



Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler



Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler

© Sundhedsstyrelsen, 2023.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: [x.xx.xxxx]
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	4
1.1. Ændringer i forhold til tidligere vejledning	4
2. Sundhedssamarbejdsudvalget og sundhedsklynger	6
2.1. Sundhedsklynger	6
2.2. Sundhedssamarbejdsudvalget	13
3. Sundhedsaftalen	16
3.1. Sundhedsaftalens Formål	16
3.2. Fastlæggelse af fælles, forpligtende målsætninger	17
3.3. Almen praksis i sundhedsaftalen	17
3.4. Grundlag for fastsættelse af målgrupper og indsatser	18
3.5. Sundhedsaftalens form	19
3.6. Sundhedsaftalens varighed og gyldighedsperiode	19
4. Samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalen	19
4.1. Ramme for samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning	19
4.2. Forløbsprogrammer	21
4.3. Nye modeller for samarbejde	21
5. Godkendelse af sundhedsaftalen	22
5.1. Indsendelse af sundhedsaftalen	22
5.2. Sundhedsstyrelsens godkendelse	22
5.3. Godkendte aftaler	23
5.4. Ikke godkendte aftaler	23
5.5. Offentliggørelse af godkendte aftaler	23
5.6. Rådgivning	24
6. Opfølgning, midtvejsstatus og slutstatus	24
7. Sundhedsaftalens parter	25
7.1. Aktører	26
8. Ophævelse af tidligere vejledning	27

1. Indledning

Rammerne for sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsklynger og sundhedsaftaler er fastlagt i sundhedslovens § 203-205 samt i bekendtgørelse nr. 1248 af 5. september 2022 om sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsklynger, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg. Det fremgår af § 203 stk. 3, at sundhedsklyngen skal løfte det fælles populationsansvaret med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og bidrage til sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Sundhedsklyngen skal samtidig styrke forebyggelse, kvalitet og omstilling til det primære sundhedsvæsen.

I forlængelse af §203 stk. 6. fastsætter sundhedsministeren nærmere regler om de nye sundhedsklynger, herunder om opgavevaretagelse, sammensætning og organisering, som beskrives i denne vejledning.

I henhold til bekendtgørelsens § 23 udarbejder Sundhedsstyrelsen Vejledning om sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler, herunder om de nærmere rammer og procedurer for indsendelse af sundhedsaftaler til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Denne vejledning træder i kraft den XXX og erstatter Sundhedsstyrelsens tidligere vejledning fra 2018.

Formålet med Sundhedsstyrelsens vejledning er at give en uddybende, vejledende beskrivelse af den organisatoriske understøttelse af tværsektorielt samarbejde i sundhedssamarbejdsudvalg samt sundhedsklynger og dermed bidrage til opgaven vedrørende udarbejdelse af sundhedsaftaler i regioner og kommuner. Derudover angiver vejledningen 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 almen praksis, der er involveret i udarbejdelsen af sundhedsaftaler. Patientinddragelsesudvalgene, som i henhold til sundhedslovens § 204 skal inddrages i sundhedssamarbejdsudvalgenes drøftelser, indgår ligeledes i vejledningens målgruppe.

Samarbejdet omfatter både det somatiske og psykiatriske område.

1.1. Ændringer i forhold til tidligere vejledning

Vejledningen er tilrettet på baggrund af ændringerne i sundhedsloven fra juni 2022 med tilhørende bekendtgørelse fra september 2022, der bl.a. indfører sundhedsklynger og styrkelse af den politiske samarbejdsstruktur ved at erstatte de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg med et sundhedssamarbejdsudvalg.

Sundhedssamarbejdsudvalget bliver ansvarlig for at udarbejde sundhedsaftalen mens ansvaret for praksisplanen overgår til regionsrådet, med inddragelse af almen praksis og kommuner.

Med den ændrede samarbejdsstruktur bliver praksisplanen mere fokuseret på lægedækning, tilgængelighed og udviklingstiltag, mens det tværsektorielle samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis fremover drøftes løbende i SSU og indgår i sundhedsaftalen. Praksisplanen skal inddrage sundhedsaftalens indhold om tværsektorielt samarbejde, herunder almen praksis rolle i det samlede sundhedsvæsen, i arbejdet med planlægning for almen praksis. I vejledningens kapitel 2 beskrives sundhedssamarbejdsudvalgets opgaver i relation til almen praksis og i kapitel 4 beskrives hvordan almen praksis involveres i sundhedsaftalen

Endelig har Sundhedsstyrelsen fået bemyndigelse til at afvige fra de fastsatte frister for udarbejdelse af sundhedsaftale (se nærmere herom i kapitel 3.6 om sundhedsaftalens varighed og gyldighedsperiode).

Ændringerne sker i den eksisterende sundhedsaftaleperiode 2019-2023. Denne vejledning er derfor en tilpasning af den eksisterende vejledning i forhold til de ændringer, som den nye lovgivning medfører.

I vejledningen gælder fortsat, at sundhedsaftalerne skal være mindre bureaukratisk tunge og give mere plads til lokale, politiske prioriteringer samt rum for mere fokuserede sundhedsaftaler. I forlængelse heraf gælder nedenstående punkter fra den nugældende/gamle vejledning fortsat:

- Det enkelte sundhedssamarbejdsudvalg i sundhedsaftalerne opstiller fælles, forpligtende målsætninger for sundhedsområdet generelt i regionen og for de områder og/eller målgrupper, som sundhedssamarbejdsudvalget vælger at indgå aftale om, jf. kapitel 4. Der er ingen obligatoriske indsatsområder.
- Vejledningen opstiller en ramme for samarbejdsaftaler, som parterne bør tage stilling til, når der indgås samarbejdsaftaler om indsatser eller opgaveløsning i regi af sundhedsaftalen. Rammen og delelementerne fremgår af afsnit 4.3.
- Vejledningen beskriver opfølgning på og afrapportering af sundhedsaftalen (kapitel 6). Formålet hermed er, at betone sundhedssamarbejdsudvalgets pligt til at gøre status på sundhedsaftalens resultater og følge op på de fælles, forpligtende målsætninger, som er aftalt.
- Opgaver knyttet til det tidligere sundhedskoordinationsudvalg fortsætter uændret og varetages fremover i sundhedssamarbejdsudvalget samt delvist i sundhedsklyngerne (se kapitel 2). Disse opgaver er udarbejdelse af udkast til sundhedsaftale, implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen, vurdering af udkast til regionens sundhedsplan, vidensdeling mellem sundhedssamarbejdsudvalg samt

at bidrage til praksisplan for almen praksis.

2. Sundhedssamarbejdsudvalget og sundhedsklynger

Der er to fora, som skal bidrage til bedre sammenhæng på tværs af kommuner, regioner og almen praksis for bl.a. ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme, borgere med psykiske lidelser, inkl. borgere med et alkoholmisbrug eller stofmisbrug.

- Sundhedsklynger, med afsæt i det lokale samarbejde mellem akutsygehus, og de omkringliggende kommuner samt almen praksis
- Sundhedssamarbejdsudvalget i hver region med afsæt i den tværgående koordination for den samlede region på tværs af kommunerne.

Sundhedssamarbejdsudvalget er ansvarlig for sundhedsaftalen, som udgør den overordnede ramme for arbejdet i sundhedsklyngerne og for det tværgående arbejde i sundhedssamarbejdsudvalget.

Sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalg skal kunne udpege målgrupper i populationerne med en stor sygdomsbyrde og/eller forebyggelsespotentiale. En forudsætning herfor er, at der findes et datagrundlag om målgrupperne, fx ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme, borgere med psykiske lidelser, inkl. borgere med et alkoholmisbrug eller stofmisbrug (se afsnit 2.1 om data til sundhedsklyngerne og afsnit 3.4 om arbejdet med dataunderstøttelse i sundhedsaftalen).

Sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalget er både et samarbejde mellem sektorer og mellem aktører. Regionen og kommunerne deltager i samarbejdet som myndigheder, mens PLO indgår som repræsentant for almen praksis og deltager således ikke som en myndighed.

2.1. Sundhedsklynger

Sundhedsklyngen består af et politisk niveau og et fagligt strategisk niveau. Det politiske niveau skal understøtte den politiske forankring og igangsættelse af indsatser i sundhedsklyngen relateret til omstilling til det primære sundhedsvæsen. Det faglige strategiske niveau skal implementere konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet samt

øget nærhed. Desuden skal det faglige strategiske niveau være handlekraftigt og kunne udvikle/tilpasse nye og kendte løsninger.

Bekendtgørelsens §2 og §9 har følgende sontring af opgaverne i hhv. det politiske og faglig strategiske niveau i sundhedsklyngen:

Høringsudkast

Politisk niveau	Faglig strategisk niveau
Sætte retning sundhedsklyngen og igangsætte indsatser med omstilling til det primære sundhedsvæsen	Tage hånd om borgerne med fokus på løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed
Ansvarlig for at sikre de nødvendige rammer for, at det faglige strategiske niveau kan løse deres opgaver på forsvarlig vis	Være en drivende kraft for styrket kvalitet, sammenhæng og omstilling i det nære sundhedsvæsen
Implementere og komme med input sundhedsaftalen	Følge op på fastlagte mål og implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer, f.eks. kvalitetstiltag, nationale handlingsplaner og øvrige relevante initiativer
Implementere og komme med input til nationale tiltag samt drøfte og beslutte anvendelse af prioriterede midler	Udvikle og aftale lokale modeller for bl.a. bedre forløb med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed, f.eks. for udvalgte patientgrupper
Opstille selvstændige mål i klyngen inden for sundhedsaftalens rammer (imødegå sammenhængsproblematikker eller lokale folkesundhedsmæssige problemstillinger og sygdomsbyrder)	Håndtere praktiske udfordringer og muligheder i sundhedsklyngen, herunder igangsætte relevante samarbejdsprojekter målrettet de fælles patienter, f.eks. samarbejde om akutpladser, forløb for psykiatriske patienter, bedre forløb for ældre medicinske patienter eller borgere med kroniske sygdom og fælles forebyggelsesindsatser mv.
	Understøtte nationale eller lokalt prioriterede initiativer til styrket sammenhæng, nærhed og omstilling, herunder f.eks. midler øremærket som led i de årlige økonomiaftaler
	Følge og drøfte centrale nøgletal og data for populationen inden for sundhedsklyngen, så data kommer til at understøtte et tæt samarbejde og strategisk prioritering af sundhedsindsatser

2.1.1. Populationsansvar i sundhedsklyngen

Sundhedsklyngerne skal løfte populationsansvaret med udgangspunkt i fælles patienter og akutsygehusets optageområde, hvilket indebærer at understøtte befolkningens sundhedstilstand gennem både en fælles forebyggende indsats og ved at understøtte det samlede forløb for mennesker med behov for en indsats i sundhedsvæsenet. Formålet er øget generel sundhed hos borgerne og højere patientoplevelt kvalitet, som samtidig frigør ressourcer til den patientbehandling, som er så specialiseret, at den skal foretages på sygehusene.

Sundhedsklyngerne er omdrejningspunkt for omstilling til det primære sundhedsvæsen og skal bidrage til at mindske den geografiske og sociale ulighed i sundhed gennem udvikling af fælles fagligt bæredygtige indsatser og tættere samarbejde.

Det indgår i populationsansvaret at drøfte udfordringer og understøtte indsatser, hvor ansvaret normalt henlægges til den ene sektor, og hvor det kan være relevant at inddrage tilgrænsende kommunale velfærdsområder. Dermed styrkes fokus i forhold til målgrupper, hvor en sektor med fx et forebyggelsesperspektiv kan reducere antallet af borgere der går fra lette symptomer til egentlig behandlingskrævende tilstande på sygehusene.

2.1.2. Dataunderstøttelse

Populationsansvaret i sundhedsklyngen forudsætter dataunderstøttelse, der belyser populationens behov for sundhedsvæsenets ydelser. Dette gennem data om dels befolkningens sundhed, trivsel og sygelighed, dels befolkningens kontakt med sundhedsvæsenet og patientforløb. Regeringen, Danske Regioner og KL aftalte ved etablering af sundhedsklyngerne¹, at der skal udvikles relevante data for populationen, der sammen med de Nationale Mål for Sundhedsvæsenet kan understøtte et datadrevet fokus. Derfor blev der i forbindelse med opstarten af arbejdet i sundhedsklyngerne udarbejdet datapakker i Sundhedsdatastyrelsen i samarbejde med Sundhedsministeriet med inddragelse af kommuner, regioner og Sundhedsstyrelsen. Pakkerne samler en række nøgletal og visninger, som giver adgang til relevante nationale sundhedsdata på tværs af kommuner, regioner og almen praksis og er med til at beskrive den fælles population i sundhedsklyngerne.

Datapakken² består af et populationsoverblik samt tre temaer:

- Ældre borgere på 80 år og derover
- Borgere med udvalgte kroniske sygdomme
- Borgere med kontakt til psykiatrien

¹ [Regeringen, Danske Regioner, KL, 11. juni 2020: Aftale om sammenhæng og nærhed \(sundhedsklynger\)](#)

² <https://www.esundhed.dk/Emner/Sundhedsklynger/Datapakker>

Derudover er der også lavet en datapakke baseret på indikatorer fra Den Nationale Sundhedsprofil 2021, som afdækker³:

- Borgernes sundhed og trivsel

Den aktive brug af data skal også styrkes gennem sundhedsklyngernes adgang til selv at lave analyser i det digitale værktøj *Sundhedsdata på tværs*, der skal skabe større viden om fælles patientpopulationer gennem adgang til nationale sundhedsdata på aggregeret niveau på tværs af kommuner, regioner og almen praksis." Værktøjet består af temareporter, hvor data fra almen praksis, sygehus og kommune kan filtreres, vises og sammenstilles på et aggregeret niveau.

Fremtidig dataunderstøttelse

Programmet *Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen* skal tilvejebringe en national indsamling af data fra det nære sundhedsvæsen. Det skal lede frem til, at etableres et nationalt datagrundlag i form af sundhedsregistre, som giver indsigt i aktivitet og kvalitet i almen praksis, speciallægepraksis og kommuner. Dvs. at det fx bliver muligt at koble kommunale data om fx aktiviteter på hjemmeplejeområdet med øvrige data fra bl.a. hospitalerne. Samtidig skal programmet sikre, at data bliver anvendt og leveret på en tilgængelig måde til sundhedsvæsenets aktører, herunder sundhedsklyngerne, så det understøtter datadrevet kvalitetsudvikling, sammenhængende patientforløb, planlægning mv. Dette løses bl.a. ved at udstille ovenstående nye data, data om socioøkonomiske forhold mv. med eksisterende data i udstillingsværktøjet *Sundhedsdata på tværs*. Prioritering af datakilder i *Sundhedsdata på tværs* sker i programmet *Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen* med afsæt i sundhedsvæsenet, herunder sundhedsklyngers, behov.

Med introduktionen af disse data er det også relevant, at sundhedsklyngerne har fokus på fx sammenhænge til populationens arbejdsmarkedstilknytning og social ulighed i sundhed.

Foruden anvendelse af eksisterende data skal programmet *Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen* indhente nye data fra henholdsvis kommuner, almen praksis og speciallægepraksis. De nye data vil på sigt bidrage til, at beslutningstagerne herunder sundhedsklyngerne får bedre forudsætninger og viden med henblik på planlægning af og kvalitet i behandling i det primære sundhedsvæsen. Sundhedsklyngerne vil løbende blive dataunderstøttet, når fx værktøjet *Sundhedsdata på tværs* bliver udvidet med det nye datagrundlag fra kommuner, almen praksis og speciallægepraksis.

På baggrund af fremtidige data kan klyngen udvide sit fokus til nye konkrete målgrupper og ikke mindst til borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme, der kan danne basis

³ [Data om sundhedsklynger - indikatorer fra Den nationale sundhedsprofil - Sundhedsstyrelsen](#)

for proaktive forebyggelsesindsatser på tværs sundhedsklyngen og dermed medvirke til at forebygge sygdom og forværring af sygdom.

Fremtidige data skal også understøtte arbejdet med den nationale kvalitetsplan for det primære sundhedsvæsen baseret på kvalitetspakker med anbefalinger eller bindende krav til aktørerne. Dette sker ved, at data både udgør et analytisk grundlag for national udvælgelse af indsatsområder til kvalitetspakker og et grundlag for efterfølgende implementering og monitorering i sundhedsklyngen.

Deling af data om patienter i patientbehandling

Formålet med sundhedsklyngerne er at sikre sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet, hvilket bl.a. muliggøres ved, at sundhedspersonalet elektronisk kan tilgå relevante oplysninger om patienters kontakt med andre dele af sundhedsvæsenet. En række muligheder for datadeling udvikles løbende, ifm. patientbehandling på tværs af sundhedsvæsenet gennem de digitale løsninger: Sundhedsjournalen, Et Samlet Patientoverblik samt MedComs digitale meddelelser. Det anbefales, at sundhedsklyngerne medvirker til at udbreder kendskabet til de eksisterende digitale løsninger til datadeling for at sikre sammenhæng.

2.1.3. Sundhedsaftale

Det politiske niveau i sundhedsklyngen skal bidrage med indspil til sundhedsaftalen. Det politiske niveau har til opgave at implementere og bidrage med input til sundhedsaftalen. Det politiske niveau skal inden for rammerne af sundhedsaftalen opstille selvstændige mål med udgangspunkt i de lokale udfordringer og behov.

2.1.4. Vurdering af udkast til kommunale sundhedspolitikker

Sundhedsklyngen bør vurdere udkast til kommunale sundhedspolitikker. I forlængelse heraf vil det være hensigtsmæssigt, at regionen og kommunerne løbende orienterer sundhedsklyngerne om væsentlige ændringer på sundhedsområdet og tilgrænsende områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet samt om de sundhedsmæssige konsekvenser heraf.

2.1.5. Vidensdeling

Sundhedsklyngernes afsæt i det lokale samarbejde mellem akutsygehus og de omkringliggende kommuner samt almen praksis betyder, at der på sundhedsklyngeniveau skabes indsigt i indsatser med muligt potentiale for udbredelse. Det er derfor vigtigt at dele relevant viden herom fra det lokale samarbejde til fx arbejdet med sundhedsaftaler og arbejdet med national kvalitetsplan. (Se også sundhedssamarbejdsudvalgets ansvar for vidensdeling, afsnit 2.2.5.).

2.1.6. Øvrige emner

Der er behov for øget forskning med henblik på at afdække ny evidens for konkrete tværsektorielle indsatser eller nytænkning af opgaveløsning i det primære sundhedsvæsen⁴. Sundhedsklyngerne kan med afsæt i klyngefællesskabet drøfte, hvordan forskning kan understøttes af regionen med bidrag fra kommunerne i sundhedsklyngen. Dette kan fx tage afsæt i sundhedsklyngens projekter tilrettelægges således, at det er muligt at dokumentere resultater.

Sundhedsklyngerne udgør den lokale ramme for det tværsektorielle samarbejde og bør løbende drøfte tiltag, der har betydning for samarbejdsstruktur og den samlede kapacitet i optageområdet, herunder fx planlægning og implementering af nye strukturer i sundhedsvæsenet.

2.1.7. Deltagere

Det politiske niveau består, hvis ikke andet aftales, af mindst to regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, borgmestrene fra de deltagende kommunalbestyrelser⁵ i sundhedsklyngen og to praktiserende læger udpeget af Praktiserende Lægers Organisation (PLO) som repræsentanter for almen praksis inden for sundhedsklyngens område. Det kan være relevant at inddrage andre repræsentanter for almen medicinske tilbud i fx lægedækningstruede områder.

Repræsentanter for patienter og pårørende skal inddrages som en fast, faglig sparringspart i sundhedsklyngerne og på den måde mulighed for at bistå med faglige synspunkter.

Det fremgår af bekendtgørelsens §30, at

- Sundhedsklyngens faglige strategiske niveau skal tilbyde to faste pladser til repræsentanter fra patientinddragelsesudvalget
- Sundhedsklyngens politiske niveau skal som minimum invitere repræsentanter fra patientinddragelsesudvalget til dialogmøder om konkrete emner.
- Repræsentanter fra patientinddragelsesudvalget skal inviteres, hvis der nedsættes relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter under sundhedsklyngerne

Det vil også være muligt at inddrage repræsentanter for borgere, patienter og pårørende, uanset om disse er repræsenteret i patientinddragelsesudvalget. Det gælder fx til konkrete drøftelser eller arbejdsgrupper.

Det faglige strategiske niveau består, hvis ikke andet aftales, af tre repræsentanter fra regionen, herunder det psykiatriske område, én repræsentant for hver af de deltagende

⁴ [Forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen - Sundhedsstyrelsen](#)

⁵ I kommuner med mellemformsstyre med delt administrativ ledelse, jf. § 64 a, jf. § 65, i lov om kommunernes styrelse, henholdsvis magistratsstyre, jf. § 64 i den nævnte lov, beslutter kommunalbestyrelsen, om vedkommende udvalgsformand henholdsvis vedkommende magistratsmedlem eller borgmester deltager i det politiske niveau.

kommuner, to praktiserende læger udpeget af PLO som repræsentanter for almen praksis inden for sundhedsklyngens område og to repræsentanter for patienter og pårørende, der udpeges af patientinddragelsesudvalget.

På det faglige strategiske niveau kan repræsentanterne lade sig bistå af øvrige repræsentanter. Dette kan være relevante sundhedsfaglige eller repræsentanter fra andre kommunale sektorer, der har direkte samspil med, eller betydning for, de konkrete drøftelser og indsatser.

2.1.8. Organisering

Formandskabet i sundhedsklyngens politiske niveau varetages af regionsrådsformanden og en af de deltagende borgmestre. På det faglige strategiske niveau varetages formandskabet af en regional og en kommunal repræsentant. For at understøtte et ligeværdigt og tillidsbaseret samarbejde skal regionsrådet og kommunerne samarbejde om at sekretariatsbetjene sundhedsklyngen på både politisk og fagligt strategisk niveau.

Det politiske niveau i klyngen mødes som minimum 2 gange årligt og det faglige strategiske niveau mødes som minimum 4 gange årligt. Det faglige strategiske niveau kan nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper, bl.a. med henblik på faglig rådgivning samt fokus på lokale aftaler og koordinering ift. sundhedsklynger, sundhedsaftaler og praksisplan.

2.2. Sundhedssamarbejdsudvalget

Sundhedssamarbejdsudvalget koordinerer og sætter retning for arbejdet på tværs af sundhedsklyngerne i regionen. Sundhedssamarbejdsudvalget skal understøtte ensartethed og sammenhæng på tværs af regionen og hermed bidrage til geografisk og social lighed i sundhed. Dette kan fx være, hvor nogle sygehusfunktioner efter specialeplanen ikke tilbydes på alle akutsygehuse, eller hvor der er behov for at understøtte tværgående implementering af nationale handleplaner for tværsektorielt samarbejde.

Det fremgår af § 15 i bekendtgørelsen, at sundhedssamarbejdsudvalget har følgende overordnede opgaver:

- understøtte høj kvalitet og sammenhæng på tværs af sundhedsklyngerne og understøtte, at der skabes sammenhæng for bl.a. ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme og borgere med psykiske lidelser, herunder borgere, som ud over en psykisk lidelse har et alkohol- eller stofmisbrug, der har forløb på tværs af sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud eller har forløb på tværs af sundhedsklyngerne
- drøfte emner, der er relevante for sammenhængen i forløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud, herunder fælles funktioner samt koordinering og prioritering af evt. midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet, som regioner og kommuner kan prioritere til området

- fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af det tværsektorielle samarbejde og samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger f.eks. samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis,
- understøtte at nationale handleplaner mv. implementeres på tværs af sundhedsklyngerne i regionen
- drøfte sundhedsklyngernes udviklingstiltag og evt. indstille veldokumenterede tiltag til udbredelse på tværs af sundhedsklynger eller på nationalt niveau
- drøfte almen praksis' rolle i samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis.

2.2.1. Udarbejdelse af udkast til sundhedsaftale

Sundhedssamarbejdsudvalget udarbejder, jf. bekendtgørelsens § 19, udkast til sundhedsaftalen og skal i den forbindelse understøtte, at regionsrådet og alle regionens kommunalbestyrelser kan godkende aftalen.

Sundhedsklyngernes politiske niveau inddrages i arbejdet og skal have mulighed for at komme med bidrag til sundhedsaftalen.

2.2.2. Implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen

Der udarbejdes en plan for implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen med fokus på, at sundhedsklyngerne varetager den lokale implementering, og sundhedssamarbejdsudvalget varetager eventuelle behov for tværgående implementering på tværs af regionen. Formålet med planen er opfølgning og justering på målsætninger for at understøtte den fælles retning for og effekt af indsatsen på tværs af sektorerne.

For øvrige krav til sundhedssamarbejdsudvalget om opfølgning på og slutstatus for sundhedsaftalen, se kapitel 6.

2.2.3. Vurdering af udkast til sundhedsplan og praksisplan

Sundhedssamarbejdsudvalget er, jf. bekendtgørelsens § 22, høringspart i forhold til kommentering af udkast til regionens sundhedsplan, herunder sygehusplaner, praksisplaner og psykiatriplaner og kan komme med anbefalinger til, hvordan de enkelte planer kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

Praksisplanen vedrørende almen praksis skal, jf. sundhedslovens § 206 a, stk. 2, inden vedtagelsen forelægges for sundhedssamarbejdsudvalget. Inden for rammerne af sundhedsaftalen beskriver praksisplanen planlægning af lægedækning, udvikling af almen praksis og almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Sundhedssamarbejdsudvalget kan tilsvarende vurdere udkast til kommunale sundhedspolitikker. Det er derfor hensigtsmæssigt, at kommunerne løbende orienterer sundhedskordinationsudvalget om væsentlige ændringer på sundhedsområdet og tilgrænsende områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet samt om de sundhedsmæssige konsekvenser heraf.

2.2.4. Bidrage til praksisplan for almen praksis

Sundhedssamarbejdsudvalget skal forelægges praksisplanen inden godkendelse i regionsrådet. Sundhedssamarbejdsudvalget kan således kommentere og drøfte udkast til praksisplanen og kan i den forbindelse komme med forslag til, hvordan planen kan fremme sammenhæng mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

Sundhedssamarbejdsudvalget skal medvirke til at kommunerne og PLO inddrages i arbejdet med at sikre, at praksisplanen afspejler udviklingsplanerne for det samlede sundhedsvæsen, der beskrives i sundhedsaftalen.

2.2.5. Vidensdeling

Sundhedssamarbejdsudvalget informerer, jf. bekendtgørelsens § 18, sundhedssamarbejdsudvalgene og øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordineringen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner.

Det anbefales endvidere, at sundhedssamarbejdsudvalget deler erfaringer og viden fra arbejdet med udarbejdelse, implementering og opfølgning af sundhedsaftalerne med de øvrige sundhedssamarbejdsudvalg, jf. kapitel 6 om opfølgning og slutstatus.

2.2.6. Øvrige emner

Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter, jf. bekendtgørelsens § 15, stk. 2, i øvrigt 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.

2.2.7. Deltagere

Regionsrådet nedsætter sammen med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedssamarbejdsudvalg. Hvis ikke andet aftales består Sundhedssamarbejdsudvalget af 3 repræsentanter fra regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, en borgmester fra hver sundhedsklynge, som samtidig er den kommunale formand i sundhedsklyngen, og to repræsentanter fra almen praksis, udpeget af PLO i regionen.

Kommunerne er således repræsenteret i sundhedssamarbejdsudvalget gennem formanden for den lokale sundhedsklynge.

2.2.8. Organisering

Sundhedssamarbejdsudvalget kan, jf. bekendtgørelsens § 16 stk. 4, nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper blandt andet med henblik på faglig rådgivning fra fx sygehuse,

almen praksis eller kommuner. I den forbindelse er det relevant også at inddrage andre aktører som fx private sygehuse, apotekersektoren, den øvrige praksissektor samt andre tilgrænsende velfærdsområder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet.

Sundhedssamarbejdsudvalget skal, jf. sundhedslovens § 204, stk. 3, systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i regionen i deres drøftelser. Patientinddragelsesudvalget kan blandt andet understøtte, at patient- og borgerperspektivet inddrages i forbindelse med sundhedssamarbejdsudvalgets udarbejdelse af udkast til sundhedsaftale samt implementering af og opfølgning på aftalen. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer.

3. Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen er en aftale, som indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, hvori der fastsættes rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne, herunder almen praksis, inden for de områder eller de målgrupper, der indgås aftale om. Udkast til sundhedsaftale udarbejdes af sundhedssamarbejdsudvalget (se afsnit 2.2.1.), mens regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen godkender indholdet af aftalen. Sundhedsaftalen fastsætter tværsektorielle rammer for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på de områder eller for de målgrupper, der indgås aftale om.

3.1. Sundhedsaftalens Formål

Sundhedsaftalen udgør den overordnede, generelle ramme for samarbejdet på sundhedsområdet i de lokale sundhedsklynger, herunder mellem kommuner og regioner og almen praksis. Formålet med sundhedsaftalen er at bidrage til sammenhæng og koordinering af de forløb, der går på tværs af regioner, kommuner og almen praksis med fokus på kvalitet, effekt og patienttilfredshed. Målet er, at den enkelte borger tilbydes en indsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af regionen, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for. Sundhedsaftalen er dermed et middel til at understøtte geografisk lighed i sundhed.

Herudover er sigtet med sundhedsaftalen at understøtte social lighed i sundhed, som blandt andet opnås gennem et fokus på at sikre nærhed, tilrettelægge differentierede indsatser, som svarer til borgerens behov, ressourcer og præferencer, samt at understøtte, at parterne inddrager borgere og pårørende i beslutninger om egen sundhed og behandling, ligesom borgernes og pårørendes perspektiv inddrages i udvikling af samarbejdet om indsatser i sundhedsaftalen.

Endelig skal sundhedsaftalen understøtte en effektiv og bæredygtig anvendelse af ressourcer i sundhedsvæsenet.

Sundhedsaftalen omfatter samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren, herunder særligt almen praksis.

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

3.2. Fastlæggelse af fælles, forpligtende målsætninger

Sundhedssamarbejdsudvalget skal, jf. bekendtgørelsens § 19, stk. 2, i sundhedsaftalen opstille fælles, forpligtende målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt i regionen samt for de områder og/eller målgrupper, som sundhedssamarbejdsudvalget beslutter, at udkast til sundhedsaftale skal omfatte.

Målsætningerne skal fastlægges med udgangspunkt i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet. De nationale mål sætter en retning for sundhedsvæsenets arbejde med højere kvalitet.

Formålet med fastlæggelse af fælles målsætninger er at bidrage til en fælles retning for indsatsen på tværs af sektorerne. Målsætningerne skal være konkrete og fungere som et redskab til en løbende opfølgning og justering af indsatsen.

I tillæg til de overordnede målsætninger, kan sundhedssamarbejdsudvalget fastlægge mål, delmål og succeskriterier for specifikke indsatser målrettet en gruppe eller inden for et givent område med udgangspunkt i det samlede populationsansvar.

Sundhedssamarbejdsudvalget har ansvar for, at der er sammenhæng mellem de nationale mål for sundhedsvæsenet, de overordnede målsætninger for sundhedsaftalen og konkrete mål, delmål og succeskriterier i udkastet til sundhedsaftale, som skal forelægges regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen.

3.3. Almen praksis i sundhedsaftalen

Planlægning og udvikling af samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis er forankret i sundhedsaftalen, herunder udvikling af almen praksis rolle i det samlede sundhedsvæsen, som led i omstillingen til det primære sundhedsvæsen.

Sundhedsaftalen sætter rammer og målsætninger for almen praksis rolle og opgaver i det samlede sundhedsvæsen, herunder rammer for almen praksis' rådgivning, supervision og tilgængelighed for samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet.

Sundhedsaftalens rammer for omstilling, udvikling og tværsektorielt samarbejde indgår i arbejdet med praksisplanen for almen praksis.

Praksisplanen og sundhedsaftalen definerer tilsammen rammen for de opgaver, som skal løses af almen praksis. Den konkrete udmøntning af denne ramme forudsætter, at der indgås en lokal aftale mellem regionen og det regionale PLO, eller eventuelle andre leverandører af almen medicinske tilbud, hvor implementering og ressourcer aftales. Behovet for aftaler i forbindelse med udmøntningen af praksisplan og sundhedsaftale drøftes løbende i sundhedssamarbejdsudvalget, og der vil ofte blive indgået flere aftaler i løbet af en valgperiode.

Hvis det besluttet, at almen praksis skal varetage nye opgaver, vil det eventuelt forudsætte, at der indgås en underliggende aftale, hvor implementering og ressourcer aftales.

3.4. Grundlag for fastsættelse af målgrupper og indsatser

Sundhedsaftalen omfatter borgere i alle aldre, der har behov for en sammenhængende, tværfaglig indsats fra aktører på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, enten samtidigt eller i forlængelse af hinanden.

Det anbefales, at en differentieret og proaktiv tilgang til det tværsektorielle samarbejde om borgernes forløb før, under og efter sygdom udgør grundlaget for parternes samarbejde om indsatser og målgrupper i regi af sundhedsaftalen. Det betyder, at indsatser tilrettelægges og målrettes ud fra behov, ressourcer og præferencer hos en given målgruppe på baggrund af fx risikostratificering af den befolkning, som er omfattet af sundhedsaftalen i den pågældende region.

Tilgangen fordrer endvidere, at sundhedsaftalen ikke kun omfatter indsatser målrettet behandling af sygdom, men også indsatser, der har til formål at forebygge sygdom eller forværring i borgerens tilstand. Hermed lægges der vægt på, at sundhedsaftalen understøtter en proaktiv tilgang i det tværsektorielle samarbejde om borgernes generelle sundhed.

Grundlaget for fastlæggelse af målgrupper og indsatser i regi af sundhedsaftalen har til formål at understøtte, at parterne samarbejder om at skabe mest mulig sundhed for den fælles gruppe af borgere.

I udvikling og tilrettelæggelse af samt opfølgning på sundhedsaftalen er det vigtigt, at de udvalgte målgrupper og aftalte indsatser er baseret på viden og forskning samt – så

vidt det er muligt – data, der kan vise, hvor der er behov for særlig indsats i det tværsektorielle samarbejde samt, hvad effekten af indsatserne er.

3.5. Sundhedsaftalens form

Der stilles ikke krav til sundhedsaftalens form. Sundhedssamarbejdsudvalget kan selv beslutte, om det vil beskrive aftalen samlet eller opdelt i flere dokumenter. Omfanget af sundhedsaftalen forventes at afspejle, at sundhedsaftalen er en overordnet, generel ramme for samarbejdet mellem parterne.

3.6. Sundhedsaftalens varighed og gyldighedsperiode

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. Sundhedsstyrelsen kan dog undtagelsesvis afvige for fristerne for indsendelse af sundhedsaftalen. Dette vil i givet fald fremgå af Sundhedsstyrelses hjemmeside.

Ikrafttræden behøver ikke at afvente Sundhedsstyrelsens godkendelse. Sundhedsaftalen er gældende, indtil en ny aftale træder i kraft.

4. Samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalen

Som en del af sundhedsaftalen kan der indgås samarbejdsaftaler, som beskriver arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører, fx i relation til en konkret målgruppe. Det kan være relevant at udarbejde samarbejdsaftaler i forhold til målgrupper, hvor der er en tværsektoriel udfordring.

4.1. Ramme for samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning

I det følgende beskrives en ramme for indgåelse af konkrete samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning i sundhedsaftalen, jf. bekendtgørelsens § 20 og § 23. Rammen består af en række delelementer, som fremgår nedenfor, og har til formål at understøtte samarbejdet om indsatser i regi af sundhedsaftalen på tværs af regioner og kommuner og almen praksis. For nogle samarbejdsaftaler vil det være relevant, at parterne tager stilling til alle nedenstående delelementer, mens det for andre kun vil være relevant

at tage stilling til enkelte delelementer. Parterne vurderer for hver konkret aftale om indsats eller aftale om opgaveløsning, hvilke af delelementerne som er relevante for den givne aftale.

Der tages stilling til følgende delelementer:

Opgaveløsning og opgavefordeling

Der er klarhed over, hvor indsatsen mest hensigtsmæssigt løses og hos hvilke(n) faggruppe(r). Herunderat der er klarhed over ansvarsfordelingen i forhold til levering af indsatsen.

Mål for indsatsen

Mål for indsatsen er klare, konkrete og operationelle for de involverede parter og primært omhandle effekt og kvalitet, herunder den patient-/borgeroplevede kvalitet, og så vidt muligt være dataunderstøttede. Målene kan suppleres af delmål og succeskriterier med henblik på at understøtte operationalisering, implementering og opfølgning.

Kapacitet

Parterne drøfter og koordinerer løbende, hvilken kapacitet der er nødvendig for at kunne levere og samarbejde om den pågældende fælles/tværsektorielle indsats, samt om (og eventuelt hvornår) der er behov for opfølgning på kapaciteten. Det er fortsat op til den enkelte part at træffe beslutning om egen kapacitet og sikre, at den fornødne kapacitet er til stede til at kunne levere eller samarbejde om den pågældende indsats.

Ansvar for borgerens/patientens forløb, herunder det lægelige behandlingsansvar

Der er klarhed over, hvilke aktører som har ansvar for borgerens/patientens forløb, samt hvornår ansvaret herfor overdrages i forbindelse med sektorovergange fx i forbindelse med udskrivelse fra sygehus til eget hjem eller til et kommunalt tilbud. Dette gælder også det lægelige behandlingsansvar.

Adgang til kompetencer og rådgivning

Der er klarhed over behovet og muligheden for adgang til rådgivning og sparring på tværs af sektorer, fx fra sygehus til kommune eller fra almen praksis til kommune. Herudover at der er klarhed over, hvilke kompetencer som bør være til stede for at løse en given indsats, samt om der i den forbindelse er behov for (fælles) kompetenceudvikling.

Adgang til medicin, udstyr, digital understøttelse og lignende

Der er klarhed over, om der på tværs af sektorer er behov for adgang til medicin, udstyr eller lignende for at kunne levere indsatsen. Det kan fx vedrøre, hvordan kommunen eller borgeren får adgang til specifik medicin og/eller udstyr på sygehusene, samt i hvilket omfang der er behov for digital understøttelse af en indsats eller fælles indkøbsaftaler. I så fald indgås aftale mellem aktørerne herom.

Implementering af og opfølgning på indsatsen

Der er udarbejdet en plan for implementering af og opfølgning på indsatsen. Herunder bør der være klarhed over, hvordan data, viden og evt. forskning kan anvendes i opfølgningen på de fastlagte mål, delmål og succeskriterier for indsatsen.

Vilkår for ændret opgaveløsning og arbejdsdeling, herunder økonomi

Der er klarhed over parternes vilkår, hvis der sker ændringer i opgaveoverdragelse eller arbejdsdeling mellem sektorerne, herunder økonomi, i de aftalte indsatser.

4.2. Forløbsprogrammer

For at understøtte samarbejdet om sammenhæng i tværsektorielle forløb, kan der, som led i sundhedsaftalen hensigtsmæssigt aftales udarbejdelse af forløbsprogrammer med udgangspunkt i den generiske model for forløbsprogrammer. Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats for en afgrænset målgruppe og kan således fastlægge samarbejdet om de indsatser eller målgrupper, der indgås aftale om i regi af sundhedsaftalen. Det kan være relevant at udarbejde forløbsprogrammer, når en større målgruppe har forløb, der kræver koordination på tværs af sektorer.

Endvidere kan der eksempelvis udarbejdes snitfladekataloger og casekataloger til håndtering af udvalgte områder.

4.3. Nye modeller for samarbejde

Med indførelse af sundhedsklynger er der etableret et fremtidigt omdrejningspunkt for afprøvning af nye modeller for samarbejde om fælles løsninger på tværs af sektorer (se kapitel 2). I sundhedsaftalen kan rammerne for eventuel udbredelse af gode erfaringer med klyngeinitiativer aftales.

5. Godkendelse af sundhedsaftalen

5.1. Indsendelse af sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen skal indsendes til Sundhedsstyrelsens godkendelse, jf. sundhedslovens § 205, stk. 3, og bekendtgørelse om sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler § 21.

Det fremgår af bekendtgørelsens § 21, at det er regionsrådet, som er forpligtet til at indsende den indgåede sundhedsaftale til Sundhedsstyrelsen. Bekendtgørelsens § 21 fastlægger fristen for indsendelse af sundhedsaftalen. Det fremgår heraf, at aftalen skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest den 1. juli i kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiodes andet år.

Hvis det besluttet at afvige for fristerne vil Sundhedsstyrelsen orientere parterne om dette samt meddele dette på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Regionsrådet skal indsende sundhedsaftalen 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.

Bilag, som er relevante for Sundhedsstyrelsens vurdering af sundhedsaftalen, skal medsendes.

Sundhedsstyrelsen tilsender regionsrådet, kommunalbestyrelserne og sundhedssamarbejdsudvalget en kvitteringsskrivelse ved modtagelsen af sundhedsaftalen.

5.2. Sundhedsstyrelsens godkendelse

Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsaftalen forudsætter:

- At der er formuleret overordnede målsætninger for sundhedsaftalen, som viser sammenhæng med de nationale mål for sundhedsvæsenet, og
- At det er dokumenteret, at sundhedsaftalen er udarbejdet med afsæt i det fælles grundlag for samarbejde om målgrupper og indsatser i sundhedsaftalen, jf. vejledningens kapitel 3.

Såfremt det er nødvendigt at indhente supplerende information i forbindelse med sagsbehandlingen af en sundhedsaftale, vil Sundhedsstyrelsen tage kontakt til det pågældende sundhedssamarbejdsudvalg. Det påhviler herefter sundhedssamarbejdsudvalget at tilvejebringe de fornødne oplysninger hurtigst muligt, og således at Sundhedsstyrelsen kan overholde fristen for godkendelse af sundhedsaftalen.

5.3. Godkendte aftaler

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

Sundhedsstyrelsens tilbagemelding vil omfatte meddelelse om godkendelse samt rådgivning om udviklingspotentialer i henhold til relevante anbefalinger og retningslinjer, herunder styrelsens generelle sundhedsfaglige anbefalinger.

Hvis sundhedsaftalen skal revideres, udarbejder sundhedssamarbejdsudvalget et revideret udkast til sundhedsaftale, jf. bekendtgørelsens § 22. Den reviderede sundhedsaftale sendes til fornyet godkendelse i Sundhedsstyrelsen, og der gives mulighed for at indsende den reviderede aftale med en senere frist. Sundhedsstyrelsens procedure for fornyet godkendelse er som beskrevet i afsnit 5.4.

5.4. Ikke godkendte aftaler

Såfremt Sundhedsstyrelsen ikke kan godkende en sundhedsaftale, orienteres sundhedssamarbejdsudvalget, regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skriftligt herom. Af meddelelsen om Sundhedsstyrelsens manglende godkendelse skal fremgå, hvilke(t) krav der ikke er opfyldt samt fristen for indsendelse af en revideret aftale. Sundhedsstyrelsens procedure for godkendelse er som beskrevet i kapitel 5.2.

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

5.5. Offentliggørelse af godkendte aftaler

Regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen offentliggør den indgåede sundhedsaftale, herunder senere versioner på deres hjemmesider. Herudover offentliggør regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen den midtvejsstatus og slutstatus, der indsendes til Sundhedsstyrelsen, jf. kapitel 5.

Parterne skal derudover aftale yderligere formidling af aftalen, således at ledere, medarbejdere, borgere og relevante aktører nemt og hurtigt kan få kendskab til den. Sundhedsstyrelsen offentliggør de godkendesundhedsaftaler samt styrelsens meddelelser til regionsrådet og kommunalbestyrelserne på styrelsens hjemmeside. Midtvejsstatus og slutstatus, som sundhedssamarbejdsudvalget indsender til Sundhedsstyrelsen, jf. kapitel 5, offentliggøres desuden på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

5.6. Rådgivning

Sundhedssamarbejdsudvalget, kommunalbestyrelser og regionsråd kan indhente rådgivning hos Sundhedsstyrelsen i relation til spørgsmål vedrørende sundhedsaftalens udformning. Det vil sige spørgsmål vedrørende fortolkning af lovgrundlaget, herunder bekendtgørelsen og vejledningen. Ligesom Sundhedsstyrelsen yder rådgivning om kvalitet og udvikling af sundhedsaftalen, samt giver meddelelse om godkendelse af sundhedsaftalen.

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

6. Opfølgning, midtvejsstatus og slutstatus

Sundhedssamarbejdsudvalget skal, jf. bekendtgørelsens § 22, i dialog med sundhedsklyngerne, følge op på sundhedsaftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at der i kommunernes og regionernes økonomiaftaler, andre nationale aftaler samt i ny lovgivning kan fastsættes nye krav, som influerer på sundhedsaftalen, og som skal indarbejdes i en revideret aftale.

I henhold til bekendtgørelsens § 22 er sundhedssamarbejdsudvalget ansvarlig for, at der midtvejs i aftaleperioden udarbejdes en midtvejsstatus med henblik på at understøtte videndeling på tværs af regioner og kommuner om sundhedsaftalen. Midtvejsstatus indsendes til Sundhedsstyrelsen til orientering senest 2 år inde i aftaleperioden. Herudover anbefales det, at sundhedssamarbejdsudvalget, med afsæt i midtvejsstatus, orienterer de øvrige sundhedssamarbejdsudvalg om status på arbejdet med sundhedsaftalen.

Sundhedssamarbejdsudvalget er endvidere ansvarlig for, at resultatet af sundhedsaftalen præsenteres i en afsluttende status. Slutstatus sendes til Sundhedsstyrelsen til orientering senest et halvt år inden udløb af sundhedsaftalen.

Slutstatus indeholder en opfølgning på de igangsatte indsatser og en status på opfyldelse af de fastlagte målsætninger, herunder midtvejsstatus. Der bør, så vidtmuligt, inddrages relevante data, som præsenteres i slutstatus. Slutstatus skal i øvrigt demonstrere, at de igangsatte indsatser tager afsæt i eksisterende lovgivning, faglige anbefalinger og retningslinjer.

Midtvejsstatus og slutstatus anvendes som grundlag for udarbejdelse af næste generation af sundhedsaftaler.

Det anbefales endvidere, at sundhedssamarbejdsudvalget deler resultaterne fra slutstatus med de øvrige sundhedssamarbejdsudvalg.

7. Sundhedsaftalens parter

Sundhedssamarbejdsudvalget udarbejder, med inddragelse af sundhedsklyngerne, udkast til sundhedsaftale. Sundhedsaftalen indgås mellem regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen. Patienter og pårørendes perspektiver og erfaringer indgår i arbejdet med sundhedsaftalen som beskrevet i afsnittene om sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalget.

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 inddrages i sundhedsaftalen i relevant omfang.

Kommunalbestyrelserne har myndighedsansvaret for det kommunale sundhedsområde, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har kommunalbestyrelserne myndighedsansvaret for flere af de øvrige velfærdsområder, herunder social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, der inddrages i relevante dele af sundhedsaftalen.

Almen praksis er, i henhold til sundhedslovens § 57 c, stk. 2, forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen. De opgaver, som almen praksis, jf. sundhedsaftalen, forpligtes til at udføre, vil eventuelt forudsætte, at der indgås en aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales (se kapitel 3 om Sundhedsaftalen).

Parterne i en lokal aftale, der vedrører almen medicinske ydelser under sundhedsloven, er regionen og det regionale PLO, eller eventuelle andre leverandører af almen medicinske tilbud. Der er dog også mulighed for, at kommuner og regionale PLO, enkelte almen praksis, eller eventuelle andre leverandører af almen medicinske tilbud, kan indgå lokale aftaler i forhold til opgaver, der ikke vedrører almen medicinske ydelser under sundhedsloven.

Almen praksis rolle i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen har sammenhæng til praksisplanen for almen praksis. Under hensyn til rammerne af sundhedsaftalen beskriver praksisplanen planlægning af lægedækning, udvikling af almen praksis og almen praksis rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Den øvrige praksissektor er ikke en aftalepart, men konkrete tilbud inden for den øvrige praksissektor kan have en rolle i udarbejdelse og gennemførelse af aftalen på udvalgte områder.

Private sygehuse og andre private leverandører mv. er ikke en aftalepart, men er 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 sikres, at den private aktør gennem (leverandør)aftalen forpligtes af sundhedsaftalen i denudstrækning, det er relevant.

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

7.1. Aktører

En række aktører leverer sundhedsydelser til de målgrupper eller inden for de områder, som vil være omfattet af sundhedsaftalen. Ved aktører forstås i denne sammenhæng organisatoriske enheder og deres medarbejdere.

Det er inden for de enkelte målgrupper og områder forskelligt, hvilke aktører som er relevante at omfatte i sundhedsaftalen. *Sygehuse, kommunale tilbud og almen praksis* er dog gennemgående aktører. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at sygehuse omfatter både stationære, ambulante og udgående funktioner, og at kommunale sundhedstilbud omfatter en række forskellige funktioner inden for både forebyggelse, behandling, pleje, genoptræning, rehabilitering og palliation.

Den øvrige praksissektor er relevant i forhold til dele af sundhedsaftalen. Det gælder særligt for praktiserende fysioterapeuter, praktiserende speciallæger og praktiserende psykologer.

Aktører på tilgrænsende velfærdsområder, eksempelvis social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, omfattes af sundhedsaftalen, når dette er relevant for kvalitet og sammenhæng i patientforløb.

Derudover inddrages i relevant omfang fx specialiserede institutioner inden for *social- og undervisningsområdet* samt kliniske funktioner, sundhedskoordinatorer og rehabiliteringsteam, som kommuner og regioner har etableret med henblik på at understøtte borgeres tilbagevenden til arbejde.

Endelig kan *bruger- og patientforeninger* og *civilsamfundet* være relevante at inddrage i arbejdet med implementering af sundhedsaftaler. Disse aktører er kendetegnet ved, at de typisk leverer eller indgår i borger- og patientrettede aktiviteter, som kan udgøre en del af sundhedsaftalen. De konkrete krav til inddragelse af repræsentanter fra patientinddragelsesudvalg er beskrevet i afsnittene om sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg.

Aktørerne skal kende til relevante dele af sundhedsaftalen og medvirke ved implementeringen heraf. Aktører, der besidder faglig, praktisk eller borgeroplevet viden om de indsatser eller målgrupper, der indgås aftale om, bør inddrages ved udarbejdelsen af aftalen.

8. Ophævelse af tidligere vejledning

Vejledning nr. 9504 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler af 4. juni 2018 ophæves.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●