

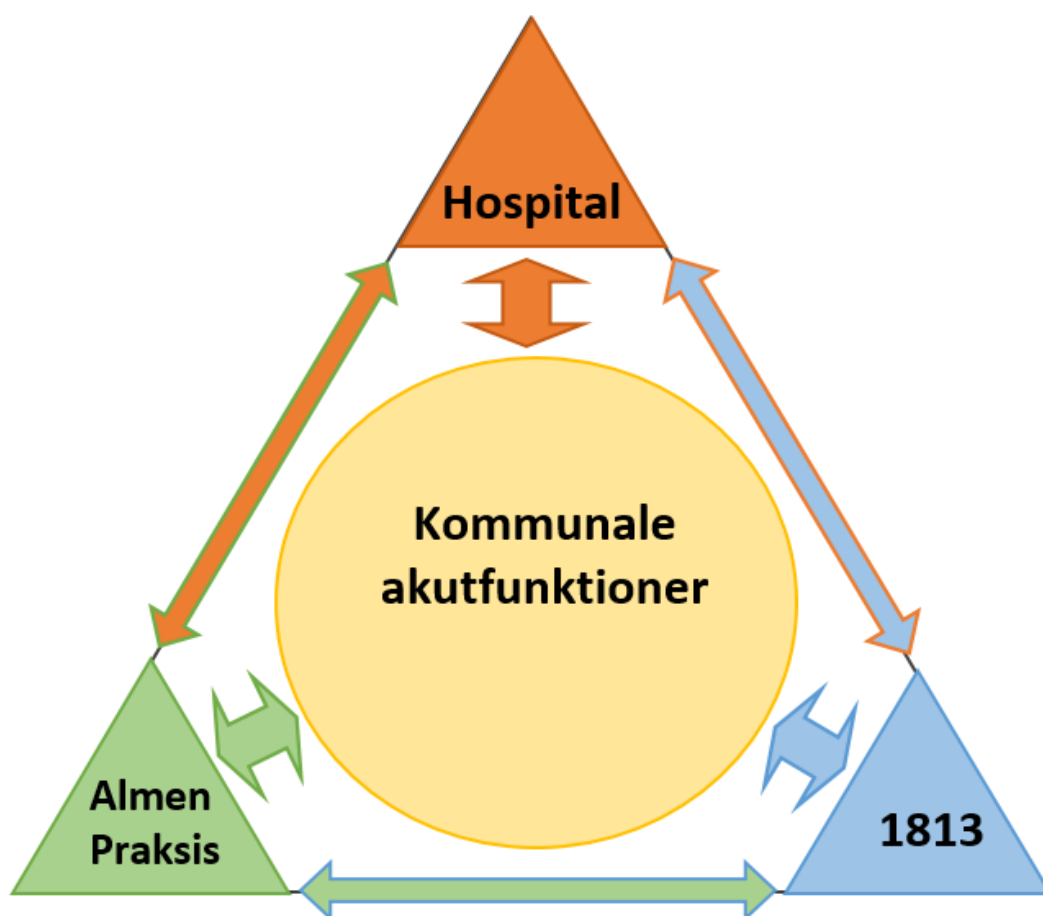


SUNDHEDSAFTALEN

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner i Region Hovedstaden

Version 2.0 2024



Godkendt af Sundhedssamarbejdsudvalget den 11. oktober 2024

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
1.1 Aftalens grundlag.....	3
1.2 Samarbejdsaftalens parter	3
1.3 Formål	3
1.4 Målgruppen for kommunale akutfunktioner	4
1.5 Kommunale akutfunktioner	4
2. Samarbejdet med den kommunale akutfunktion.....	6
2.1 Henvi sning og visitation	6
2.2 Det lægefaglige behandlingsansvar	6
2.3 Delegation	7
2.4 Afklaringsfase	7
2.5 Henvi sning til forløb i den kommunale akutfunktion	8
2.6 Samarbejde under forløb i den kommunale akutfunktion	9
2.7 Afslutning af forløb.....	10
2.8 Rådgivning og samarbejde med almen praksis og hospital.....	10
3. Øvrige forhold.....	12
3.1 Implementering	12
3.2 Monitorering.....	12
3.3 Ikrafttræden	13
Bilag 1: Arbejdsgruppens sammensætning	14

1. Indledning

1.1 Aftalens grundlag

Med denne samarbejdsaftale implementeres Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner af 19. september 2023 i Region Hovedstaden.

Aftalen er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat under Tværsektoriel strategisk styregruppe. jf. Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler, patientinddragelsesudvalg, BEK nr. 1248 af 05/09/2022.

Tilgrænsende aftaler i Region Hovedstaden

Det bemærkes, at der i Region Hovedstaden findes følgende aftaler, der berører det tværsektorielle samarbejde. Aftalerne er

- Aftale om intravenøs behandling (IV) i kommunalt regi i Region Hovedstaden
- Aftale om 72 timers behandlingsansvar efter hospitalsbehandling.

Disse aftaler kan have berøringsflader til nærværende samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner.

1.2 Samarbejdsaftalens parter

Samarbejdsaftalen er indgået mellem PLO-Hovedstaden, Region Hovedstaden og kommunerne i Region Hovedstaden.

1.3 Formål

Formålet med nærværende samarbejdsaftale er at sikre høj kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for borgere i den kommunale akutfunktion i sygeplejen (herefter de kommunale akutfunktioner). Dette via et velfungerende samarbejde mellem hospitaler, Region Hovedstadens Akutberedskab (herefter 1813), almen praksis og de kommunale akutfunktioner. Grundprincippet for samarbejdet er, at ingen borgere skal opleve fagligt ubegrundede overgange eller unødvendige indlæggelser.

1.4 Målgruppen for kommunale akutfunktioner

Målgruppen for de kommunale akutfunktioner er:

Borgere med somatisk sygdom og evt. samtidig psykisk lidelse, hvor der er akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for hospitalsindlæggelse. Akutfunktionens indsats er målrettet borgerens somatiske sygdom.

Forløbene er overvejende kendetegnet ved at være subakutte eller akutte og komplekse, hvor der kræves de særlige sundhedsfaglige kompetencer, der er til stede i akutfunktionen. Derfor skal akutfunktionen kunne varetage både akutte (indenfor få timer) og subakutte (indenfor et døgn) indsatser. For yderligere beskrivelse af målgruppen henvises til Kvalitetsstandarderne afsnit 2.

1.5 Kommunale akutfunktioner

De kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale sygepleje og følger dermed bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygepleje.¹ Kommunerne organiserer varetagelsen af opgaverne i de kommunale akutfunktioner forskelligt. Akutfunktionen skal være tilgængelig hele døgnet, året rundt, og indsatserne skal kunne leveres med kort varsel. Indsatser i sene aften- eller nattetimer kan organisatorisk tilrettelægges i regi af den øvrige kommunale sygepleje under forudsætning af, at de fornødne kompetencer er til stede. Det er obligatorisk, at alle kommuner skal have etableret en kommunal akutfunktion, eventuelt via et formaliseret, tværkommunalt samarbejde. Varetagelsen af opgaverne i den kommunale akutfunktion skal organiseres som udekørende akutteams (selvstændige eller integreret i den kommunale sygepleje), der eventuelt kan være suppleret med akutpladser.

De kommunale akutfunktioner varetager som minimum en række standardiserede sygeplejefaglige indsatser, som kræver særlige kompetencer.² Indsatserne i de kommunale akutfunktioner skal varetages af autoriserede sundhedspersoner, fx sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter med den nødvendige viden, erfaring og kompetencer.

Medarbejderne i de kommunale akutfunktioner er samarbejds- og sparringspartnere for de behandlingsansvarlige læger (praktiserende læger, 1813 og hospitalslæger) og det kommunale plejepersonale i fx sygeplejen, hjemmeplejen, plejecentre og botilbud. De kommunale akutfunktioner understøtter, at der træffes kvalificerede kliniske beslutninger.

¹ Bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje.

² Indsatserne er beskrevet i Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder, afsnit 3.

Den kommunale akutfunktion varetager indsatser, der omhandler sygepleje og behandling, herunder observation, undersøgelse og vurdering. Endvidere skal akutfunktionen kunne tilbyde forskellige indsatser, som forudsætter udstyr og visse utensilier for at foretage relevant observation, diagnostik og behandling af en række sygdomstilstande, der varetages i akutfunktionerne.³

³ Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder, afsnit 4.

2. Samarbejdet med den kommunale akutfunktion

2.1 Henvisning og visitation

Læger i almen praksis, i 1813 eller på hospitalerne kan henvise borgere til den kommunale akutfunktion, såfremt borgeren er i målgruppen og har behov for de indsatser, der varetages af den kommunale akutfunktion.

Den kommunale akutfunktion visiterer og vurderer, om en borgers situation kan varetages i akutfunktionen. Det skal være muligt for akutfunktionen at håndtere de opgaver, som aftales med lægen, og uden unødvendig forsinkelse inden for få timer fra modtagelse af opkald om en borger. Akutfunktionen skal kontakte den henvisende læge, såfremt dette ikke overholdes, hvorpå der skal ske revurdering af borgerens situation.

I tilfælde af, at den enkelte kommune oplever kapacitetsudfordringer i den kommunale akutfunktion, drøftes eventuelle alternative muligheder for patienten fx i den øvrige kommunale sygepleje eller via udgående regional funktion.

2.2 Det lægefaglige behandlingsansvar

Det fulde behandlingsansvar for en borger, der er tilknyttet akutfunktionen, ligger hos den læge, som har henvist borgeren til den kommunale akutfunktion, indtil det måtte overdrages. Det vil sige, at ansvaret ligger hos enten den praktiserende læge, lægen hos 1813 eller hos en hospitalslæge.

Den behandlingsansvarlige læge er den læge, som skal kontaktes, hvis der sker ændringer i borgerens tilstand. Såfremt der opstår en almenmedicinsk problemstilling i perioden, hvor patienten er tilknyttet akutfunktionen, der af personalet vurderes at kunne vente op til tre dage (normal responstid), skal der tages kontakt til alment praktiserende læge som vanligt.

For alle borgere henvist af henholdsvis almen praksis og 1813 gælder, at ved akut behov for læge har almen praksis ansvaret i dagtiden (hverdage kl. 08-16) og 1813 på hverdage kl. 16-08 samt i weekender og på helligdage.

For borgere, hvor hospitalsbehandlingen fortsætter efter udskrivelse fra hospitalet, har hospitalet behandlingsansvaret, indtil hospitalsbehandlingen er afsluttet, og borgeren kan overgå til almindelig (syge)pleje jf. 2.7. Dette gælder hele døgnet. Det er således den til enhver tid vagthavende læge i det udskrivende hospitalsafsnit, der har behandlingsansvaret, så længe den behandling, der er iværksat eller ordineret af hospitalet, ikke er afsluttet.

I alle situationer, hvor en borger henvises til en kommunal akutfunktion, skal akutfunktionen for den konkrete borger have oplysning om, hvem den behandlingsansvarlige læge er, samt et telefonnummer, hvor lægen kan kontaktes. I forhold til hospitalerne oplyses telefonnummer til vagthavende læge. Personalet i den kommunale akutfunktion skal have et døgndækket, direkte telefonnummer til den behandlingsansvarlige læge (så behandlingen ikke forsinkes af unødigt ventetid). Det er afgørende, at det er entydigt for personalet i den kommunale akutfunktion, hvem de skal kontakte ved spørgsmål om borgerens behandling.

Henvisning skal efterfølgende ske skriftligt som elektronisk kommunikation indeholdende behandlingsplan og oplysninger om, hvem der er behandlingsansvarlig læge. Der skal sendes en elektronisk henvisning (XREF22).

2.3 Delegation

Delegation af lægeforbeholdte opgaver til den kommunale akutfunktion (fra almen praksis, 1813 eller hospitalet) kan aftales for den enkelte borger (dvs. at der ikke kan laves rammedelegation).⁴

2.4 Afklaringsfase

Forud for en henvisning til den kommunale akutfunktion er der behov for en afklaringsfase, hvor det afklares, om akutfunktionen er det rette tilbud til borgeren. Der kan anvendes digitale løsninger i forbindelse med afklaringsfasen., jf. pkt. 2.6.

Lægen kontakter akutfunktionen

Når en læge på hospitalet, i almen praksis eller hos 1813 vurderer, at en borger er i målgruppen og har brug for indsatser, der varetages af akutfunktionen, tager lægen indledende telefonisk kontakt på borgerens vegne til den kommunale akutfunktions telefonnummer. I akutfunktionen er det en sygeplejerske med akutfunktionskompetencer, der tager imod opkaldet fra lægen og vurderer, om borgeren er i målgruppen, og om akutfunktionen er fagligt i stand til at varetage opgaven indenfor det angivne tidsrum. Der kan i afklaringsfasen være flere kontakter mellem parterne med henblik på at tilvejebringe et tilstrækkeligt oplysningsgrundlag for at kunne træffe en kvalificeret lægefaglig beslutning.

Det skal være tydeligt for akutfunktionen, hvilken opgave den behandlingsansvarlige læge ønsker, at akutfunktionen skal løse. Den kommunale akutfunktion kan, hvis det skønnes nødvendigt, anmode lægen om skriftlig dokumentation af de aftalte ordinationer og indsatser undervejs i afklaringsfasen. Såfremt der er behov for skriftlig dokumentation, aftales det konkret mellem parterne. Afklaringsfasen kan afsluttes med enten:

- en henvisning og visitation til observation/behandling akutfunktionen, jf. pkt. 2.5

⁴ Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), Sundheds- og Ældreministeriet, 2009.

- en lægefaglig vurdering af, hvordan borgernes behov bedst varetages på anden vis. Dette kan eksempelvis være ved indlæggelse/udgående regional funktion eller ved indsats fra den øvrige kommunale hjemme-/sygepleje observation/behandling i kommunen
- en afklaring af, at der ikke er behov for yderligere.

Akutfunktionen kontakter lægen

Når den kommunale akutfunktion vurderer, at der er behov for en lægefaglig vurdering af en borger, indsamler sygeplejersken relevante oplysninger om borgeren ved at måle vitale parametre (fx ABCDE-princippet).⁵ Den kommunale akutfunktion anvender sikker mundtlig og skriftlig kommunikation i form af ISBAR-metoden⁶ og Skriv ned og læs op-metoden⁷. Sygeplejersken med akutfunktionskompetencer kontakter indledningsvist telefonisk herefter almen praksis, behandlingsansvarlig hospitalslæge eller 1813. Der kan i afklaringsfasen være flere kontakter mellem parterne med henblik på at tilvejebringe et tilstrækkeligt oplysningsgrundlag til at kunne træffe en kvalificeret lægefaglig beslutning. Den kommunale akutfunktion kan, hvis det skønnes nødvendigt, anmode lægen om skriftlig dokumentation af de aftalte ordinationer og indsatser undervejs i afklaringsfasen. Afklaringsfasen afsluttes med enten:

- en henvisning og visitation til observation/behandling i akutfunktionen, jf. pkt. 2.5
- en lægefaglig vurdering af, hvordan borgernes behov bedst varetages på anden vis. Dette kan eksempelvis være ved indlæggelse/udgående regional funktion eller ved indsats fra øvrige kommunale hjemme/sygepleje
- en afklaring af, at der ikke er behov for yderligere.

2.5 Henvisning til forløb i den kommunale akutfunktion

Når det er afklaret, at en borger kan tilknyttes akutfunktionen, sender lægen en elektronisk henvisning til den kommunale akutfunktion. Den henvisende læge fastsætter i samarbejde med den kommunale akutfunktion en tidshorisont for indsatsen for borgeren. Den henvisende læge og den kommunale akutfunktion indhenter borgerens samtykke til videregivelse af borgerens helbredsoplysninger.

⁵ ABCDE-metoden: A (Airway – luftvej), B (Breathing – vejrtrækning), C (Circulation – kredsløb), D (Disability – neurologisk status), E (Exposure – eksponering).

⁶ ISBAR er et redskab til strukturering af kommunikation om patientbehandling, der sikrer, at den mundtlige kommunikation kommer rundt om fem centrale punkter: Identifikation (patientinformation), Situation (borgerens situation/årsag til henvendelsen), Baggrund (borgerens sygdomshistorie), Analyse (vurdering af problemet), Råd (om videre pleje/behandling).

⁷ Skriv ned og læs op er den konkrete løsning på tjek-svar-kommunikation i forbindelse med beskeder, der gives pr. telefon. <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/kvalitet/Patientsikkerhed/Sider/Skriv-ned-og-laes-op.aspx>.

Henvisningen til den kommunale akutfunktion skal bl.a. indeholde følgende oplysninger:

- beskrivelse af borgerens tilstand, problemstillingen/henvisningsårsag samt
- hvilke tiltag der allerede er foretaget i udredningen/behandlingen
- behandlings- eller udredningsplan for borgeren, herunder beskrivelse af ordinerede opgaver og instruktioner, hvor det er relevant
- kontaktoplysninger (navn og telefonnummer) til den behandlingsansvarlige (henvissende) læge/hospitalsafsnit
- kontaktoplysninger på borgerens nærmeste pårørende, såfremt disse er tilgængelige
- forventningen til varigheden af forløbet hos den kommunale akutfunktion jf. pkt. 2.7.

2.6 Samarbejde under forløb i den kommunale akutfunktion

Den kommunale akutfunktion skal melde tilbage til den behandlingsansvarlige læge, hvis tilstanden hos borgeren ændrer sig i forhold til det aftalte. Lægen skal i disse tilfælde foretage en ny vurdering af, hvorvidt borgeren skal fortsætte forløbet hos akutfunktionen, eller om borgerens behov bedst varetages på anden vis.

Har en læge ordineret prøver, skal lægen give akutfunktionen besked om prøvesvarene, hvis dette får betydning for det aftalte forløb. Kommunikationen om prøvesvar sker som sædvanlig efter aftale i det konkrete patientforløb og kan ske både telefonisk (akut) og ved hjælp af en aftalt korrespondancemeddelelse. For 1813 gælder, at prøvesvar altid drøftes telefonisk.

Særligt for hospitalerne

Den udskrivende eller vagthavende læge på hospitalet har under et samarbejdsforløb med en kommunal akutfunktion et særligt ansvar for:

- at tilbyde rådgivning og vejledning fra læger, sygeplejersker og andet personale på hospitalet vedrørende specifikke borgeres behandling
- at sikre, at FMK er opdateret, og at relevante recepter er udstedt
- at medgive den ordinerede, midlertidige medicin, jf. behandlingsplanen, dvs. præparater, som er aftalt med akutfunktionen
- at medgive utensilier, udover det, der er beskrevet i kvalitetsstandarderne afsnit 4, som er nødvendige, for at akutfunktionen kan varetage og videreføre den pleje og behandling, som hospitalet har igangsat. Dette aftales nærmere med akutfunktionen.

Den udskrivende hospitalslæge kan delegere udvalgte opgaver til en sygeplejerske på hospitalet i forhold til samarbejdet med den kommunale akutfunktion.

Digitale kommunikationsløsninger

Der skal være fokus på, hvordan digitale konsultationer/konferencer kan anvendes i det daglige samarbejde med akutfunktionen. Det kan fx være en videokonference mellem

akutfunktionen, patienten og den praktiserende læge eller tilsvarende med akutfunktionen og hospital eller 1813.

De kommunale akutfunktioner skal have oplyst et direkte nummer til den behandlingsansvarlige læge/funktion i det konkrete patientforløb.

Direkte nummer til praktiserende læger (bagomnummer) og 1813 kan bl.a. ses på sundhed.dk, når man er logget ind med medarbejdersignatur. Kontaktoplysninger til de kommunale akutfunktioner kan ligeledes ses på sundhed.dk.

2.7 Afslutning af forløb

For hver borger aftales det, hvordan et forløb forventes afsluttet, herunder information til den konkrete borger. Afslutningen af et forløb skal ske efter en konkret vurdering foretaget i et samarbejde mellem den behandlingsansvarlige læge og den kommunale akutfunktion. Når forløbet i akutfunktionen er afsluttet, skal akutfunktionen sende et afslutningsnotat (XDIS22) til den behandlingsansvarlige læge.

Når forløbet i akutfunktionen er afsluttet, skal dette dokumenteres i akutfunktionen såvel som på hospitalet, 1813 og hos almen praksis. Hospitalet eller 1813 sender en epikrise til borgerens praktiserende læge.

Kommunerne kan videredelegere i henhold til enhver tid gældende lovgivning.⁸

2.8 Rådgivning og samarbejde med almen praksis og hospital

Personalet i akutfunktionen skal have adgang til relevant rådgivning fra hhv. almen praksis (udenfor almen praksis' åbningstid, 1813) og hospital. Dette kan omfatte rådgivning fra læger eller andre faggrupper med særlige kompetencer.

Rådgivning kan være i relation til et konkret patientforløb i akutfunktionen eller vedrøre problemstillinger af mere generel karakter fx i forbindelse med tilrettelæggelse af tværsektorielle patientforløb.

Konkrete patientforløb

Den kommunale akutfunktion kan i forbindelse med et konkret patientforløb, der kræver særlige pleje- og behandlingsopgaver, have behov for oplæring i forhold til de specielle

⁸ BEK nr. 1219 af 11/12/2009. Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=129042>.

pleje- og behandlingsopgaver. Denne oplæring sikres og aftales i samarbejde mellem hospitalerne og den kommunale akutfunktion.

Når der er tale om lægefaglig rådgivning og vurdering af konkret, patientrettet behandling ved akut opstået sygdom eller forværring af tilstanden, følger rådgivningen behandlingsansvaret, og der skal gives mulighed for rådgivning døgnet rundt og via direkte telefonnummer. I det enkelte forløb kan der træffes en beslutning om, at rådgivningsfunktion og behandlingsansvar opdeles anderledes mellem hhv. almen praksis, 1813 og hospital. I disse tilfælde skal det sikres, at der ikke er tvivl om ansvarsfordelingen, og at aftaler tydeligt dokumenteres.

I mange tilfælde vil almen praksis være den primære indgang til lægefaglig rådgivning for de patienter, der er tilknyttet deres praksis og modtager indsats i akutfunktionen.

Generel rådgivning

I sundhedsklyngerne laves aftaler om generel rådgivning, herunder behov for kompetenceudvikling/undervisning rettet mod de kommunale akutfunktioner, eksempelvis i stetoskopi, peritoneal dialyse eller avanceret hjerte-lungeredning.

Kompetenceudviklingsprogrammerne kan med fordel drøftes på tværs af klyngerne med henblik på at understøtte en ensartet høj kvalitet i rådgivningen af de kommunale akutfunktioner.

3. Øvrige forhold

3.1 Implementering

Samarbejdsaftalen godkendes i Sundhedssamarbejdsudvalget.

Tværasektoriel strategisk styregruppe følger aftalen løbende med henblik på at afklare tværgående problemstillinger og understøtte videndeling på tværs.

Den lokale implementering forankres i sundhedsklyngerne med henblik på at understøtte lokalt ejerskab.

Tvivelsspørgsmål eller uenighed om samarbejdsaftalen søges i første omgang afklaret i sundhedsklyngerne.

3.2 Monitorering

Der skal ske en systematisk monitorering af akutfunktionens indsatser. Dette skal ske i samarbejde mellem kommune, almen praksis og hospital og udvikles i takt med tilgængeligheden af datagrundlag og udviklingsbehov.

Opgaven med at indsamle og følge op på data forankres i Tværasektoriel strategisk styregruppe.

Tværasektoriel strategisk styregruppe følger i passende omfang aktivitetsdata samt får en status fra klyngerne.

Tilgængelige data, der kan anvendes til monitorering af aktiviteten:

- Antal ydelser i almen praksis – ydelse 0124 kommunikation med de kommunale akutfunktioner
- Antal henviste til de kommunale akutfunktioner (XREF22), herunder antal henviste fra hospitalerne opgjort på afdelingsniveau
- Antal afsluttede i de kommunale akutfunktioner (XDIS22 – afslutningsnotat til den behandlingsansvarlige læge)
- Kommunale data.

I de kommunale omsorgssystemer forefindes relevante data om borgere, som akutfunktionen har kontakt til, og som monitoreringen vil tage afsæt i.

I regi af Tværasektoriel strategisk styregruppe aftales der en ensartet opgørelse af kommunale data.

Den enkelte kommune har et ansvar for at have en kvalitetsorganisation, hvor der systematisk indsamles og analyseres data samt iværksættes forbedringstiltag.

For eksempel kunne samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis om kvalitetsudviklingen ske med anvendelse af de såkaldte "klyngepakker" i kvalitetsklyngerne.

De kommunale akutfunktioner, almen praksis og hospitalerne samarbejder om kvalitetsudvikling i regi af sundhedsklyngerne med afsæt i data og erfaringer, der måtte forekomme.

3.3 Ikrafttræden

Nærværende samarbejdsaftale træder i kraft den 1. december 2024.

Bilag 1: Arbejdsgruppens sammensætning

Formandskab

Sine Mutanu Jungersted, centerchef, Center for Sundhed og Rehabilitering, Københavns kommune

Peder Reistad, praktiserende læge, formand for PLO-Hovedstaden

Pernille Claudius Welinder, vicedirektør, Nordsjællands Hospital

Kommunale repræsentanter

Michala Jessen, leder sundhedsafdelingen, Halsnæs kommune

Louise Juel Pedersen, leder tværgående sundhedsteam, Bornholms Regionskommune

Mette Ryle, sundhedschef, Rudersdal kommune

Bjørn Lindvang, leder, Akutteam Brøndby-Hvidovre, Brøndby kommune

PLO-H repræsentant

Niels Dreisler, praktiserende læge

Regionale repræsentanter

Liselotte Probst Brandum, stabschef Kvalitet og Uddannelse, Bispebjerg og Frederiksberg hospital

Anne-Mette Andgren, projektkoordinator, Bispebjerg og Frederiksberg hospital

Hanne Nørby, enhedschef for Kvalitet, Herlev og Gentofte Hospital

Lene Guldager, chefsygeplejerske, Afdeling for Lunge-, Hormon- og Stofskiftesygdomme, Amager og Hvidovre Hospital/Louise Søndergaard Ritzau, sektionsleder, Patientforløb, Amager og Hvidovre hospital

Berit Juhl Schau, afdelingschef 1813, Region Hovedstadens Akutberedskab

Maria Wiberg Eegholm, sektionsleder 1813, Region Hovedstadens Akutberedskab

Betina Birgitte Bennike, chefsygeplejerske, Psykiatrisk Center Glostrup, Region Hovedstadens Psykiatri

Sekretariat

Frederik Ravn, juridisk konsulent, PLO-H

Mette Holck, konst. leder, Det fælleskommunale social- og sundhedssekretariat i hovedstaden/Christian Roldsgaard Heilesen, teamleder, Det fælleskommunale social- og sundhedssekretariat i hovedstaden

Gitte Mogensen, chefkonsulent, Region Hovedstaden

Pernille Faurschou, chefkonsulent, Region Hovedstaden.



Sundhedsaftalen

Region Hovedstaden,
kommunerne og almen praksis

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

www.regionh.dk/sundhedsaftale