i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder som beskrevet i kapitel 4 i denne vejledning og om aftalen i relevant omfang tager udgangspunkt i de tværgående temaer, som beskrives i kapitel 5. I Sundhedsstyrelsens vurdering indgår den samlede sundhedsaftale, dvs. både den politiske aftale samt den administrative konkretisering heraf.

Supplerende aftaler indgår ikke i Sundhedsstyrelsens vurdering.

Såfremt det er nødvendigt at indhente supplerende informationer i forbindelse med sagsbehandlingen af en sundhedsaftale, vil Sundhedsstyrelsen tage kontakt til sundhedskoordinationsudvalget. Det

påhviler herefter sundhedskordinationsudvalget at tilvejebringe de fornødne oplysninger hurtigst muligt, og således at Sundhedsstyrelsen kan overholde tidsfristen for sagsbehandling.

6.3 Godkendte aftaler

Når Sundhedsstyrelsen har godkendt en sundhedsaftale, orienteres sundhedskordinationsudvalget, kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet skriftligt herom.

Sundhedsstyrelsens tilbagemelding vil omfatte meddelelse om godkendelse samt rådgivning om udviklingspotentialer i henhold til styrelsens generelle sundhedsfaglige anbefalinger.

6.4 Ikke godkendte aftaler

Såfremt Sundhedsstyrelsen ikke kan godkende en sundhedsaftale, orienteres sundhedskordinationsudvalget, regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skriftligt herom. Af meddelelsen om Sundhedsstyrelsens manglende godkendelse skal fremgå, hvilke(t) krav der ikke er opfyldt, samt frist for indsendelse af en revideret aftale. Sundhedsstyrelsens procedure for godkendelse er som beskrevet i afsnit 6.2.

Forud for Sundhedsstyrelsens eventuelle beslutning om ikke at godkende en aftale, drøfter Sundhedsstyrelsen problemstillingen med sundhedskordinationsudvalget, herunder regionsrådet og kommunalbestyrelser, og der kan gives mulighed for at indsende en tilrettet aftale med en senere frist.

6.5 Indsendelse af ændringer til aftalen

I forbindelse med sundhedskordinationsudvalgets løbende gennemgang af sundhedsaftalen, kan udvalget finde grundlag for at foretage ændringer i sundhedsaftalen jf. denne vejlednings afsnit 2.3. Ændringerne kan ske indenfor hele eller dele af de fire obligatoriske indsatsområder.

Såfremt disse ændringer er af væsentlig karakter, skal den reviderede sundhedsaftale indsendes til Sundhedsstyrelsen til fornyet godkendelse. Ændringer har en væsentlig karakter, hvis sundhedskordinationsudvalget finder, at den reviderede aftale skal godkendes af regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen.

Indsendelse af senere versioner skal ske efter de samme anvisninger, som beskrevet i afsnit 6.1. I forbindelse med indsendelsen skal det anføres, hvilke dele af aftalen, som er blevet ændret.

Sundhedsstyrelsens procedure for godkendelse er som beskrevet i afsnit 6.2.

Reviderede sundhedsaftaler med ændringer, som ikke kræver Sundhedsstyrelsens godkendelse, kan indsendes til Sundhedsstyrelsen til orientering.

6.6 Offentliggørelse af godkendte aftaler

Regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen offentliggør den indgåede sundhedsaftale, herunder senere versioner på deres hjemmesider.

Parterne skal derudover aftale yderligere formidling af aftalen, således at borgere og relevante aktører nemt og hurtigt kan få kendskab til den.

Sundhedsstyrelsen offentliggør de godkendte sundhedsaftaler samt styrelsens meddelelser til regionsrådet og kommunalbestyrelserne på styrelsens hjemmeside.

6.7 Rådgivning

Sundhedskoordinationsudvalget, kommunalbestyrelser og regionsråd kan indhente rådgivning hos Sundhedsstyrelsen i relation til spørgsmål vedrørende sundhedsaftalernes udformning. Det vil sige spørgsmål vedrørende fortolkning af lovgrundlaget, herunder bekendtgørelsen og vejledningen.

Sundhedsstyrelsen kan ikke give en forhåndsgodkendelse forud for indsendelsen af sundhedsaftalerne.

Referencer

Indsatsområde 1: Forebyggelse

- Sundhedslovens § 119 (om forebyggelse og sundhedsfremme) og §§ 120-126 (om forebyggende sundhedsordninger til børn og unge)
- Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2. Sundhedsstyrelsen 2007
- Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3. Sundhedsstyrelsen 2009
- Bekendtgørelse nr. 1344 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2010
- Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, Sundhedsstyrelsen 2011
- Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen 2009 (delvist opdateret 2013)
- Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2012-2013
- Analyse af mulighederne for at skabe sammenlignelighed mellem spørgeskemabaserede kommunale og regionale sundhedsprofiler. Finansministeriet, SUM, KL, DR 2009

Indsatsområde 2: Behandling og pleje

- Sundhedsloven § 60 (om behandling hos alment praktiserende læge), §§ 64-69 (om behandling i den øvrige praksissektor), § 79 (om sygehusbehandling), § 138 (om hjemmesygepleje), § 141 (om behandling for alkoholmisbrug) og § 142 (om lægelig behandling for stofmisbrug)
- Bekendtgørelse om hjemmesygepleje, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2007
- Vejledning om hjemmesygepleje, Sundhedsstyrelsen 2006
- Bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners anvendelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). Sundhedsstyrelsen 2009

- Vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger, Sundhedsstyrelsen 2011
- Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sundhedsvæsenet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2006

Indsatsområde 3: Rehabilitering, herunder træning

- Sundhedslovens § 84, § 140 og § 251 (om genoptræning efter sygehusindlæggelse) samt 140 a (om vederlagsfri fysioterapi)
- Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningssted efter udskrivning fra sygehus. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2006 (Revideres 2014)
- Vejledning om træning i regioner og kommuner, 2009 (Revideres 2014)
- Tværministeriel vejledning om kommunal rehabilitering, 2011
- Bekendtgørelse om kommuner og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension, Arbejdsmarkedsstyrelsen 2013

Indsatsområde 4: Sundheds-it og digitale arbejdsgange

- Digitalisering med effekt – National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017, Regeringen, KL og Danske Regioner, 2013
- Den digitale vej til fremtidens velfærd – Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011-2015
- National handlingsplan for udbredelse af telemedicin, regeringen, KL og Danske Regioner, 2012
- Aftale om regionernes økonomi for 2014
- Aftale om kommunernes økonomi for 2014