

VEJLEDNING OM SUNDHEDS-
KOORDINATIONSUDVALG OG
SUNDHEDSAFTALER

2006

Vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Sundhedsaftale; Sundhedskordinationsudvalg

Kategori: Vejledning

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 22. august 2006

Elektronisk ISBN: 87-7676-344-7

Format: pdf

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, august 2006

Indhold

Indledning

DEL I Sundhedskoordinationsudvalg

1	Sundhedskoordinationsudvalg	7
1.1	Sammensætning	7
1.2	Forretningsorden	8
1.3	Opgaver	8
1.3.1	Udarbejdelse af et generelt udkast til sundhedsaftaler	9
1.3.2	Drøftelse af sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse	10
1.3.3	Vurdering af udkast til regionens sundhedsplan	10
1.3.4	Drøftelse af øvrige relevante emner	11
1.3.5	Information mellem regioner	11
1.4	Kontaktforum på sundhedsområdet	11

DEL II Sundhedsaftaler

1	Sundhedsaftaler	13
1.1	Formål	13
1.2	Sundhedsaftalernes parter	13
1.3	Sundhedsaftaler på obligatoriske indsatsområder	14
1.3.1	Sammenfatning af krav til sundhedsaftaler på obligatoriske indsatsområder	16
1.4	Sundhedsaftaler på frivillige indsatsområder	18
2	Godkendelse af sundhedsaftaler	19
2.1	Indsendelse af sundhedsaftaler	19
2.1.1	Internetbaseret indberetningsskema	19
2.2	Sundhedsstyrelsens godkendelse	20
2.2.1	Godkendte aftaler	20
2.2.2	Ikke godkendte aftaler	20

2.3	Indsendelse af ændringer til sundhedsaftalerne	21
2.4	Rådgivning	21
2.5	Offentlig database	22

DEL III Sundhedsaftaler på obligatoriske indsatsområder

1	Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter	23
1.1	Krav til indholdet i sundhedsaftaler om udskrivningsforløb for svage, ældre patienter	24
2	Indlæggelsesforløb	27
2.1	Krav til indholdet i sundhedsaftaler om indlæggelsesforløb	27
3	Træningsområdet	30
3.1	Krav til indholdet i sundhedsaftaler om træningsområdet	30
4	Hjælpeområde	35
4.1	Krav til indholdet i sundhedsaftaler vedrørende hjælpeområdet	35
5	Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse	39
5.1	Krav til indholdet i sundhedsaftaler om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse	41
6	Indsatsen for mennesker med sindslidelser	46
6.1	Krav til indholdet i sundhedsaftaler om indsatsen for mennesker med sindslidelser	47

Indledning

I Sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005, er det fastlagt, at regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen skal nedsætte et sundhedskordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet. Det er derudover fastlagt, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå aftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet, såkaldte sundhedsaftaler, som skal indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

Formålet med det lovpligtige sundhedskordinationsudvalg og de lovpligtige sundhedsaftaler er at bidrage til at sikre samordning og sammenhæng for de patientforløb, der går på tværs af de to myndigheder region og kommune. De skal begge bidrage til at sikre ensartet kvalitet i sundhedsydelserne.

Rammerne for sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler er beskrevet i sundhedslovens §§ 203-205 samt i bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler, BEK nr. 414. I henhold til bekendtgørelsens § 9 udsender Sundhedsstyrelsen hermed en *vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, herunder om de nærmere rammer og procedurer for indsendelse af sundhedsaftaler til Sundhedsstyrelsens godkendelse.

Formålet med Sundhedsstyrelsens vejledning er at give en uddybende vejledende beskrivelse af sundhedskordinationsudvalg 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 alle aktører i kommuner og regioner, der er involveret i udarbejdelsen af sundhedsaftaler.

Vejledningen er opbygget således, at første del beskriver forhold vedrørende de lovpligtige sundhedskordinationsudvalg, herunder udvalgets sammensætning og opgaver. Anden del giver en overordnet beskrivelse af sundhedsaftalernes formål, aftaleparter, sammenfatning af krav til aftaler på obligatoriske indsatsområder samt aftaler på frivillige områder. Derefter beskrives praktiske forhold vedrørende indsendelse og godkendelse af sundhedsaftaler, herunder brug af det internetbaserede indberetningsskema samt rådgivningsmulighed. Sidste del af vejledningen indeholder uddybende vejledende beskrivelser af kravene til indholdet af sundhedsaftaler, som er målrettet læsere, som skal anvende vejledningen i forbindelse med den konkrete udarbejdelse af sundhedsaftaler på de enkelte indsatsområder.

DEL I: Sundhedskordinationsudvalg

1 Sundhedskordinationsudvalg

Sundhedsloven fastlægger, at regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen skal nedsætte et sundhedskordinationsudvalg, der skal beskæftige sig med den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Sundhedskordinationsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende behandlingsforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsansvar, herunder understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. Sundhedskordinationsudvalget er således et centralt forum for styrkelse af samarbejdet mellem regionens sygehuse, praksissektoren og den kommunale indsats på sundhedsområdet samt på tilgrænsende områder.

De lovgivningsmæssige rammer for sundhedskordinationsudvalget fremgår af § 204 i sundhedsloven og af Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler, herunder regler om sammensætningen af sundhedskordinationsudvalgene, om udvalgets forretningsorden samt om udvalgets opgaver jævnfør bekendtgørelsens §§ 1-3.

1.1 Sammensætning

Af bekendtgørelsens § 1 fremgår det, at sundhedskordinationsudvalget består af repræsentanter for regionen, kommunerne i regionen og praksissektoren. Den nærmere sammensætning kan aftales mellem regionsrådet og kommunekontaktrådet i regionen, dog således at mindst et medlem udpeges af praksisudvalget for almen praksis i regionen. Såfremt der ikke aftales andet, er udvalgets sammensætning følgende:

- 3 medlemmer udpeget af regionsrådet
- 5 medlemmer udpeget af kommunekontaktrådet i regionen
- 2 medlemmer udpeget af praksisudvalget for almen praksis i regionen.

Bekendtgørelsen lægger således op til en frihed i sammensætningen af udvalget og dermed til, at antallet af medlemmer kan variere fra region til region, afhængig af hvad regionsrådet og kommunekontaktrådet finder mest hensigtsmæssigt. Der stilles ikke krav til medlemmernes tilhørssted eller faglige baggrund. Det er fastlagt i bekendtgørelsen, at udvalgets formand skal vælges blandt regionsrådets repræsentanter i udvalget.

1.2 Forretningsorden

Det er hensigten, at sundhedskordinationsudvalget tilrettelægger arbejdet ud fra hensyn til lokale og regionale forhold. Sundhedskordinationsudvalget fastsætter således selv sin forretningsorden. Dog er følgende fastsat i bekendtgørelsens § 2:

- Sundhedskordinationsudvalget skal som minimum holde fire møder om året.
- Funktionsperioden for udvalgets medlemmer følger den kommunale valgperiode.
- Sundhedskordinationsudvalget kan nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper. Det kan fx være med henblik på faglig rådgivning, inddragelse af repræsentanter for brugerne eller andre relevante fora.
- Regionen sekretariatsbetjener sundhedskordinationsudvalget.

Når de enkelte sundhedskordinationsudvalg skal tilrettelægge udvalgets arbejde vil det være relevant at tage stilling til bl.a.:

- Udvalgets behov for inddragelse af relevant ekspertise i opgaveløsningen, med henblik på at sikre, at sundhedsaftalerne hviler på et fagligt fundament. Dette kan fx gøres ved nedsættelse af underudvalg eller arbejdsgrupper, med deltagelse af faggrupper, brugerorganisationer mv.
- Hvordan udvalget vil sikre samspillet med relevante aktører, der ikke er repræsenteret i sundhedskordinationsudvalget.
- Hvordan udvalget vil sikre, at udvalget håndterer de lovbundne opgaver.

Det skal bemærkes, at andre leverandører af sundhedsydelser på praksisområdet, fx praktiserende speciallæger og fysioterapeuter, kan deltage i sundhedskordinationsudvalgets arbejde, når regionsrådet og kommunalbestyrelserne vurderer, at der er behov.

1.3 Opgaver

Sundhedsloven fastlægger en række opgaver, som sundhedskordinationsudvalget skal løse. Derudover er der stor frihed for regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen til at forslå opgaver, man ønsker at udvalget skal varetage, ligesom udvalget på eget initiativ kan drøfte emner og problemstillinger på sundhedsområdet.

I bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler tillægges udvalgene i § 3 følgende konkrete opgaver:

§ 3. Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder et generelt udkast til de sundhedsaftaler, der efter sundhedslovens § 205 skal indgås mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen.

Stk. 2. Sundhedskoordinationsudvalget følger og drøfter efter behov sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse og stiller sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne.

Stk. 3. Sundhedskoordinationsudvalget vurderer udkast til regionens sundhedsplan og kan fremkomme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommuner.

Stk. 4. Sundhedskoordinationsudvalget drøfter i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i behandlingsforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommuner.

Stk. 5. Sundhedskoordinationsudvalget informerer 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.

1.3.1 Udarbejdelse af et generelt udkast til sundhedsaftaler

Sundhedskoordinationsudvalget skal udarbejde et generelt udkast til de sundhedsaftaler, der efter sundhedslovens § 205 skal indgås mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen.

Sundhedsaftalerne indgås mellem regionsrådet og hver enkelt kommunalbestyrelse, og aftalerne skal på de obligatoriske indsatsområder leve op til de krav, der er beskrevet i bekendtgørelsen. Inden for de enkelte regioner tager alle aftalerne udgangspunkt i det samme regionale sundhedsvæsen, og de vil derfor naturligt ligne hinanden på en række områder. Dertil kommer, at det af hensyn til planlægningen og overskueligheden for de enkelte aktører vil være hensigtsmæssigt, at der inden for den enkelte region findes en fælles ramme for sundhedsaftalerne, inden for hvilken de lokale forskelligheder kan tilgodeses.

Det er hensigten med sundhedskoordinationsudvalgets generelle udkast til sundhedsaftaler i regionen, at de skal tegne de generelle linjer for, hvordan kravene til sundhedsaftaler konkret opfyldes i sundhedsaftalerne i regionen. Der skal udarbejdes et generelt udkast på hvert af de obligatoriske områder. Derudover kan der udarbejdes generelle udkast på andre frivillige indsatsområder, som man ønsker at skabe et generelt aftalegrundlag for i regionen.

Det skal i den forbindelse understreges, at det generelle udkast ikke er formelt bindende for de bilaterale sundhedsaftaler, hverken på de obligatoriske eller frivillige indsatsområder.

Sundhedskoordinationsudvalgets generelle udkast kan fx have form af en færdig aftale med udestående punkter, der afhænger af forhold, der er specifikke for den enkelte kommune. For at undgå dobbeltarbejde samt give størst mulig ensartethed i regionen er det en fordel, at det generelle udkast er så udbygget som muligt.

Når de generelle aftaleudkast foreligger, udarbejdes de endelige aftaler derefter i samarbejde mellem regionsrådet og den enkelte kommunalbestyrelse.

1.3.2 Drøftelse af sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse

Sundhedskoordinationsudvalgene skal følge og efter behov drøfte sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse. Det betyder, at udvalget har til opgave at følge, hvordan de indgåede aftaler fungerer i praksis, herunder følge om aftalerne er implementeret, samt om sundhedsaftalerne bidrager til at skabe sammenhængende forløb for borgerne på tværs af myndigheds- og sektorgrænser. Denne opgave skal ses i forlængelse af udarbejdelsen af de generelle aftaleudkast, idet sundhedskoordinationsudvalget naturligt vil følge op på de rammer, som de generelle aftaleudkast beskriver.

På samtlige indsatsområder, hvor der er stillet krav om indgåelse af sundhedsaftaler, skal sundhedsaftalen beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen. Resultaterne fra denne opfølgning på de enkelte aftaler vil naturligt kunne indgå i sundhedskoordinationsudvalgets opfølgning på aftalernes praktiske gennemførelse og vil dermed kunne bidrage til at belyse eventuelle generelle problemstillinger.

Sundhedskoordinationsudvalget foretager på baggrund af opfølgningen en samlet vurdering af aftalernes praktiske gennemførelse, der stilles til rådighed for aftalparterne. Udvalgets drøftelser af generelle problemstillinger kan eventuelt resultere i, at kommuner og region gøres opmærksom på dele af samarbejdet, der ikke fungerer efter hensigten. Drøftelserne kan også resultere i konkrete forslag til ændringer af aftalerne. Sundhedskoordinationsudvalget kan dog ikke pålægge de enkelte aftalparter at implementere sådanne ændringsforslag.

Udvalgets drøftelser af generelle problemstillinger vil naturligt kunne indgå i forbindelse med udvalgets næste udarbejdelse af generelle udkast til sundhedsaftaler.

1.3.3 Vurdering af udkast til regionens sundhedsplan

For at sundhedskoordinationsudvalget kan udfylde sin rolle som et centralt forum for myndighederne på sundhedsområdet, skal udvalget holde sig ajour med tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenet på såvel det kommunale som det regionale niveau.

Regionen skal efter sundhedslovens § 206 udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet. Forud for regionsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal regionen indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning. Tilsvarende får sundhedskoordinationsudvalget til opgave at vurdere udkast til regionens sundhedsplan. Konkret skal udvalget drøfte et udkast til den regionale sundhedsplan med henblik på at vurdere, hvordan planen fremmer samarbejdet mellem kommunerne og regionen omkring hele indsatsen på sundhedsområdet. Hermed får sundhedskoordinationsudvalget en naturlig, tilbagevendende anledning til at foretage en vurdering af alle de dele af sundhedsområdet, hvor det kan være relevant at samarbejde mellem region, praksissektor og kommuner. Udvalget kan, på baggrund af sin vurdering, 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 i øvrigt løbende orienterer sundhedskoordinationsudvalget om væsentlige beslutninger på sundhedsområdet og tilgrænsende områder.

1.3.4 Drøftelse af øvrige relevante emner

Med sundhedskoordinationsudvalgene formaliseres dialogen mellem det regionale og det kommunale niveau om løsningen af sundhedsopgaverne og tilgrænsende opgaver. Dialogen tager udgangspunkt i den regionale sundhedsplanlægning, den kommunale tilrettelæggelse af sundhedsopgaverne samt sundhedsaftaler indgået mellem regionsråd og kommunalbestyrelser.

På denne baggrund har sundhedskoordinationsudvalget mulighed for at identificere og behandle en række problemstillinger på sundhedsområdet, dels i relation til sundhedsaftaler og regionens samlede sundhedsplan, men også i relation til andre områder og emner, der er relevante for sammenhængen i behandlingsforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommuner. Herunder fx patientsikkerhed, hvor der erfaringsmæssigt er særlige risici ved overgange mellem sektorer.

Sundhedskoordinationsudvalgets anledning til drøftelse af konkrete emner kan fx være henvendelser fra regionen, kommunerne, bruger- eller fagorganisationer. Udvalget bestemmer selv hvilke spørgsmål det vil tage op, og udvalget kan eventuelt fastsætte nærmere procedurer herfor i forretningsordenen jævnfør afsnit 2.2. Det er hensigten, at sundhedskoordinationsudvalget som udgangspunkt behandler spørgsmål af generel relevans for den tværgående opgaveløsning frem for at forholde sig til konkrete patientforløb eller enkeltsager.

1.3.5 Information mellem regioner

Nogle behandlingsforløb omfatter flere regioner. Det kan fx være tilfældet i forbindelse med, at patienterne benytter sig af adgangen til frit sygehusvalg og frit valg på genoptræningsområdet samt i forbindelse med behandling ved højt specialiserede funktioner, der er placeret uden for hjemregionen. Det vil således være hensigtsmæssigt, at myndighederne er orienteret om væsentlige forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektor i de øvrige regioner.

Sundhedskoordinationsudvalget skal derfor informere sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektor i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordineringen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner.

1.4 Kontaktforum på sundhedsområdet

Regionsrådet og en kommunalbestyrelse kan nedsætte et fælles kontaktforum på sundhedsområdet, hvor der er et særligt behov herfor. Et sådan behov kan opstå, hvis en kommunes beliggenhed, størrelse eller andre forhold rejser særlige problemstillinger i relation til samarbejde om løsningen af opgaver på sundhedsområdet.

Regionsrådet og kommunalbestyrelsen fastlægger i fællesskab kontaktforummets sammensætning og opgaver samt de nærmere vilkår for kontaktforummets arbejde. Der er ingen specifikke krav til sammensætningen af dette kontaktforum, til udvalgets forretningsorden eller opgaver.

DEL II: Sundhedsaftaler

1 Sundhedsaftaler

Det er regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser i regionen, der indgår sundhedsaftaler. En sundhedsaftale er et formaliseret, forpligtende samarbejde mellem region og kommune, som omhandler parternes fælles ansvar for at sikre, at specifikke opgaver på sundhedsområdet varetages. Parterne skal ved indgåelse af aftalerne tage udgangspunkt i gældende lovgivning.

Sundhedsloven fastlægger, at regionen og kommunerne i regionen på en række områder har pligt til at indgå sådanne aftaler. De lovpligtige sundhedsaftaler skal angå de obligatoriske indsatsområder, der er fastlagt i bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Sundhedsstyrelsen skal, som den nationale faglige myndighed, godkende disse lovpligtige sundhedsaftaler.

Regionsråd og kommunalbestyrelse kan, ud over aftaler på de obligatoriske indsatsområder, indgå aftaler på frivillige indsatsområder. Disse såkaldte frivillige sundhedsaftaler skal ikke indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

I dette kapitel gives en overordnet beskrivelse af formålet med sundhedsaftaler, sundhedsaftalernes parter samt en sammenfattende beskrivelse af krav til sundhedsaftaler på obligatoriske indsatsområder. For en mere uddybende beskrivelse henvises til vejledningens del III. Afslutningsvist berøres forhold omkring frivillige aftaler.

1.1 Formål

Det er nødvendigt at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen inden for sundhedsområdet. Det gælder både sammenhænge mellem myndigheder og sektorer, som bidrager til at løse opgaver på sundhedsområdet, samt sammenhænge inden for den enkelte myndighed og sektor. Formålet med sundhedsaftalerne er, at de skal bidrage til at sikre denne sammenhæng og koordinering af indsatsen. 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 sundhedsaftalerne også oplagte rammer for sikring af sammenhæng med indsatsen på andre tæt forbundne områder fx det sociale område.

1.2 Sundhedsaftalernes parter

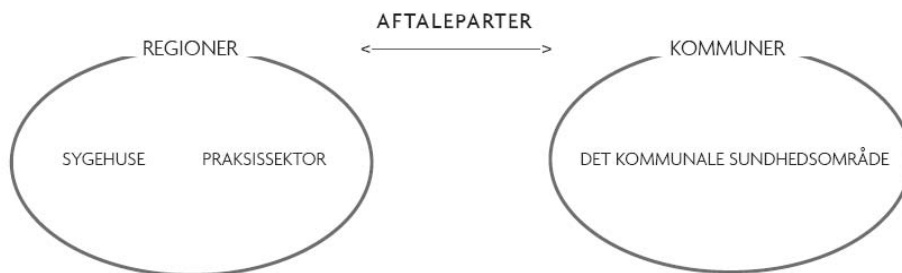
Sundhedsaftalerne er bilaterale aftaler, der indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen.

Regionsrådet har ansvaret for praksissektoren, dvs. ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner, herunder alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge, tandlæge, kiropraktor, fysioterapeut, fodterapeut, psykolog m.fl. jf. sundhedslovens afsnit V. Regionsrådet har endvidere ansvaret for at varetage sygehusvæsenets opgaver, herunder regionens egne sygehuse og tilknyttede behandlingsinstitutioner mv. jf. sundhedslovens § 74.

Kommunalbestyrelsen har, jf. sundhedslovens § 118, ansvaret for at tilvejebringe tilbud om sundhedsydelser efter sundhedslovens afsnit IX, herunder opgaver inden for forebyggelse og sundhedsfremme, forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, kommunal tandpleje, hjemmesygepleje, genoptræning, behandling for alkoholmisbrug og lægelig behandling for stofmisbrug.

Det betyder, at sundhedsaftalerne indgås mellem de to parter, der har ansvaret for tre væsentlige grupper af aktører inden for sundhedsvæsenet; sygehuse, praksissektoren og den kommunale sundhedssektor, jævnfør figur 1. En meget væsentlig del af de patientforløb, der omfattes af sundhedsaftaler, vil således som minimum involvere sygehuset, alment praktiserende læge og kommunen.

Sundhedsaftalerne vedrører opgaver og indsatser på sundhedsområdet, som går på tværs af de to myndighedsniveauer, region og kommune. Det vil sige, aftalerne skal omfatte samarbejdet mellem sygehuse og kommuner samt samarbejdet mellem praksissektoren og kommunerne. I udgangspunkt angår aftalerne således ikke den rent kommunale indsats eller den rent regionale indsats, men et velfungerende samarbejde mellem de kommunale aktører indbyrdes samt mellem praksissektoren og sygehusvæsenet i regionen er en væsentlig forudsætning for sammenhæng og dermed for kvaliteten af det samlede patientforløb.



Figur 1. Sundhedsaftalernes parter

Det skal endvidere bemærkes, at private sygehuse og behandlingsinstitutioner mv. kun er omfattet af sundhedsaftaler i den udstrækning, der indgås aftaler herom med regionsrådet.

1.3 Sundhedsaftaler på obligatoriske indsatsområder

I bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er der fastlagt seks indsatsområder, som regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal indgå aftaler om, de såkaldte obligatoriske indsatsområder. Det er endvidere fastlagt, at sundhedsaftaler på de obligatoriske indsatsområder skal indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

De obligatoriske indsatsområder er:

- Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter
- Indlæggelsesforløb
- Træningsområdet
- Hjælpemiddelområdet
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser.

I bekendtgørelsens bilag 1 – 6 er der stillet en række konkrete krav til indholdet af aftalen på hvert enkelt af ovenstående indsatsområder. Kravene vedrører overgange mellem regionens sygehuse, praksissektoren og de kommunale tilbud om sundhedsydelser, og de fokuserer overordnet set alle på at sikre parternes samarbejde omkring opgaveløsningen på sundhedsområdet.

Kravene vedrører fem hovedtemaer:

- Beskrivelse af arbejdsdelingen
- Koordinering af indsatsen, herunder sikre kommunikation mellem aktører samt til patienten/ borgeren
- Planlægning og styring af kapaciteten
- Udvikling og kvalitetssikring af den tværgående indsats
- Opfølgning på aftalerne.

På hvert enkelt indsatsområde skal der udarbejdes en sundhedsaftale, som skal opfylde de fastlagte krav. Ved udarbejdelse af den enkelte aftale er det hensigtsmæssigt at være opmærksom på den tætte sammenhæng, der er mellem mange af indsatsområderne. Dette vil naturligt kunne afspejles i sundhedsaftalerne, hvor nogle elementer i sundhedsaftalen på ét indsatsområde med fordel kan være identiske med elementer i sundhedsaftaler på andre indsatsområder.

Således er kravene til en sundhedsaftale om udskrivningsforløb fx tæt forbundet med kravene på træningsområdet, hjælpemiddelområdet og forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, idet indsatsen på disse områder ofte inddrages i forbindelse med afklaring af patientens behov efter udskrivning. På samme måde er en række af kravene til en sundhedsaftale om indsatsen for mennesker med sindslidelser også tæt forbundne og delvist overlappende med kravene på flere af de øvrige indsatsområder, fx vedrørende indlæggelsesforløb og udskrivningsforløb.

Det er ligeledes hensigtsmæssigt at være opmærksom på, at selv om sundhedsaftalen tager udgangspunkt i samarbejdet mellem region og kommune, så er et velfungerende samarbejde mellem aktørerne inden for det regionale myndighedsansvar, det vil sige mellem sygehusvæsen og praksissektoren eller andre regionale aktører samt mellem aktørerne inden for det kommunale myndighedsansvar, en væsentlig forudsætning for at sundhedsaftalerne kan fungere optimalt i praksis. Det vil fx være tilfældet i forbindelse med sikring af relevant og rettidig information til patienten, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med patientens indlæggelse eller udskrivelse fra sygehus.

Nedenfor gives en sammenfattende beskrivelse af kravene med henblik på at give et overblik over de indholdsmæssige krav til sundhedsaftalerne på de obligatoriske indsatsområder. I vejledningens del III gives en mere uddybende vejledende beskrivelse af de enkelte krav, som er målrettet læsere, som skal anvende vejledningen i forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftaler på de enkelte indsatsområder.

1.3.1 Sammenfatning af krav til sundhedsaftaler på obligatoriske indsatsområder

I dette afsnit sammenfattes de krav som bekendtgørelsen stiller til indholdet af sundhedsaftaler på de seks obligatoriske indsatsområder. I sammenfatningen er kravene opdelt på de fem hovedtemaer, som er gennemgående for indholdet i sundhedsaftalerne.

Krav om beskrivelse af arbejdsdelingen:

På fire indsatsområder er der stillet krav om, at sundhedsaftalen skal indeholde beskrivelser af arbejdsdelingen mellem region og kommune vedrørende indsatsen på området. Det gælder trænings-, hjælpemiddel-, forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet samt vedrørende indsatsen for mennesker med sindslidelser. Disse krav skal medvirke til at sikre klarhed om hvem, der er ansvarlig for henholdsvis: levering af specifik genoptræning til patienter efter udskrivning fra sygehus, tilvejebringelse af hjælpemidler/behandlingsredskaber til såvel varigt som midlertidigt brug, drift af de patientrettede forebyggelses og sundhedsfremmeindsatser og tilbud om specifikke indsatser for mennesker med sindslidelser.

Krav om koordinering af indsats og sikring af kommunikation:

På alle indsatsområder er der formuleret krav med henblik på at styrke kommunikationen mellem parterne og sikre den rettidige formidling af relevant information, således at alle aktører, inklusive patienten, får de informationer, der nødvendige på ethvert tidspunkt af forløbet.

På indsatsområdet vedrørende udskrivningsforløb er der formuleret krav, der skal medvirke til at sikre rettidig afklaring af patientens behov samt koordinering af tidspunktet for udskrivning, så der er sammenhæng i forløbet. Dette krav skal ses i sammenhæng med sundhedsaftaler vedrørende henholdsvis trænings-, hjælpemiddel-, forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet samt indsatsen for mennesker

med sindslidelser, hvor der er formuleret lignende krav, der skal sikre en afklaring af patientens behov for henholdsvis genoptræning, hjælpemidler, patientrettet forebyggelse eller andre ydelser fra social- og sundhedssektoren, samt sikre koordinering af udskrivningstidspunkt, således at sammenhængende forløb sikres.

Krav om planlægning og styring af kapacitet:

På næsten alle indsatsområderne er der formuleret krav, der skal bidrage til effektiv planlægning og styring af kapaciteten i såvel region som kommune, herunder fx krav vedrørende koordinering af kapaciteten, der skal medvirke til at sikre: at patienterne udredes, diagnosticeres og behandles hurtigst muligt, at patienterne kan udskrives fra sygehus hurtigst muligt efter, at de er færdigbehandlede, at patienterne kan påbegynde genoptræningen hurtigst muligt efter udskrivningen fra sygehus, samt at hjælpemidler/behandlingsredskaber er til rådighed hurtigst muligt. Derudover er der formuleret krav, der kan medvirke til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser, og krav der kan medvirke til at sikre en afbalanceret kapacitet af relevante indsatser til mennesker med sindslidelser.

Krav om udvikling og kvalitetssikring af den tværgående indsats:

På forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet skal sundhedsaftaler indeholde beskrivelse af, hvordan parterne sikrer dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring, med henblik på at optimere den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats på tværs af kommunerne og regionen.

Krav om opfølgning på aftalerne:

På alle indsatsområderne er der formuleret et enslydende krav om, at parterne skal følge op på aftalen med henblik på at sikre implementeringen af indholdet i aftalen og sikre en løbende vurdering af, om sundhedsaftalen bidrager til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgerne på tværs af sektorgrænser.

1.4 Sundhedsaftaler på frivillige indsatsområder

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen kan, udover de lovpligtige sundhedsaftaler, indgå aftaler om varetagelse af opgaver på andre områder end de obligatoriske indsatsområder, det vil sige sundhedsaftaler på såkaldte frivillige indsatsområder. Disse sundhedsaftaler skal ikke indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Sundhedsaftaler på frivillige indsatsområder, kan indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelsen i en enkelt kommune, men der kan også være tale om et indsatsområde, hvor regionsrådet indgår aftaler med flere kommuner. Disse sundhedsaftaler kan med fordel baseres på et generelt udkast. Som nævnt under sundhedskoordinationsudvalgets opgaver kan udvalget udarbejde generelle udkast til sundhedsaftaler på frivillige indsatsområder, som det ønsker at skabe et generelt aftalegrundlag for i regionen.

Det kan være en fordel, hvis grundstrukturen for aftalerne på de frivillige indsatsområder følger grundstrukturen for sundhedsaftalerne på de obligatoriske indsatsområder. Derfor skitseres nedenfor et forslag til en grundstruktur, der indeholder de fem hovedtemaer, som er gennemgående for indholdet i sundhedsaftalerne på de obligatoriske indsatsområder.

Beskrivelse af arbejdsdeling

Med henblik på at sikre fælles forståelse af samarbejde og arbejdsdeling samt sikre implementering i daglig praksis.

Koordinering af indsats og sikring af kommunikation

Med henblik på at understøtte sammenhængende forløb på tværs af myndigheds- og sektorgrænser.

Planlægning og styring af kapacitet

Med henblik på at sikre samordning omkring planlægning og styring af kapaciteten i forhold til det forventede behov på området.

Udvikling og kvalitetssikring af den tværgående indsats

Med henblik på at sikre kvaliteten i den tværgående indsats såvel fagligt, organisatorisk som patientoplevelset.

Opfølgning på aftalerne

Med henblik på at sikre implementering af indholdet i sundhedsaftalerne samt evaluering af aftalernes funktion i praksis.

2 Godkendelse af sundhedsaftaler

Sundhedsaftaler vedrørende de nærmere definerede obligatoriske indsatsområder skal, i medfør af sundhedslovens § 205 stk. 3 samt bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftalers §§ 6-8, indsendes til Sundhedsstyrelsens godkendelse.

2.1 Indsendelse af sundhedsaftaler

Regionsrådet skal indsende de indgåede sundhedsaftaler til Sundhedsstyrelsen inden udgangen af valgperiodens første år og dermed mindst én gang i hver 4-årig valgperiode. For de regionsråd, hvis funktionsperiode er påbegyndt som forberedelsesudvalg i 2006, er fristen for indsendelse imidlertid d. 1. april 2007.

Regionsrådet indsender sundhedsaftalerne separat for hver kommune i regionen. Alle aftaler mellem den pågældende kommune og regionen, der vedrører bekendtgørelsens seks obligatoriske indsatsområder, skal indsendes samlet. Ved indsendelsen af sundhedsaftalerne skal Sundhedsstyrelsens internetbaserede indberetningsskema anvendes, jævnfør nedenstående afsnit 2.1.1.

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

2.1.1 Internetbaseret indberetningsskema

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et internetbaseret indberetningsskema, som definerer en fælles struktur for de indberettede sundhedsaftaler. En ensartet opbygning af de indsendte sundhedsaftaler vil understøtte effektiv sagsbehandling såvel lokalt som centralt, og endvidere vil den fælles grundstruktur understøtte muligheden for at sammenligne aftalernes indhold på tværs af flere kommuner og regioner. Sundhedskoordinationsudvalgenes generelle udkast til sundhedsaftaler kan med fordel tage udgangspunkt i indberetningsskemaets grundlæggende struktur.

Indberetningsskemaet findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk, sammen med en nærmere beskrivelse af, hvordan sundhedsaftalerne skal indsendes ved hjælp af indberetningsskemaet.

Beskrivelse af indberetningsskemaet

Sundhedsstyrelsens indberetningsskema for sundhedsaftaler på de obligatoriske indsatsområder angiver aftalernes overordnede inddeling og struktur. Indledningsvist indeholder skemaet en række faktuelle oplysninger, såsom angivelse af aftalens parter, dato for indsendelse mv. Skemaet følger derefter inddelingen af de opstillede krav på hvert af de obligatoriske indsatsområder jævnfør bilag 1-6 i bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Det betyder fx,

at skemaet indeholder fire separate afsnit, når det gælder indsatsområdet ”udskrivningsforløb for svage, ældre patienter”, idet der i bilag 1 er stillet fire krav. Tilsvarende vil skemaet indeholde tre afsnit vedrørende indsatsområdet ”indlæggelsesforløb”, fem afsnit i relation til ”træningsområdet” osv.

2.2 Sundhedsstyrelsens godkendelse

Sundhedsstyrelsen tager stilling til den del sundhedsaftalernes indhold, som vedrører de obligatoriske indsatsområder. Sundhedsstyrelsen tager ikke stilling til sundhedsaftalernes indhold på eventuelle frivillige aftaleområder.

Sundhedsstyrelsens godkendelse forudsætter, at sundhedsaftalen opfylder de krav, som er beskrevet i bilag til bekendtgørelsen. Det vil sige, der skal foreligge et skriftligt materiale, der viser, at kravet er opfyldt. Derudover skal aftalen være udfærdiget og indsendt via Sundhedsstyrelsens internetbaserede indberetningsskema.

Udarbejdelsen af sundhedsaftaler er en udviklingsproces, hvor udgangspunktet kan være meget forskelligt. Sammenholdes det med, at aftaler på alle indsatsområder skal færdiggøres inden for en bestemt tidsfrist, vil det ikke kunne forventes, at 1. generation af sundhedsaftaler på alle områder kan blive så detaljerede som senere generationer af sundhedsaftaler.

Det kan i nogle tilfælde være nødvendigt, at indhente supplerende informationer i forbindelse med sagsbehandlingen. Såfremt det er tilfældet, vil Sundhedsstyrelsen tage kontakt til det regionsråd og den kommunalbestyrelse, som har indgået aftalen. Det påhviler herefter regionsrådet i fællesskab med den berørte kommunalbestyrelse, 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. Endelig godkendelse vil i dette tilfælde først kunne finde sted, når Sundhedsstyrelsen har modtaget de ønskede informationer. Sundhedsstyrelsens frist for behandling af aftalen forlænges med tiden, det tager at fremskaffe de efterspurgte informationer.

2.2.1 Godkendte aftaler

Når Sundhedsstyrelsen har godkendt en sundhedsaftale, orienteres aftaleparterne, det vil sige den pågældende kommunalbestyrelse og regionsråd, 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.

2.2.2 Ikke godkendte aftaler

Såfremt Sundhedsstyrelsen ikke kan godkende en sundhedsaftale, orienteres aftaleparterne skriftligt herom. I meddelelsen om Sundhedsstyrelsens manglende godkendelse vil indgå information om hvilke dele af aftalen, som ikke kan godkendes, samt en begrundelse for hvorfor aftalen ikke kan godkendes. Sundhedsstyrelsen vil

endvidere fastsætte en ny frist for indsendelse af en revideret aftale. Denne frist vil almindeligvis være på 2 måneder regnet fra datoen for Sundhedsstyrelsens afsendelse af skriftlig meddelelse om, at Sundhedsstyrelsen ikke kan godkende sundhedsaftalen. Såfremt særlige hensyn taler her for, kan Sundhedsstyrelsen angive kortere eller længere frister. Sundhedsstyrelsen vil herefter atter have 2 måneder til at vurdere den indsendte aftale. Såfremt Sundhedsstyrelsen ikke har meddelt sin godkendelse efter de to måneder, kan aftalen betragtes som godkendt med de indsendte rettelser. Dog under forudsætning af at Sundhedsstyrelsen ikke forinden har efterspurgt yderligere information eller har meddelt, at aftalen ikke kan godkendes.

2.3 Indsendelse af ændringer til sundhedsaftalerne

Hvis aftalens parter ændrer væsentligt i sundhedsaftalens indhold i relation til de obligatoriske indsatsområder, efter at Sundhedsstyrelsen har godkendt aftalen, skal den samlede aftale indsendes til Sundhedsstyrelsen til fornyet godkendelse. Indsendelsen skal i dette tilfælde ske efter de samme anvisninger, som beskrevet i afsnittet vedrørende indsendelse af sundhedsaftaler. Der er således tale om en samlet indsendelse af alle aftaler, vedrørende bekendtgørelsens obligatoriske indsatsområder, mellem pågældende kommune og region, også selvom ændringerne kun måtte vedrøre ét af de obligatoriske aftaleområder.

I forbindelse med indsendelsen af en ændret sundhedsaftale skal det anføres, hvilke dele af aftalen, som er blevet ændret. Sundhedsstyrelsen tilsender regionsrådet og kommunalbestyrelsen en kvitteringsskrivelse for modtagelsen af den reviderede sundhedsaftale.

Sundhedsstyrelsen vil senest 2 måneder efter indsendelsen af ændringer til en aftale meddele sin godkendelse eller manglende godkendelse af den ændrede sundhedsaftale, jævnfør de tidligere nævnte procedurer for Sundhedsstyrelsens meddelelse om godkendelse af sundhedsaftaler.

2.4 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 yder endvidere rådgivning i relation til den praktiske anvendelse af det internetbaserede indberetningsskema for sundhedsaftaler. Sundhedsstyrelsen kan ikke give en forhåndsgodkendelse forud for indsendelsen af sundhedsaftalerne.

2.5 Offentlig database

Sundhedsstyrelsen offentliggør på Styrelsens hjemmeside indholdet af alle godkendte sundhedsaftaler på obligatoriske indsatsområder. Sundhedsaftalerne vil blive placeret i en internetbaseret database, som giver mulighed for at sammenligne specifikke dele i flere sundhedsaftaler. Formålet med offentliggørelsen er primært at understøtte videndeling mellem kommunerne og regionerne og herved anspore til videreudvikling af aftalerne på baggrund af inspiration fra andre kommuners og regioners sundhedsaftaler. Samtidig udgør databasen en samlet indgang til alle godkendte sundhedsaftaler på de obligatoriske indsatsområder, herunder godkendte væsentlige ændringer, og den kan dermed være en kilde for andre med interesse for området, fx forskere, patientforeninger mv., der måtte ønske at analysere indholdet af de godkendte aftaler.

DEL III: Sundhedsaftaler på obligatoriske indsatsområder

Formålet med denne del af vejledningen er at vejlede regionerne, kommunerne og sundhedskoordinationsudvalget i processen omkring udarbejdelse af sundhedsaftaler på de enkelte indsatsområder, herunder at tydeliggøre sigtet med de enkelte krav i bekendtgørelsen.

I kapitel 1 - 6 beskrives kravene til sundhedsaftaler på indsatsområderne: 1) udskrivningsforløb for svage, ældre patienter, 2) indlæggelsesforløb, 3) træningsområdet, 4) hjælpemiddelområdet, 5) forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse samt 6) indsatsen for mennesker med sindslidelser.

Alle afsnit indledes med en introduktion til indsatsområdet samt en oversigt over bekendtgørelsens krav til indholdet i sundhedsaftaler på dette indsatsområde. For hvert af kravene gives en kort beskrivelse af formålet med kravet, en beskrivelse af den problemstilling, kravet skal medvirke til at løse, samt en uddybning af hvad en sundhedsaftale eksempelvis kan indeholde.

1 Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå aftaler, som skal bidrage til at sikre kvalitet og sammenhæng omkring udskrivning af svage, ældre patienter fra sygehus. Det vil sige patienter, som i forbindelse med udskrivning fra sygehus har behov for tilbud om ydelser fra kommunen.

Der er tradition for dialog mellem sygehus, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med udskrivning af patienter, hvor der er behov for pleje, træning, hjælpemidler, boligændringer eller andre ydelser fra kommunen. Kravet til god koordination i forbindelse med udskrivningsforløb er de senere år blevet endnu større, fordi den gennemsnitlige indlæggelsestid på sygehusene er faldet. Det har samtidig medført kortere tid til at forberede eventuelle ydelser fra kommunen og praksissektoren efter patientens udskrivning fra sygehus.

Aftalen mellem regionen og kommunerne skal medvirke til, at patienten altid oplever sammenhæng i forløbet, samt at der ikke på noget tidspunkt er tvivl om hvilken instans, der har ansvar for at levere ydelserne. Den skal også medvirke til, at patienten under hele forløbet kan få relevant information og svar på spørgsmål om sygdomsforløbet. Endelig skal aftalen medvirke til koordinering af kapaciteten i region og kommuner, så udskrivning kan foregå på det mest hensigtsmæssige tidspunkt for patienten og med den bedst mulige udnyttelse af ressourcerne.

1.1 Krav til indholdet i sundhedsaftaler om udskrivningsforløb for svage, ældre patienter

I bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er der i bilag 1 specificeret fire krav, der som minimum skal indgå i regionens aftale med de enkelte kommuner.

Aftalen skal beskrive følgende:

1. Hvordan parterne sikrer rettidig afklaring af den enkelte patients behov efter udskrivning fra sygehus, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.
2. Hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles rettidigt til patienten og eventuelt pårørende samt til den praktiserende læge, kommunen og andre relevante aktører i forbindelse med udskrivning, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.
3. Hvordan parterne ved koordinering af kapacitet m.v. sikrer, at patienterne kan udskrives fra sygehus hurtigst muligt efter, at de er færdigbehandlede.
4. Hvordan parterne følger op på aftalen.

Krav nr. 1

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer rettidig afklaring af den enkelte patients behov efter udskrivning fra sygehus, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.

Kravet skal medvirke til at sikre, at der inden udskrivning fra sygehus sker en systematisk afklaring af patientens behov for ydelser efter udskrivningen, samt at tidspunktet for udskrivningen er koordineret mellem parterne, således at der er sammenhæng i forløbet.

Ved behov for ydelser fra kommunen efter udskrivningen er det af betydning for sammenhæng i forløbet, at der i god tid inden udskrivningen foregår en dialog mellem patienten, sygehuset og kommunen med henblik på en afklaring af patientens behov for ydelser. Dialogen er vigtig, uanset om behovet for kommunale ydelser er nyopstået, eller patienten har behov for ændrede ydelser eller genoptagelse af tidligere modtagne ydelser. Dialogen kan medvirke til en kvalificeret afklaring af den enkelte patients behov, samt til sikring af at kommunerne på den ene side har den nødvendige tid til at få iværksat de ydelser, der er brug for efter udskrivningen, og at sygehuset på den anden side kan tilrettelægge udredning og behandling, så unødigt ventetid undgås. Dialogen kan derudover bidrage til, at serviceniveauet bliver synligt, samt at forventninger mellem parterne afklares.

Aftalen skal beskrive, hvorledes parterne sikrer koordinering i forhold til de patienter, som ved udskrivning fortsat har behov for ydelser fra egen læge, sygehus og/eller kommune. Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer en systematisk og rettidig afklaring af patienternes behov ved udskrivning. Fx ved præcise-

ring af hvor ansvaret for at foretage vurderingen er placeret, hvad der skal indgå i vurderingen samt hvornår vurderingen skal ske. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne sikrer varsling og koordinering mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivning, hvor patienten efterfølgende har behov for tilbud om kommunale ydelser.

Krav nr. 2

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles rettidigt til patienten og eventuelt pårørende samt til den praktiserende læge, kommunen og andre relevante aktører i forbindelse med udskrivning, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.

Kravet skal medvirke til at sikre, at alle aktører har de informationer, der er relevante for den fortsatte opgavevaretagelse på ethvert tidspunkt i forløbet. Desuden skal aftalepunktet sikre, at patienten ved, hvor han/hun kan få svar på spørgsmål om sygdomsforløbet og det videre forløb.

Et velkoordineret forløb forudsætter, at såvel patienten som de øvrige aktører er informerede om planerne for det videre forløb. På nogle områder eksisterer der generelle aftaler om patientforløb, men for mange områder foreligger der ikke på forhånd sådanne aftaler. Under alle omstændigheder er det vigtigt at fastlægge hvilken information, der skal formidles videre til aktørerne, for at opgavevaretagelsen bliver koordineret og sammenhængende for hvert enkelt patientforløb. Eksempelvis information til den praktiserende læge med henblik på den fortsatte varetagelse af behandling, herunder oplysninger om medicin, information til hjemmeplejen og -hjemmesygeplejen om plejebehov og aktuel medicin, information til terapeuter om funktionsevne og genoptræningsplan, samt evt. information til apoteket. Videregivelse af information skal leve op til sundhedslovens og forvaltningslovens bestemmelser om informeret samtykke. Patienten har ret til information om hele sygdomsforløbet, og det skal under hele forløbet være let for patienten at få den relevante og nødvendige information, uanset hvilken myndighed der har ansvaret.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles til patienten og eventuelt pårørende samt til den praktiserende læge, kommunen og andre relevante aktører i forbindelse med udskrivning, samt hvordan parterne sikrer, at informationen formidles rettidigt. Herunder fx beskrivelse af procedurer der præciserer hvor ansvaret for formidling af information er placeret, målgrupper for informationen samt krav til informationens indhold og tidspunkt for formidlingen. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne sikrer, at de relevante aktører er tilgængelige for dialog og spørgsmål fra patienten.

Krav nr. 3

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne ved koordination af kapacitet m.v. sikrer, at patienterne kan udskrives fra sygehus hurtigst muligt efter, at de er færdigbehandlede.

Kravet skal medvirke til at sikre, at udskrivning fra sygehuset foregår på det mest hensigtsmæssige tidspunkt i forløbet for patienten, og ud fra princippet om at

sundhedsydelse gives på det organisatorisk mindst specialiserede, fagligt forsvarlige og hensigtsmæssige niveau.

Kortere indlæggelsesforløb, hvor patienten, i en kortere eller længere periode efter udskrivningen, kan have et fortsat behov for pleje eller andre ydelser fra kommunen, finder sted i stigende grad og er oftest både sundhedsfagligt velbegrundede og udtryk for bedst mulig udnyttelse af ressourcerne.

Aftalepunktet skal medvirke til at sikre, at kommunen og sygehuset har kapacitet til de ydelser, som borgeren har brug for efter færdigbehandling, og at sygehuset har kapacitet til at varetage opgaverne med udredning og behandling uden unødigt forsinkelse og med mulighed for varsling af udskrivning så tidligt som muligt. I aftalen kan det være relevant at medtage eventuelle typer af udgående funktioner fra sygehuset, herunder fx specialiserede team inden for geriatri, palliation, m.fl. eller sygehusets konsulentfunktioner på særlige områder som fx demensområdet eller kroniske sygdomme. Det kan også være relevant, at aftalen beskriver en fælles forståelse mellem kommune og sygehuse af begrebet ”færdigbehandlet”. Fastlæggelse af tidspunktet for færdigbehandling, vil dog i den konkrete situation være en lægefaglig vurdering.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at patienter med behov for ydelser fra kommunen kan udskrives fra sygehus hurtigst muligt efter, at de er færdigbehandlede. Herunder hvordan parterne sikrer løbende koordinering af kapacitet i henholdsvis sygehusvæsen og kommune.

Krav nr. 4

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen.

Kravet skal medvirke til at sikre implementeringen af indholdet i aftalerne vedrørende udskrivningsforløb for svage ældre patienter og en løbende vurdering af om sundhedsaftalen bidrager til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgerne på tværs af sektorer og myndighedsområder, jævnfør formålet med sundhedsaftaler.

Det har afgørende betydning for hele intentionen med sundhedsaftalerne, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne løbende følger og sikrer implementeringen af aftalerne på de enkelte indsatsområder. Kravet om opfølgning vedrører aftalens udmøntning på det operationelle niveau i den daglige praksis. Hensigten er at facilitere en kultur, hvor løbende kvalitetsudvikling på tværs af sektorer og myndighedsområder prioriteres, således at der er mulighed for at handle, hvis der er overgange mellem den kommunale og den regionale indsats, der kan styrkes fagligt eller organisatorisk.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at opfølgningen er organiseret og planlagt. Herunder beskrives dels indholdet af opfølgningen, fx opfølgningsmetode og valg af indikatorer, og dels tidsplan for opfølgningen.

2 Indlæggelsesforløb

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå aftaler om indlæggelsesforløb, som skal bidrage til at sikre kvalitet og sammenhæng i forløbet umiddelbart op til eventuel indlæggelse samt i forbindelse med, at patienten indlægges på sygehus.

Aftalen mellem regionen og kommunerne skal medvirke til, at patienten altid oplever sammenhæng i forløbet, og at der ikke på noget tidspunkt er tvivl om hvilken instans, der har ansvar for udførelse af de nødvendige opgaver.

Aftaler om indlæggelsesforløb skal desuden medvirke til, at det grundlæggende princip for sundhedsvæsenets organisering i Danmark: at sundhedsydelse gives på det organisatorisk mindst specialiserede, fagligt forsvarlige og hensigtsmæssige niveau, opretholdes. Det vil sige, at indlæggelse på sygehus, af såvel børn som voksne, ikke bør finde sted, hvis behandling og pleje lige så godt eller bedre kan foregå i hjemmet eller i andet kommunalt regi, i samarbejde med den praktiserende læge.

Et formaliseret samarbejde mellem aktørerne, det vil sige mellem såvel sygehusvæsenet som de praktiserende læger og kommunens medarbejdere, kan medvirke til rettidig afklaring af et sygdomsforløb og dermed til bedre koordinering af udredning og behandlingsforløbet for den enkelte patient, som fx kan foregå under planlagt indlæggelse, ved et ambulante udredningsforløb eller ved planlagt udredning i hjemmet.

2.1 Krav til indholdet i sundhedsaftaler om indlæggelsesforløb

I bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er der i bilag 2 specificeret tre krav, der som minimum skal indgå i regionens aftale med de enkelte kommuner.

Aftalen skal beskrive følgende:

1. Hvilke relevante oplysninger om patientens behov m.v., der skal udveksles mellem kommunen, den praktiserende læge og sygehuset; hvordan det sikres, at informationen leveres rettidigt; hvordan det sikres, at relevante informationer formidles til patienten, samt at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.
2. Hvordan parterne forebygger u hensigtsmæssige akutte indlæggelser.
3. Hvordan parterne følger op på aftalen

Krav nr. 1

Aftalen skal beskrive, hvilke relevante oplysninger om patientens behov m.v., der skal udveksles mellem kommunen, den praktiserede læge og sygehuset; hvordan det sikres, at informationen leveres rettidigt; hvordan det sikres, at relevante informationer formidles til patienten, samt at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.

Kravet skal medvirke til at sikre, at alle aktører har de informationer, der er relevante for den fortsatte opgavevaretagelse på ethvert tidspunkt i forløbet. Desuden skal aftalepunktet sikre, at patienten ved, hvem der kan give ham/hende svar på eventuelle spørgsmål om sygdomsforløbet og dets følger.

For patienter, som skal indlægges på sygehus, kan det være vigtigt, at sygehuset modtager oplysninger om, hvorvidt patienten modtager ydelser fra andre aktører i sundhedsvæsenet, herunder fra praksissektor og kommune samt indholdet af eventuelle ydelser. Det kan dreje sig om plejebehov, medicin, hjælpemidler, genoptræning eller anden behandling, men det kan også have betydning, om patienten modtager andre ydelser som fx forebyggende tilbud eller revalideringsydelser. Andre oplysninger af betydning for indlæggelsesforløbet kan fx komme fra den kommunale hjemme- eller sundhedspleje eller fra kommunale institutioner, som patienten har kontakt med eller bor på. Det kan også være hensigtsmæssigt at fastlægge ansvaret for information om indlæggelsen til andre relevante aktører på sundhedsområdet, som den pågældende patient modtager ydelser fra. Videregivelse af information skal leve op til sundhedslovens og forvaltningslovens bestemmelser om informeret samtykke. Patienten har ret til information om hele sygdomsforløbet, og det skal under hele forløbet være let for patienten at få den relevante og nødvendige information uanset hvilken myndighed, der har ansvaret.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at relevant og nødvendig information formidles mellem aktørerne i forbindelse med afklaring af en patients sygdomsforløb og eventuel indlæggelse på sygehus, hvad enten der er tale om planlagt eller akut indlæggelse. Herunder fx beskrivelse af procedurer der præciserer hvem, der har ansvar for indhentning og/eller formidling af information, målgrupper for informationen samt krav til informationens indhold og tidspunkt for formidlingen. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne sikrer, at relevante informationer formidles til patienten, samt at de relevante aktører er tilgængelige for dialog og spørgsmål fra patienten.

Krav nr. 2

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige akutte indlæggelser.

Aftalen skal medvirke til at sikre, at patienter kun indlægges akut på sygehus, når det er vurderet, at undersøgelse, pleje og behandling ikke kan foregå ambulante, hvor patienten forbliver i hjemmet, eller i kommunalt regi.

Ved akut opstået, alvorlig sygdom kan det være nødvendigt, at patienten indlægges akut til undersøgelse og behandling på sygehus. En del akutte indlæggelser har

imidlertid fundet sted, enten fordi der ikke var tilbud i kommunen om relevant indsats, eller fordi der manglede mulighed for vurdering af patienten på et højere lægefagligt specialiseringsniveau på et tidspunkt, hvor en afklaring kunne foretages uden indlæggelse. Det er disse indlæggelser, der beskrives som uhensigtsmæssige, og som aftalen skal medvirke til at minimere.

Der er erfaringer med en række tiltag, som kan bidrage til at minimere omfanget af uhensigtsmæssige akutte indlæggelser. Mange steder har kommunerne samarbejdet med sygehusenes udgående team samt med konsulentfunktioner på særlige områder inden for fx demens og kroniske sygdomme. Dette samarbejde kan bevirke, at udredning og behandling af patienterne kan foregå i hjemmet eventuelt i daghospital, hvorved akutte indlæggelser ofte kan undgås. Der er ligeledes mange steder tradition for formaliserede møder mellem den kommunale hjemmepleje/-sygepleje og grupper af praktiserende læger, hvor udredningsforløb planlægges og behandlingsforløb justeres for dermed at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer koordinering af kapacitet og samarbejde mellem parterne med henblik på, at udredning, behandling og pleje varetages på det mest hensigtsmæssige specialiseringsniveau.

Krav nr. 3

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen.

Kravet skal medvirke til at sikre implementeringen af indholdet i aftalerne vedrørende indlæggelsesforløb og en løbende vurdering af om sundhedsaftalen bidrager til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgerne på tværs af sektorer og myndighedsområder, jævnfør formålet med sundhedsaftaler.

Det har afgørende betydning for hele intentionen med sundhedsaftalerne, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne løbende følger og sikrer implementeringen af aftalerne på de enkelte indsatsområder. Kravet om opfølgning vedrører aftalens udmøntning på det operationelle niveau i den daglige praksis. Hensigten er at facilitere en kultur, hvor løbende kvalitetsudvikling på tværs af sektorer og myndighedsområder prioriteres, således at der er mulighed for at handle, hvis der er overgange mellem den kommunale og den regionale indsats, der kan styrkes fagligt eller organisatorisk.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at opfølgningen er organiseret og planlagt. Herunder beskrives dels indholdet af opfølgningen, fx opfølgningsmetode og valg af indikatorer, og dels tidsplan for opfølgningen.

3 Træningsområdet

Regionsråd og kommunalbestyrelser skal indgå aftaler, som skal bidrage til at sikre klarhed om den konkrete arbejdsdeling på træningsområdet, samt sikre koordinering af indsatsen således at kvalitet og sammenhæng sikres i patientforløb, hvor der efter udskrivning fra sygehus er lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Aftalerne omfatter såvel børn som voksne.

For patienten er sammenhæng i genoptræningsindsatsen i høj grad afhængig af, om der er smidige overgange, når flere myndigheder er involveret i behandlings- og genoptræningsforløbet. I forbindelse med den nye sundhedslov sker der en ændret ansvarsfordeling på genoptræningsområdet, der medfører, at ansvaret for genoptræning efter udskrivning fra sygehus overgår til kommunerne. Sundhedsloven fastlægger, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Regionsrådet er forpligtiget til at tilbyde en genoptræningsplan til disse patienter. Kommunalbestyrelsen kan tilbyde genoptræningen ved egne institutioner eller efter aftale hos andre leverandører. Dog skal genoptræningen for patienter, der ifølge genoptræningsplanen har behov for specialiseret, ambulante genoptræning, tilbydes på sygehus.

3.1 Krav til indholdet i sundhedsaftaler om træningsområdet

I bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er der i bilag 3 specificeret fem krav, der som minimum skal indgå i regionens aftale med de enkelte kommuner:

Aftalen skal beskrive følgende:

1. Den arbejdsdeling, som er aftalt mellem regionen og kommunerne i forhold til levering af genoptræning til patienter efter udskrivning fra sygehus samt beskrivelse af arbejdsdeling aftalt med tredje part.
2. Hvordan parterne sikrer kommunikation mellem sygehuset, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med udskrivning fra sygehus af patienter med et genoptræningsbehov. Konkret skal aftalen fastlægge indholdet af en kontaktpersonordning.
3. Hvordan parterne sikrer tilvejebringelse af det nødvendige grundlag for kommunens vejledning om det frie valg af genoptræningssted.
4. Hvordan parterne gennem en løbende planlægning og styring af kapaciteten af genoptræningstilbud i regionen og kommunerne sikrer, at genoptræningen kan påbegyndes hurtigst muligt efter udskrivningen fra sygehuset.
5. Hvordan parterne følger op på aftalen.

Krav nr. 1

Aftalen skal beskrive den arbejdsdeling, som er aftalt mellem regionen og kommunerne i forhold til levering af genoptræning til patienter efter udskrivning fra sygehus samt beskrivelse af arbejdsdeling aftalt med tredje part.

Kravet skal medvirke til at sikre klarhed om hvem, der er ansvarlig for levering af genoptræningen til den enkelte patient, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Sundhedsloven fastlægger, at kommunerne har myndigheds- og finansieringsansvaret for genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. For en del af denne genoptræning kan kommunalbestyrelsen frit vælge, hvor genoptræningen skal tilbydes. Således kan kommunalbestyrelsen tilbyde genoptræningen ved egne institutioner eller i andet regi efter aftale med regionsråd, andre kommunalbestyrelser, private institutioner eller sygehuse mv. For en del af genoptræningsopgaven, den såkaldte specialiserede ambulante genoptræning, fastlægger sundhedsloven, at denne skal tilbydes på sygehus. For denne genoptræningsopgave er det dermed fastslået, at kommunerne har myndigheds- og finansieringsansvaret, mens regionerne har driftsansvaret for opgaven.

I henhold til sundhedsloven kan der således være mange muligheder, når det kommer til den konkrete levering af genoptræningsydelserne. Hvem kommunalbestyrelsen indgår leverandøraftaler med, kan afhænge af mange faktorer, herunder blandt andet lokale forhold, kompetencer og kapacitet. Der vil ligeledes være behov for i praksis, at udmønte de fastsatte kriterier for hvad der udgør specialiseret ambulante genoptræning, det vil sige præcisere hvilke forløb, der forventes at skulle foregå i sygehusregi. Afgørelsen om behov for specialiseret ambulante genoptræning beror dog altid på en konkret lægelig vurdering af den enkelte patient. Der forventes også at være behov for løbende at drøfte denne udmøntning af de fastsatte kriterier i forhold til den faglige og organisatoriske udvikling på området.

Aftalen skal beskrive den arbejdsdeling, der er aftalt mellem regionen og kommunen samt eventuel arbejdsdeling aftalt med tredje part, og aftalen bør indeholde oversigter over: hvilken genoptræning der tilbydes ved kommunens egne institutioner, hvilke leverandøraftaler der er indgået mellem kommunalbestyrelsen og regionen på genoptræningsområdet, samt hvilke leverandøraftaler på genoptræningsområdet der er indgået mellem kommunalbestyrelsen og andre regionsråd, andre kommunalbestyrelser, private institutioner eller private sygehuse.

Der stilles ikke krav om, at efterfølgende ændringer af leverandøraftalerne, automatisk skal medføre, at der skal udarbejdes ændringer af sundhedsaftalerne. Det vil dog være hensigtsmæssigt om parterne løbende har adgang til opdaterede oversigter over leverandøraftaler på genoptræningsområdet.

Krav nr. 2

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer kommunikation mellem sygehuset, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med udskrivning fra sygehus af patienter med et genoptræningsbehov. Konkret skal aftalen fastlægge indholdet af en kontaktpersonordning.

Kravet skal medvirke til at sikre, at der inden udskrivning fra sygehus sker en afklaring af patientens behov for genoptræning efter udskrivningen, samt at tidspunktet for udskrivningen af patienter med genoptræningsplan er varslet og koordineret i forhold til kommunen, så forløbet bliver sammenhængende. Kravet skal samtidig sikre rammerne for den faglige dialog på tværs af sektorgrænserne.

Relevant og rettidig kommunikation mellem parterne har afgørende betydning for sikring af sammenhæng i patientforløb, der går på tværs af flere myndighedsniveauer. Rammerne for kommunikationen mellem parterne i forbindelse med udskrivning fra sygehus af borgere med et genoptræningsbehov er fastlagt i sundhedsloven og i bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. Det er således fastlagt, at regionsrådet skal tilbyde en skriftlig genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, samt at genoptræningsplanen skal udleveres til patienten senest på udskrivningstidspunktet. Genoptræningsplanen skal samtidig, efter aftale med patienten, sendes til patientens bopælskommune samt til patientens alment praktiserende læge.

Regionen og kommunerne skal hver udpege en kontaktperson med ansvar for koordination af genoptræningsforløbet i forbindelse med udskrivningen af patienter med genoptræningsbehov. Regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal i sundhedsaftalen fastlægge det nærmere indhold af denne kontaktpersonordning.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer effektiv kommunikation mellem sygehuset, den praktiserende læge og kommunen, herunder sikrer at bopælskommunen er informeret, når en patient bliver udskrevet fra sygehus med et genoptræningsbehov. Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer rammerne for den sundhedsfaglige dialog på tværs af institutionsgrænser i forhold til den enkelte patient med et genoptræningsbehov. Herunder dialog mellem det regionale sygehus, der har udarbejdet genoptræningsplanen, og bopælskommunen samt det genoptræningssted, som patienten har valgt. Sundhedsaftalen kan indeholde eventuelle aftaler om, at genoptræningsplanen skal indeholde oplysninger, som supplerer de obligatoriske oplysninger.

Aftalen skal derudover beskrive, hvordan parterne sikrer, at genoptræningsplanen kan indeholde en tidsangivelse for bopælskommunens kontakt til patienten for tilrettelæggelse af det videre genoptræningsforløb, samt hvordan parterne sikrer, at genoptræningsplanen kan indeholde oplysninger om kontaktpersonordningen, herunder kontaktmuligheder. Sundhedsaftalen skal fastlægge indholdet af denne kontaktpersonordning, og det kan fx gøres ved en vejledning for indholdet af en kontaktpersonordning, der skal understøtte koordinationen i relation til den enkelte patient med et genoptræningsbehov.

Krav nr. 3

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer tilvejebringelse af det nødvendige grundlag for kommunens vejledning om det frie valg af genoptræningssted.
--

Kravet skal medvirke til at sikre, at kommunen kan yde kvalificeret vejledning til patienterne om det frie valg af genoptræningssted.

Patienter med et genoptræningsbehov efter udskrivelse fra sygehus har, ifølge sundhedsloven, mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. Det er endvidere fastlagt, at bopælskommunen, ved den første kontakt, skal rådgive patienten om denne valgmulighed. En forudsætning for kvalificeret rådgivning til patienterne om valg af genoptræningstilbud er, at der findes oversigter over eksisterende genoptræningstilbud samt eventuelle ventetider i hele landet.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at relevant information om eksisterende genoptræningstilbud i regionen, kommunerne i regionen samt i kommunerne i øvrigt er tilgængelig. Herunder oplysninger om genoptræningstilbudenes målgrupper, indhold, visitation mv. Aftalen skal derudover beskrive, hvordan parterne sikrer, at opdateret information om ventetider på genoptræningstilbud i regionen, i kommunerne i regionen samt i kommunerne i øvrigt er tilgængelig.

Krav nr. 4

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne gennem en løbende planlægning og styring af kapaciteten af genoptræningstilbud i regionen og kommunerne sikrer, at genoptræningen kan påbegyndes hurtigst muligt efter udskrivningen fra sygehuset.

Kravet skal medvirke til at sikre, at patienter hurtigst muligt påbegynder den genoptræning, som de har behov for, så der ikke sker afbrydelse i det planlagte genoptræningsforløb.

Det har stor betydning for kvaliteten af det samlede patientforløb, at der ikke er afbrydelser i det planlagte forløb. Allerede opnåede resultater kan tabes, eller patientens mulighed for bedring kan forringes, hvis der ikke er sammenhæng mellem behandlings- og genoptræningsindsatsen under indlæggelse og genoptræningen efter udskrivning fra sygehus. Det er derfor vigtigt, at der er en god koordinering af kapaciteten af genoptræningstilbud, samt at udgangspunktet for planlægning og styring af kapaciteten af genoptræningstilbud i regionen og kommunerne er hensynet til, at patienter hurtigst muligt kan påbegynde den genoptræning, som de har behov for.

Planlægning og styring af kapaciteten af genoptræningstilbud omfatter såvel omfanget som det nærmere indhold af genoptræningen og skal inddrage flere aspekter, herunder:

- Omfanget og typen af den genoptræning, som det regionale sygehusvæsen, via genoptræningsplaner, forventer at henvise patienter til efter udskrivning fra sygehus. Omfanget og typen af ”specialiseret genoptræning”, som det regionale sygehusvæsen, som driftsansvarlig myndighed, forventes at skulle yde til patienter, der efter udskrivning fra sygehus har behov for genoptræning, der forudsætter et sygehus` ekspertise.
- Omfanget og typen af den ”ikke specialiserede genoptræning”, som bopælskommunen forventer at yde, i eget regi eller på grundlag af leverandøraftaler, til patienter der efter udskrivning fra sygehus har behov for genoptræning.

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer løbende opfølgning og justering af kapaciteten således, at genoptræningen kan påbegyndes hurtigst muligt efter udskrivningen fra sygehuset.

Krav nr. 5

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen.

Kravet skal medvirke til at sikre implementeringen af indholdet i aftalerne på træningsområdet og en løbende vurdering af om sundhedsaftalen bidrager til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgerne på tværs af sektorer og myndighedsområder, jævnfør formålet med sundhedsaftaler.

Det har afgørende betydning for hele intentionen med sundhedsaftalerne, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne løbende følger og sikrer implementeringen af aftalerne på de enkelte indsatsområder. Kravet om opfølgning vedrører aftalens udmøntning på det operationelle niveau i den daglige praksis. Hensigten er at facilitere en kultur, hvor løbende kvalitetsudvikling på tværs af sektorer og myndighedsområder prioriteres, således at der er mulighed for at handle, hvis der er overgange mellem den kommunale og den regionale indsats, der kan styrkes fagligt eller organisatorisk.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at opfølgningen er organiseret og planlagt. Herunder beskrives dels indholdet af opfølgningen, fx opfølgningsmetode og valg af indikatorer, og dels tidsplan for opfølgningen.

4 Hjælpemiddelområdet

Regionsråd og kommunalbestyrelser skal på hjælpemiddelområdet indgå aftaler, som skal bidrage til at sikre sammenhængende forløb for personer, der har behov for hjælpemidler eller behandlingsredskaber.

Hjælpemiddelområdet er reguleret ved Indenrigs- og Sundhedsministeriets cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, Socialministeriets bekendtgørelse om ydelser af hjælpemidler og forbrugsgoder samt Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse om hjemmesygepleje.

Aftalerne på hjælpemiddelområdet skal omfatte samarbejdet mellem parterne, fra det tidspunkt hvor behovet for et hjælpemiddel og/eller et behandlingsredskab er identificeret, til hjælpemidlet/behandlingsredskabet er tilvejebragt, tilpasset og brugeren er instrueret i brugen af dette samt til eventuel vedligeholdelse og opfølgende rådgivning af brugeren. Aftalerne omfatter samarbejdet omkring såvel børn som voksne.

4.1 Krav til indholdet i sundhedsaftaler vedrørende hjælpemiddelområdet

I bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er der i bilag 4 specificeret fem krav, der som minimum skal indgå i regionens aftale med de enkelte kommuner.

Aftalen skal beskrive følgende:

1. Arbejdsdeling mellem region og kommuner for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber til såvel varigt som til midlertidigt brug.
2. Hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i de regionale og kommunale hjælpemiddeldepoter.
3. Hvordan parterne gennem dialog og afklaring af den enkelte patients behov for hjælpemidler eller behandlingsredskaber sikrer, at hjælpemidler og behandlingsredskaber, som patienten har behov for, er til rådighed, når patienten udskrives fra sygehus.
4. Hvordan parterne sikrer nødvendig instruktion af patienten i brug af hjælpemidler og behandlingsredskaber, og at patienten har adgang til at få svar på spørgsmål herom.
5. Hvordan parterne følger op på aftalen.

Krav nr. 1

Aftalen skal beskrive arbejdsdeling mellem region og kommuner for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber til såvel varigt som til midlertidigt brug.

Kravet skal medvirke til at sikre klarhed over, hvem der er ansvarlig for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber til den enkelte person; hvad enten det er til midlertidigt eller til varigt brug, herunder også sikre klarhed over arbejdsdelingen vedrørende instruktion, tilpasning og opfølgning på borgerens brug af hjælpemidlet eller behandlingsredskabet.

Hjælpeområdet er reguleret via cirkulære og bekendtgørelser, der fastlægger hvilken myndighed, der har ansvaret for at stille henholdsvis hjælpemidler og behandlingsredskaber til rådighed, samt hvem der skal afholde udgiften til disse. Der er erfaring for at der i mange situationer, på trods af disse regulativer, kan opstå uklarhed om hvem, der er ansvarlig for tilvejebringelsen med deraf følgende gener for borgeren og afbrydelser i planlagte forløb.

Forudsætninger for et effektivt samarbejde mellem parterne på hjælpeområdet er primært, at de gældende cirkulærer og bekendtgørelser præciserer myndighedsansvaret, og dernæst at der lokalt skabes klarhed om samarbejdsgrundlaget for sundhedspersonale og sagsbehandlere i region og kommuner vedrørende en række centrale områder, der blandt andet omfatter:

- hjælpemidler, midlertidige eller varige: i forbindelse med behandling på sygehus, herunder skadestue, eller hos praktiserende læge, under ventetid på behandling/operation eller ved behandling på private hospitaler/klinikker. Herunder også hjælpemidler i hjemmet til brug for de ansattes arbejdsmiljø, fx løftere, senge mm.
- behandlingsredskaber, midlertidige eller varige
- boligindretninger, midlertidige eller varige
- redskaber i forbindelse med brugerens funktionsnedsættelse, fx træningsredskaber til såvel børn som voksne.

Aftalen skal således beskrive arbejdsdelingen mellem parterne i forhold til tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber til børn og voksne til såvel midlertidigt som til varigt brug, samt de dertil knyttede opgaver med tilpasning, instruktion af personen i brugen af hjælpemidlet/ behandlingsredskabet, vedligeholdelse og opfølgende rådgivning. Derudover bør aftalen beskrive, hvordan parterne vil sikre kendskab til arbejdsdelingen på området blandt de relevante aktører og brugere.

Krav nr. 2

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i de regionale og kommunale hjælpeområdedepoter.

Kravet skal medvirke til at sikre, at hjælpemidler og/eller behandlingsredskaber, som en person har brug for, er til rådighed hurtigst muligt.

Hjælpemiddeldepoterne i region og kommuner varetager opgaver med indkøb, lagring, registrering og udlevering, herunder også evt. installation og reparation af hjælpemidler/behandlingsredskaber, samt vask og renovering ved tilbagelevering af hjælpemidlerne/behandlingsredskaberne. Hjælpemiddeldepoternes evne til hurtig og korrekt levering af hjælpemidler/behandlingsredskaber er betinget af en effektiv planlægning og styring af kapaciteten i depoterne.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer en effektiv planlægning og styring af kapaciteten i hjælpemiddeldepoterne, herunder en løbende dialog omkring hjælpemidler (typer, forventet behov, tilbagelevering mv.), samt hvordan parterne følger op på kvaliteten med hensyn til leveringstider og hjælpemidernes/behandlingsredskabernes funktion.

Krav nr. 3

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne gennem dialog og afklaring af den enkelte patients behov for hjælpemidler eller behandlingsredskaber sikrer, at hjælpemidler og behandlingsredskaber, som patienten har behov for, er til rådighed, når patienten udskrives fra sygehus.

Kravet skal medvirke til at sikre, at der mellem aktørerne og sammen med patienten, inden udskrivning fra sygehus, sker en afklaring af patientens behov for hjælpemidler og/eller behandlingsredskaber, således at de hjælpemidler og behandlingsredskaber, som patienten har behov for, er til rådighed ved udskrivelsen.

Ved behov for hjælpemidler og/eller behandlingsredskaber efter udskrivningen er det af betydning for sammenhæng i forløbet, at der i god tid inden udskrivningen foregår en dialog med patienten og mellem sygehuset og kommunen med henblik på en afklaring af patientens behov, herunder også eventuelle behov for boligindretninger. Dialogen kan medvirke til en kvalificeret afklaring af den enkelte patients behov, samt til at sikre at parterne har den nødvendige tid til at få fremskaffet de hjælpemidler/ behandlingsredskaber, der er brug for efter udskrivningen og iværksat eventuelle boligindretninger.

Det forudsættes, at spørgsmål vedrørende myndighedsansvar for finansiering afklares sideløbende og ikke får opsættende virkning.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer en systematisk og rettidig afklaring af patienternes behov for hjælpemidler og/eller behandlingsredskaber ved udskrivning samt afklaring af eventuelle behov for ændringer i boligen. Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer rettidig varsling og koordinering mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivning, således at hjælpemidler og behandlingsredskaber, som patienten har behov for, er til rådighed, når patienten udskrives fra sygehus. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne sikrer en løbende opfølgning på om hjælpemidler og behandlingsredskaber, som patienten har behov for, er til rådighed ved udskrivelsen, samt om hjælpemidlerne/ behandlingsredskaberne fungerer efter hensigten.

Krav nr. 4

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer nødvendig instruktion af patienten i brug af hjælpemidler og behandlingsredskaber, og at patienten har adgang til at få svar på spørgsmål herom.

Kravet skal medvirke til at sikre, at den enkelte patient får kvalificeret instruktion i brugen af hjælpemidler og/eller behandlingsredskaber, samt at patienten efterfølgende har let adgang til at få svar på spørgsmål vedrørende brugen af det konkrete hjælpemiddel og/eller behandlingsredskab.

En optimal udnyttelse af et hjælpemiddel eller et behandlingsredskab forudsætter, at den enkelte patient får kvalificeret instruktion i brugen af dette. Denne instruktion gives oftest i direkte tilknytning til udleveringen, men der er også situationer, fx i forbindelse med skadestuebesøg eller hos den praktiserende læge, hvor der ikke er mulighed for at give den nødvendige instruktion. Patienten bør, uanset hvor indikationen er stillet eller hvorfra hjælpemidlet eller behandlingsredskabet udleveres, sikres mulighed for den nødvendige instruktion i brugen heraf. Patienten skal også efterfølgende have let adgang til at få svar på spørgsmål vedrørende brugen af det konkrete hjælpemiddel og/eller behandlingsredskab.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at patienterne får den nødvendige instruktion i brug af hjælpemidler og behandlingsredskaber, uanset hvorfra hjælpemidlet eller behandlingsredskabet udleveres. Herunder fx beskrivelse af procedurer der præciserer, hvem der har ansvar for at give instruktionen i den givne situation. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne sikrer, at patienterne har let adgang til at få svar på spørgsmål vedrørende brug af hjælpemidler og behandlingsredskaber. Eksempelvis via kontaktpersoner eller en centraliseret hjælpemiddelrådgivning.

Krav nr. 5

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen.

Kravet skal medvirke til at sikre implementeringen af indholdet i aftalerne på hjælpemiddelområdet og en løbende vurdering af om sundhedsaftalen bidrager til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgerne på tværs af sektorer og myndhedsområder, jævnfør formålet med sundhedsaftaler.

Det har afgørende betydning for hele intentionen med sundhedsaftalerne, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne løbende følger og sikrer implementeringen af aftalerne på de enkelte indsatsområder. Kravet om opfølgning vedrører aftalens udmøntning på det operationelle niveau i den daglige praksis. Hensigten er at facilitere en kultur, hvor løbende kvalitetsudvikling på tværs af sektorer og myndhedsområder prioriteres, således at der er mulighed for at handle, hvis der er overgang mellem den kommunale og den regionale indsats, der kan styrkes fagligt eller organisatorisk.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at opfølgningen er organiseret og planlagt. Herunder beskrives dels indholdet af opfølgningen, fx opfølgningsmetode og valg af indikatorer, og dels tidsplan for opfølgningen.

5 Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

Forebyggelse og sundhedsfremme handler om sammenhænge mellem risikofaktorer og sygdomme, om livsstil og sundhedsadfærd og om de strukturelle rammer om menneskers liv.

Med kommunalreformen følger en ny opgavefordeling på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, og sundhedsloven præciserer dele af forebyggelsesområdet, som ikke tidligere har været reguleret af lovgivning. Forebyggelsen har hidtil været vægtet og udmøntet forskelligt lokalt. Med bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er der nu et grundlag for at lave klare aftaler på områder, der ikke har været reguleret hidtil.

Kommunen har med sin tætte kontakt til borgerne mulighed for at påvirke deres sundhed, såvel gennem de rammer kommunen danner om borgernes liv, som gennem de konkrete kontakter kommunen har med borgerne fx i hjemmepleje og den kommunale sundhedstjeneste. Regionen, dvs. sygehusvæsenet og praksissektoren, varetager opgaver i forbindelse med indlæggelser og behandling. Det betyder at de kommunale og regionale myndigheder må samarbejde om at sikre borgere og patienter rammer og tilbud, som kan give et sundt liv.

Ved opgaveløsningen inden for forebyggelse og sundhedsfremme må der på grund af områdets bredde trækkes på viden fra en bred vifte af videnskabelige traditioner. Det giver et meget komplekst og ujævnt videngrundlag for indsatsen. For eksempel findes der ret klar og sikker viden om hvilke risikofaktorer, der kan påvirke udviklingen af bestemte sygdomme, mens der stadig er behov for mere viden om, hvilke interventioner, der kan fastholde en sund livsstil, fx hvilke metoder der skal bruges, og hvordan indsatsen organiseres mest hensigtsmæssigt.

Antallet af danskere med kronisk sygdom vokser, og forekomsten af en række risikofaktorer er stadig høj i befolkningen. Det er derfor nødvendigt fremover at arbejde målrettet med forebyggelse og sundhedsfremme. Den eksisterende viden om risikofaktorenes betydning for folkesundheden er et vigtigt udgangspunkt for en indsats, som skal gøres, selvom videngrundlaget vedrørende metoder og organisering af indsatsen fortsat skal udbygges. Det betyder, at det på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet bliver specielt vigtigt at dokumentere, udvikle og kvalitetssikre forebyggelsesindsatsen, så der på sigt kan opnås mere viden om hvilke metoder og organisationsformer, der er særligt effektive.

Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsaftaler

Kommunerne har i henhold til sundhedsloven ansvaret for den forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats, der ikke foregår i tilknytning til behandling i sygehusvæsenet eller i praksissektoren. Kommunerne får hovedansvaret for at forebygge, at sygdom og ulykker opstår, dvs. varetage den såkaldte borgerrettede forebyggelse. Derudover får kommunerne ansvaret for at forebygge, at en eksisterende sygdom udvikler sig yderligere samt begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer til sygdommen. Denne såkaldte patientrettede forebyggelse skal bidrage til at optimere behandlingen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv.

Regionerne skal varetage den forebyggende indsats, som knytter sig til en given behandling. Regionernes opgaver bliver derfor primært knyttet til den patientrettede forebyggelse. I sundhedsloven er det derudover fastlagt, at regionen har tværgående opgaver inden for kvalitetssikring og udvikling af det forebyggende arbejde fx i form af rådgivning til kommunerne.

Der vil være en række fælles træk ved den kommunale og den regionale indsats. Blandt andet omfatter, såvel den patientrettede som den borgerrettede forebyggelse, en indsats overfor risikofaktorer som fx rygning, alkohol, kost og fysisk inaktivitet, og der anvendes i nogen udstrækning de samme metoder.

Sundhedsaftalerne skal omhandle samarbejdet om de forebyggelsesaktiviteter, der finder sted på tværs af region og kommuner. Dette tværgående samarbejde drejer sig primært om den patientrettede forebyggelse, som begge parter har ansvar for. Derudover skal parterne generelt samarbejde om at skabe kvalitet og sammenhængende forløb for de borgere og patienter, som bevæger sig på tværs af regionens og kommunens ansvarsområder.

Sundhedsaftalerne skal være med til at sikre, at den ydede forebyggelsesindsats på tværs af region og kommuner er sammenhængende, velkoordineret og systematisk. Denne sikring af sammenhæng og koordinering er særligt vigtig i forhold til mennesker med kroniske sygdomme, idet patienter med fx kronisk obstruktiv lungelidelse, hjerte-karsygdomme eller sukkersyge ofte er i kontakt med det behandlende sundhedsvæsen, samtidig med at de har brug for forebyggelsestilbud samt opfølgning og støtte til livsstilsændringer fra kommuner og/eller region.

5.1 Krav til indholdet i sundhedsaftaler om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

I bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er der i bilag 5 specificeret seks krav, der som minimum skal indgå i regionens aftale med de enkelte kommuner.

Aftalen skal beskrive følgende:

1. Arbejdsdelingen mellem regionens sygehuse, praksissektoren og kommunen i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.
2. Hvordan parterne sikrer sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.
3. Hvordan parterne sikrer dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.
4. Hvordan parterne sikrer, at indsatsen for patienter, med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse, koordineres i overensstemmelse med den faglige evidens og viden herom.
5. Hvordan parterne sikrer kronisk syge patienter kontakt med de relevante aktører i region og kommune, som forestår patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.
6. Hvordan parterne følger op på aftalen.

Krav nr. 1

Aftalen skal beskrive arbejdsdelingen mellem regionens sygehuse, praksissektoren og kommunen i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.

Kravet skal medvirke til at sikre, at det er tydeligt for alle, hvem der har ansvaret for driften af den patientrettede indsats, med henblik på at indsatsen er sundhedsfagligt dækkende og har et hensigtsmæssigt omfang.

Store dele af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats vil foregå på tværs af region og kommune. Kravet i bekendtgørelsen vedrører disse tværgående dele. Herudover er det vigtigt at være opmærksom på, at dele af den patientrettede indsats bliver varetaget af regionen alene, fx den patientrettede forebyggelse, der finder sted i samarbejdet mellem almen praksis og sygehusene.

Hvilke typer tilbud der skal gives, og hvad omfanget af den patientrettede indsats skal være, kan baseres på en afvejning af målgruppernes sundhedsmæssige behov og det valgte serviceniveau. Da både region og kommune har ansvar for den patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme, vil parterne skulle sikre, at typer og omfang af indsatser spiller sammen. I arbejdsdelingen mellem region og kommune

er der risiko for, at der kan opstå ventetider og flaskehalse. Det kan også ske, at der opbygges parallelle indsatser. Begge dele er uhensigtsmæssige for de patienter, som bevæger sig mellem almen praksis og sygehuse på den ene side og kommunens tilbud på den anden side.

Aftalen skal således beskrive, hvilke typer af patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser, der findes i kommunen samt regionalt, herunder på sygehuse og i praksissektoren, samt eventuel aftale med tredje part som fx apoteker. Herunder kan det fx beskrives hvilke risikofaktorer, der arbejdes med, og hvilke metoder der anvendes. Aftalen skal ligeledes beskrive, hvor ansvaret for den daglige drift af de patientrettede indsatser er placeret, herunder ansvar for at integrere den patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme i de løbende driftsopgaver i regionen og i kommunen. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne vil sikre, at der foreligger beskrivelser af de forskellige patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser med hensyn til omfang, målgruppe for indsatsen samt den konkrete placering af tilbuddet.

Krav nr. 2

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

Kravet skal medvirke til at sikre organisatorisk og sundhedsfaglig sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud med henblik på at etablere en samlet effektiv forebyggelsesindsats.

Det er afgørende, at den samlede forebyggelse varetages koordineret og sammenhængende. Der skal være et godt samspil mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud, både hvad angår tilbud som kommune og region hver især har ansvaret for, og hvad angår de forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser, som kommune og region skal indgå aftaler om. Dette samspil er vigtigt, fordi omdrejningspunktet er det samme for både den kommunale og den regionale forebyggelse og sundhedsfremme, nemlig de store risikofaktorer. Det er også vigtigt, fordi der ofte gøres brug af de samme metoder i de borgerrettede og de patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud. Endelig er det væsentligt at sikre, at der ikke opbygges parallelle eller mangelfulde systemer samt, at kompetencerne udnyttes optimalt.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne vil sikre sammenhæng ved overgange fra ét tilbud til et andet tilbud, samt hvordan der sikres sammenhæng mellem det sundhedsfaglige indhold i de kommunale og de regionale tilbud. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne vil sikre koordinering af kapacitet i de kommunale og regionale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud. Herunder fx sikre dialog og udveksling af information om forventet behov og om planlagt kapacitet i de enkelte tilbud. Aftalen skal også beskrive hvordan parterne sikrer, at relevant information om de forskellige tilbud er tilgængelige for professionelle, borgere og patienter.

Krav nr. 3

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.

Kravet skal medvirke til at sikre en løbende dialog med henblik på at optimere den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats på tværs af kommunerne og regionen.

Vidensgrundlaget for den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats er varieret, hvad angår metoder og organisering af indsatsen. Når dette sammenholdes med, at der både er nye opgaver samt nye aktører til varetagelsen, er det vigtigt, at parterne er i løbende dialog om tilrettelæggelse og udvikling af specifikke indsatser og metoder. Det er vigtigt, at implementeringen af patientrettede forebyggelsesindsatser sker systematisk, samt at udviklingen følges kontinuerligt med henblik på at opsamle viden og kvalitetssikre indsatsen. Dialogen mellem parterne skal medvirke til dette.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer en løbende dialog om tilrettelæggelse af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats samt om tilrettelæggelse af udviklingsarbejdet, herunder hvor ansvaret for at afdække og beskrive udviklingsbehov er placeret. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne sikrer en løbende dialog om kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats. Parterne kan i den sammenhæng fx beskrive de bidrag til tværgående opgaver, regionen forestår i samarbejde med kommunen, herunder rådgivning og kvalitetsarbejde.

Krav nr. 4

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer, at indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse koordineres i overensstemmelse med den faglige evidens og viden herom.

Kravet skal medvirke til at sikre en sammenhængende og fagligt velfunderet indsats med henblik på, at de rette patienter får de relevante tilbud på det rette tidspunkt i sygdomsforløbet.

En effektiv patientrettet forebyggelsesindsats kan medvirke til at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og medvirke til at mindske komplikationer. Det gælder dels sygdomme, som direkte er forårsaget af uhensigtsmæssig livsstil, men det gælder også en lang række andre sygdomme. En tidlig konstatering af behovet for forebyggende tilbud og en efterfølgende sammenhængende indsats er afgørende for effekten af den patientrettede forebyggelse.

En effektiv patientrettet forebyggelse kræver, at indsatsen udføres i overensstemmelse med den relevante faglige evidens og viden, og det gælder i hele patientforløbet. Det betyder, at indsatsen bl.a. skal baseres på eksisterende relevant viden om opsporing, om indhold i forebyggende tilbud samt om tilrettelæggelse og gennemførelse af konkrete patientrettede indsatser. Når indsatsen baseres på en fælles forståelse af den relevante faglige viden, kan det samtidig medvirke til, at indsatsen bliver sammenhængende.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer en systematisk afklaring af patienternes behov, herunder fx hvor ansvaret for gennemførelse af vurderingen er placeret, samt på hvilket fagligt grundlag vurderingen skal foretages. Og aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer, at de patientrettede indsatser bliver koordineret i overensstemmelse med de fastlagte behov og den faglige evidens og viden. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne sikrer koordination af indsatsen for den enkelte patient med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse. Herunder hvordan det sikres, at relevant information udveksles rettidigt mellem de relevante professionelle aktører, så forløbet bliver sammenhængende.

Krav nr. 5

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer kronisk syge patienter kontakt med de relevante aktører i region og kommune, som forestår patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

Kravet skal medvirke til at sikre, at kronisk syge patienter identificeres og får kontakt til relevante aktører med henblik på, at de tilbydes patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme.

En forudsætning for at opnå gode resultater med den patientrettede forebyggelse er, at der skabes kontakt til patienter, og at kontakten mellem patient og aktører vedligeholdes gennem hele forløbet. Det er vigtigt, fordi en effektiv patientrettet forebyggelsesindsats overfor kronisk syge forudsætter, at indsatsen er kontinuerlig, og at den inddrager patienten gennem hele forløbet.

Kronisk syge er i kontakt med sundhedsvæsenet i lange perioder, ofte resten af livet. Samtidig har de kronisk syge gavn af patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme, som både kan handle om risikofaktorer, om håndtering af sygdommen i det daglige og om relationer til netværk og rammer, som kan støtte en sund adfærd i hverdagen. Således udgør kontakten til de kronisk syge en fælles udfordring for kommuner og regioner, fordi disse patientgrupper ofte løbende har brug for indsatser og tilbud, som begge parter har ansvar for.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at kronisk syge får kontakt med de relevante aktører og tilbydes patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme. Det kan fx ske ud fra en beslutning om hvilke grupper af kroniske patienter, der skal have bestemte tilbud på et givet sygdomsstadium. Herunder kan det beskrives, hvordan parterne sikrer, at patienten informeres om relevante tilbud undervejs i patientforløbet. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne sikrer, at relevante aktører er let tilgængelige for dialog og spørgsmål fra kronisk syge patienter gennem hele forløbet.

Krav nr. 6

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen.

Kravet skal medvirke til at sikre implementeringen af indholdet i aftalerne på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet og en løbende vurdering af om sundheds-

aftalen bidrager til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgerne på tværs af sektorer og myndighedsområder, jævnfør formålet med sundhedsaftaler.

Det har afgørende betydning for hele intentionen med sundhedsaftalerne, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne løbende følger og sikrer implementeringen af aftalerne på de enkelte indsatsområder. Kravet om opfølgning vedrører aftalens udmøntning på det operationelle niveau i den daglige praksis. Hensigten er at facilitere en kultur, hvor løbende kvalitetsudvikling på tværs af sektorer og myndighedsområder prioriteres, således at der er mulighed for at handle, hvis der er overgange mellem den kommunale og den regionale indsats, der kan styrkes fagligt eller organisatorisk.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at opfølgningen er organiseret og planlagt. Herunder beskrives dels indholdet af opfølgningen, fx opfølgningsmetode og valg af indikatorer, og dels tidsplan for opfølgningen.

6 Indsatsen for mennesker med sindslidelser

Regionsråd og kommunalbestyrelser skal indgå aftaler om indsatsen for mennesker med sindslidelser, som omhandler de samarbejdsflader, der findes mellem regionen, der har myndighedsansvar for sygehusvæsenet og praksissektoren, og kommunen der har myndighedsansvar for den socialpsykiatriske indsats. Dette indsatsområde er komplekst, og er bl.a. karakteriseret ved at være meget tæt knyttet til mange områder, sygehusvæsenet, det sociale område samt undervisnings- og beskæftigelsesområdet m.fl. Det er derfor væsentligt, at der ved indgåelse af sundhedsaftalerne tænkes på tværs af sektorerne. Herunder på samspillet med rammeaftaler fastsat efter serviceloven.

Sundhedsaftalerne skal bidrage til at sikre kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med sindslidelser, der både har behov for et regionalt sundhedsvæsenstilbud, det vil sige et psykiatrisk behandlingstilbud herunder også tilbud fra praksissektoren, og behov for kommunale tilbud, som kan være sundhedsfaglige, sociale, beskæftigelses- og undervisningsmæssige tilbud, botilbud samt fritidstilbud mv.

Der har de seneste 10-15 år været enighed om den overordnede målsætning i indsatsen for mennesker med sindslidelser: At give et effektivt, let tilgængeligt og sammenhængende tilbud af høj kvalitet til personer med psykisk lidelse. Tilbuddet skal omfatte sundhedsfagligt og socialfagligt højt kvalificerede ydelser i alle faser af et behandlingsforløb fra den akutte sygdomsbehandling til den langvarige viderebehandling og rehabilitering, og ydelserne skal være tilpasset den enkelte patients skiftende behov. Koordinering og sammenhæng på tværs af sektorer er således et gennemgående krav. Principperne, om at tilbuddene skal være af mindst mulig indgribende karakter i relation til patientens integritet og selvbestemmelse, er ligeledes gældende. Disse principper er fastlagt i psykiatriloven, i aftaler mellem offentlige myndigheder samt i en række publikationer udsendt af de offentlige myndigheder. Der er således lang tradition for tværsektorielt samarbejde og etablering af samarbejdsaftaler på området. At det nu er obligatorisk at indgå sundhedsaftaler om indsatsen for mennesker med sindslidelser, skal medvirke til at sikre, at dette samarbejde forankres og videreudvikles.

Mennesker med sindslidelser er en heterogen gruppe omfattende lidelser af vidt forskellig karakter og med tilsvarende forskellige behov for ydelser. Herunder mennesker: med organisk betingede lidelser, med sindslidelser tillige med et misbrug, såkaldt dobbeltdiagnosepatienter, med psykoser og affektive lidelser i form af kronisk eller episodisk sindssygdom, med angst- og tvangslidelser, med personlighedsforstyrrelser, med psykiske lidelser forbundet med oligofreni, med psykiske forstyrrelser, der specielt relaterer sig til barndommen, herunder adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser samt mennesker med specifikke og gennemgribende udviklingsforstyrrelser. Det er derfor væsentligt at tage udgangspunkt i, at den enkelte borger, afhængig af karakteren og konsekvenserne af sindslidelsen, i varierende grad og udstrækning har behov for en specifik sundhedsmæssig og social indsats samt en bred vifte af andre kommunale tilbud.

Sundhedsaftalen skal således omfatte indsatsen for mennesker med forskellige sindslidelser, der kan være i forskellige faser af sygdomsforløbet. Aftalen skal omfatte indsatsen for alle aldersgrupper, dvs. den skal omfatte såvel børn som unge og voksne.

Den regionale psykiatriindsats omfatter: diagnostik og behandling på sygehusafdelinger, ambulans behandling i distriktpsychiatri, udgående teams, akutfunktioner herunder fx psykiatrisk skadestue samt indsatsen, som ydes i praksissektoren. Den kommunale indsats omfatter typisk sociale støtteordninger, botilbud samt beskæftigelse mv. Indsats med henblik på stabilisering og rehabilitering mv. indgår som en integreret del af indsatsen i sygehusvæsenet, men dette er også væsentlige elementer i den opfølgende kommunale indsats. Der kan således være glidende overgange mellem den kommunale og den regionale indsats.

I relation til samarbejdspartnere skal det bemærkes, at for mennesker med sindslidelser, der er idømt en foranstaltning, indgår også kriminalforsorgen med et ansvar for opgaveløsningen.

6.1 Krav til indholdet i sundhedsaftaler om indsatsen for mennesker med sindslidelser

I bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er der i bilag 6 specificeret syv krav, der som minimum skal indgå i regionens aftale med de enkelte kommuner.

Aftalen skal beskrive følgende:

1. Den nærmere arbejdsdeling mellem region og kommuner i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser, herunder på børne- og ungeområdet samt for mennesker med en kendt sindslidelse som tillige har et misbrug (dobbeltdiagnosepatienter).
2. Hvordan parterne sikrer koordinering mellem den sundhedsfaglige indsats og den socialt faglige indsats, herunder fastlægger hvem, der i en given situation er ansvarlig for at tage et initiativ.
3. Hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles til patienten og mellem sygehus, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med indlæggelse og udskrivning fra sygehus, og at parterne er let tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.
4. Hvordan parterne sikrer, at der i forbindelse med udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af patientens samlede behov sammen med patienten og relevante aktører, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.
5. Hvordan parterne sikrer, at der foretages en vurdering af behov for indsats i forhold til børn i familier, hvor der er et menneske med en sindslidelse, samt at ansvaret for varetagelse af disse behov fastlægges.
6. Hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser.
7. Hvordan parterne følger op på aftalen.

Krav nr. 1

Aftalen skal beskrive den nærmere arbejdsdeling mellem region og kommuner i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser, herunder på børne- og ungeområdet samt for mennesker med en kendt sindslidelse som tillige har et misbrug (dobbeltdiagnosepatienter).

Kravet skal medvirke til at sikre, at parternes gensidige forventninger til ansvar for opgaveløsningen samt den enkelte aktørs rolle og opgaver klargøres og beskrives. Endvidere skal aftalepunktet medvirke til at skabe gennemsækelighed for aktørerne på området, herunder brugerne.

Lovgivningen fastsætter den grundlæggende arbejdsdeling på psykiatriområdet. En lang række opgaver går imidlertid på tværs af myndighedsområder, og der er mulighed for forskellige grader af integration i opgaveløsningen, ligesom der er mulighed for at aftale særlige arbejdsdelinger, fx på misbrugsområdet. Erfaringsmæssigt kan der specielt på børne- og ungeområdet være afgrænsningsproblemer mellem den forebyggende kommunale indsats overfor børn med psykiske problemer og diagnostik samt sygdomsbehandling. Det er karakteristisk for børneområdet, at der er behov for en bred tværfaglig indsats ved udredning af problemernes karakter og i forbindelse med løsningerne, samt at der er mange forskellige instanser involveret.

På en række områder er der erfaringer med systematisk implementerede arbejdsdelinger mellem parterne, hvorimod ansvars – og arbejdsdelingen på andre områder ikke i tilsvarende grad er beskrevet. Det sidste er fx tilfældet for indsatsen overfor mennesker med sindslidelser, som tillige har et misbrug, såkaldte dobbeltdiagnosepatienter. Med kommunernes overtagelse af myndighedsansvaret for den lægelige behandling på misbrugsområdet vil der skulle beskrives og findes nye former for samarbejde og arbejdsdeling.

I forbindelse med aftalerne om arbejdsdeling skal parterne også forholde sig til, hvordan der sikres tilbud til alle relevante målgrupper, samt til hvordan henvisnings- og henvendelsesmuligheder sikres uden for ”almindelig åbningstid”, med henblik på at de akutte situationer og behov, som erfaringsmæssigt præger indsatsen for mennesker med sindslidelser, kan varetages hele døgnet. Behovet for tilbud kan med fordel belyses i fællesskab ud fra erfaringerne i henholdsvis sygehusvæsenet, praksissektoren og kommunen, mens ansvaret for tilbuddene påhviler den part, der har myndigheds- og finansieringsansvaret for opgaven.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne vil sikre, at arbejdsdelingen på området foreligger velbeskrevet og aftalt mellem parterne. Det gælder såvel indsatsen for børn, unge og voksne med sindslidelser samt specifikt for dobbeltdiagnosepatienter. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne vil sikre, at der udarbejdes en oversigt over arbejdsdelingen indeholdende oversigt over relevante tilbud i region og kommuner, herunder hvor myndighedsansvaret er placeret, samt hvordan parterne vil sikre kendskab til denne oversigt samt kendskab til eventuelle aftaler om gensidig bistand i forhold til fx supervision, konsulentstøtte og uddannelse mv.

Krav nr. 2

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer koordinering mellem den sundhedsfaglige indsats og den socialt faglige indsats, herunder fastlægger hvem, der i en given situation er ansvarlig for at tage et initiativ.

Kravet skal medvirke til at sikre, at indsatsen overfor det sindslidende menneske på ethvert tidspunkt i et forløb er tilstrækkeligt koordineret, og at der for alle aktører, herunder den sindslidende selv og dennes pårørende, er klarhed over, hvem der har ansvaret for at varetage koordinationen.

De ofte komplekse problemstillinger og langvarige forløb stiller store krav til koordinering af indsatsen. Kronisk eller langvarigt psykisk syge vil med vekslende mellemrum have skiftende behov, og perioder præget af indlæggelser kan veksle med mere stabile perioder. I mange tilfælde er det vanskeligt at forudse behovene, hvilket stiller særligt store krav til fleksibilitet og koordinering. Der vil således på skift kunne foreligge behov for indsats fra det ene eller det andet myndighedsområde eller fra begge samtidig, men med forskellig intensitet. Da der samtidig er tale om høj grad af tværfaglighed og tværsektoriel indsats, er det væsentligt for koordineringen, at der aftales retningslinjer for samarbejde, samt at der i retningslinierne tages højde for særligt komplicerede koordinations spørgsmål. Det er ved koordinering af indsatsen ligeledes vigtigt, at den enkelte borgers ret til selvbestemmelse og inddragelse i beslutninger respekteres.

Der er mange aktører, og der er erfaring for at koordineringen fremmes ved, at der for specifikke områder findes koordinerende fora, hvor relevante aktører mødes regelmæssigt. Det gælder fx i forhold til psykisk syge, der er dømt til behandling, hvor der med fordel kan udarbejdes samarbejdskataloger med henblik på at sikre koordinering af forebyggelses-, behandlings- og støtteindsatsen.

For det enkelte forløb er det af afgørende betydning, at det er helt klart, hvem der i en given situation har pligt til at tage initiativet til koordinering på tværs af faggrænser, sektorer og myndigheder.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at der sker koordinering mellem indsatsen på det sundhedsfaglige og det socialt faglige område, samt hvordan parterne sikrer, at det for tværgående forløb er beskrevet, hvor initiativforpligtelsen til koordinering af indsatserne, i det enkelte patientforløb, ligger.

Krav nr. 3

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles til patienten og mellem sygehus, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med indlæggelse og udskrivning fra sygehus, og at parterne er let tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.

Kravet skal medvirke til at sikre, at alle aktører har informationerne, der er relevante for den fortsatte opgavevaretagelse på ethvert tidspunkt i forløbet. Desuden skal aftalepunktet sikre, at den sindslidende og de pårørende ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om sygdomsforløbet og det videre forløb.

For borgere, som skal vurderes og eventuelt indlægges på sygehus, og som modtager ydelser fra kommunen, kan det være vigtigt, at sygehuset modtager oplysninger fx om situationen op til indlæggelsen, særlige belastninger, borgerens normale funktionsniveau og særlige behov mv. Det kan også have betydning, at få oplysninger om borgeren fx modtager revalideringsydelser.

Et velkoordineret forløb forudsætter, at såvel borgeren selv som eventuelle øvrige aktører er informerede om behandlingsplanen eller andre beslutninger om det videre forløb. I forbindelse med udskrivning fra sygehus er informationer om udskrivningsplanen eller eventuelle overvejelser om en koordinationsplan i henhold til psykiatriloven væsentlige.

For nogle sygdomsgrupper eksisterer der generelle aftaler om patientforløb, men under alle omstændigheder er det vigtigt, ved det enkelte patientforløb, at fastlægge hvilken information der skal formidles videre til aktørerne, for at opgavevaretagelsen bliver koordineret og sammenhængende. Ofte har oplysninger fra forskellige aktører omkring patienten væsentlig betydning for indlæggelsesforløbet. Det gælder fx oplysninger fra kommunens sundhedspleje, pædagogisk psykologisk rådgivning, samt institutions- eller skolepersonale i forbindelse med indlæggelse af børn. Der kan også være tale om betydningsfulde oplysninger fra kommunale institutioner, som borgeren har kontakt med eller bor på.

Borgeren har ret til information om hele sygdomsforløbet, og det skal under hele forløbet være let for borgeren at få den relevante og nødvendige information, uanset hvilken myndighed der har ansvaret. Videregivelse af information skal leve op til sundhedslovens og forvaltningslovens bestemmelser om informeret samtykke.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles mellem de relevante aktører i forbindelse med indlæggelse, herunder også ved akut indlæggelse. Aftalen skal ligeledes beskrive, hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles rettidigt til patienten, den praktiserende læge, kommunen og andre relevante aktører i forbindelse med udskrivning fra sygehus. Herunder fx beskrivelse af procedurer, der præciserer, hvor ansvaret for formidlingen af information er placeret, målgrupper for informationen, samt krav til informationens indhold og tidspunkt for formidlingen. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne sikrer, at de relevante aktører er let tilgængelige for dialog og spørgsmål fra patienten

Krav nr. 4

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer, at der i forbindelse med udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af patientens samlede behov sammen med patienten og relevante aktører, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.

Kravet skal 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 er sammenhæng i forløbet.

I forbindelse med udskrivelse efter en kortere eller længere indlæggelse vil den diagnostiske og behandlingsmæssige indsats, der er foretaget i sygehusvæsenet, skul-

le følges op eller understøttes af andre og supplerende initiativer. Det kan dreje sig om helt basale behov som forsørgelse eller bolig, men også anden understøttende indsats i relation til stabilisering og rehabilitering, herunder fx at iværksætte en socialfaglig eller beskæftigelsesrettet indsats, fx en jobplan, overfor den enkelte patient, hvilket involverer kommunen og det lokale jobcenter. I denne sammenhæng er det væsentligt, at kommunen allerede i henhold til serviceloven, skal tilbyde at udarbejde en handleplan for den enkelte patient. Ofte vil patienten fortsat blive fulgt ambulant fx i distriktpspsykiatrien eller hos praktiserende læge samtidig med, at de øvrige indsatser skal iværksættes.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at der sammen med patienten foretages en systematisk og rettidig afklaring af patientens behov ved udskrivning, herunder hvordan parterne sikrer, at de relevante parter informeres og inddrages i drøftelser omkring problemer og løsninger. For eksempel ved at parterne præciserer: hvor ansvaret for at foretage vurderingen er placeret, generelle procedurer for inddragelse af relevante parter, samt hvad der skal indgå i vurderingen og hvornår vurderingen skal ske. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne sikrer varsling og koordinering mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivning, når indsatsen, der er foretaget i sygehusvæsenet, skal følges op eller understøttes af andre og supplerende initiativer.

Krav nr. 5

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer, at der foretages en vurdering af behov for indsats i forhold til børn i familier, hvor der er et menneske med en sindslidelse, samt at ansvaret for varetagelse af disse behov fastlægges.

Kravet skal medvirke til at sikre, blandt andet ud fra et forebyggelsesperspektiv, at børn, der vokser op i en familie med sindslidende forældre, i videst muligt omfang får en barndom med omsorg, social kontakt og udviklingsmuligheder.

Et menneske med sindslidelse kan, midlertidigt eller eventuelt mere permanent, have behov for støtte og aflastning i varetagelsen af forældreopgaven. For at barnet ikke i praksis, selv står med ansvaret for forældrene og for opfyldelse af familiens basale behov, er det af afgørende betydning, at alle parter, på ethvert tidspunkt i forbindelse med indsats for sindslidende mennesker, er opmærksomme på at vurdere, om der er brug for en særlig indsats overfor børn i familien. Søkende til sindslidende børn og unge kan også have behov for særlig støtte. I forbindelse med akutte indlæggelser er der særlige behov omkring omsorg, basale daglige behov, information til omgivelserne mv. der skal varetages, men ansvaret for den langsigtede indsats overfor disse børn skal også varetages. Ved konkretiseringen af eventuelle behov for en særlig indsats, skal den enkelte familie som udgangspunkt inddrages.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at der foretages en vurdering af behov for indsats i forhold til børn i familier, hvor der er et menneske med sindslidelse. Herunder fx sikrer procedurer for familieanamnese, samt præciserer hvor ansvaret for at foretage behovsvurderingen er placeret. Aftalen skal ligeledes beskrive, hvordan parterne vil sikre, at det er beskrevet, hvor ansvaret, for at varetage eventuelle behov for indsats i forhold til børn, ligger. Således at der ikke er tvivl om, hvem der har forpligtigelse til at handle, såvel generelt som i akutte situationer, hvad enten det angår forpligtigelse til underretning eller iværksættelse af indsats.

Derudover bør aftalen også beskrive, hvordan parterne sikrer, at der findes tilgængelige beskrivelse af familiestøttetilbud og henvendelsesmuligheder.

Krav nr. 6

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser.

Kravet skal medvirke til at sikre, at der er en afbalanceret kapacitet af relevante indsatser til rådighed døgnet rundt, således at indsatsen for mennesker med sindslidelser bliver sammenhængende og uden afbrydelser i det planlagte forløb.

I relation til psykiske lidelser er det væsentligt, at de relevante tilbud om støtte, kontakt og faglig vurdering er tilgængelige døgnet rundt og hele året, både når det gælder sundhedsmæssige og sociale problemer. Det er endvidere væsentligt, at der er mulighed for at give et relevant tilbud inden for en kort tidshorisont, medens patienten er motiveret for indsatsen. Der er kapacitetsproblemer især på børne- og ungeområdet, og der foretages løbende udbygning af behandlingstilbuddene på dette område. Koordinerede drøftelser af behov, muligheder, opgaveløsninger mv. er således væsentlige for en effektiv planlægning og styring af kapaciteten. På det sociale område og på undervisningsområdet efterspørges større gennemsigthed med hensyn til mulige tilbud og kapacitet, og en koordinering med disse områder er også væsentlig. Det skal bemærkes, at kapacitet både har en kvantitativ og en kvalitativ dimension, således at det eksisterende antal pladser i et tilbud indgår ved vurdering af kapaciteten, men tillige hermed også personaleressourcer, personalekvalifikationer mv.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer effektiv planlægning og styring af kapaciteten i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser. Herunder beskrive hvordan parterne sikrer dialog og udveksling af informationer om parternes tilbud, fx information om indhold, forventet efterspørgsel og planlagt kapacitet i tilbuddene. Derudover skal aftalen beskrive, hvordan parterne sikrer en løbende opfølgning af den samlede kapacitet samt en tværsektoriel drøftelse af eventuelle kapacitetsproblemer.

Krav nr. 7

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen.

Kravet skal medvirke til at sikre implementeringen af indholdet i aftalerne vedrørende indsatsen for mennesker med sindslidelser og en løbende vurdering af om sundhedsaftalen bidrager til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgerne på tværs af sektorer og myndhedsområder, jævnfør formålet med sundhedsaftaler.

Det har afgørende betydning for hele intentionen med sundhedsaftalerne, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne løbende følger og sikrer implementeringen af aftalerne på de enkelte indsatsområder. Kravet om opfølgning vedrører aftalens udmøntning på det operationelle niveau i den daglige praksis. Hensigten er at facilitere en kultur, hvor løbende kvalitetsudvikling på tværs af sektorer og myndig-

hedsområder prioriteres, således at der er mulighed for at handle, hvis der er overgang mellem den kommunale og den regionale indsats, der kan styrkes fagligt eller organisatorisk.

Aftalen skal således beskrive, hvordan parterne sikrer, at opfølgningen er organiseret og planlagt. Herunder beskrives dels indholdet af opfølgningen, fx opfølgningsmetode og valg af indikatorer, og dels tidsplan for opfølgningen.