

VEJ nr 9698 af 21/08/2009 Gældende
Offentliggørelsesdato: 02-09-2009
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Den fulde tekst

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

1 Indledning

Rammerne for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er beskrevet i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, BEK nr. 778 af 13. august 2009. I henhold til bekendtgørelsens § 8 udarbejder Sundhedsstyrelsen *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, herunder de nærmere rammer og procedurer for indsendelse af sundhedsaftaler til Sundhedsstyrelsens godkendelse. Denne vejledning træder i kraft den 1. september 2009 og erstatter Sundhedsstyrelsens tidligere vejledning fra 2006.

Formålet med Sundhedsstyrelsens vejledning er at give en uddybende vejledende beskrivelse af sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og dermed bidrage til tilrettelæggelsen af opgaven vedrørende sundhedsaftaler i regioner og kommuner. Derudover angives procedurer for, hvordan sundhedsaftalerne godkendes i henhold til bekendtgørelsens krav til aftalernes indhold. Målgruppen for vejledningen er således politikere og planlæggere i kommuner og regioner samt medlemmer af praksisudvalget for almen praksis, der er involveret i udarbejdelsen af sundhedsaftaler.

2 Sundhedskoordinationsudvalg

2.1 Formål

Sundhedskoordinationsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende behandlingsforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsansvar, herunder understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. Sundhedskoordinationsudvalget er således et centralt forum for styrkelse af samarbejdet mellem regionen, praksissektoren og kommunerne.

Bekendtgørelsens § 1-3 beskriver sundhedskoordinationsudvalgets sammensætning, rammerne for udvalgets arbejde, samt en række konkrete opgaver, som tillægges udvalget.

Regionen varetager sekretariatsfunktionen for sundhedskoordinationsudvalget. Udvalget kan nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper med henblik på faglig rådgivning eller inddragelse af brugersynspunkter. I forbindelse med dette kan relevante aktører, herunder fx private sygehuse, apotekssektoren, den øvrige praksissektor m.fl., samt brugerorganisationer inddrages.

2.2. Udarbejdelse af et generelt udkast til sundhedsaftaler

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 1 udarbejde et generelt udkast til de sundhedsaftaler, der skal indgås mellem regionen og kommunerne i regionen. Udkastet kan tage udgangspunkt i fælles strategier og visioner for samarbejdet. Det skal tegne de generelle linjer for, hvordan de obligatoriske elementer konkret opfyldes, og bør endvidere indeholde en beskrivelse af de overordnede målsætninger og ambitionsniveauer for aftalerne samt af konkrete fælles initiativer og projekter m.m. Endelig skal det generelle udkast beskrive organiseringen af den lokale opfølgning på aftalerne samt sammenhængen mellem denne lokale opfølgning og sundhedskoordinationsudvalgets samlede opfølgning på aftalerne.

Når det generelle aftaleudkast foreligger, udarbejdes sundhedsaftalen i samarbejde mellem regionsrådet og den enkelte kommunalbestyrelse. Det generelle udkast er ikke formelt bindende for parternes sundhedsaftale, men danner den overordnede ramme for den.

Udvalget kan derudover udarbejde generelle udkast til sundhedsaftaler på andre områder end de obligatoriske indsatsområder, det vil sige på såkaldte frivillige indsatsområder, som det ønsker at skabe et generelt aftalegrundlag for i regionen.

2.3 Opfølgning på sundhedsaftalernes gennemførelse

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 2 følge op på og efter behov drøfte sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse og skal stille sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne.

Udvalget skal således sikre en løbende opfølgning på implementeringen af sundhedsaftalerne, herunder om sundhedsaftalerne bidrager til at skabe sammenhængende forløb for borgerne på tværs af myndigheds- og sektorgrænser. Udvalgets løbende drøftelser af aftalernes gennemførelse og af generelle problemstillinger bør resultere i, at kommuner og region gøres opmærksom på de dele af samarbejdet, som ikke fungerer efter hensigten. Drøftelserne kan eventuelt resultere i konkrete forslag til ændringer af aftalerne. Aftaleparterne bør på baggrund af den vurdering, som udvalget stiller til rådighed for parterne, løbende justere deres aftale og indsats, når der viser sig at være behov for dette.

Sundhedskoordinationsudvalgets opfølgning kan hensigtsmæssigt resultere i en samlet afrapportering af status for parternes arbejde med sundhedsaftaler, herunder en vurdering af, hvilke dele af sundhedsaftalerne, der fortsat er behov for at fokusere på og at udvikle yderligere. Opfølgningen bør indeholde en afrapportering på opfyldelsen af de målsætninger og ambitionsniveauer, der blev fastlagt ved aftalernes indgåelse. Sundhedskoordinationsudvalgets afrapportering bør tilrettelægges, så den tids- og indholdsmæssigt kan anvendes af det efterfølgende sundhedskoordinationsudvalg i dets forberedelse af et generelt udkast til den næste generation af sundhedsaftaler.

For så vidt angår de enkelte aftaleparters opfølgning henvises til afsnit 3 i vejledningen.

2.4 Vurdering af udkast til regionens sundhedsplan

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 3 vurdere udkast til regionens sundhedsplan, herunder sygehusplaner, praksisplaner og psykiatriplaner. Vurderingen sker i forhold til, hvordan sundhedsplanen fremmer samarbejdet mellem kommunerne og regionen omkring hele indsatsen på sundhedsområdet. Udvalget kan i den forbindelse komme med anbefalinger til, hvordan planen kan styrkes med henblik på at fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommuner.

I forlængelse heraf vil det være hensigtsmæssigt, at regionen og kommunerne løbende orienterer sundhedskoordinationsudvalget om væsentlige ændringer på sundhedsområdet og tilgrænsende områder, herunder det sociale område samt konsekvenserne heraf.

2.5 Drøftelse af øvrige relevante emner

Sundhedskoordinationsudvalget drøfter jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 4 i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i behandlingsforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommuner.

Udvalget bestemmer selv, hvilke spørgsmål det vil tage op, og kan eventuelt fastsætte nærmere procedurer herfor i forretningsordenen.

Drøftelserne tager udgangspunkt i den regionale sundhedsplanlægning, den kommunale tilrettelæggelse af sundhedsopgaverne samt sundhedsaftaler indgået mellem regionsråd og kommunalbestyrelser. Ligeledes kan drøftelserne tage udgangspunkt i sundhedsprofiler for regionen og tilhørende kommuner.

I forlængelse heraf vil det være hensigtsmæssigt, at udvalget drøfter, hvordan man kan sikre sammenhængende patientforløb for de borgere, der som led i den regionale planlægning eller det udvalgte frie valg, behandles på private sygehuse eller klinikker eller for borgere, der som led i den kommunale planlægning tilbydes ydelser ved private institutioner.

Ligeledes vil det være hensigtsmæssigt, hvis udvalget drøfter større udviklingstendenser på sundhedsområdet, herunder fx implementering af den danske kvalitetsmodel. Herudover hvordan man kan inddrage evaluering og forskning i den fortsatte udvikling af området, og hvordan parterne kan sikre en fælles kompetenceudvikling på tværs af sektorerne.

Derudover vil det være hensigtsmæssigt, hvis udvalget sikrer fokus og prioritering af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser på tværs af region og kommuner, herunder særlige fælles indsatser rettet mod udvalgte risikofaktorer, kroniske sygdomme, målgrupper og arenaer (fx hospitaler, skoler, arbejdspladser m.v.).

Udvalget behandler som udgangspunkt spørgsmål af generel relevans for den tværgående opgaveløsning frem for at forholde sig til konkrete patientforløb eller enkeltsager.

Udvalgets drøftelser kan eventuelt resultere i konkrete forslag til nye indsatsområder i fremtidige aftaler.

2.6 Information mellem de fem sundhedskoordinationsudvalg.

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3 stk. 5 informere sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektor i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordinationen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner.

Udvalget skal hermed medvirke til at sikre, at også de patienter, der benytter sig af adgangen til frit sygehusvalg og frit valg på genoptræningsområdet eller modtager behandling ved højt specialiserede funktioner uden for hjemregionen, oplever et sammenhængende behandlingsforløb. Dette kan eksempelvis ske ved at sundhedskoordinationsudvalgene træffer aftaler angående håndteringen af disse patientforløb på tværs af regionsgrænserne.

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

3 Sundhedsaftalen

3.1 Formål

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, som indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelsen, og som fastsætter rammerne og målsætninger for samarbejdet mellem parterne på en række indsatsområder indenfor sundhedsområdet. Derudover er aftalen også en administrativ aftale, som fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

Formålet med sundhedsaftalen er at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, som går på tværs af de to myndigheder; region og kommune. Målet er, at den enkelte patient og borger modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for. Derudover er sundhedsaftalen også en oplagt ramme for sikring af sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne områder, specielt socialområdet, samt undervisnings- og beskæftigelsesområdet.

For at opfylde formålet, skal aftalen således medvirke til at sikre en entydig arbejdsdeling mellem region, praksissektor og kommune, samt en koordinering af indsatsen i forhold til den enkelte patient. I forbindelse med dette skal aftalen også medvirke til at skabe sammenhængende forløb for de patienter, som modtager behandling mv. på private sygehuse og klinikker samt hos private leverandører m.fl..

Derudover skal aftalen medvirke til at sikre en effektiv og hensigtsmæssig kommunikation mellem aktørerne i de enkelte patientforløb, herunder den nødvendige IT-understøttelse. Aftalen skal samtidig medvirke til at sikre patientens dialog med de forskellige aktører i forløbet.

Ligeledes skal aftalen medvirke til at sikre planlægning og styring af kapaciteten på tværs af sektorerne, således at patientforløb kan gennemføres uden unødigt ventetid, og således at de enkelte ydelser leveres det mest hensigtsmæssige sted.

Endelig bør aftalen understøtte regioner og kommuners fælles ansvar for udviklings- og forskningsarbejde jf. sundhedslovens § 194, således at sundhedsydelser kan leveres på højt fagligt niveau, og således at der sikres en fortsat udvikling og kvalitetssikring af de

enkelte ydelser og af den tværgående indsats.

3.2 Opfølgning på sundhedsaftalen

I forbindelse med udarbejdelsen af sundhedsaftalen bør aftaleparterne formulere konkrete målsætninger og fastsætte ambitionsniveauer for aftalen. Disse målsætninger kan med fordel udbygge og supplere de målsætninger og ambitionsniveauer, som sundhedskoordinationsudvalget har beskrevet i sit generelle udkast (se afsnit 2.2).

Under hvert af de seks obligatoriske indsatsområder, som sundhedsaftalen skal omfatte, er der formuleret et enslydende krav om, at aftaleparterne skal følge op på aftalen. Formålet hermed er at sikre implementeringen af indholdet i aftalen og en løbende vurdering af, om sundhedsaftalen bidrager til at skabe sammenhængende patientforløb af høj kvalitet på tværs af sektorgrænser.

Det er en væsentlig forudsætning for en god opfølgning, at der identificeres relevante organisatoriske og faglige indikatorer og formuleres forudgående forventninger og målsætninger til aftalen. Opfølgningen bør derfor tilrettelægges således, at den sikrer frembringelsen af relevant og brugbar viden om aftalernes effekt. I forbindelse med dette kan brugerperspektivet inddrages.

Udvælgelsen af indikatorer bør i det omfang, det er muligt, koordineres på tværs af regioner og kommuner.

3.3 Sundhedsaftalens parter

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

Aftalen angår ikke den rent kommunale indsats eller den rent regionale indsats. Et velfungerende samarbejde mellem de forskellige forvaltninger i kommunen, samt mellem praksissektoren og sygehusvæsenet i regionen, er dog en væsentlig forudsætning for at skabe sammenhæng og dermed for kvaliteten af det samlede patientforløb.

Sundhedsaftalen indgås mellem et regionsråd og en kommunalbestyrelse i regionen. De to parter har ansvaret for de væsentligste grupper af aktører inden for sundhedsvæsenet.

Regionen har ansvaret for sygehuse og praksissektoren, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover varetager regionen opgaver på socialområdet, som hensigtsmæssigt kan inddrages i sundhedsaftalen.

Kommunen har ansvaret for det kommunale sundhedsområde, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover for det sociale område, som er omfattet af sundhedsaftalen i forhold til flere af de obligatoriske indsatsområder. Endvidere for andre myndighedsområder, eksempelvis beskæftigelses- og undervisningsområdet, der hensigtsmæssigt kan inddrages i relevante dele af sundhedsaftalen.

Almen praksis er ikke en direkte aftalepart, men bør inddrages i udarbejdelsen af sundhedsaftalen, og deres rolle skal eksplicit beskrives under alle indsatsområder i sundhedsaftalen.

Almen praksis har en central rolle i forhold til mange af de sundhedsindsatser, som borgeren modtager i sundhedsvæsenet. Almen praksis' rolle i sundhedsaftalearbejdet sker gennem repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget og derudover fx ved inddragelse af kommunale praksiskonsulenter i udarbejdelse og implementering af aftaler, der omfatter indsats i almen praksis. Den øvrige praksissektor, herunder specielt praktiserende speciallæger og fysioterapeuter, kan også have en rolle i gennemførelsen af aftalen på nogle af indsatsområderne.

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

Aftalen skal indeholde en fælles plan for, hvordan parterne vil sikre implementering af aftalen. Derudover har aftaleparterne hver især et ansvar for at sikre, at alle aktører i egne organisationer, samt hos private leverandører m.m., herunder almen praksis, forpligtes til at efterleve relevante dele af aftalens indhold efter dens godkendelse.

Regionen varetager sekretariatsfunktionen i forbindelse med udarbejdelsen af alle sundhedsaftaler i regionen.

3.4 Obligatoriske og frivillige indsatsområder i sundhedsaftalen

I bekendtgørelsens § 4 er der fastlagt seks indsatsområder, som er obligatoriske og derfor skal indgå i sundhedsaftalen mellem regionsrådet og kommunalbestyrelsen. Mange patientforløb vil omfatte flere af disse indsatsområder, og aftalen skal derfor koordineres på tværs af disse.

I bekendtgørelsens bilag 1 – 6 er der for hver af de seks indsatsområder stillet en række konkrete krav til indholdet af sundhedsaftalen. I kapitel 5 i denne vejledning er der en uddybende beskrivelse af de obligatoriske indsatsområder og krav.

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen kan indgå aftaler om varetagelse af opgaver på andre områder end de obligatoriske indsatsområder, det vil sige sundhedsaftaler på såkaldte frivillige indsatsområder. Dette giver mulighed for, at regionen og kommunen sætter fokus på fælles konkrete initiativer og projekter, som man ønsker at indgå fælles aftale om.

Aftaler på frivillige indsatsområder kan indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelsen i en enkelt kommune eller kommunalbestyrelserne i flere kommuner.

3.5 Sundhedsaftalens form

Der stilles ikke krav til sundhedsaftalens form. Parterne kan således selv beslutte, om de 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.

Opfyldelsen af udvalgte krav eller dele af krav kan beskrives i særskilte underaftaler. Disse aftaler indgår som en del af den samlede sundhedsaftale.

Aftalen på frivillige indsatsområder kan indgå i den samlede sundhedsaftale eller udarbejdes særskilt.

Som en del af sundhedsaftalen kan regionen og kommunen udarbejde forløbsprogrammer, snitfladekataloger, casekataloger og lign.

Parterne skal oplyse, hvilke dele af den indsendte aftale, Sundhedsstyrelsen skal lægge til grund for sin vurdering af de obligatoriske krav. I afsnit 4.1 beskrives de nærmere forhold omkring indsendelsen af sundhedsaftalen til Sundhedsstyrelsen.

Det er hensigtsmæssigt, hvis der er en ensartet form i aftalerne indenfor den enkelte region.

3.6 Sundhedsaftalens gyldighedsperiode

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

Sundhedsaftalen, hvad angår de obligatoriske indsatsområder, er gældende, indtil en ny aftale træder i kraft.

4 Godkendelse af sundhedsaftalen

Sundhedsaftaler vedrørende de obligatoriske indsatsområder skal indsendes til Sundhedsstyrelsens godkendelse jf. Sundhedsloven § 205 stk. 3 samt Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler §§ 5-7.

4.1 Indsendelse af sundhedsaftalen

Bekendtgørelsens § 5 fastlægger fristen for indsendelse af de indgåede sundhedsaftaler til Sundhedsstyrelsen, og at det er regionsrådet, som er forpligtet til at indsende aftalen.

Regionsrådet indsender sundhedsaftalen omfattende de seks obligatoriske indsatsområder elektronisk til Sundhedsstyrelsen, således at den samlede aftale mellem hver kommune i regionen og regionen indsendes separat. Aftalen skal være godkendt af både regionsrådet og kommunalbestyrelsen inden indsendelsen.

Følgende data skal fremgå af sundhedsaftalens forside: Aftalens parter, valgperiode, versionsnummer, dato for godkendelse i henholdsvis regionsråd og kommunalbestyrelse samt ikrafttrædelsesdato. Versionsnummeret følger valgperioden, således at man inden for hver valgperiode starter med version 1, og således at versionsnumrene kun omfatter sundhedsaftaler, der er indsendt til Sundhedsstyrelsen.

Aftalens parter og ikrafttrædelsesdato skal fremgå af alle bilag. Bilag kan eventuelt omfatte samarbejdet mellem regionen og alle/flere kommuner i regionen.

Alle bilag, som er relevante for Sundhedsstyrelsens vurdering af de obligatoriske krav til sundhedsaftalerne, skal medsendes.

Sammen med sundhedsaftalen skal parterne - til brug for Sundhedsstyrelsens godkendelsesproces - medsende et oplysningsskema, som for hvert af de obligatoriske indsatsområder angiver, hvor i sundhedsaftalen, herunder i tilhørende bilag, at det enkelte krav er beskrevet opfyldt. Sundhedsstyrelsen udarbejder en skabelon for dette oplysningsskema.

Sundhedsstyrelsen tilsender regionsrådet og kommunalbestyrelsen en kvitteringsskrivelse ved modtagelsen af sundhedsaftalen. Datoen for Sundhedsstyrelsens modtagelse af sundhedsaftalen vil fremgå af kvitteringsskrivelsen. Sundhedsstyrelsen har en fastsat maksimal sagsbehandlingstid på to måneder, som er gældende fra denne dato.

4.2 Sundhedsstyrelsens godkendelse

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

Sundhedsstyrelsen tager stilling til den del af sundhedsaftalens indhold, som vedrører de obligatoriske indsatsområder.

Sundhedsstyrelsens godkendelse forudsætter, at sundhedsaftalen opfylder de krav, som er beskrevet i bilag til bekendtgørelsen. Det vil sige, at der skal foreligge et skriftligt materiale, der viser, at kravet er opfyldt.

Såfremt det er nødvendigt at indhente supplerende informationer i forbindelse med sagsbehandlingen af en sundhedsaftale, vil Sundhedsstyrelsen tage kontakt til regionsrådet og kommunalbestyrelsen. Det påhviler herefter regionsrådet i fællesskab med kommunalbestyrelsen at tilvejebringe de fornødne oplysninger. Hvis Sundhedsstyrelsen ikke kan få adgang til de ønskede informationer inden for den fastsatte maksimale 2 måneders sagsbehandlingstid, vil aftalen ikke kunne godkendes indenfor tidsfristen. Godkendelse vil i dette tilfælde først kunne finde sted, når Sundhedsstyrelsen har modtaget de ønskede informationer. Sundhedsstyrelsens frist for behandling af aftalen forlænges med den tid, det tager at fremskaffe de efterspurgte informationer.

4.3 Godkendte aftaler

Når Sundhedsstyrelsen har godkendt en sundhedsaftale, orienteres kommunalbestyrelsen og regionsrådet skriftligt herom. Såfremt den maksimale sagsbehandlingstid på 2 måneder overskrides, og Sundhedsstyrelsen ikke forinden har meddelt, at aftalen ikke kan godkendes, eller har efterspurgt yderligere information fra aftalens parter, kan aftalen betragtes som værende godkendt.

4.4 Ikke godkendte aftaler

Såfremt Sundhedsstyrelsen ikke kan godkende en sundhedsaftale, orienteres regionsrådet og kommunalbestyrelsen 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 ovenfor.

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

4.5 Indsendelse af ændringer til sundhedsaftalerne

Regionsrådet og kommunalbestyrelsen kan vedtage ændringer i en godkendt sundhedsaftale indenfor hele eller dele af de obligatoriske indsatsområder. Såfremt disse ændringer er af væsentlig karakter, skal den reviderede sundhedsaftale indsendes til Sundhedsstyrelsen til fornyet godkendelse. Indsendelsen skal i dette tilfælde ske efter de samme anvisninger, som beskrevet i afsnittet vedrørende indsendelse af sundhedsaftaler.

I forbindelse med indsendelsen af en revideret sundhedsaftale skal det anføres, hvilke dele af aftalen, som er blevet ændret.

Sundhedsstyrelsens procedure for godkendelse er som ovenfor.

4.6 Offentliggørelse af godkendte aftaler

Regionsrådet og kommunalbestyrelsen offentliggør den indgåede sundhedsaftale på deres hjemmesider.

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

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

4.7 Rådgivning

Sundhedskoordinationsudvalg, kommunalbestyrelser og regionsråd kan indhente rådgivning hos Sundhedsstyrelsen i relation til spørgsmål vedrørende sundhedsaftalernes udformning. Det vil sige spørgsmål vedrørende fortolkning af lovgrundlaget, herunder bekendtgørelsen og vejledningen. Sundhedsstyrelsen kan ikke give en forhåndsgodkendelse forud for indsendelsen af sundhedsaftalerne.

5 Sundhedsaftalens indhold

De obligatoriske krav til sundhedsaftalen på de seks indsatsområder er fastlagt i bekendtgørelsens bilag 1-6.

De obligatoriske krav indenfor det enkelte indsatsområde er fastlagt indenfor en række tværgående temaer: arbejdsdeling og samarbejde, koordination og kommunikation, kapacitetsstyring samt opfølgning på aftalen. Dette kapitel i vejledningen uddyber disse krav.

Som indledning til afsnittene om de enkelte indsatsområder, beskrives de bekendtgørelser, cirkulærer mv., som regulerer det konkrete indsatsområde.

Derefter beskrives det overordnede formål med indsatsområdet, samt en række forhold, som aftalen på indsatsområdet skal medvirke til at sikre.

Endelig beskrives de borgere/patienter, som aftalen skal omfatte, samt de aktører som skal kende til aftalen på de enkelte indsatsområder, og som skal medvirke ved implementeringen heraf.

For så vidt angår det enslydende krav i bekendtgørelsens bilag om opfølgning på de seks indsatsområder, henvises til vejledningens kapitel 3.

Sundhedsaftalen bør i størst muligt omfang sikre, at der er en koordinering og sammenhæng i initiativer og løsninger på tværs af de seks indsatsområder, således at patienterne oplever sammenhængende forløb, og at ressourcerne anvendes på en hensigtsmæssig måde. Dette har i særlig grad relevans i forhold til indsatsen overfor patienter med kronisk sygdom samt i forhold til den samlede rehabiliteringsindsats.

Ligeledes bør aftalen sikre rammerne for kommunikationen mellem aktørerne, herunder aftale om fælles standarder og udvikling af den fornødne IT understøttelse på tværs af sektorer og indsatsområder.

5.1 Indsatsområde 1: Indlæggelses- og udskrivningsforløb

Dette indsatsområde omfatter patientforløb, som involverer både regionen og kommunen. De overordnede rammer fremgår af sundhedslovens §§ 57-142.

Formålet med aftalen

De overordnede formål med sundhedsaftalen på indsatsområdet er:

- At sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløbet umiddelbart op til en sygehusindlæggelse samt i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb.
- At forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

For at opfylde formålet skal aftalen således medvirke til at sikre, at borgeren tilbydes et effektivt og sammenhængende patientforløb i forbindelse med overgange i behandlings- og plejeforløb imellem region, kommune og praksissektor. Samtidig skal aftalen medvirke til at sikre, at uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse forebygges ved rettidig og effektiv behandling, pleje og træning i primærsektoren, eventuelt i samarbejde med sygehusambulatorierne.

En forudsætning for dette er, at samarbejdet og kommunikationen mellem de involverede aktører er velorganiseret. Blandt andet skal aftalen medvirke til at sikre, at kommunen, som har ansvaret for plejen og andre indsatser i forhold til borgeren, og almen praksis samarbejder om at forebygge, at borgeren udsættes for unødvendige sygehusindlæggelser.

Aftalen skal derudover medvirke til at sikre, at de involverede aktører i et behandlings- og plejeforløb har de informationer, der er relevante for opgavevaretagelsen på ethvert tidspunkt i forløbet. Tilsvarende skal aftalen medvirke til at sikre, at relevante informationer formidles til borgeren og eventuelt til pårørende, og at borgeren ved hvem, der kan kontaktes ved spørgsmål.

Aftalen skal endvidere medvirke til at sikre en rettidig afklaring af patientens behov efter udskrivelse samt koordination af udskrivningsforløbet mellem de involverede aktører, herunder varsling af udskrivningstidspunktet og udskrivningsbetingede ydelser. I forbindelse med dette bør aftalen sikre en klar ansvarsfordeling mellem region, kommune og praksissektor indenfor de enkelte led i indlæggelses- og udskrivningsforløbet. Udviklingen i retning af mere accelererede patientforløb vil medføre et behov for, at parterne løbende revurderer aftalen omkring varsling.

Endelig skal aftalen medvirke til at sikre koordination af kapaciteten imellem regionen og kommunen. Det indebærer blandt andet, at den sygehusindlagte, færdigbehandlede borger, der har behov for en efterfølgende indsats fra kommunen (fx hjemmesygepleje, botilbud, genoptræning i kommunalt døgntilbud mv.) kan udskrives hertil uden unødigt ventetid. Det indebærer tilsvarende, at en borger, der har behov for en ydelse i regionalt regi (fx et ambulans udrednings- eller behandlingsforløb, der kan medvirke til at forebygge en indlæggelse) kan modtage denne ydelse uden unødigt ventetid.

Patientgruppe/borgere

Aftalen skal omfatte alle borgere, som har behov for en indsats fra aktører i region, kommune og praksissektor. De største grupper findes blandt ældre borgere og borgere med kroniske sygdomme. Specifikke grupper kan eksempelvis være børn, herunder nyfødte

og deres forældre, socialt udsatte, samt mennesker med handicap.

Ligeledes skal aftalen omfatte både patienter, som har modtaget behandling på offentligt sygehus, og patienter der har modtaget offentligt finansieret behandling på privatklinik/-sygehus, fx som led i det udvidede frie sygehusvalg.

Aktører

De involverede aktører omfatter sundhedspersoner og andre relevante fagpersoner på regionens sygehus, i praksissektoren - særligt almen praksis - og i kommunen. I kommunen vil der – afhængigt af blandt andet patientgruppen - være tale om aktører indenfor forskellige myndighedsområder.

Derudover involverer aftalen også personalet på sociale botilbud, hvor der er borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats samt sundhedspersoner på private sygehuse, når disse varetager offentlig finansieret behandling.

5.2 Indsatsområde 2: Træningsområdet

De obligatoriske krav til indsatsområde 2 omfatter alene genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Dette indsatsområde reguleres af sundhedslovens bestemmelser på genoptræningsområdet, jf. §§ 84, 140 og 251 samt Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningssted efter udskrivning fra sygehus (2006).

Der henvises endvidere til Vejledning om træning i regioner og kommuner (2009), Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Indenrigs- og Socialministeriet.

Formålet med aftalen

Det overordnede formål med aftalen på indsatsområdet er:

- At sikre effektive og sammenhængende genoptræningsforløb af høj kvalitet uden unødigt ventetid for de patienter, som efter en sygehusindlæggelse har et lægefagligt begrundet behov herfor.
- At sikre grundlaget for borgerens frie valg af genoptræningssted.

For at opfylde formålet, skal aftalen således medvirke til at sikre klarhed over, hvem der er ansvarlig for at levere genoptræning til de patienter, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov herfor, herunder retningslinjer for hvilke patienter, som skal tilbydes specialiseret genoptræning. Dette kan eksempelvis ske ved udarbejdelse af snitfladekataloger, forløbsbeskrivelser mv. I forbindelse hermed skal aftalen medvirke til at sikre, at alle relevante aktører, herunder sygehuspersonalet, har kendskab til disse aftaler og retningslinjer.

Derudover skal aftalen medvirke til at sikre rammerne for en effektiv kommunikation mellem sygehus, kommune og almen praksis, herunder den nødvendige IT-understøttelse, og for en faglig dialog på tværs af sektorgrænserne.

Ligeledes skal aftalen medvirke til at sikre patientens dialog med de forskellige aktører, herunder fastlægge indholdet i en kontaktpersonordning, som involverer både sygehuset og kommunen, og som patienten kan kontakte i tilfælde af spørgsmål.

Aftalen skal endvidere medvirke til at sikre, at patienten og relevante aktører kan få det fornødne kendskab til de eksisterende genoptræningstilbud (heriblandt eventuelle leverandøraftaler) i regionen, i kommunen og i øvrige kommuner i regionen. Dette skal bidrage til at sikre en kvalificeret vejledning til patienten om det frie valg af genoptræningssted.

Endelig skal aftalen medvirke til at sikre koordination af kapaciteten imellem regionen og kommunen. Det indebærer blandt andet, at en patient, der har lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, kan modtage denne uden unødigt ventetid, uanset om det drejer sig om specialiseret eller almen ambulant genoptræning.

Patientgruppe/borgere

Aftalen på indsatsområdet skal omfatte alle patienter - både børn og voksne - der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt vurderet behov for genoptræning. Specifikke grupper kan være patienter, der tillige har behov for andre ydelser fra kommunen.

Aftalen skal således omfatte dels patienter, som har modtaget behandling på offentligt sygehus, dels patienter der har modtaget offentligt finansieret behandling på privatklinik/-sygehus fx som led i det udvidede frie sygehusvalg, og dels patienter, der har modtaget behandling for egen regning, og derefter har været henvist til offentligt sygehus til vurdering af genoptræningsbehov.

Aktører

De involverede aktører omfatter læger, ergoterapeuter og fysioterapeuter på sygehusene, herunder også i akutfunktioner, som behandler patienten, og som efterfølgende finder et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Herunder også sundhedspersoner på private sygehuse, når disse varetager offentligt finansieret behandling.

Derudover ergoterapeuter, fysioterapeuter og andre faggrupper, som er tilknyttet rehabiliterings/genoptrænings-afdelinger/centre i regionen, i kommuner og ved private leverandører (private klinikker, praktiserende fysioterapeuter mv.). De kommunale aktører kan ofte være forskellige afhængigt af den enkeltes behov, herunder om der er tale om genoptræning af børn eller voksne.

Almen praksis har ikke en direkte rolle i forhold til genoptræningsforløbene, men kan have en indirekte rolle i forhold til at varetage andre sundhedsmæssige problemstillinger, som patienten måtte have.

5.3 Indsatsområde 3: Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Dette indsatsområde vedrører behandlingsredskaber, hvortil udgifterne afholdes af sygehusvæsenet, og er nærmere reguleret i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber (2006), jf. Sundhedsloven.

Indsatsområdet vedrører desuden hjælpemidler, som ydes af kommunerne efter Indenrigs- og socialministeriets bekendtgørelse om ydelser af hjælpemidler og forbrugsgoder, jf. Serviceloven.

Formålet med aftalen

Det overordnede formål med sundhedsaftalen på indsatsområdet er:

- At sikre at alle borgere, der har behov for et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel enten varigt eller midlertidigt, får tilbudt

dette uden unødigt ventetid og med den fornødne instruktion og tilpasning.

For at opfylde formålet, skal aftalen således medvirke til at sikre klarhed over, hvem der er ansvarlig for tilvejebringelse af behandlingsredskaber og hjælpemidler til den enkelte borger, hvad enten det er til midlertidigt eller til varigt brug.

Aftalen skal derudover medvirke til at sikre klarhed over arbejdsdelingen vedrørende afprøvning, instruktion, tilpasning og opfølgning på borgerens brug af behandlingsredskabet eller hjælpemidlet, således at den enkelte borger får kvalificeret instruktion i brugen af behandlingsredskaber og/eller hjælpemidler, samt at borgeren efterfølgende har let adgang til at få svar på spørgsmål vedrørende anvendelse, reparation og udskiftning af det konkrete behandlingsredskab og/eller hjælpemiddel.

Aftalen skal ligeledes medvirke til at sikre, at de behandlingsredskaber og/eller hjælpemidler, som en borger har brug for, er til rådighed hurtigst muligt, og at der mellem aktørerne og sammen med borgeren, inden udskrivning fra sygehus, sker en afklaring af borgerens behov for disse, således at de er til rådighed ved udskrivelsen.

Endelig skal aftalen medvirke til at sikre, at eventuelle tvivlsspørgsmål og tvister om betalingsspørgsmålet parterne imellem, ikke medfører forsinkelse i udleveringen til borgeren.

Patientgruppe/borgere

Aftalen skal omfatte både børn og voksne som har behov for:

- Behandlingsredskaber.
- Hjælpemidler, midlertidige eller varige: i forbindelse med behandling på sygehus, herunder skadestue, eller hos almen praksis/speciallæge, under ventetid på behandling/operation eller ved behandling på private hospitaler/klinikker. Herunder også hjælpemidler, som anvendes midlertidigt i forbindelse med genoptræning, eksempelvis kørestole og andre hjælpemidler, som kan være nødvendige for, at patienten kan udskrives.
- Boligindretninger.
- Nødvendige arbejdsredskaber i hjemmet til brug for ansattes arbejdsmiljø, eksempelvis løftere, senge m.m..

Aktører

De vigtigste aktører i forhold til området er de sundhedspersoner, herunder ergoterapeuter og fysioterapeuter på sygehuse, i kommunerne og i praksissektoren, som medvirker ved ordination, udlevering og tilpasning af hjælpemidler. Derudover hjemmeplejepersonale, som har behov for hjælpemidler til udførelse af plejeopgaver i borgernes hjem, samt andre fagpersoner med bevillingskompetence i kommunen.

Ligeledes de sundhedspersoner, herunder plejepersonale og læger på sygehusene, som ordinerer og anvender behandlingsredskaber som led i deres behandling af patienten.

Desuden sundhedspersoner på private sygehuse og klinikker, når disse varetager offentligt finansieret behandling.

Endelig private leverandører, som leverer og tilpasser hjælpemidler direkte til patienten efter forudgående bevilling fra den relevante myndighed, såfremt udgiften til hjælpemidlet ikke afholdes af borgeren.

5.4 Indsatsområde 4: Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

Dette indsatsområde omfatter forebyggelse og sundhedsfremme, hvor kommunernes og regionernes ansvar er fastlagt i sundhedslovens § 119 stk. 1-3. Sundhedsstyrelsens vejledning til § 119 stk. 1-2 fra 2007 beskriver rammerne for de kommunale forebyggelsesopgaver. I 2009 forventer Sundhedsstyrelsen at udgive en vejledning til § 119 stk. 3 om regionernes forebyggelsesopgaver, herunder også rådgivningsforpligtelse i forhold til kommunerne.

Desuden omfatter indsatsområdet de forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, der involverer både det kommunale og det regionale sundhedsvæsen, og som er reguleret af Sundhedslovens §§ 120-126, bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge (2006) samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, 2007 (under revision).

Endelig omfatter området udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelse, som understøttes af Sundhedslovens §§ 193-194.

Formålet med aftalen

Det overordnede formål med aftalen på indsatsområdet er:

- At sikre at borgere og patienter med behov tilbydes en sammenhængende, systematisk og koordineret forebyggelsesindsats.

For at opfylde formålet, skal aftalen således medvirke til sikre en klar ansvarsfordeling, koordination og dialog mellem parterne i forhold til sundhedsfremme- og forebyggelse, således at der sikres sammenhæng mellem indsatserne på tværs af sygehus, almen praksis og kommune. I denne forbindelse er det vigtigt, at specielt almen praksis' rolle i relation til forebyggelsesindsatsen fastlægges. Endelig kan der træffes nærmere aftale om regionens rådgivningsforpligtelse i forhold til kommunernes indsats.

Aftalen skal derudover bidrage til at sikre, at indsatserne er baseret på den bedst tilgængelige faglige viden, og at indsatserne fortsat videreudvikles og kvalitetssikres, herunder bidrager til at etablere et fælles datagrundlag og generere ny viden på forebyggelsesområdet.

Aftalen kan være en anledning til at sikre fokus og prioritering af særlige fælles forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser i region og kommuner rettet mod udvalgte risikofaktorer, kroniske sygdomme, målgrupper og arenaer, herunder eksempelvis prioritering i det lokale arbejde med forløbsprogrammer for udvalgte kroniske sygdomme.

I forhold til de enkelte patienter med et konstateret behov for forebyggelse, skal aftalen medvirke til at sikre koordinering af indsatsen, herunder at patienter med kronisk sygdom har let adgang til relevante aktører og tilbud om sammenhængende forebyggende og sundhedsfremmende indsatser svarende til det vurderede behov.

Endvidere skal aftalen medvirke til at sikre dialogen mellem aktørerne og med borgeren, herunder effektive henvisningsstrukturer og

rettidig udveksling af information. Ligeledes skal aftalen medvirke til at sikre, at information om de forskellige forebyggelsestilbud løbende er nemt tilgængelige for både borgere og de forskellige aktører.

Patientgruppe/borgere

Aftalen skal omfatte alle borgere, børn såvel som voksne, der har behov for forebyggende ydelser. Mennesker med kroniske sygdomme udgør en særlig prioriteret målgruppe for aftalen, da disse ofte er i kontakt med det behandlende regionale sundhedsvæsen (sygehuse og almen praksis) og samtidig har brug for opfølgende forebyggende kommunale tilbud i lokalmiljøet.

Specifikke grupper i aftalen kan være børn og unge og sårbare grupper, der ikke selv opsøger relevante forebyggelsestilbud, eksempelvis udsatte gravide og forældre, beboere i kommunale botilbud, etniske minoriteter eller udsatte borgere, som kommunen er i kontakt med i anden anledning.

Aktører

De vigtigste aktører i forhold til forebyggelsesområdet er sundhedspersoner og andre faggrupper på regionens sygehuse og i praksissektoren samt kommunale medarbejdere på sundheds-, social- og undervisningsområdet mv.

Aktørerne kan have en opsporende, motiverende og henvisende funktion i relation til borgeren, eller de kan have en udførende rolle i forhold til konkrete forebyggende tilbud. Aktørerne på forebyggelsesområdet vil ofte repræsentere forskellige fagligheder, ligesom redskaber og metoder vil kunne være mangfoldige. Såfremt andre aktører, som eksempelvis sygdomsforebyggende organisationer, private aktører og interesseorganisationer, leverer forebyggende ydelser i relation til sundhedsaftalen, bør deres funktion og opgavevaretagelse beskrives i aftalen.

5.5 Indsatsområde 5: Indsatsen for mennesker med sindslidelser

Dette indsatsområde omfatter patientforløb, som involverer både regionen og kommunen. De overordnede rammer er fastlagt dels i sundhedslovens §§ 57-142 og dels i serviceloven samt i andre lovgivninger som eksempelvis beskæftigelseslovgivningen, undervisningslovgivningen mv..

Desuden kan der henvises til Sundhedsstyrelsens Vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, eftersamtaler, obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner, husordener og klagemuligheder mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger (2006).

Formålet med aftalen

De overordnede formål med aftalen på indsatsområdet er:

- At sikre effektive og sammenhængende patientforløb for de mennesker med sindslidelser, som både har behov for et psykiatrisk behandlingstilbud (herunder også tilbud fra praksissektoren) og for kommunale tilbud, som kan være sundhedsfaglige, sociale, beskæftigelses- og undervisningsmæssige tilbud, botilbud samt fritidstilbud mv.
- At sikre at børn, der vokser op i en familie med sindslidende forældre, får en barndom med omsorg, social kontakt og udviklingsmuligheder.

For at opfylde formålet skal sundhedsaftalen således medvirke til at sikre klarhed over de enkelte aktørers rolle og opgaver, samt de samarbejdsflader, der findes mellem de regionale aktører i sygehusvæsenet og praksissektoren samt de kommunale aktører i de forskellige forvaltningsområder.

I forbindelse med dette skal aftalen i forhold til sindslidende med samtidigt misbrug medvirke til at sikre samarbejdet mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale psykiatriske behandling.

Ligeledes skal aftalen medvirke til at sikre, at indsatsen overfor det sindslidende menneske på ethvert tidspunkt i et forløb er tilstrækkeligt koordineret, blandt andet med henblik på at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser. Ligeledes at relevante aktører, herunder den sindslidende selv og dennes pårørende, ved, hvem der har ansvaret for at varetage koordinationen. I forbindelse med dette skal aftalen medvirke til at sikre, at relevante aktører har de informationer, der er nødvendige for den fortsatte opgavevaretagelse, herunder at den sindslidende og de pårørende ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om sygdomsforløbet og det videre forløb.

Derudover skal aftalen medvirke til at sikre, at der foretages en kortlægning og identificering af patienternes behov i forbindelse med udskrivning fra sygehus, samt at tidspunktet for udskrivningen er koordineret mellem parterne, således at der sikres en sammenhængende indsats efter udskrivelsen. I forbindelse med dette vil det være hensigtsmæssigt at aftale brugen af udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner i forhold til de patienter, som har behov for dette.

Endvidere skal aftalen medvirke til at sikre, blandt andet ud fra et forebyggelsesperspektiv, at alle børn, der vokser op i en familie med sindslidende forældre, bliver vurderet med henblik på behov for en særlig indsats, og at denne indsats bliver gennemført.

Endelig skal aftalen medvirke til at sikre koordination af kapaciteten, så mennesker med sindslidelser, der har behov for forskellige indsatser, kan få disse uden unødigt ventetid både i forbindelse med behandling og indlæggelse og i forbindelse med udskrivning til andre tilbud.

Borgere/patientgruppe

Sundhedsaftalen skal omfatte alle borgere - både børn, unge og voksne - som har forskellige sindslidelser, herunder både kroniske og forbigående, og som kan være i forskellige faser af sygdomsforløbet.

Særligt skal aftalen omfatte børn og unge, samt mennesker med kendt sindslidelse, som tillige har et misbrug (dobbeltdiagnosepatienter).

Endelig omfatter aftalen også børn af mennesker med sindslidelser for så vidt angår krav nr. 5.

Aktører

Der indgår mange aktører i opgaveløsningen på tværs af sektorer og forvaltninger i både regioner og kommuner. Det drejer sig dels om sundhedspersoner og andre faggrupper i sygehusene, i praksissektoren, herunder både almen praksis, praktiserende psykiatere, praktiserende psykologer m.m., samt i kommunen, herunder Pædagogisk Psykologisk Rådgivning, socialforvaltningen, skole- og sociale tilbud.

Særligt på børne- og ungeområdet skal man være opmærksom på samarbejdet mellem børne-ungdomspsykiatriske afdelinger, kommunen og de opfølgende foranstaltninger, som ofte er socialpædagogiske.

For mennesker med sindslidelser, der er idømt en foranstaltning, indgår kriminalforsorgen også med et ansvar for opgaveløsningen og de bør derfor informeres om aftalen.

5.6 Indsatsområde 6: Opfølgning på utilsigtede hændelser

Indsatsområdet omfatter samarbejdet om rapporterede utilsigtede hændelser relateret til sektorovergange, og som er antaget til behandling i Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD) i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse og vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet. De nærmere rammer fremgår af denne bekendtgørelse henholdsvis vejledning (forventes at foreligge ultimo 2009).

Formålet med aftalen

Det overordnede formål med aftalen på indsatsområdet er:

- At forbedre patientsikkerheden gennem en systematisk registrering, analyse, videndeling, opfølgning på samt læring af fejl og utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorovergange.
- At bidrage til en styrkelse af regionens og kommunens forebyggende initiativer med henblik på at bedre patientsikkerheden.

For at opfylde dette formål, skal aftalen således medvirke til at sikre, at der skabes klarhed over arbejdsdelingen i forhold til at modtage og analysere rapporter om de utilsigtede hændelser, som sker i sektorovergange mellem henholdsvis kommune og region, herunder også apoteker og ambulancetjenester, som regionen modtager rapporter fra.

Derudover skal aftalen medvirke til at sikre, at der efterfølgende sker en opfølgning på og en koordineret læring af de rapporterede utilsigtede hændelser, således at der iværksættes forebyggende tiltag, som er koordineret mellem parterne.

Endelig skal aftalen medvirke til at sikre, at der sker en koordineret erfaringsopsamling, og at denne formidles til relevante medarbejdergrupper på såvel sygehuse, som i praksissektor, kommuner, samt andre relevante aktører som fx apoteker og private ambulancetjenester.

Aktører

De vigtigste aktører i forhold til opfølgningen på de utilsigtede hændelser er ledende medarbejdere i de organisationer, som er forpligtede til at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patient Sikkerheds Database, herunder sygehusene, praksissektoren og kommunerne, samt apotekssektoren og de private ambulancetjenester. Derudover også medarbejdere i kvalitets- og patientsikkerhedsorganisationer i regioner og kommuner, som analyserer og følger op på de rapporterede hændelser. Utilsigtede hændelser i sektorovergange vil oftest blive rapporteret af én af parterne, men den efterfølgende analyse og opfølgning bør ske i et samarbejde mellem parterne.

Sundhedsstyrelsen, den 21. august 2009

Lone de Neergaard

/ Bente Møller