Praksisplanudvalget

MØDETIDSPUNKT

14-05-2014 11:00

MØDESTED

Regionsgården i Hillerød, lokale H7 og H8

MEDLEMMER

Borgmester Jørgen Glenthøj, Frederiksberg Kommune	
Kommunalbestyrelsesmedlem Birgit Roswall, Gribskov Kommune	
Flemming Pless	
Erik Sejersten	Næstformand
Per Seerup Knudsen	Formand
Borgmester Helle Adelborg, Hvidovre Kommune	
Borgmester Ninna Thomsen, Københavns Kommune	
Læge Birgitte Alling Møller	
Læge Claus Perrild	
Borgmester Ib Terp, Brøndby Kommune	
Læge Flemming Skovsgaard	

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Høring over sundhedsaftalen - politisk del
3. Indledende drøftelse af temaer vedr. tværsektorielt samarbejde i relation til praksisplanen
4. Orientering om etablering af patientinddragelsesudvalget
5. Eventuelt

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BESLUTNING

JOURNALNUMMER
14002206

2. HØRING OVER SUNDHEDSAFTALEN - POLITISK DEL

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Der skal inden udgangen af januar 2015 være indgået en ny sundhedsaftale mellem regionen og de 29 kommuner i regionen. Aftalen skal godkendes af Sundhedsstyrelsen og gælde for perioden 2015 – 2018. I forbindelse hermed har Sundhedskoordinationsudvalget udarbejdet vedhæftede høringsudkast til den politiske del af den kommende sundhedsaftale.

Forslaget blev behandlet på Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 5. april 2014. Høringsudkastet er nu udsendt i en bred politisk høring, der varer frem til 30. juni 2014.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:
at Praksisplanudvalget drøfter høringsudkastet med henblik på afgivelse af høringssvar til Sundhedskoordinationsudvalget.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING
Det er Sundhedskoordinationsudvalgets opgave at udarbejde et udkast til ny sundhedsaftale, mens den endelige aftale skal godkendes af regionsrådet og af kommunalbestyrelserne i samtlige 29 kommuner i regionen. Almen praksis er ikke direkte aftalepart, men vil være forpligtet af den aftale, der indgås.

Vilkårene for almen praksis deltagelse skal beskrives i praksisplan for almen praksis og en underliggende aftale.

Sundhedskoordinationsudvalget har udarbejdet vedhæftede høringsudkast til den politiske del af sundhedsaftalen (bilag 2), som er sendt i bred politisk høring (se høringsbrev og tilhørende materiale i bilag 1, 3 og 4). Som led i høringen skal Praksisplanudvalget høres omkring indholdet i sundhedsaftalen, herunder særligt de områder, der vedrører snitfladen til almen praksis.

Indhold i den politiske del af sundhedsaftalen:
Det fremgår af bekendtgørelsen og vejledningen vedr. sundhedsaftaler og sundhedskoordinationsudvalg, at sundhedsaftalen skal indeholde en politisk del med målsætninger for den generelle udvikling af samarbejdet på sundhedsområdet samt målsætninger inden for de obligatoriske indsatsområder (se evt. vejledning i bilag 5). De obligatoriske indsatsområder omfatter:

- Forebyggelse
- Behandling og pleje
- Genoptræning og rehabilitering
- Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Herudover er der krav om, at der i relevant omfang skal inddrages en række tværgående temaer herunder:

- Kvalitetsudvikling
- Lighed i sundhed
- Inddragelse af brugere og pårørende.

Der er i tilknytning til de obligatoriske indsatsområder anført en række krav om målgruppespecifikke indsatser.

Herudover skal sundhedsaftalen indeholde en administrativ del, som skal konkretisere den politiske aftale og fastsætte rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne.

Høringsudkastet er udarbejdet på baggrund af den indledende politiske dialog, der har været i regionen og kommunerne om den kommende sundhedsaftale. Sundhedskoordinationsudvalget har lagt særligt vægt på, at aftalen skal bestå af få, klare politiske målsætninger. Samtidig ønsker udvalget at have fokus på de effekter, som borgeren skal opleve som følge af sundhedsaftalen.

Udkastet til den politiske del af sundhedsaftalen er bygget omkring fire overordnede visioner:

- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen
- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.

Til hver af de fire visioner er der i høringsudkastet beskrevet to til tre politiske målsætninger. Sundheds-koordinationsudvalget har udvalgt disse målsætninger, da udvalget finder, at de bedst dækker de fire visioner og samtidig dækker de områder, hvor der er størst behov for et særligt politisk fokus.

Sundhedskoordinationsudvalget har ønsket, at sundhedsaftalen skal udarbejdes på baggrund af en bred dialog. Til inspiration ved høringsparternes behandling af høringsudkastet har Sundhedskoordinationsudvalget udarbejdet et bilag, der viser bredden i de drøftelser, der har været i forbindelse med udarbejdelse af aftaleudkastet (bilag 4).

Målsætningerne, der indgår i høringsudkastet og målsætningerne i bilag 4, er afstemt med de lovgivningsmæssige krav til sundhedsaftalen. Det vil dog være sådan, at ikke alle krav i Sundhedsstyrelsens vejledning kan blive dækket fuldt ud i den politiske aftale, da vejledningens detaljeringsniveau er meget højt. Krav i vejledningen, der ikke er dækket af den politiske aftale, vil imidlertid blive dækket i den administrative aftale. Det drejer sig især om krav om fokus på specifikke målgrupper.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Praksisplanudvalget kan afgive evt. høringskommentarer til Sundhedskoordinationsudvalget om indholdet i den politiske del af sundhedsaftalen, herunder særligt i forhold til praksisplan for almen praksis, som skal udarbejdes efter sommerferien.

Eventuelle høringsbemærkninger vil indgå i det samlede høringsmateriale som efterfølgende behandles i Sundhedskoordinationsudvalget. Den politiske del af sundhedsaftalen konkretiseres nærmere i en administrativ del af sundhedsaftalen. I den administrative del af sundhedsaftalen skal der indholdsmæssigt sikres en sammenhæng med den kommende praksisplan for almen praksis. Praksisplanudvalget får lejlighed til at afgive høringsbemærkninger igen, når den administrative del af sundhedsaftalen foreligger.

JOURNALNUMMER
14004009

BILAGSFORTEGNELSE
1. Høringsbrev-090414
2. Høringsudkast politisk aftale
3. Høringsparter
4. Inspirationsmateriale
5. Vejledning nr 9005 af 201213 (sundhedsaftale 2015 -2018)

3. INDLEDENDE DRØFTELSE AF TEMAER VEDR. TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE I RELATION TIL PRAKSISPLANEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Almen praksis' rolle i det tværsektorielle samarbejde beskrives i sundhedsaftalen. Kravene til sundhedsaftalen er blandt andet at sikre en fortsat udvikling af borgernære sundhedstilbud, herunder større og mere integreret samarbejde mellem hospitaler, almen praksis og kommunale tilbud.

Mål og indsatsområder i sundhedsaftalens politiske del skal udfoldes og konkretiseres i en såkaldt administrativ del, som beskrevet under sag 2.

Der er en tæt sammenhæng mellem sundhedsaftalen og praksisplanen. Praksisplanen skal blandt andet sikre grundlaget for sundhedsaftalens gennemførelse i forhold til almen praksis. De opgaver som almen praksis, jf. sundhedsaftalen, forpligtes til at udføre, skal beskrives i praksisplanen og følges op af en underliggende aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:
at udvalget drøfter temaer til den kommende praksisplan i relation til det tværsektorielle samarbejde

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING
Formålet med den indledende temadrøftelse er:

- at bidrage med ønsker til det videre arbejde med konkretisering af sundhedsaftalen
- at indlede en dialog om snitflader og arbejdsdeling i det tværsektorielle samarbejde som praksisplanen vil berøre.

Drøftelsen tager udgangpunkt i fem temaer, som fremhæves i sundhedsloven som særlig vigtige i relation til både sundhedsaftale og praksisplan:

- Samarbejde om medicin
- Forpligtende samarbejde
- Tilgængelighed
- Etablering af sundhedshuse/lægehuse
- Lighed i sundhed

Temaerne er i overensstemmelse med indholdet af tidligere afholdte dialogmøder med henholdsvis kommuner og almen praksis om ønsker til den eksisterende praksisplan.

1. Samarbejde om medicin
Mellem 11 og 17 procent af borgere, der bliver udskrevet fra hospital, oplever utilsigtede hændelser med medicin. Hændelser i forbindelse med medicinhåndtering er ofte et resultat af mangelfuld kommunikation og uklar ansvarsfordeling mellem de involverede parter.

Mange ældre borgere og borgere med psykiske lidelser modtager behandling med flere lægemidler på samme tid. For at sikre størst mulig behandlingseffekt, færrest mulige bivirkninger og samtidig behandling til den lavest mulige pris, er det tværsektorielle samarbejde og den løbende kommunikation

væsentlig.

Indenfor de senere år overgår flere patienter med følger efter alvorlige sygdomme og/eller i terminale forløb i stigende grad til fortsat ambulant behandling og/eller opfølgning hos egen læge og pleje i hjemmet eller i en plejebolig. Disse patientforløb forudsætter kompetencer hos det involverede sundhedsfagligt personale og aftalt kommunikation.

Dette betyder for almen praksis en øget efterspørgsel fra kommunerne i forhold til varetagelse af opgaver omkring f.eks. medicinering. Definition af og forventningsafstemning i forhold hertil er derfor nødvendig, hvis almen praksis skal løfte sin tovholderrolle på området.

I en rapport fra Sundhedsstyrelsen (Ide og inspirationsoplæg: 2011, s. 8) konkluderer embedslægetilsynet tilsvarende, at der er behov for klare aftaler og systematisk udveksling af information mellem kommune og praktiserende læger om medicin.

2. Forpligtende tværfagligt samarbejde
Kommunerne ønsker et mere forpligtende samarbejde med almen praksis om fælles borgere/patienter.

På høringsmøderne forud for den aktuelle praksisplan fremhævede kommunerne, at brobygning vanskeliggøres af strukturelle forhold. Særligt nævnes, at en timelønskultur i kommunerne møder en taksthonoreringskultur i almen praksis. Almen praksis nævte ved høringsmøderne, at der er behov for konkrete rammer for samarbejdet om særligt såkaldt socialmedicinske patienter, der også modtager ydelser fra kommunens socialforvaltning.

På bl.a. to centrale områder i det borgernære sundhedsvæsen er der behov for rammer for en fælles opgaveløsning:

- Efter udskrivelse: Udviklingen går imod kortere indlæggelse efterfulgt af ambulante forløb enten i hospitalsambulatorier eller i samarbejde med almen praksis. I begge tilfælde involverer det ofte den kommunale hjemmepleje.

- Børneområdet: Almen praksis er en vigtig samarbejdspart på børneområdet – især i forhold til tidlig opsporing og tidlig indsats for sårbare børn og sårbare gravide. Kommunerne ønsker at intensivere samarbejdet både i barnets første år og senere i skolealderen.

3. Tilgængelighed
Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om praksisplaner, at der kan være særligt behov for at styrke sammenhængen mellem almen praksis og kommunerne i forhold til tilgængelighed.

Tilgængelighed er væsentligt for at almen praksis kan fungere som indgang til sundhedsvæsenet og som tovholder i forhold til kroniske patienter.

Tilgængelighed er et bredt begreb som kan omfatte:
- fysisk tilgængelighed i almen praksis for handicappede
- telefonisk eller elektronisk tilgængelighed i almen praksis for klinikkens patienter
- telefonisk eller elektronisk tilgængelighed til almen praksis for kommune eller for hospital
- tilgængelighed i sundheds- og socialforvaltningen for praktiserende læger

4. Sundhedshuse/lægehuse
Fysisk samlokation kan skabe grundlag for udviklingen af opgave- og arbejdsfællesskaber og kan give mulighed for nytænkning i forhold til arbejdsdeling.

Samarbejde i fælles fysiske lokaliteter har sammenhæng med regionens mål for om praksisfællesskaber og kommunernes tanker om sundhedscentre.

5. Lighed i sundhed
Danmark har nationalt flere sundhedspolitiske mål om længere middellevetid og reducereret ulighed i

sundhed.
Social ulighed i sundhed handler om, at der en systematisk forbindelse mellem menneskers sociale position i samfundet og deres helbred.

Kommunerne er forpligtet til at tilbyde forebyggende og/eller rehabiliterende indsatser til borgerne. Tidlig opsporing af både somatiske og psykiske sygedomme samt henvisning af sårbare borgere til kommunale tilbud er et væsentligt element i denne indsats, men forudsætter et samarbejde mellem kommune og almen praksis.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Resultatet af den indledende drøftelse vil være rammesættende for senere mere konkrete drøftelser i praksisplanudvalget og inddrages desuden i det videre arbejde med sundhedsaftalen.

JOURNALNUMMER
14002206

4. ORIENTERING OM ETABLERING AF PATIENTINDDRAGELSESUDVALGET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
I henhold til bekendtgørelsen om patientinddragelsesudvalget, som trådte i kraft den 19. marts 2014, skal regionen sikre, at udvalget nedsættes og sekretariatsbetjenes. Udvalget består af 3 medlemmer udpeget af Danske Patienter, 3 medlemmer udpeget af Danske Handicaporganisationer, 1 medlem udpeget af Regionsældrerådet og 1 medlem udpeget af Ældre Sagen.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:
at praksisplanudvalget tager orienteringen til efterretning

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING
Udpegning til patientinddragelsesudvalget
I henhold til Sundhedsloven skal der nedsættes et patientinddragelsesudvalg i alle regioner. Pr. 30. april 2014 havde følgende organisationer udpeget deres medlemmer: Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter og Ældresagen. Regionsældrerådet forventer at have deres udpegning på plads inden 15. maj. Der sigtes mod at holde det første konstituerende møde ultimo maj eller primo juni. Udvalget sekretariatsbetjenes af Center for Sundhed, Enheden for Tværsektoriel Udvikling.

Patientinddragelsesudvalgets opgavefelt
I henhold til bekendtgørelsen om patientinddragelsesudvalg, skal patientinddragelsesudvalget systematisk inddrages i drøftelsen af emner, der ligger inden for praksisplanerne for almen praksis´ emneområder og inden for sundhedskoordinationsudvalgets emneområder. Udvalget kan i øvrigt drøfte og kommentere emner, som udvalget finder relevante for sammenhængen i patientforløb mellem hospitaler, praksissektor og kommunale tilbud.

Praksisplanudvalget og Sundhedskoordinationsudvalget skal indkalde patientinddragelsesudvalget til et møde, hvor forventningerne til samarbejdet i forbindelse med udarbejdelsen af praksisplanen hhv. sundhedsaftalen drøftes, og hvor repræsentanterne fra patientinddragelsesudvalget får mulighed for at give udtryk for forventninger og forslag til indholdet i praksisplanen og sundhedsaftalen. På baggrund af drøftelserne skal praksisplanudvalg og sundhedskoordinationsudvalg tilrettelægge proceduren for den videre systematiske inddragelse. Som minimum skal udvalget høres i forbindelse med udarbejdelse af praksisplanen og sundhedsaftalen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
På udvalgets konstituerende møde vil rammerne for udvalgets involvering i den kommende praksisplan og sundhedsaftale blive sat på dagsordenen, så de gensidige forventninger til samarbejdet kan drøftes nærmere.

JOURNALNUMMER
14003596

5. EVENTUELT

EVENTUELT

REGION HOVEDSTADEN / KKR-HOVEDSTADEN

Til

Høringsparterne jf. vedlagte bilag

Hillerød den 9. april 2014

Region Hovedstaden
Center for Sundhed
Telefon: 3866 6000

Ref. Winnie Brandt

Høring vedr. Sundhedsaftale 2015 – 2018 mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen

Der skal inden udgangen af januar 2015 være indgået en ny sundhedsaftale mellem regionen og kommunerne i regionen for perioden 2015 - 2018.

Den kommende sundhedsaftale skal bestå af en politisk del og en administrativ del, der konkretiserer indholdet i den politiske aftaledel.

I Sundhedskoordinationsudvalget for Region Hovedstaden er vi i fuld gang med arbejdet omkring forberedelsen af den nye sundhedsaftale, og vi har nu udarbejdet vedlagte udkast til sundhedsaftalens politiske del.

Aftaleudkastet er udarbejdet på baggrund af den indledende politiske dialog, der har været i regionen og kommunerne om den kommende sundhedsaftale. Vi har derfor lagt særligt vægt på, at aftalen skal bestå af få, klare politiske målsætninger. Samtidig ønsker vi at have fokus på de effekter, som borgeren skal opleve som følge af sundhedsaftalen.

Selve aftaleudkastet er bygget omkring fire overordnede visioner:

- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen
- At borgeren oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.

Til hver af de fire visioner har vi i aftaleudkastet beskrevet to til tre politiske målsætninger. Vi har udvalgt disse målsætninger, da vi finder, at de bedst dækker de fire visioner og samtidig dækker de områder, hvor der er størst behov for et særligt politisk fokus.

I Sundhedskoordinationsudvalget har vi et stort ønske om, at sundhedsaftalen skal udarbejdes på baggrund af en bred dialog. Til brug for jeres behandling har vi vedlagt et bilag, der viser bredden i de drøftelser, der har været i forbindelse med udarbejdelse af aftaleudkastet. Det er vores håb, at I kan bruge bilaget som inspiration i jeres politiske drøftelse af aftaleudkastet.

Vi skal anmode om at få jeres eventuelle bemærkninger **senest den 30. juni 2014.**

Bemærkninger bedes fremsendt til mailadressen: **csusundhedsaftalen@regionh.dk**

Videre proces:
Vi vil drøfte jeres tilbagemeldinger på vores møde i Sundhedskoordinationsudvalget den 5. september 2014. På dette møde vil vi også drøfte et udkast til sundhedsaftalens administrative del.

Det kan til orientering oplyses, at vi også planlægger en høring af den administrative del af sundhedsaftalen. Den vil foregå fra medio september til medio oktober 2014.

Vi forventer, at Sundhedskoordinationsudvalgets endelige godkendelse af udkastet til Sundhedsaftale 2015 – 2018 kan ske på vores møde den 25. november 2014. Herefter skal aftalen godkendes i regionsrådet og i de enkelte kommunalbestyrelser.

Med venlig hilsen
På vegne af Sundhedskoordinationsudvalget

Per Seerup Knudsen	/	Ninna Thomsen
Formand		Næstformand

Bilag: 1. Høringsudkast til politiske visioner og mål for Sundhedsaftalen 2015-2018
2. Liste over høringsparter
3. Inspirationsmateriale til drøftelse af målsætninger

Udkast til politiske visioner og mål for Sundhedsaftalen

2015 - 2018

HØRINGSUDKAST

Indledning

Mange borgere, der er syge eller er i risiko for at blive ramt af sygdom, kan have brug for en sammenhængende indsats fra både kommuner, hospitaler og praksissektor. Et velfungerende og forpligtende samarbejde mellem alle parter på sundhedsområdet er med til at understøtte, at borgeren får en positiv oplevelse af sit forløb og i sidste ende kan blive enten rask eller få hjælp til at leve bedre med sin sygdom.

Med denne tredje generation af sundhedsaftaler vil vi bygge videre på de gode erfaringer, som vi har fra de to foregående sundhedsaftaler. Vi vil sikre en fokuseret indsats gennem få og klare mål. Vi vil sætte borgeren i centrum og rette vores fokus mod de effekter, borgeren skal opleve, som følge af de aftaler, som vi indgår.

Vi skal blive endnu bedre til at tilbyde borgeren indsatser af ensartet høj kvalitet, samt til at styrke koordinering, kommunikation og udviklingen af nye samarbejdsformer der sikrer effektive og sømløse forløb.

I den fortsatte udvikling af vores fælles opgaver om mest mulig sundhed for borgerne, vil vi tage afsæt i en forebyggende tilgang. Vi vil sætte yderligere fokus på den langsigtede borger- og patientrettede forebyggelse og på den tidlige opsporing og tidlige indsats overfor borgere, der er i risiko for at udvikle somatisk og/eller psykisk sygdom. Vores fælles udgangspunkt er, at færre borgere skal udvikle kronisk sygdom eller have langvarige sygdomsforløb.

Borgere, der har en langvarig eller kronisk somatisk eller psykisk sygdom, skal opleve, at alle indsatser i det samlede sundhedsvæsen tilrettelægges ud fra en rehabiliterende tilgang. Vi vil gennem hele forløbet understøtte, at borgeren kan fastholde det bedst mulige funktionsniveau, og vi vil tilrettelægge vores indsatser på en måde, der sikrer mindst mulig indgriben i borgerens hverdagsliv. Vi vil derfor indrette vores tværsektorielle samarbejde således, at opgaven altid løses på laveste effektive omsorgsniveau.

Fire politiske visioner

Vi vil i denne sundhedsaftale særligt arbejde for at bringe borgere, herunder pårørendes viden og ressourcer bedre i spil i eget forløb og i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Derudover vil vi sætte særligt fokus på vores samarbejde omkring indsatser for de mest sårbare og udsatte borgere. Vores indsats skal tilrettelægges således, at den bidrager til at nedbringe ulighed i sundhed.

Derfor ønsker vi at fokusere på følgende fire visioner i denne sundhedsaftale:

- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen
- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.

HØRINGSUDKAST

Til hver af de fire visioner er der beskrevet målsætninger for sundhedsaftalen. Målsætningerne udmøntes i mere konkrete indsatser i den administrative del af sundhedsaftalen, hvor det også fremgår, hvordan der følges op målene.

Opfølgning på aftalen

I Sundhedsstyrelsens vejledning anbefales, at Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder en plan for sundhedsaftalens implementering. Forslag til overordnet implementeringsplan vil derfor være indarbejdet i den administrative del af aftalen. Herunder vil der også indgå specifikke indikatorer, som skal understøtte den konkrete opfølgning på målsætningerne.

Sundhedskoordinationsudvalget skal endvidere én gang årligt følge op på sundhedsaftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. Opfølgningen vil blandt andet ske gennem temadrøftelser i en bred kreds af politiske nøgleinteressenter.

Læsevejledning

Den politiske del af sundhedsaftalen er opdelt i fire temaer med tilhørende vision. Under hver vision er beskrevet en række særligt prioriterede målsætninger, som vi i fællesskab skal arbejde hen imod. Det er derefter beskrevet, hvordan det tværsektorielle samarbejde skal udvikles i aftaleperioden med henblik på at nå målsætningerne.

I sundhedsaftalens administrative del beskrives, hvordan målsætningerne operationaliseres i konkrete indsatser og hvordan, der måles og følges op på indsatsernes effekt og fremdrift.

HØRINGSUDKAST

Sammenhæng og kvalitet

Et af de centrale formål med sundhedsaftalen er at tilbyde den enkelte borger en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet. Også den foregående sundhedsaftale har haft fokus på sammenhæng og kvalitet, og der er gjort en stor indsats på området. Alligevel er det stadig ikke alle borgere, som oplever overgange i sundhedsvæsenet som sømløse. Samtidig er der et potentiale for at anvende ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen bedre ved at borgerne får det rette tilbud på det rette niveau. Vi skal derfor fokusere endnu mere på at udvikle det fælles ansvar for at skabe sammenhæng og kvalitet for borgerne. Særligt skal vi udvikle samarbejdet om de borgere, der er mest sårbare og udsatte, og som kan have komplekse behov, og hvor koordinering af indsatserne på tværs af sektorerne kræver særlig opmærksomhed.

Vores vision er:

At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger	1) At borgerne sikres samme høje kvalitet i forebyggelse, behandling og pleje samt rehabilitering uanset, hvor i sundhedsvæsenet opgaven løses
	2) At færre borgere indlægges på hospital, hvor det kan forebygges gennem en tidlig og koordineret indsats
	3) At borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom oplever en sammenhængende og koordineret indsats.

HØRINGSUDKAST

Indsatsområder i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden videreudvikle samarbejdet på en række områder.

Ensartet høj kvalitet

Vi skal arbejde for at sikre ensartet og høj kvalitet i de tilbud, som borgerne får. Derfor vil vi igangsætte et kvalitetsarbejde, der kan give fælles forståelse af kvalitetsbegrebet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor. Vi vil udvikle fælles kvalitetsmål og -standarder med afsæt i tilgængelig viden om evidens eller best practice. Udvikling af kvalitet i samarbejdet indebærer, at vi systematisk arbejder med muligheder for at dele kvalitetsdata og følge op med handling og justering af indsatser. Som led i kvalitetsudviklingen vil vi samarbejde om at styrke formidling af resultater fra forskningsprojekter og evalueringer af fælles projekter, men også understøtte, at der produceres ny viden.

Koordination i det sammenhængende forløb

Sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet forudsætter koordineret og tæt dialog mellem hospitaler, kommuner og praksissektoren. Implementeringen af Kommunikationsaftalen i 2012 har forbedret samarbejdet om somatiske patienter, der indlægges og udskrives fra hospital. Der er imidlertid behov for udvikling af lignende aftaler, der omfatter somatiske patienter i ambulante forløb, børneområdet og hele psykiatriområdet.

Der er også behov for, at videreudvikle modeller, der sikrer bedre koordination og samarbejde om sårbare borgere med komplekse forløb, herunder borgere med multisygdom. Kommunerne modtager i højere grad end tidligere borgere, der er færdigbehandlede på hospitalet, men som fortsat har komplekse problemstillinger. Det stiller flere krav til de sygeplejefaglige kompetencer i kommunerne og giver større behov for lægefaglig rådgivning. Vi vil derfor blive bedre til at bruge hinandens kompetencer og række ud over sektorovergange i det daglige arbejde i form af bl.a. nem adgang til rådgivning, udgående funktioner fra hospitalerne, samt følge-op og følge-hjem ordninger. Derudover vil vi styrke samarbejdet mellem kommuner og almen praksis bl.a. om borgere på kommunale akut/subakutte pladser og om borgere, der anvender mange slags medicin.

IT og digitalisering

Sammenhæng og kvalitet i borgernes forløb forudsætter velfungerende digitale løsninger, hvor det sundhedsfaglige personale i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren har let adgang til relevante oplysninger. Derfor skal der fortsat arbejdes med mulighederne for at dele data på tværs. I aftaleperioden skal vi øge brugen af eksisterende IT-løsninger og understøtte de nationale tiltag om Sundheds-IT, herunder bl.a. fuld implementering af det Fælles Medicinkort. Herudover er der behov for at intensivere arbejdet med generel it-understøttelse af forløb på tværs af sektorer og særligt understøttelse af forløb for borgere med samtidige somatiske, psykiske og sociale problemstillinger.

HØRINGSUDKAST

Systematisk kompetenceudvikling på tværs af sektorer

Vi skal bygge bro mellem kompetencerne i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren. Der skal arbejdes med udvikling og systematisk udbredelse af fælles kompetenceudvikling. Vi vil bygge videre på indhøstede erfaringer og integrere kompetenceudviklingsindsatserne mere. Herunder vil vi afprøve modeller med rotations- og delestillinger på tværs af kommuner og hospitaler.

Rådgivning på tværs af sektorer

Regionens faglige ekspertise skal komme det samlede sundhedsvæsen til gode. Regionens rådgivning generelt – og særligt på forebyggelsesområdet – skal i højere grad tilpasses kommunernes behov. Vi skal målrette regionens faglige rådgivning i forhold til de forebyggende indsatser. Vi skal konkretisere rammerne for den faglige rådgivning og for den udveksling af viden på tværs af sektorer, som er vigtig for den daglige håndtering af konkrete borgerforløb. Det kan f.eks. omfatte en formaliseret og systematisk rådgivningsfunktion, hvor regionen yder faglig rådgivning til praksissektoren eller til kommunerne vedrørende borgere med sjældne sygdomme og særligt komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov.

HØRINGSUDKAST

Aktivt og inddragende samarbejde med borgerne

Vi vil understøtte, at borgere herunder pårørende har mulighed for at være aktive samarbejdsparter i den enkelte borgers individuelle forløb. Det aktive og inddragende samarbejde med borgere bidrager til, at indsatsen i højere grad bliver målrettes borgerens samlede situation og ressourcer. Samtidig kan det medvirke til at styrke borgerens mulighed for at mestre egen sygdom og selv bidrage i eget forløb.

Vi skal i fællesskab sikre, at borgerne anvender deres unikke viden om, hvordan det er at være bruger i sundhedsvæsnet, til at bidrage til udvikling af det samlede sundhedsvæsen.

Vores vision er:

At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen

I aftaleperioden vil vi derfor særligt sætte politisk fokus på:

Målsætninger	4) At borgere, herunder pårørende oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb i det omfang, de ønsker det
	5) At borgere understøttes i at mestre egen sygdom med udgangspunkt i egne ressourcer og behov i hele forløbet
	6) At borgere deltager, når vi træffer beslutninger om, hvordan vi indretter sundhedsvæsenet.

HØRINGSUDKAST

Indsatsområder i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden videreudvikle samarbejdet på en række områder.

Samarbejdskultur

Aktivt og inddragende samarbejde stiller særlige krav til de måder, som de fagprofessionelle møder borgeren på. Vi vil derfor udvikle og afprøve modeller for samarbejdet mellem borgere herunder pårørende og fagprofessionelle. Vi vil fokusere på kulturelle og organisatoriske aspekter, der kan understøtte mulighederne for en proaktiv inddragelse af borgere – både i forhold til borgerens individuelle forløb og når borgerne medvirker i udviklingen af det samlede sundhedsvæsen. Her vil vi have særligt fokus på udvikling af differentierede modeller for det aktive samarbejde, som er tilpasset borgere med forskellige behov og ressourcer.

Telesundhed

Det aktive og inddragende samarbejde i individuelle forløb handler også om at give flere borgere mulighed for at opretholde så almindeligt et liv som muligt på trods af langvarig eller kronisk sygdom. Vi vil derfor understøtte muligheder for sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af teknologiske løsninger, der gør det muligt at kommunikere, udveksle data og følge sygdomsspecifikke måleresultater mellem borgere og fagprofessionelle over afstand.

Organisatorisk samarbejde

Vi skal give borgere herunder pårørende bedre mulighed for at bidrage til udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Deres viden bidrager til at skabe et sundhedsvæsen, som borgerne oplever som inddragende og sammenhængende. Men det kræver noget at indgå i samarbejde – både af repræsentanterne for borgerne og sundhedsvæsenet. Vi vil gennem en fælles indsats skabe de rette rammer for samarbejdet med borgerne i udviklingen af sundhedsvæsenet, herunder i de relevante samarbejdsfora.

HØRINGSUDKAST

Lighed i sundhed

Let og lige adgang er et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen. Alligevel er der borgere, som ikke bliver tilbudt de indsatser, de har behov for, eller som har svært ved at tage imod indsatserne, hvilket betyder at de ikke får det optimale udbytte af behandlingen. Vi vil derfor udvikle og gennemføre tiltag, der skaber mere lighed i sundhed. Samtidig vil vi sikre, at sundhedsvæsenet ikke selv bidrager til at øge uligheden.

Vi er i fællesskab parate til at tilbyde differentierede og systematiske indsatser, der sikrer alle borgere bedst mulig kvalitet og udbytte af indsatserne i det samlede sundhedsvæsen. Sårbare og udsatte borgere skal støttes gennem målrettede indsatser, der har fokus på at sikre adgang til og fastholdelse i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering. Også samarbejdet med det sociale område skal styrkes.

Vores vision er:

At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger	7) At borgere med psykisk sygdom får flere gode leveår
	8) At borgere med både psykisk sygdom og misbrug sikres en samtidig og koordineret indsats
	9) At flere sårbare borgere sikres en tidlig og forebyggende indsats, der er målrettet deres behov og ressourcer.

HØRINGSUDKAST

Indsatser i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de særligt prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden udvikle samarbejdet på en række områder.

Forebyggelse og tidlig opsporing

Forebyggelse og tidlig opsporing af risikofaktorer for udvikling af sygdom er væsentlig, når lighed i sundhed skal sikres, og særlig vigtigt i forhold til sårbare og udsatte grupper. De praktiserende læger har en nøglefunktion, men der er mange andre vigtige aktører blandt andet på svangreområdet, i sundhedsplejen, i behandlings- og socialpsykiatrien og i ældreomsorgen. Vi vil derfor sætte fokus på at fremme en kultur, som i udgangspunktet tænker forebyggende og opsporende.

Særligt vil vi lægge vægt på forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos borgere med psykisk sygdom således, at borgere med psykisk sygdom får samme adgang til forebyggelsestilbud og genoptræning som andre borgere. Indsatserne skal bl.a. tilrettelægges på baggrund af den regionale sundhedsprofil.

Målrettede indsatser

Alle borgere skal have den indsats, der giver det bedst mulige behandlingsresultat og den bedste mulighed for at borgeren efterfølgende kan mestre sin egen sygdom og livssituation. Vi vil i aftaleperioden udvikle og afprøve differentierede indsatser, det vil sige indsatser, der er tilpasset målgrupperne. Vi vil også videreudvikle redskaber til stratificering af patienter og borgere.

Sammenhæng mellem sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet

Støtte til sårbare og udsatte borgere er en kompleks opgave, da mange både har sociale og sundhedsfaglige problemstillinger. Øget lighed i sundhed forudsætter derfor en tæt og koordineret indsats mellem mange aktører i sundhedsvæsenet og et nært samarbejde med social- og beskæftigelsesområdet i kommunerne. Hospitaler, kommuner og praksissektor skal sammen tage udgangspunkt i borgerens samlede situation, behov og ressourcer og sikre, at rehabilitering er indtænkt i hele forløbet. Vi vil i aftaleperioden derfor udvikle en model, der kan styrke samarbejdet i forhold til borgere, der sideløbende har behov for indsatser på tværs af sundheds-, social-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet.

Kompetenceudvikling og forskning

Der er fortsat et stort behov for viden om, hvilke målrettede indsatser, som virker bedst i forhold til at øge sundhedstilstanden for sårbare og udsatte grupper. Vi vil prioritere et mindre antal større forsknings- og udviklingsprojekter om lighed i sundhed, herunder f.eks. projekter om opsporing og fastholdelse i behandling og rehabilitering. Vi vil også i fællesskab styrke tilbud om kompetenceudvikling med fokus på ulighed i sundhed, som f.eks. kan udbydes som en del af en systematisk kompetenceudvikling på tværs af sektorer og på tværs af både sundheds- og socialområdet.

HØRINGSUDKAST

Nye og bedre samarbejdsformer

Vi ønsker at skabe større fleksibilitet og kvalitet i opgaveløsningen, så borgerne oplever, at forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser er sammenhængende, og at der arbejdes efter fælles mål. I de to foregående sundhedsaftaler har vi i vid udstrækning fokuseret på at etablere en samarbejdsstruktur mellem parterne og på at udvikle samarbejdet ud fra en stafet-tankegang, hvor der skabes koordination mellem indsatserne i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren. Vi skal fortsat arbejde med at styrke koordination og samarbejde på tværs i sundhedsvæsenet, men vi må også erkende, at den sektoropdelte opgaveløsning især ikke tilgodeser sårbare borgeres behov.

I denne sundhedsaftale vil vi derfor arbejde med at udvikle og afprøve organisationsformer, som passer til den opgave, der skal løses. Vi vil arbejde med udvikling og afprøvning af organisatoriske samarbejdsmodeller, der rummer forskellige grader af integration omkring opgaveløsning, personale, ledelse og økonomi.

Vores vision er:

At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger

10) At udvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner hospitaler og praksissektor.

11) At udvikle en model for, hvordan de regionale og kommunale prioriterede midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet samlet kan bidrage til at understøtte fælles samarbejdsprojekter, der knytter sig til sundhedsaftalen.

Indsatser i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de særligt prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden udvikle samarbejdet på en række områder.

Nye samarbejdsformer med integrerede indsatser

Vi vil afprøve og implementere nye modeller for integreret opgaveløsning med samdrift af ressourcer og kompetencer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren. Det er særlig relevant for samarbejdet om den gruppe af sårbare og udsatte borgere, der modtager samtidig behandling og pleje fra flere sektorer. Vi vil lære af erfaringer fra udlandet, hvor studier viser positive resultater med integrerede behandlings- og plejetilbud – når det gælder behandlingskvalitet, patientsikkerhed, patienttilfredshed og økonomi. Modellerne kan eksempelvis afprøve nye samarbejdsformer om akut/subakutte tilbud, tilbud til mennesker med samtidigt misbrug og psykisk sygdom eller fælles sundhedshuse. Arbejdet med nye modeller for integreret opgaveløsning skal tage højde for de organisatoriske rammer i praksissektoren.

Midler til prioritering sammenhængende løsninger

I økonomiaftalen 2014 for regioner og kommuner er det aftalt, at begge parter skal prioritere midler til sammenhængende løsninger. Sundhedsaftalen danner rammen for, hvordan disse midler anvendes, og vi vil på baggrund af drøftelser i Sundhedskoordinationsudvalget sikre en tæt koordinering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.

HØRINGSUDKAST

Høring af udkast til den politiske del af Sundhedsaftale 2015 – 2018

Høringsparter:

- **Kommuner i Region Hovedstaden**

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

- **Region Hovedstaden**

Kræftudvalget
Psykiatriudvalget
Sundhedsudvalget
Udvalget vedr. Tværsektorielt Samarbejde

- **Andre udvalg**

Patientinddragelsesudvalget
Praksisplanudvalget

- **Patientforeninger:**

Danske Patienter
Psykiatriforeningernes Fællesråd
Alzheimerforeningen

- **Andre organisationer**

Danske Handicaporganisationer
Ældresagen
Regionsældrerådet – Region Hovedstaden

- **Faglige organisationer:**

Dansk Farmaceutforening
Danske Fysioterapeuter
Dansk Kiropraktorforening
Dansk Psykolog Forening
Dansk Sygeplejeråd
Den Almindelige Danske Jordemoderforening
Ergoterapeutforeningen
Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter
Foreningen af Offentligt Ansatte Fag og Arbejde (FOA)
Foreningen af Speciallæger
Foreningen af Praktiserende Speciallæger
Praktiserende Lægers Organisation – Region Hovedstaden

Bilag 3: Inspirationsmateriale til drøftelse af målsætninger.

I det foreliggende udkast til politisk sundhedsaftale er der indsat 2-3 målsætninger for hvert visionsområde. Disse målsætninger er udvalgt af Sundhedskoordinationsudvalget ud fra et hensyn om at dække visionerne og begrænse antallet af målsætninger for at holde aftalen enkel og fokuseret.

Dette bilag indeholder nogle andre målsætningsformuleringer, der kan vise bredden i de drøftelser, der er i forbindelse med udarbejdelse af aftalen. Bilaget er tænkt som et inspirationsmateriale, der kan indgå som baggrundsmateriale i forbindelse med jeres drøftelser af aftaleudkastet.

Såvel målsætningerne, der indgår i aftaleudkastet, som de nedenstående målsætningsformuleringer er afstemt med de lovgivningsmæssige krav til aftalen. Det vil dog være sådan, at ikke alle krav i Sundhedsstyrelsen vejledning kan blive dækket i den politiske aftale, da vejledningens detaljeringsniveau er meget højt. Krav i vejledningen, der ikke er dækket af den politiske aftale, vil imidlertid blive dækket i den administrative aftale. Det drejer sig især om krav om fokus på specifikke målgrupper.

Nedenstående målsætningsformuleringer er kategoriseret indenfor hver af de fire visioner:

- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen
- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.

Målsætninger er nummeret **12-23.**

Målsætninger, der handler om sammenhæng og kvalitet

12. At flere borgere med komplekse og langvarige sygdomsforløb modtager en tidlig og helhedsorienteret indsats med henblik på, at de fastholdes på arbejdsmarkedet

13. At borgere, der er i behandling med mange lægemidler, sikres løbende og systematisk opfølgning på medicineringen

14. At alle borgere tilbydes relevante rehabiliteringsindsatser, når de har behov for det, uanset hvornår i forløbet behovet opstår

15. At borgeren tilbydes behandling af høj kvalitet, der tilgodeser borgerens ønske om mindst mulig indgriben i hverdagslivet

Målsætninger, der handler om borgerne som samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen

16. At borgere med psykisk sygdom oplever at være aktivt inddraget i eget forløb i det omfang, de ønsker

17. At sårbare borgere får særlig støtte til at være en aktiv samarbejdspart i eget forløb

18. At flere borgere får mulighed for at mestre egen sygdom ved hjælp af telesundhed

Målsætninger, der handler om lighed i sundhed

19. At sårbare borgere i risiko for livsstilssygdomme modtager indsatser, der er tilpasset deres behov og ressourcer

20. At flere sårbare gravide opspores tidligere og sikres en forebyggende indsats, der er tilpasset deres behov og ressourcer

21. At ingen hjemløse bliver udskrevet til gaden

Målsætninger, der handler om nye og bedre samarbejdsformer

22. At videreudvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af hospital og kommune målrettet borgere med psykisk sygdom

23. At videreudvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af hospital og kommune målrettet ældre medicinske patienter

Punkt nr. 2 - Høring over sundhedsaftalen - politisk del
Bilag 5 - Side -1 af 10

VEJ nr 9005 af 20/12/2013 Gældende
(Sundhedsaftalevejledningen)
Offentliggørelsesdato: 03-01-2014
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Oversigt (indholdsfortegnelse)

Bilag 1

Den fulde tekst

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

1. Indledning

Rammerne for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 1569 af 16. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

I henhold til bekendtgørelsens § 8 udarbejder Sundhedsstyrelsen Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, herunder om 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 udarbejdelse af 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 almen praksis, der er involveret i udarbejdelsen af sundhedsaftaler.

1.1 Ændringer i forhold til tidligere vejledning

Vejledningen er tilrettet på baggrund af 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 sundhedsaftalen er en politisk aftale, som skal tage afsæt i konkrete målsætninger med henblik på at sikre større kvalitet og ensartethed i det tværsektorielle arbejde, ligesom der er fokus på at styrke implementeringen af og indføre en mere systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne.

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.

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 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 både somatiske og psykiske sygdomme. 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 øget brugerinddragelse.

2. Sundhedskoordinationsudvalg

Sundhedskoordinationsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af myndighederne: kommuner og regioner, herunder at understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen.

Bekendtgørelsens §§ 1-3 beskriver sundhedskoordinationsudvalgets sammensætning, rammerne for udvalgets arbejde og en række konkrete opgaver, som tillægges udvalget. Det fremgår heraf, at udvalget består af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunekontaktrådet (KKR) i regionen samt Praktiserende Lægers Organisation 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 regionalpolitiske spørgsmål og drøfter og koordinerer deres arbejde i forhold til sundhedskoordinationsudvalget og sundhedsaftalen.

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 er det relevant også at inddrage andre aktører som fx private sygehuse, apotekersektoren, den øvrige praksissektor[1)] samt andre forvaltningsområder, ligesom borgere kan inddrages i relevante arbejdsgrupper.

Punkt nr. 2 - Høring over sundhedsaftalen - politisk del
Bilag 5 - Side -2 af 10

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. sundhedslovens § 204, stk. 5, systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i regionen i deres drøftelser. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer.

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

2.1 Udarbejdelse af udkast til én fælles sundhedsaftale

Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder jf. bekendtgørelsens § 3 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. Her beskrives de 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 særligt skal være fokus på at inddrage 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 udviklingen af sundhedsområdet generelt i regionen samt for de enkelte obligatoriske indsatsområder.

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

Målsætninger skal blandt andet fastlægges med udgangspunkt i de nationale indikatorer for sundhedsaftalerne, se www.eSundhed. dk. Derudover kan de regionale og kommunale sundhedsprofiler være udgangspunkt for målsætninger, ligesom der kan suppleres med yderligere målsætninger inden for den enkelte region.

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, som optager en seng på sygehusene[2)].

2.3 Implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 3, 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 økonomiforhandlingerne og andre nationale aftaler samt i ny lovgivning kan fastsættes nye krav, som influerer på sundhedsaftalen, og som skal indarbejdes i en revideret aftale.

Opfølgningen på sundhedsaftalen bør tage udgangspunkt i de målsætninger, som er aftalt ved sundhedsaftalens indgåelse og i de nationale indikatorer for sundhedsaftalerne. Derudover bør indgå organisatoriske og sundhedsfaglige indikatorer, som er relevante for de aftalte målsætninger.

Derudover vil det være hensigtsmæssigt, at sundhedskoordinationsudvalget udarbejder en plan for implementeringen af sundhedsaftalen. Formålet hermed at sikre de fornødne aftaler mellem parterne i forhold til koordinering af implementeringsindsatserne og eventuel igangsætning af fælles initiativer.

2.4 Vurdering af udkast til regionens sundhedsplan

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

Praksisplanen vedrørende almen praksis skal jf. sundhedslovens § 206 a, stk. 2[3)], 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 ydernumre.

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 drøfter jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 5, 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.

Udvalget drøfter derudover koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.

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

Desuden kan udvalget 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.).

2.6 Information af sundhedskoordinationsudvalg i de øvrige regioner

Sundhedskoordinationsudvalget informerer jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 6, sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud 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 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. 2, 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/eller psykiske sygdomme, og som går på tværs af de to myndighedsområder: 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.

Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud. Aftalen omfatter derudover samarbejdet mellem sygehuse og praksissektoren, herunder særligt almen praksis, hvis det er relevant for samarbejdet med kommunen.

Derudover er sundhedsaftalen en oplagt ramme for at sikre 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 aftaler[4)], som har betydning for aktiviteterne på relevante områder for at skabe sammenhængende forløb.

3.2 Sundhedsaftalens parter

Sundhedsaftalen indgås mellem regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen.

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 det sociale område, som er omfattet af sundhedsaftalen i flere af de obligatoriske indsatsområder samt for beskæftigelses- og undervisningsområdet, der 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. 2[5)], forpligtede 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 med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

Den øvrige praksissektor er ligeledes ikke en aftalepart, men konkrete praksisområder 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 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.fl. forpligtes til at efterleve relevante dele af aftalens indhold efter dens godkendelse.

3.3 Målgrupper

Sundhedsaftalen omfatter borgere, herunder børn (inkl. nyfødte), unge og voksne med forbigående eller kronisk sygdom og/eller funktionsevnenedsættelse, der har behov for en sammenhængende indsats fra aktører på tværs af sektorer enten samtidigt

eller i forlængelse af hinanden. Borgere vil i mange sammenhænge i forhold til sundhedsaftalen også være patienter. I vejledningen omfatter begrebet borgere også denne gruppe.

Aftalen bør have særligt fokus på målgrupper, hvor sundhedsvæsenet kan have udfordringer med at sikre kvalitet og sammenhæng i tværsektorielle patientforløb. Det gælder blandt andet ældre medicinske patienter, borgere med kronisk sygdom, herunder multisygdom, børn og unge med varigt nedsat funktionsevne, borgere med psykisk sygdom samt borgere med både psykiske og somatiske sygdomme samtidig, herunder også skadeligt og afhængigt brug af rusmidler.

Aftalen skal understøtte ligestilling af borgere med henholdsvis psykiske og somatiske sygdomme. Aftalen bør derudover have fokus på børn og unge i familier, hvor én eller begge forældre har en alvorlig somatisk eller psykisk sygdom

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

3.4 Aktører

En række aktører leverer sundhedsydelser inden for de fire obligatoriske indsatsområder og bør derfor omfattes af sundhedsaftalen. Ved aktører forstås i denne sammenhæng organisatoriske enheder og deres medarbejdere.

Det er inden for de enkelte indsatsområder forskelligt, hvilke aktører som er relevante at omfatte af sundhedsaftalen. Sygehuse, kommunale tilbud samt almen praksis er dog relevante på alle indsatsområderne. 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 og rehabilitering.

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 områder som fx social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet omfattes af sundhedsaftalen, når dette er relevant for kvalitet og sammenhæng i patientforløb. Det gælder blandt andet hjemmeplejen, plejeboliger, psykiatriske bosteder og Pædagogisk-Psykologisk Rådgivning.

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.

Aktørerne skal kende til relevante dele af sundhedsaftalen og medvirke ved implementeringen heraf. Aktører, der besidder faglig og praktisk viden om indsatsområderne, kan hensigtsmæssigt inddrages ved udarbejdelsen af aftalen.

3.5 Supplerende aftaler

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

Formålet med supplerende aftaler kan være at tage højde for lokale forhold inden for den enkelte region fx 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 indgås løbende.

3.6 Forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler

Som led i sundhedsaftalen kan der hensigtsmæssigt aftales udarbejdelse af forløbsprogrammer med udgangspunkt i den generiske model for forløbsprogrammer. Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats for en afgrænset patientgruppe og kan således fastlægge samarbejdet i patientforløb, der omfatter indsatser på tværs af sundhedsaftalens indsatsområder. Det kan være relevant at udarbejde forløbsprogrammer for større patientgrupper med kronisk sygdom.

Derudover kan der indgås samarbejdsaftaler, som 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.

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

3.7 Sundhedsaftalens form

Der stilles ikke krav til sundhedsaftalens form. Sundhedskoordinationsudvalget kan 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 skal i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder i relevant omfang tage udgangspunkt i de tværgående temaer, som beskrives i kapitel 5.

Sundhedsaftalen tager udgangspunkt i gældende lovgivning. Referencer til love, bekendtgørelser og vejledninger m.fl., som er relevante for udarbejdelse af sundhedsaftalen, findes i bilag 1.

Punkt nr. 2 - Høring over sundhedsaftalen - politisk del
Bilag 5 - Side -5 af 10

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 funktionsevnenedsættelse. Der skal være fokus på at sikre effektive, tilgængelige og målrettede patientforløb.

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

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 mellem relevante aktører om:

- Forebyggelsesforløb[6)] til borgere med behov herfor, herunder borgere med kronisk sygdom, borgere med nedsat funktionsevne, ældre borgere samt socialt udsatte borgere.
- Forebyggelsesindsatser i forbindelse med behandlings- og rehabiliteringsforløb og forud for planlagt operation.
- Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge samt svangreomsorg, herunder til 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 forebyggelse af risikofaktorer og somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen skal der være opmærksomhed på:

- At aftalen fastlægger udmøntningen af regionens forpligtelse til at tilbyde rådgivning i forhold til kommunernes forebyggelsesindsats, herunder indholdet af rådgivningen. I den forbindelse kan aftaler om rådgivning vedr. hygiejne hensigtsmæssigt indgå.
- At aftalen bidrager til at sikre let tilgængelig information om forebyggelsestilbud til alle aktører og borgere.
- At aftalen understøtter, at medarbejdere i alle sektorer har de fornødne kompetencer til at identificere borgere med behov for forebyggende indsatser og til at udnytte forebyggelsespotentialet i relevante borger- og patientkontakter.
- At aftalen understøtter tilvejebringelse af ny viden om effektive forebyggelsesmetoder, herunder om implementering af vidensbaserede interventioner.

4.2 Indsatsområde 2: Behandling og pleje

Det overordnede formål med indsatsområdet er, at alle borgere med behov herfor tilbydes sammenhængende behandlings- og plejeforløb af høj kvalitet.

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

- Behandlings- og plejeforløb til borgere med somatiske og/eller psykiske sygdomme, hvor indsatsen leveres på tværs af kommuner, praksissektor og sygehuse 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 kommunen og almen praksis.
- Behandlingsforløb til borgere med samtidig psykisk lidelse og skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, herunder aftaler om koordinering af indsatsen i det konkrete patientforløb.
- Akutte indsatser til borgere med behov herfor, herunder koordination af akutte indsatser inden for sundhedsområdet og det sociale område.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen skal der være opmærksomhed på:

- At aftalen beskriver en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere (både sundhedsfaglige og ikke-sundhedsfaglige), når de udfører lægelige ordinationer (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), fx ved medicingivning i eget hjem, på plejecentre eller på psykiatriske bosteder.
- At aftalen understøtter samarbejdet omkring borgere med mange forskellige eller skiftende behov for behandlingstilbud, herunder forløbskoordination.
- At aftalen understøtter kommunikationen mellem involverede aktører, borgere og eventuelt pårørende med henblik på, at 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.

4.3 Indsatsområde 3: Genoptræning og rehabilitering

Det overordnede formål med indsatsområdet er, at borgere med nedsat funktionsevne relateret til somatisk eller psykisk sygdom ved behov for genoptræning og rehabilitering[7)] tilbydes et sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet.

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

- Genoptræning og eventuel anden rehabilitering under indlæggelse og efter udskrivning fra sygehus til borgere med nedsat funktionsevne og et sundhedsfagligt behov for genoptræning.
- Rehabiliteringsforløb til borgere med særlig komplekse problemstillinger og som har behov for langvarige, multidisciplinære, intensive rehabiliteringsindsatser.

- Rehabiliteringsforløb til borgere, som har behov for rehabiliteringsindsatser med henblik på tilknytning til uddannelse og/eller arbejde, samt til borgere med psykisk sygdom og til børn og unge med nedsat funktionsevne.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen skal der være opmærksomhed på:

- At aftalen understøtter sammenhæng i behandlings-, genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser, som ydes på tværs af sektorer og lovgivninger, herunder at borgeren får nødvendige behandlingsredskaber og hjælpemidler.
- At aftalen understøtter styring af kapacitet blandt andet med henblik på nedbringelse af ventetider på genoptræningsområdet.
- At aftalen understøtter tilvejebringelse af ny viden om effektiv rehabilitering, herunder om implementering af vidensbaserede indsatser.

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 sårvurdering 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.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen bør der være opmærksomhed på:

- 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, genoptræning og rehabilitering.

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 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 fleksibel brug af sundhedsvæsenets kompetencer, herunder eventuelt afprøve nye modeller for arbejdsdeling og samarbejde. Aftalen skal i den forbindelse tage højde for, at mange patientforløb – både psykiske og somatiske – ikke er lineære med overgange fra én sektor til en anden, men kendetegnet ved at foregå i flere sektorer samtidig.

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 inden for både kommuner, regioner, praksissektoren og private leverandører. Karakteren af sådanne tilbud vil være forskellig inden for de enkelte indsatsområder 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 blandt andet med henblik på at undgå forebyggelige indlæggelser. Aftalen skal desuden medvirke til at sikre, at regioner, almen praksis og kommunale tilbud samt eventuelt den øvrige praksissektor kan søge rådgivning, dialog og samarbejde 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 laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON) og afspejle den lokale stratificering af store patientgrupper med henblik på dimensionering af indsatserne og anden sundhedsplanlægning.

Sundhedsaftalen skal derudover understøtte, at eventuel overdragelse af opgaver mellem sektorerne sker planlagt og koordineret. I den forbindelse bør der være fokus på den fornødne kapacitet, patientvolumen, kompetenceudvikling og kvalitetssikring.

Generelt kan der i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde være behov for kompetenceudvikling af medarbejdere, således at borgerne fortsat oplever høj kvalitet i ydelsen. Sundhedsaftalen bør understøtte, at parterne medvirker til

kompetenceudvikling af aktører på tværs af sektorer, hvor det er relevant. Det bemærkes dog, at de enkelte aktører har ansvaret for at sikre, at deres medarbejdere har de nødvendige kompetencer, som institutionens opgaver forudsætter.

Sundhedsaftalen skal derudover i forhold til både det psykiatriske og det somatiske område skabe rammer for planlægning og styring af kapaciteten i sektorer, der er afhængige af hinanden, for at optimere kapacitet og for at sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløb.

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 inden for både det somatiske og det psykiatriske område forholder sig til, hvorledes borgeren 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 patientinddragelsesudvalget i regionen inddrages i sundhedskoordinationsudvalgets drøftelser jf. kapitel 2. Derudover 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 af sundhedsydelser og forløb på tværs af sektorer.

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 og ressourcer, og som tager hensyn til borgerens uddannelsesniveau, køn, etnicitet og funktionsevne.

Aftalen bør derudover understøtte, at sundhedstilbud gøres tilgængelige for alle borgere, herunder borgere med nedsat funktionsevne, og at der sker en systematisk behovs- og ressourceafdækning hos den enkelte borger/patient for at tilvejebringe det bedst mulige grundlag for en målrettet indsats.

Aftalen bør endvidere have fokus på at sikre samarbejde og koordination mellem den sundhedsfaglige og den sociale indsats til sårbare borgere med multisygdom eller komplekse behandlingsforløb samt til socialt udsatte borgere, som kan have behov for en særlig sundhedsfaglig indsats.

5.5 Dokumentation, forskning, kvalitetsudvikling og patientsikkerhed

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, 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.

Aftalen bør endvidere have fokus på forpligtelsen til at forebygge utilsigtede hændelser og at øge patientsikkerheden.

Parterne bør så tidligt som muligt inddrage hinanden i planlægningen af projekter, som involverer flere aktører på tværs af sektorer. Endvidere bør det 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

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

Det fremgår af bekendtgørelsens § 5, at det er regionsrådet, som er forpligtet til at indsende den indgåede sundhedsaftale til Sundhedsstyrelsen. Bekendtgørelsens § 6 fastlægger fristen for indsendelse af sundhedsaftalen. Det fremgår samtidig heraf, at aftalen skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest ved udgangen af januar måned i regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiodes andet år.

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.

Punkt nr. 2 - Høring over sundhedsaftalen - politisk del
Bilag 5 - Side -8 af 10

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. Det fremgår heraf, at indsendelse skal ske senest den 31. januar i regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiodes andet år.

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 information i forbindelse med sagsbehandlingen af en sundhedsaftale, vil Sundhedsstyrelsen tage kontakt til sundhedskoordinationsudvalget. Det påhviler herefter sundhedskoordinationsudvalget 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 sundhedskoordinationsudvalget, 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 sundhedskoordinationsudvalget, 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 sundhedskoordinationsudvalget samt eventuelt 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 sundhedskoordinationsudvalgets 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 sundhedskoordinationsudvalget 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 sundhedsaftalens udformning. Det vil sige spørgsmål vedrørende fortolkning af lovgrundlaget, herunder bekendtgørelsen og vejledningen.

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

Sundhedsstyrelsen, den 20. december 2013

Jette Jul Bruun

/ Bente Møller

Punkt nr. 2 - Høring over sundhedsaftalen - politisk del
Bilag 5 - Side -9 af 10

Bilag 1

Referencer

Sundhedsaftalen tager udgangspunkt i gældende lovgivning inden for de enkelte indsatsområder. Nedenfor er listet love, bekendtgørelser, vejledninger, faglige anbefalinger m.fl., som vurderes relevante ved vejledningens udgivelsestidspunkt.

Love

- Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010 med senere ændringer
- Lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 1093 af 05/09/2013 med senere ændringer
- Lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats, jf. lovbekendtgørelse nr. 731 af 15/06/2010 med senere ændringer

Bekendtgørelser

- Bekendtgørelse nr. 1219 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners anvendelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)
- Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge
- Bekendtgørelse nr. 1266 af 05/12/2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningssted efter udskrivning fra sygehus (Revideres 2014)
- Bekendtgørelse nr. 1601 af 21/12/2007 om hjemmesygepleje
- Bekendtgørelse nr. 754 af 24/06/2013 om kommuner og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension
- Bekendtgørelse nr. 1 af 03/01/2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.

Cirkulærer

- Cirkulære nr. 9079 af 22/02/2013 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sundhedsvæsenet

Vejledninger, lovbaserede

- Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen, 2009 (kapitel 15 opdateret i maj 2013)
- Vejledning nr. 9439 af 13/07/2011 om kommunal rehabilitering
- Vejledning nr. 115 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners anvendelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)
- Vejledning nr. 14 af 15/02/2011 om botilbud mv. til voksne efter reglerne i almenboligloven, serviceloven og friplejeboligloven (Vejledning nr. 4 til serviceloven)
- Vejledning nr. 49 af 30/06/2009 om etablering af regionale familieambulatorier
- Vejledning nr. 9636 af 21/10/2011 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge
- Vejledning nr. 9427 af 20/01/2011 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger
- Vejledning nr. 102 af 11/12/2006 om hjemmesygepleje
- Vejledning nr. 13 af 15/02/2011 om hjælp og støtte efter serviceloven (Vejledning nr. 2 til serviceloven)
- Vejledning nr. 10 af 15/02/2011 om særlig støtte til voksne (Vejledning nr. 5 til serviceloven)
- Vejledning nr. 110 af 01/12/2009 om træning i regioner og kommuner (Forventes revideret 2014)

Faglige vejledninger og anbefalinger

- Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2. Sundhedsstyrelsen, 2007
- Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model, Sundhedsstyrelsen, 2012
- Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3. Sundhedsstyrelsen, 2009
- Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, 2012-2013

Nationale handlingsplaner og strategier m.m.

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

Andet

- Analyse af mulighederne for at skabe sammenlignelighed mellem spørgeskemabaserede kommunale og regionale sundhedsprofiler. Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, KL, Danske Regioner 2009

Punkt nr. 2 - Høring over sundhedsaftalen - politisk del
Bilag 5 - Side -10 af 10

Officielle noter

[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)] Fastsat af Regeringen, KL og Danske Regioner ved økonomiaftalerne for 2014.

[3)] Sundhedslovens §§ 204 og 206a forventes at træde i kraft inden udgangen af 2013.

[4)] 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.

[5)] 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.

[6)] Forebyggelsesforløb omfatter opsporing, information, registrering, motivation og forebyggelsestilbud (herunder henvisning til).

[7)] Kommunerne har ansvaret for alle rehabiliteringsindsatser efter den sociale lovgivning, lovgivningen på beskæftigelsesområdet og lovgivningen på undervisningsområdet. Også på sundhedsområdet er ansvaret primært placeret i kommunerne, men her har regionerne – sygehuse og praksissektor – tillige et ansvar for ydelser med et rehabiliterende sigte.

Redaktionel note

Retsinformation