

Udskriftsdato: 16. januar 2024

VEJ nr 9008 af 11/01/2024 (Gældende)

## Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Indenrigs- og Sundhedsmin.,  
Sundhedsstyrelsen, j.nr. 04-9999-210

# Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler

## Indholdsfortegnelse

### **1. Indledning**

1.1. Ændringer i forhold til tidligere vejledning

### **2. Sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalget**

2.1. Sundhedsklynger

2.2. Sundhedssamarbejdsudvalget

### **3. Sundhedsaftalen**

3.1. Sundhedsaftalens formål

3.2. Fastlæggelse af fælles, forpligtende målsætninger

3.3. Almen praksis i sundhedsaftalen

3.4. Grundlag for fastsættelse af målgrupper og indsatser

3.5. Sundhedsaftalens form

3.6. Sundhedsaftalens varighed og gyldighedsperiode

### **4. Samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalen**

4.1. Ramme for samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning

4.2. Forløbsprogrammer

4.3. Nye modeller for samarbejde

### **5. Godkendelse af sundhedsaftalen**

5.1. Indsendelse af sundhedsaftalen

5.2. Sundhedsstyrelsens godkendelse

5.3. Godkendte aftaler

5.4. Ikke godkendte aftaler

5.5. Offentliggørelse af godkendte aftaler

5.6. Rådgivning

### **6. Opfølgning, midtvejsstatus og slutstatus**

### **7. Sundhedsaftalens parter**

7.1. Aktører

### **8. Ophævelse af tidligere vejledning**

## **1. Indledning**

Rammerne for sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsklynger og sundhedsaftaler er fastlagt i sundhedslovens § 203-205 og i bekendtgørelse nr. 1248 af 5. september 2022 med de ændringer som følger af bekendtgørelse nr. 999 af 21. juni 2023 om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler, patientinddragelsesudvalg og praksisplan for almen praksis. Det fremgår af § 203 stk. 3, at sund-

hedsklyngen skal løfte det fælles populationsansvar med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og bidrage til sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Sundhedsklyngen skal samtidig styrke forebyggelse, kvalitet og omstilling til det primære sundhedsvæsen.

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

I henhold til bekendtgørelsens § 23 udarbejder Sundhedsstyrelsen Vejledning om sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler, herunder om de nærmere rammer og procedurer for indsendelse af sundhedsaftaler til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Denne vejledning træder i kraft den 12. januar 2024 og erstatter Sundhedsstyrelsens tidligere vejledning fra 2018.

Formålet med Sundhedsstyrelsens vejledning er at give en uddybende, vejledende beskrivelse af den organisatoriske understøttelse af tværsektorielt samarbejde i sundhedssamarbejdsudvalg samt sundhedsklynger og dermed bidrage til opgaven vedrørende udarbejdelse af sundhedsaftaler i regioner og kommuner. Derudover angiver vejledningen procedurer for, hvordan sundhedsaftalerne godkendes i henhold til bekendtgørelsens og vejledningens krav til aftalernes indhold.

Målgruppen for vejledningen er politikere og planlæggere i kommuner og regioner samt almen praksis, der er involveret i udarbejdelsen af sundhedsaftaler. Patientinddragelsesudvalgene, som i henhold til sundhedsloven § 204 skal inddrages i sundhedssamarbejdsudvalgenes drøftelser, indgår ligeledes i vejledningens målgruppe.

Samarbejdet omfatter både det somatiske og psykiatriske område.

## **1.1. Ændringer i forhold til tidligere vejledning**

Vejledningen er tilrettet på baggrund af ændringerne i sundhedsloven fra juni 2022 med tilhørende bekendtgørelse fra september 2022, hvor der bl.a. indføres sundhedsklynger og styrkelse af den politiske samarbejdsstruktur ved at erstatte de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg med et sundhedssamarbejdsudvalg. Sundhedssamarbejdsudvalget bliver ansvarlig for at udarbejde sundhedsaftalen, mens ansvaret for praksisplanen overgår til regionsrådet med inddragelse af almen praksis og kommuner.

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

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

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

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

- Det enkelte sundhedssamarbejdsudvalg i sundhedsaftalerne opstiller fælles, forpligtende målsætninger for sundhedsområdet generelt i regionen og for de områder og/eller målgrupper, som sundhedssamarbejdsudvalget vælger at indgå aftale om, jf. kapitel 4. Der er ingen obligatoriske indsatsområder.

- Vejledningen opstiller en ramme for samarbejdsaftaler (kapitel 3) som parterne bør tage stilling til, når der indgås samarbejdsaftaler om indsatser eller opgaveløsning i regi af sundhedsaftalen.
- Vejledningen beskriver opfølgning på og afrapportering af sundhedsaftalen (kapitel 6). Formålet hermed er at betone sundhedssamarbejdsudvalgets pligt til at gøre status på sundhedsaftalens resultater og følge op på de fælles, forpligtende målsætninger, som er aftalt.
- Opgaver knyttet til det tidligere sundhedskoordinationsudvalg fortsætter uændret og varetages fremover i sundhedssamarbejdsudvalget samt delvist i sundhedsklyngerne (se kapitel 2). Disse opgaver er følgende: udarbejdelse af udkast til sundhedsaftale, implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen, vurdering af udkast til regionens sundhedsplan, vidensdeling mellem sundhedssamarbejdsudvalg samt at bidrage til praksisplan for almen praksis.

## 2. Sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalget

Der er to fora, som skal bidrage til bedre sammenhæng på tværs af kommuner, regioner og almen praksis for bl.a. ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme, borgere med psykisk lidelse, herunder borgere med samtidig psykisk lidelse og problematisk rusmiddelbrug:

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

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

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

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

### 2.1. Sundhedsklynger

Sundhedsklyngen består af et politisk niveau og et fagligt strategisk niveau. Det politiske niveau skal understøtte den politiske forankring og igangsættelse af indsatser i sundhedsklyngen relateret til omstilling til det primære sundhedsvæsen. Det faglige strategiske niveau skal implementere konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet samt øget nærhed. Dette kan være implementering af tiltag i en national kvalitetsplan baseret på kvalitetsstandarder, der skal understøtte omstillingen til det primære sundhedsvæsen. Det faglige strategiske niveau skal være handlekraftigt og kunne udvikle/tilpasse nye og kendte løsninger.

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

Politisk niveau	Fagligt strategisk niveau
Sætte retning for sundhedsklyngen og igangsætte indsatser med omstilling til det primære sundhedsvæsen	Tage hånd om borgerne med fokus på løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed

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

### 2.1.1. Populationsansvar i sundhedsklyngen

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

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

Det indgår i populationsansvaret, at drøfte udfordringer og understøtte forebyggende indsatser på tværs af sektorerne, hvor det også kan være relevant, at inddrage tilgrænsende kommunale velfærdsområder. Hermed kan der skabes fokus på målgrupper, hvor en sektor med et forebyggelsesperspektiv kan reducere antallet af borgere der går fra lette symptomer til egentlig behandlingskrævende tilstande på sygehusene.

### 2.1.2. Dataunderstøttelse

Populationsansvaret i sundhedsklyngen forudsætter dataunderstøttelse, der belyser populationens behov for sundhedsvæsenets ydelser. Dette gennem data om dels populationens sundhed, trivsel og sygelighed, dels populationens kontakt med sundhedsvæsenet og patientforløb. Regeringen, Danske Regioner og KL aftalte ved etablering af sundhedsklyngerne<sup>1)</sup>, at der skal udvikles relevante data for populationen, der sammen med de Nationale Mål for Sundhedsvæsenet kan understøtte et datadrevet fokus. Derfor blev der i forbindelse med opstarten af arbejdet i sundhedsklyngerne udarbejdet datapakker i Sundhedsdatastyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og Sundhedsministeriet med inddragelse af kommuner, regioner og Sundhedsstyrelsen. Pakkerne samler en række nøgletal og visninger, som giver adgang til relevante nationale sundhedsdata på tværs af kommuner, regioner og almen praksis og er med til at beskrive den fælles population i sundhedsklyngerne.

Datapakken<sup>2)</sup> består af et populationsoverblik samt tre temaer:

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

Derudover er der også lavet en datapakke baseret på indikatorer fra Den Nationale Sundhedsprofil 2021, som afdækker<sup>3)</sup> :

- Borgernes sundhed og trivsel

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

#### *Fremtidig dataunderstøttelse*

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

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

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

På baggrund af fremtidige data kan klyngen udvide sit fokus til nye konkrete målgrupper og ikke mindst til borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme, der kan danne basis for proaktive forebyggelsesindsatser på tværs af sundhedsklyngen og dermed medvirke til at forebygge sygdom og forværring af sygdom.

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

#### *Deling af data om patienter i patientbehandling*

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

#### **2.1.3. Sundhedsaftale**

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

#### **2.1.4. Vurdering af udkast til kommunale sundhedspolitikker**

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

#### **2.1.5. Vidensdeling**

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

#### **2.1.6. Øvrige emner**

Der er behov for øget forskning med henblik på at afdække ny evidens for konkrete tværsektorielle indsatser eller nytænkning af opgaveløsning i det primære sundhedsvæsen<sup>4</sup>). Sundhedsklyngerne kan med afsæt i klyngefællesskabet drøfte, hvordan forskning kan understøttes af almen praksis, regionen med bidrag fra kommunerne i sundhedsklyngen. Det kan fx tage afsæt i at sundhedsklyngens projekter tilrettelægges således, at det er muligt at dokumentere resultater.

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

### **2.1.7. Deltagere**

Det politiske niveau består, hvis ikke andet aftales, af mindst to regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, borgmestrene fra de deltagende kommunalbestyrelser<sup>5)</sup> i sundhedsklyngen og to praktiserende læger udpeget af Praktiserende Lægers Organisation som repræsentanter for almen praksis inden for sundhedsklyngens område. Det kan være relevant at inddrage andre repræsentanter for almen medicinske tilbud i fx lægedækningstruede områder.

Repræsentanter for patienter og pårørende skal inddrages som en fast sparringspart i sundhedsklyngerne og på den måde give mulighed for at bistå med et bruger- og pårørendeperspektiv.

Det fremgår af bekendtgørelsens § 30, at

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

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

Det faglige strategiske niveau består, hvis ikke andet aftales, af tre repræsentanter fra regionen, herunder det psykiatriske område, én repræsentant for hver af de deltagende kommuner, to praktiserende læger udpeget af Praktiserende Lægers Organisation som repræsentanter for almen praksis inden for sundhedsklyngens område og to repræsentanter for patienter og pårørende, der udpeges af patientinddragelsesudvalget.

På det faglige strategiske niveau kan repræsentanterne lade sig bistå af øvrige repræsentanter. Dette kan være relevante sundhedsfaglige eller repræsentanter fra andre kommunale sektorer, der har direkte samspil med, eller betydning for, de konkrete drøftelser og indsatser. Dette kan fx være repræsentanter for det kommunale socialområde, som håndterer en væsentlig del af de kommunale tilbud til mennesker med psykisk lidelse.

### **2.1.8. Organisering**

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

Det politiske niveau i klyngen mødes som minimum to gange årligt og det faglige strategiske niveau mødes som minimum fire gange årligt. Det faglige strategiske niveau kan nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper, blandt andet med henblik på faglig rådgivning samt fokus på lokale aftaler og koordinering i forhold til sundhedsklynger, sundhedsaftaler og praksisplan.

## **2.2. Sundhedssamarbejdsudvalget**

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



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

- understøtte høj kvalitet og sammenhæng på tværs af sundhedsklyngerne og understøtte, at der skabes sammenhæng for bl.a. ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme og borgere med psykisk lidelse, herunder borgere, som ud over en psykisk lidelse har et samtidigt problematisk rusmiddelbrug, der har forløb på tværs af sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud eller har forløb på tværs af sundhedsklyngerne
- drøfte emner, der er relevante for sammenhængen i forløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud, herunder fælles funktioner samt koordinering og prioritering af evt. midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet, som regioner og kommuner kan prioritere til området
- fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af det tværsektorielle samarbejde og samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger fx samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis
- understøtte, at nationale handleplaner mv. implementeres på tværs af sundhedsklyngerne i regionen
- drøfte sundhedsklyngernes udviklingstiltag og eventuelt indstille veldokumenterede tiltag til udbredelse på tværs af sundhedsklynger eller på nationalt niveau
- drøfte almen praksis' rolle i samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis

### **2.2.1. Udarbejdelse af udkast til sundhedsaftale**

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

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

### **2.2.2. Implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen**

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

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

### **2.2.3. Vurdering af udkast til sundhedsplan og praksisplan**

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

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

Parterne bør orientere hinanden gensidigt om arbejdet med nye sundhedspolitikker samt om væsentlige ændringer på sundhedsområdet og tilgrænsende områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet samt om de sundhedsmæssige konsekvenser heraf.

### **2.2.4. Bidrage til praksisplan for almen praksis**

Sundhedssamarbejdsudvalget skal forelægges praksisplanen inden godkendelse i regionsrådet. Sundhedssamarbejdsudvalget kan således kommentere og drøfte udkast til praksisplanen og kan i den forbin-

delse komme med forslag til, hvordan planen kan fremme sammenhæng mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

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

### **2.2.5. Vidensdeling**

Sundhedssamarbejdsudvalget informerer jf. bekendtgørelsen § 18 sundhedssamarbejdsudvalgene 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 anbefales endvidere, at sundhedssamarbejdsudvalget deler erfaringer og viden fra arbejdet med udarbejdelse, implementering og opfølgning af sundhedsaftalerne med de øvrige sundhedssamarbejdsudvalg, jf. kapitel 6 om opfølgning og slutstatus.

### **2.2.6. Øvrige emner**

Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter jf. bekendtgørelsen § 15, stk. 2 i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud samt eventuelt private klinikker og andre leverandører, som leverer offentligt finansierede sundhedsydelser.

### **2.2.7. Deltagere**

Regionsrådet nedsætter sammen med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedssamarbejdsudvalg. Hvis ikke andet aftales, består sundhedssamarbejdsudvalget af tre repræsentanter fra regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, én borgmester fra hver sundhedsklynge, som samtidig er den kommunale formand i sundhedsklyngen, og to repræsentanter fra almen praksis udpeget af Praktiserende Lægers Organisation i regionen.

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

### **2.2.8. Organisering**

Sundhedssamarbejdsudvalget kan jf. bekendtgørelsen § 16, stk. 4 nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper blandt andet med henblik på faglig rådgivning fra fx sygehuse, almen praksis eller kommuner. I den forbindelse er det relevant også at inddrage andre aktører som fx private sygehuse, private udbydere på psykiatriområdet, apotekersektoren, den øvrige praksissektor samt andre tilgrænsende velfærdsområder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet.

Sundhedssamarbejdsudvalget skal ifølge sundhedsloven § 204, stk. 3 systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i regionen i deres drøftelser. Dette skal jf. lovgivningen som minimum ske på følgende måder:

- Sundhedssamarbejdsudvalget **i regionen vil årligt skulle invitere patientinddragelsesudvalget** til et møde om samarbejdet, hvorefter sundhedssamarbejdsudvalget tilrettelægger procedurer for den systematiske inddragelse **af patientinddragelsesudvalget**. Den videre inddragelse skal som minimum omfatte høring om større politiske udspil, fx i forbindelse med udarbejdelse og revision af sundhedsaftalen.
- Patientinddragelsesudvalget inviteres til at deltage i relevante arbejdsgrupper, der nedsættes af sundhedssamarbejdsudvalget.

Patientinddragelsesudvalget kan blandt andet understøtte, at patient- og borgerperspektivet inddrages i forbindelse med sundhedssamarbejdsudvalgets udarbejdelse af udkast til sundhedsaftale, samt implemen-

tering af og opfølgning på aftalen. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og/pårørendeorganisationer.

### **3. Sundhedsaftalen**

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

#### **3.1. Sundhedsaftalens formål**

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

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

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

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

Derudover er sundhedsaftalen en oplagt ramme for at understøtte sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne velfærdsområder, herunder social, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Parterne bør i den forbindelse så vidt muligt koordinere sundhedsaftalen med andre aftaler, som har betydning for aktiviteterne på relevante områder for at skabe sammenhængende forløb. Dette kan fx være sammenhæng til det sociale område, som håndterer en stor del af de kommunale tilbud til mennesker med psykisk lidelse, herunder er det relevant at sikre sammenhæng til den sociale rammeaftale.

#### **3.2. Fastlæggelse af fælles, forpligtende målsætninger**

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

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

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

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

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

### **3.3. Almen praksis i sundhedsaftalen**

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

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

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

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

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

### **3.4. Grundlag for fastsættelse af målgrupper og indsatser**

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

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

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

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

I udvikling og tilrettelæggelse af, samt opfølgning på sundhedsaftalen, er det vigtigt, at de udvalgte målgrupper og aftalte indsatser er baseret på viden og forskning samt – så vidt det er muligt – data, der kan vise, hvor der er behov for særlig indsats i det tværsektorielle samarbejde samt, hvad effekten af indsatserne er.

### **3.5. Sundhedsaftalens form**

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

### **3.6. Sundhedsaftalens varighed og gyldighedsperiode**

Sundhedsaftalen er indgået, når den er godkendt af både regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen og indsendt til Sundhedsstyrelsen senest den 1. juli i regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiodes andet år. Sundhedsstyrelsen kan dog undtagelsesvis afvige for fristerne for indsendelse af sundhedsaftalen. Dette vil i givet fald fremgå af Sundhedsstyrelses hjemmeside.

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

## **4. Samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalen**

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

### **4.1. Ramme for samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning**

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

Der tages stilling til følgende delelementer:

#### *Opgaveløsning og opgavefordeling*

Der er klarhed over, hvor indsatsen mest hensigtsmæssigt løses og hos hvilke(n) faggruppe(r). Herunder, at der er klarhed over ansvarsfordelingen i forhold til levering af indsatsen. Det skal samtidigt løbende vurderes, om der kan ske en relevant opgaveglidning mellem faggrupper med henblik på at sikre en robust og fleksibel opgaveløsning.

#### *Mål for indsatsen*

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

#### *Kapacitet*

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

#### *Ansvar for borgerens/patientens forløb, herunder det lægelige behandlingsansvar*

Der er klarhed over, hvilke aktører, som har ansvar for borgerens/patientens forløb, samt hvornår ansvaret herfor overdrages i forbindelse med sektorovergange fx i forbindelse med udskrivelse fra sygehus til eget hjem eller til et kommunalt tilbud. Her er det relevant at inddrage den kommunale akutfunktion som en central aktør, samt fastlægge det lægelige behandlingsansvar.

På psykiatriområdet er det relevant at inddrage de kommende forløbsbeskrivelser for børn, unge og voksne med svære psykiske lidelser, som udarbejdes i regi af 10-årsplanen for psykiatri.

#### *Adgang til kompetencer og rådgivning*

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

#### *Adgang til medicin, udstyr, digital understøttelse og lignende*

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

#### *Implementering af og opfølgning på indsatsen*

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

#### *Vilkår for ændret opgaveløsning og arbejdsdeling, herunder økonomi*

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

## **4.2. Forløbsprogrammer**

For at understøtte samarbejdet om sammenhæng i tværsektorielle forløb, kan der, som led i sundhedsaftalen hensigtsmæssigt aftales udarbejdelse af forløbsprogrammer med udgangspunkt i den generiske model for forløbsprogrammer<sup>6</sup>). Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats for en afgrænset målgruppe og kan således fastlægge samarbejdet om de indsatser eller målgrupper, der indgås aftale om i regi af sundhedsaftalen. Det kan være relevant at udarbejde forløbsprogrammer, når en større målgruppe har forløb, der kræver koordination på tværs af sektorer.

Endvidere kan der eksempelvis udarbejdes snitfladekataloger og case-kataloger til håndtering af udvalgte områder.

## **4.3. Nye modeller for samarbejde**

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

## **5. Godkendelse af sundhedsaftalen**

### **5.1. Indsendelse af sundhedsaftalen**

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

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

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

Regionsrådet skal indsende sundhedsaftalen til Sundhedsstyrelsen. Aftalen skal være godkendt af både regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen inden indsendelsen. Følgende data skal fremgå af sundhedsaftalen: aftalens parter, valgperiode, versionsnummer, samt ikrafttrædelsesdato.

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

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

## **5.2. Sundhedsstyrelsens godkendelse**

Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsaftalen forudsætter:

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

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

## **5.3. Godkendte aftaler**

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

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

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

## **5.4. Ikke godkendte aftaler**

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

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

## **5.5. Offentliggørelse af godkendte aftaler**

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

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

## **5.6. Rådgivning**

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

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

## **6. Opfølgning, midtvejsstatus og slutstatus**

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

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

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

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

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

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

## **7. Sundhedsaftalens parter**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

## **7.1. Aktører**

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

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

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

Hertil kommer en række øvrige ligeledes relevante aktører, som fx fodterapeuter, apotekere, tandplejeområdet og kliniske diætister og kiropraktorer.

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

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

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

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

## **8. Ophævelse af tidligere vejledning**

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

*Sundhedsstyrelsen, den 11. januar 2024*

TANJA POPP

/ Louise Lauridsen

- 1) Regeringen, Danske Regioner, KL, 11. juni 2020: Af tale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)
- 2) <https://www.esundhed.dk/Emner/Sundhedsklynger/Datapakker>
- 3) Data om sundhedsklynger - indikatorer fra Den nationale sundhedsprofil - Sundhedsstyrelsen
- 4) Forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen - Sundhedsstyrelsen
- 5) I kommuner med mellemformsstyre med delt administrativ ledelse, jf. § 64 a, jf. § 65, i lov om kommunernes styrelse, henholdsvis magistratsstyre, jf. § 64 i den nævnte lov, beslutter kommunalbestyrelsen, om vedkommende udvalgsformand henholdsvis vedkommende magistratsmedlem eller borgmester deltager i det politiske niveau.
- 6) <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2012/forloepsprogrammer-for-kronisk-sygdom---den-generiske-model>