

# Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler – revision 2013

Udkast til referencegruppen med indarbejdede kommentarer fra høringsen

---

## **1 Indledning**

Rammerne for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, BEK nr. XXX af xx.12.2013.

I henhold til bekendtgørelsens § 8 udarbejder Sundhedsstyrelsen *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, herunder de nærmere rammer og procedurer for indsendelse af sundhedsaftaler til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Denne vejledning træder i kraft den 1. januar 2014 og erstatter Sundhedsstyrelsens tidligere vejledning fra 2009.

Formålet med Sundhedsstyrelsens vejledning er at give en uddybende vejledende beskrivelse af sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og dermed at bidrage til tilrettelæggelsen af opgaven vedrørende sundhedsaftaler i regioner og kommuner. Derudover angives procedurer for, hvordan sundhedsaftalerne godkendes i henhold til bekendtgørelsens og vejledningens krav til aftalernes indhold.

Målgruppen for vejledningen er politikere og planlæggere i kommuner og regioner samt almen praksis, der er involveret i udarbejdelsen af sundhedsaftaler.

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

Vejledningen er tilrettet på baggrund af ændringer i sundhedsloven og bekendtgørelsen, herunder dels at der fremover kun skal udarbejdes én sundhedsaftale i hver region, dels at der er fastsat nye obligatoriske indsatsområder for sundhedsaftalerne. Endvidere at sundhedsaftalen er en politisk aftale, som skal tage afsæt i konkrete målsætninger med henblik på at sikre større kvalitet og ensartethed i det tværsektorielle arbejde, ligesom der er fokus på at styrke implementeringen af og indføre en mere systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne.

Sundhedskordinationsudvalget får med den nye bekendtgørelse en styrket rolle i forhold til at udarbejde udkast til sundhedsaftalen og at understøtte, at regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen kan godkende aftalen.

Ændringen i vejledningen tager udgangspunkt i behovet for at sikre en fortsat udvikling af borgernære sundhedstilbud, som skal kunne håndtere flere og mere komplekse opgaver. Der er i den forbindelse fokus på at sikre mere integreret samarbejde mellem almen praksis og kommunale tilbud og på at sikre større sammenhæng for patienter, som har samtidige forløb i flere sektorer, herunder særligt patienter med psykisk sygdom, de ældre medicinske patienter og patienter med kronisk sygdom.

Endvidere tager vejledningen udgangspunkt i behovet for en ligestilling af psykiatri og somatik, ligesom der er fokus på, at mange patienter har både somatiske og psykiske sygdomme. Denne ligestilling af det psykiatriske og det somatiske område kommer i vejledningen til udtryk ved, at psykiatrien ikke som tidligere har sit eget indsatsområde, men derimod – på lige fod med somatikken – beskrives under de enkelte indsatsområder.

Endelig tager ændringerne udgangspunkt i ønsket om en styrket inddragelse af patienter og pårørende i det danske sundhedsvæsen. Dette gælder både den enkelte patients mulighed for at få indflydelse på eget forløb og borgernes generelle mulighed for at få indflydelse på organisering og udvikling af sundhedsvæsenet via aktiv brugerinddragelse.

## **2 Sundhedskordinationsudvalg**

Sundhedskordinationsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsniveau, herunder understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen.

Bekendtgørelsens §§ 1-3 beskriver sundhedskordinationsudvalgets sammensætning, rammerne for udvalgets arbejde samt en række konkrete opgaver, som tillægges udvalget. Det fremgår heraf, at udvalget består af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunekontaktrådet (KKR) i regionen samt Praktiserende Lægers Organisation i regionen (PLO-regionalt).

Det er således ikke alle kommuner, der har direkte repræsentation i sundhedskordinationsudvalget, og de enkelte kommuner kan have forskellige ønsker til samarbejdet med regionen. Dette understreger behovet for, at kommunerne fx via KKR lægger en fælles linje i regionalpolitiske spørgsmål og drøfter og koordinerer deres arbejde i forhold til sundhedskordinationsudvalget og sundhedsaftaler.

Sundhedskordinationsudvalget kan jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 4 nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper blandt andet med henblik på faglig rådgivning fra sygehuse, almen praksis eller kommuner. I den forbindelse er det relevant også at inddrage andre relevante aktører som fx private sygehuse, apotekersektoren, den øvrige praksissektor<sup>1</sup> samt andre forvaltningsområder, ligesom brugere kan inddrages i relevante arbejdsgrupper.

---

<sup>1</sup> *Praksissektoren*: Anvendes i denne vejledning som fællesbetegnelse for alle praktiserende faggrupper inkl. almen praksis, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter, psykologer, tandlæger og tandplejere med mindre andet angives

Sundhedskordinationsudvalget skal jf. sundhedslovens § 204, stk. 3 systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i deres drøftelser. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer.

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

Regionen varetager sekretariatsfunktionen for sundhedskordinationsudvalget.

## *2.1 Udarbejdelse af udkast til én fælles sundhedsaftale*

Sundhedskordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3 udarbejde udkast til én fælles sundhedsaftale og skal i den forbindelse understøtte, at regionsrådet og alle regionens kommunalbestyrelser kan godkende aftalen.

De nærmere krav til sundhedsaftalen fastlægges i bekendtgørelsens § 4, og behandles i denne vejlednings kapitel 3- 5. Her beskrives de fire obligatoriske indsatsområder, som sundhedsaftalen skal omfatte, samt en række tværgående temaer, som sundhedsaftalen i relevant omfang skal tage udgangspunkt i.

Sundhedskordinationsudvalget bør i forbindelse med udarbejdelsen af udkastet til sundhedsaftale sikre en inddragende proces, hvor der særligt skal være fokus på at inddrage de kommuner, som ikke har plads i udvalget.

## *2.2 Fastlæggelse af konkrete målsætninger*

Sundhedskordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 2 i udkastet til sundhedsaftalen opstille fælles, konkrete målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet i regionen samt for de enkelte obligatoriske indsatsområder.

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

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

Regeringen, Danske Regioner og KL har fastsat fire fælles mål for den patientrettede forebyggelsesindsats, som skal omsættes i mere konkrete målsætninger mellem regioner og kommuner. Målene er rettet mod nedbringelse af antallet af forebyggelige og u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser samt nedbringelse af antallet af færdigbehandlede patienter, som optager en seng på sygehusene<sup>[1]</sup>.

---

<sup>[1]</sup> Fastsat af regeringen, KL og Danske Regioner ved økonomiaftalerne for 2014

### *2.3 Implementering og opfølgning på sundhedsaftalen*

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 3 udarbejde en plan for implementering af sundhedsaftalen og følge op på aftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at der i økonomiforhandlingerne og andre nationale aftaler samt i ny lovgivning kan fastsættes nye krav til sundhedsaftalen, som skal indarbejdes i en revideret aftale.

Parterne er hver i sær forpligtede til at implementere sundhedsaftalen i egen organisation. Sundhedskoordinationsudvalgets plan for implementering skal sikre de fornødne aftaler mellem parterne med henblik på koordinering af implementeringsindsatserne og eventuelt igangsætning af fælles initiativer.

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

### *2.4 Vurdering af udkast til regionens sundhedsplan*

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

Praksisplanen vedrørende almen praksis skal jf. sundhedslovens § 206 a, stk. 2<sup>2</sup> inden vedtagelsen forelægges for sundhedskoordinationsudvalget. Praksisplanen er et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernetnumre.

Sundhedskoordinationsudvalget kan tilsvarende vurdere udkast til kommuners sundhedspolitik i det omfang, at sådanne politikker foreligger.

I forlængelse heraf vil det være hensigtsmæssigt, at regionen og kommunerne løbende orienterer sundhedskoordinationsudvalget om væsentlige ændringer på sundhedsområdet og tilgrænsende områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet samt om de sundhedsmæssige konsekvenser heraf.

### *2.5 Drøftelse af øvrige relevante emner*

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 5 i øvrigt drøfte emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud,

---

<sup>2</sup> Sundhedslovens §§ 204 og 206a forventes at træde i kraft inden udgangen af 2013.

samt eventuelt private klinikker og andre leverandører, som leverer offentligt finansierede sundhedsydelser.

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

Udvalget kan derudover hensigtsmæssigt drøfte problemstillinger i relation til sundhedsaftalens indsatsområder, som ofte giver anledning til uoverensstemmelser mellem parterne.

Endvidere kan udvalget hensigtsmæssigt drøfte den samlede indsats på tværs af indsatsområderne for udvalgte målgrupper samt særlige fælles indsatser rettet mod udvalgte risikofaktorer, kroniske sygdomme, målgrupper og arenaer (fx hospitaler, skoler, arbejdspladser m.v.).

Endelig skal udvalget drøfte koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.

## *2.6 Information af sundhedskoordinationsudvalg i de øvrige regioner*

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 6 informere sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordineringen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner.

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

## **3 Sundhedsaftalen**

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, som indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, hvori der fastsættes rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne på fire indsatsområder indenfor sundhedsområdet. Som led i sundhedsaftalen udarbejdes en administrativ aftale, der konkretiserer den politiske aftale og fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

I bekendtgørelsens § 4, stk. 1 er der fastlagt fire indsatsområder, som er obligatoriske og skal indgå i sundhedsaftalen. Kravene til sundhedsaftalen i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder fremgår af denne vejlednings kapitel 4 og 5.

### 3.1 Formål

Formålet med sundhedsaftalen er at bidrage til sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, som omfatter borgere med somatiske og psykiske sygdomme, og som går på tværs af de to myndhedsområder; region og kommuner. Målet er, at den enkelte borger tilbydes en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud. Aftalen bør derudover omfatte samarbejdet mellem sygehuse og praksissektoren, herunder særligt almen praksis, selv om det er inden for samme myndhedsområde, hvis det er relevant for samarbejdet med kommunen.

Derudover er sundhedsaftalen en oplagt ramme for at sikre sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Parterne bør i den forbindelse så vidt muligt koordinere sundhedsaftalen med andre aftaler<sup>3</sup>, som har betydning for aktiviteterne på relevante områder for at skabe sammenhængende forløb.

### 3.2 Sundhedsaftalens parter

Sundhedsaftalen indgås mellem regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen.

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

Kommunalbestyrelserne har myndighedsansvaret for det kommunale sundhedsområde, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har kommunalbestyrelserne myndighedsansvaret for det sociale område, som er omfattet af sundhedsaftalen i flere af de obligatoriske indsatsområder, samt for beskæftigelses- og undervisningsområdet, der bør inddrages i relevante dele af sundhedsaftalen.

Almen praksis er ikke en aftalepart, men er en særdeles vigtig aktør i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen. Almen praksis' rolle i sundhedsaftalearbejdet sker gennem repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget, og det forudsættes, at sundhedskoordinationsudvalget inddrager den fornødne almenmedicinske fagkundskab i udarbejdelsen af sundhedsaftalen.

Der er for så vidt angår almen praksis' rolle i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen en tæt sammenhæng med praksisplanen for almen praksis. Praksisplanen er således et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommuner og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre.

---

<sup>3</sup> Andre relevante aftaler kan være rammeaftalerne på social- og undervisningsområdet samt aftaler om kommuner og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension

Almen praksis er i henhold til sundhedslovens § 57 b, stk. 2<sup>4</sup>, forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen. De opgaver, som almen praksis jf. sundhedsaftalen forpligtes til at udføre, skal beskrives i praksisplanen for almen praksis og følges op af underliggende aftaler mellem kommuner, region og Praktiserende Lægers Organisation i regionen om vilkårene for de praktiserende lægers forpligtelse i det omfang, at opgaverne ikke i forvejen er en del af overenskomsten.

Den øvrige praksissektor er ligeledes ikke en aftalepart, men konkrete praksisområder kan have en rolle i udarbejdelsen af og gennemførelsen af aftalen på udvalgte indsatsområder.

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

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

### *3.3 Målgrupper*

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

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

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

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

### *3.4 Aktører*

---

<sup>4</sup> Denne bestemmelse vil blive sat i kraft senest den 1. september 2014. Opgaver, som måtte følge af sundhedsaftaler indgået før § 57 b, stk. 2 træder i kraft, reguleres ikke af § 57 b, stk. 2 med mindre, der er enighed om, at dette er tilfældet, og der dermed indgås en underliggende aftale med almen praksis om at følge eventuelle forpligtelser

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

Det er inden for de enkelte indsatsområder forskelligt, hvilke aktører som er relevante at omfatte af sundhedsaftalen. Sygehuse, kommunale tilbud samt almen praksis er dog relevante på alle indsatsområderne. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at sygehuse omfatter både stationære, ambulante og udgående funktioner, og at kommunale tilbud omfatter en række forskellige funktioner inden for både forebyggelse, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering.

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

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

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

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

### *3.5 Supplerende aftaler*

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

Formålet med supplerende aftaler kan være at tage højde for lokale forhold inden for den enkelte region fx i forhold til lokale udviklingsprojekter og udfordringer.

Supplerende aftaler er af frivillig karakter og kan ikke træde i stedet for eller have forrang for sundhedsaftalen mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne. Supplerende aftaler kan indgås løbende.

### *3.6 Forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler*

Som led i sundhedsaftalen kan der aftales udarbejdelse af forløbsprogrammer og andre samarbejdsaftaler, som kan håndtere samarbejdet i patientforløb, der omfatter indsatser på tværs af sundhedsaftalens indsatsområder.

Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats for en afgrænset patientgruppe, herunder både forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering. Det kan være relevant at udarbejde forløbsprogrammer for større patientgrupper med kronisk sygdom.



Samarbejdsaftaler beskriver arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører fx i relation til en konkret patientgruppe. Det kan være relevant at udarbejde samarbejdsaftaler i forhold til mindre patientgrupper, hvor der er en tværsektoriel udfordring.

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

### *3.7 Sundhedsaftalens form*

Der stilles ikke krav til sundhedsaftalens form. Sundhedskoordinationsudvalget kan selv beslutte, om det vil beskrive aftalen samlet eller opdelt i flere dokumenter, ligesom aftalen kan beskrives på tværs af de obligatoriske indsatsområder i det omfang, det er relevant.

Inden for de enkelte indsatsområder kan sundhedsaftalen opdeles i forhold til det psykiatriske henholdsvis det somatiske sundhedsområde, men i den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at mange patienter har både somatiske og psykiske sygdomme.

### *3.8 Sundhedsaftalens gyldighedsperiode*

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

Sundhedsaftalen er gældende indtil en ny aftale træder i kraft.

## **4 Obligatoriske indsatsområder**

Bekendtgørelsens § 4, stk. 2 fastlægger fire obligatoriske indsatsområder for sundhedsaftalen.

Formålet med sundhedsaftalen på de fire indsatsområder fremgår af dette kapitel. Aftalen skal i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder i relevant omfang tage udgangspunkt i de tværgående temaer, som beskrives i kapitel 5.

Referencer til love, bekendtgørelser og vejledninger m.m., som er relevante i forhold til sundhedsaftalen på de enkelte indsatsområder, findes i slutningen af vejledningen.

Sundhedsaftalen skal i forhold til alle fire indsatsområder omfatte både det somatiske og det psykiatriske område. Der skal endvidere tages højde for, at mange patienter har både somatisk og psykisk sygdom og/eller funktionsevnededsættelse.

Mange patienter har forløb, der omfatter flere indsatsområder samtidig eller i forlængelse af hinanden, og aftalen bør derfor understøtte patientforløb på tværs af indsatsområderne. Dette gælder

særligt indsatsområde 1-3 vedrørende forebyggelse, behandling og pleje samt genoptræning og rehabilitering.

Indsatsområde 4 vedrørende sundheds-it og digitale arbejdsgange har blandt andet til formål at understøtte sundhedsaftalen på indsatsområde 1-3.

#### 4.1 Indsatsområde 1: Forebyggelse

Det overordnede formål med indsatsområdet er, at alle borgere med behov herfor tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet.

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

- Effektive, tilgængelige og målrettede forebyggelsesforløb<sup>5</sup> til borgere med behov herfor, herunder borgere med kronisk sygdom, borgere med nedsat funktionsevne, ældre borgere samt socialt udsatte borgere
- Forebyggelsesindsatser i forbindelse med behandlings- og rehabiliteringsforløb og forud for planlagt operation
- Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge samt svangreomsorg, herunder til borgere med særlige behov
- Forebyggelses- og behandlingstilbud til borgere med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler samt deres familier

Tidlig opsporing og indsats over for psykisk sygdom samt afdækning og opfølgning af behov for forebyggelse af risikofaktorer og somatisk sygdom hos patienter med psykisk sygdom

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

At aftalen fastlægger rammen for udmøntningen af regionens forpligtelse til at tilbyde rådgivning i forhold til kommunernes forebyggelsesindsats, herunder indholdet af rådgivningen. I den forbindelse kan aftaler om rådgivning vedr. hygiejne hensigtsmæssigt indgå

- At aftalen bidrager til at sikre let tilgængelig information om forebyggelsestilbud til alle aktører og borgere
- At aftalen understøtter, at medarbejdere i alle sektorer har de fornødne kompetencer til at identificere borgere med behov for forebyggende indsats og til at udnytte forebyggelsespotentialet

---

<sup>5</sup> Forebyggelsesforløb omfatter opsporing, information, registrering, motivation og forebyggelsestilbud (herunder henvisning til)

i relevante borger- og patientkontakter

- At aftalen understøtter tilvejebringelse af ny viden om effektive forebyggelsesmetoder, herunder om implementering af vidensbaserede interventioner

## 4.2 *Indsatsområde 2: Behandling og pleje*

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

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

- Behandlings- og plejeforløb til borgere med somatiske og/eller psykiske sygdomme, hvor indsatsen leveres på tværs af kommuner, praksissektor og sygehuse samtidigt
- Behandlings- og plejeforløb til borgere som indlægges eller udskrives på/fra somatiske eller psykiatriske sygehusenheder, herunder at borgeren får de nødvendige behandlingsredskaber og hjælpemidler efterfølgende
- Henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien, herunder rådgivning til kommunen og almen praksis
- Behandlingsforløb til borgere med samtidig psykisk lidelse og skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, herunder aftaler om koordinering af indsatsen i det konkrete patientforløb
- Akutte indsatser til borgere med behov herfor, herunder koordination af akutte indsatser inden for sundhedsområdet og det sociale område

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

- At aftalen beskriver en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejders (både sundhedsfaglige og ikke-sundhedsfaglige) udførelse af lægelige ordinationer (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) fx ved medicingivning i eget hjem, på plejecentre eller på psykiatriske bosteder.
- At aftalen understøtter samarbejdet omkring borgere med mange forskellige eller skiftende behov for behandlingstilbud, herunder forløbskoordination
- At aftalen understøtter kommunikationen mellem involverede aktører, borgere og eventuelt pårørende med henblik på, at de involverede aktører på ethvert tidspunkt i et behandlings- og plejeforløb har de relevante informationer om borgeren, og så borgeren ved, hvem han/hun kan kontakte ved spørgsmål.

### *4.3 Indsatsområde 3: Genoptræning og rehabilitering*

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

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

- Genoptræningsforløb under indlæggelse og efter udskrivning fra sygehus til borgere med behov herfor
- Rehabiliteringsforløb til borgere med komplekse problemstillinger og eventuelt behov for langvarige, multidisciplinære, intensive rehabiliteringsindsatser under indlæggelse og efter udskrivning fra sygehus
- Rehabiliteringsforløb til borgere med psykisk sygdom under indlæggelse og efter udskrivning fra sygehus
- Rehabiliteringsforløb, som leveres på tværs af sektorer og efter forskellige lovgivninger til borgere med henblik på fastholdelse eller tilbagevenden til uddannelse eller arbejde, samt til børn og unge med nedsat funktionsevne og til ældre borgere

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

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

### *4.4 Indsatsområde 4: Sundheds-it og digitale arbejdsgange*

Det overordnede formål med indsatsområdet er at sikre sammenhæng i data og processer på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, så overgange og samarbejdet mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet kan ske planlagt, hurtigt og sikkert, og så risikoen for genindlæggelser, fejlmedicinering og unødige hjemmebesøg mv. reduceres.

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

- Teknisk og organisatorisk implementering af alle relevante målsætninger for regioner og kommuner vedr. sundheds-it og telemedicin, herunder initiativer der er aftalt mellem parterne på sundhedsområdet, eksempelvis initiativerne i den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017 og initiativer, der fremadrettet aftales i de årlige økonomiaftaler
- Implementering af Det Fælles Medicinkort i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse, implementering af telemedicinsk sårsvurdering i regioner og kommuner samt implementering af Medcom standarder i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse

Sundheds-it og digitale arbejdsgange i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse med henblik på at understøtte sundhedsaftalen på indsatsområde 1-3

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

- At digital kommunikation og digitale arbejdsgange i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse bidrager til at dokumentere indsatser, blandt andet med henblik på at sikre ensartet kvalitet og understøtte kvalitetsudvikling fremadrettet
- At Sundhed.dk er aktørernes fælles portal til deling af viden med hinanden og med borgerne om konkrete tilbud i forhold til forebyggelse, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering.

## **5 Tværgående temaer**

Bekendtgørelsens § 4, stk. 4 fastlægger en række tværgående temaer, som sundhedsaftalen i relevant omfang skal tage udgangspunkt i. De tværgående temaer beskrives i dette kapitel.

Som udgangspunkt er alle nedenstående temaer relevante i forhold til alle indsatsområder, men de enkelte temaer kan indgå i forskelligt omfang. Derudover kan parterne vælge at samle beskrivelsen af det enkelte tema i ét kapitel i sundhedsaftalen. I så fald bør der være opmærksomhed på, at beskrivelsen omfatter alle indsatsområder.

### *5.1 Arbejdsdeling og samarbejde, herunder videndeling og sundhedsfaglig rådgivning imellem sektorer*

Sundhedsaftalen skal medvirke til en entydig arbejdsdeling og fastlægge samarbejdet mellem de relevante aktører inden for de obligatoriske indsatsområder - både i forbindelse med borgeres overgang fra én sektor til en anden fx i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, og når borgere har samtidige forløb i flere sektorer.

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

Aftalen skal derudover understøtte samarbejdet omkring og udviklingen af borgernære sundhedstilbud, som kan håndtere både almene og mere komplekse problemstillinger. Borgernære sundhedstilbud leveres tæt på borgerens hverdagsliv af en lang række aktører indenfor både kommuner, regioner, praksissektoren og private leverandører. Karakteren af sådanne tilbud vil være forskellig inden for de enkelte indsatsområder og afhængigt af, om aftalen omhandler borgere med somatiske eller psykiske sygdomme.

Aftalen bør i den forbindelse understøtte en proaktiv og koordineret indsats med henblik på forebyggelse, tidlig opsporing og indsats over for sygdom og funktionsevnededsættelse blandt andet med henblik på at undgå forebyggelige indlæggelser. Aftalen skal desuden medvirke til at sikre, at regioner, almen praksis og kommunale tilbud samt eventuelt den øvrige praksissektor kan søge rådgivning hos hinanden og dele viden på de områder, som er omfattet af sundhedsaftalen. Dette gælder rådgivning både i forbindelse med konkrete patientforløb og i forbindelse med generelle problemstillinger.

Endelig skal aftalen medvirke til at skabe sammenhæng i forløb for de patienter, der som en del af deres forløb modtager offentligt finansieret behandling m.v. på private sygehuse og klinikker samt hos private leverandører m.fl.

## *5.2 Koordination af kapacitet*

Sundhedsaftalen skal understøtte princippet om, at sundhedsydelse skal leveres på lavest, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON) og afspejle den lokale stratificering af store patientgrupper med henblik på dimensionering af indsatserne og anden sundhedsplanlægning.

Sundhedsaftalen skal understøtte en planlagt, aftalt og koordineret overdragelse af opgaver mellem sektorerne, typisk fra sygehuse til kommuner og almen praksis, når der findes grundlag for dette. En række sundhedsydelse, som tidligere har været leveret på sygehuse, kan således med den fornødne kapacitet, patientvolumen, kompetenceudvikling og kvalitetssikring varetages i det borgernære sundhedsvæsen.

I forbindelse med overdragelse af opgaver samt ved introduktion af nye opgaver i flere sektorer kan der være behov for kompetenceudvikling af medarbejdere, således at borgerne fortsat oplever høj kvalitet i ydelsen. Sundhedsaftalen bør i den forbindelse understøtte, at parterne medvirker til kompetenceudvikling af aktører på tværs af sektorer. Det bemærkes dog, at de enkelte aktører har et selvstændigt ansvar for at sikre, at deres medarbejdere har de nødvendige kompetencer, som institutionens kerneopgaver forudsætter.

Sundhedsaftalen skal derudover i forhold til både det psykiske og det somatiske område skabe rammer for planlægning og styring af kapaciteten i sektorer, der er afhængige af hinanden, for at optimere kapacitet og for at sikre, at patientforløb kan gennemføres uden unødigt ventetid.

## *5.3 Inddragelse af patienter og pårørende*

Sundhedsaftalen skal understøtte et sundhedsvæsen, hvor borgeren inddrages i beslutninger om egen sundhed og behandling, og hvor borgeres, patienters og pårørendes perspektiv inddrages i udviklingen af samarbejdet.

Sundhedsaftalen skal medvirke til, at borgere, patienter og pårørende inddrages i de enkelte patientforløb og -behandlinger, således at den samlede indsats tilpasses den enkeltes behov optimalt. Aftalen skal understøtte, at alle relevante aktører indenfor både det somatiske og det psykiatriske område forholder sig til, hvorledes borgeren/patienten inddrages i alle spørgsmål om egen sundhed og behandling.

Aftalen skal endvidere medvirke til at sikre borgere, patienter og pårørende nem og sikker adgang til dialog med de relevante aktører i forløbet.

Brugerperspektivet skal ligeledes inddrages i udviklingen af samarbejdet mellem aftalens parter. Herunder skal patientinddragelsesudvalget i regionen inddrages i sundhedskoordinationsudvalgets drøftelser jf. kapitel 2. Derudover kan der hensigtsmæssigt ske inddragelse af patienter og pårørendes viden, præferencer og ressourcer gennem repræsentation af patienter i arbejdsgrupper, ved afdekning af patientpræferencer gennem litteratur og forskning og/eller ved evalueringer af samarbejdet med patienter i organisatoriske tiltag.

Endelig bør brugerperspektivet indgå i forbindelse med planlægning af dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling af sundhedsydelser og forløb på tværs af sektorer.

#### *5.4 Lighed i sundhed*

Sundhedsaftalen skal understøtte en udvikling mod større lighed i sundhed. Aftalen bør i den forbindelse have fokus på at sikre differentierede tilbud, som modsvarer den enkelte borgers behov.

Det er en central udfordring at gøre tilbud tilgængelige for alle borgere, herunder borgere med nedsat funktionsevne, og at sikre en systematisk behovs- og resourceafdækning hos den enkelte borger/patient for at tilvejebringe det bedst mulige grundlag for en målrettet indsats.

For at øge ligheden i sundhed, vil det være væsentligt at se på forskelle i behov og ressourcer i forhold til forskelle i uddannelse, køn, funktionsevne og etnicitet, ligesom der skal være fokus på socialt udsatte og sårbare borgere.

Aftalen kan videre have fokus på at sikre tilbud og støtte til borgere, der udskrives eller afslutter behandling, hvor der er behov for sociale indsatser.

#### *5.5 Dokumentation, forskning, kvalitetsudvikling og patientsikkerhed*

Sundhedsaftalen skal medvirke til at sikre et fælles ensartet datagrundlag for den dokumentation, som skal understøtte arbejdet med fx kvalitetssikring, kapacitetsplanlægning og opfølgning i forhold til aftalens indsatsområder. I den forbindelse bør der være ensartet registrering og enighed om afgrænsninger af særlige målgrupper, så definitioner af patientgrupper som fx skrøbelige/sårbare patienter er ens på tværs af sektorer.

Aftalen skal derudover understøtte regioners og kommuners fælles ansvar for udviklings- og forskningsarbejde, så sundhedsydelse og kompetenceudvikling af sundhedspersoner kan leveres på højt fagligt niveau. I den forbindelse bør der være særligt fokus på at sikre ny viden på områder, hvor der aktuelt er sparsom viden.

Aftalen bør derudover med baggrund i dokumentation og udviklings- og forskningsarbejde understøtte en fortsat kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af de enkelte ydelser og af den tværgående indsats.

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

Parterne bør så tidligt som muligt inddrage hinanden i planlægningen af projekter, som involverer flere aktører på tværs af sektorer. Endvidere bør det tilstræbes, at parterne løbende inddrager hinanden i udviklingsprojekter, der påvirker tilrettelæggelsen af fælles patientforløb eller vilkårene for arbejdstilrettelæggelse.

## **6 Godkendelse af sundhedsaftalen**

### *6.1 Indsendelse af sundhedsaftalen*

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

Bekendtgørelsens fastlægger fristen for indsendelse af de indgåede sundhedsaftaler til Sundhedsstyrelsen, og at det er regionsrådet, som er forpligtet til at indsende aftalen. Det fremgår heraf, at aftalen skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest ved udgangen af januar måned i valgperiodens andet år.

Regionsrådet indsender sundhedsaftalen omfattende de fire obligatoriske indsatsområder elektronisk til Sundhedsstyrelsen. Aftalen skal være godkendt af både regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen inden indsendelsen.

Følgende data skal fremgå af sundhedsaftalen: Aftalens parter, valgperiode, versionsnummer, samt ikrafttrædelsesdato. Versionsnummeret følger valgperioden, således at man inden for hver valgperiode starter med version 1.

Bilag, som er relevante for Sundhedsstyrelsens vurdering af kravene til de obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalen, skal medsendes.

Sundhedsstyrelsen tilsender regionsrådet, kommunalbestyrelsen og sundhedskoordinationsudvalget en kvitteringskrivelse ved modtagelsen af sundhedsaftalen.



## 6.2 Sundhedsstyrelsens godkendelse

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

Sundhedsstyrelsens godkendelse beror på, om der er indgået aftale på de områder, der er udmeldt som obligatoriske i overensstemmelse med de krav, der fremgår af bekendtgørelsen og de anvisninger, der er angivet i denne vejledning og som følger af Sundhedsstyrelsens øvrige sundhedsfaglige anbefalinger.

Sundhedsstyrelsen vil ved sin vurdering af aftalen særligt lægge til grund, om sundhedsaftalen opfylder formålene i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder som beskrevet i kapitel 4 i denne vejledning, og om aftalen i relevant omfang tager udgangspunkt i de tværgående temaer, som beskrives i kapitel 5. I Sundhedsstyrelsens vurdering indgår den samlede sundhedsaftale, dvs. både den politiske aftale samt den administrative konkretisering heraf.

Supplerende aftaler indgår ikke i Sundhedsstyrelsens vurdering.

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

## 6.3 Godkendte aftaler

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

Sundhedsstyrelsens tilbagemelding vil omfatte meddelelse om godkendelse samt rådgivning om udviklingspotentialer i henhold til styrelsens generelle sundhedsfaglige anbefalinger.

## 6.4 Ikke godkendte aftaler

Såfremt Sundhedsstyrelsen ikke kan godkende en sundhedsaftale, orienteres sundhedskoordinationsudvalget, regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skriftligt herom. Af meddelelsen om Sundhedsstyrelsens manglende godkendelse skal fremgå, hvilke(t) krav der ikke er opfyldt, samt frist for indsendelse af en revideret aftale. Sundhedsstyrelsens procedure for godkendelse er som beskrevet i afsnit 6.2.

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

## 6.5 Indsendelse af ændringer til aftalen

I forbindelse med sundhedskoordinationsudvalgets løbende gennemgang af sundhedsaftalen, kan udvalget finde grundlag for at foretage ændringer i sundhedsaftalen jf. denne vejlednings afsnit 2.3. Ændringerne kan ske indenfor hele eller dele af de fire obligatoriske indsatsområder.

Såfremt disse ændringer er af væsentlig karakter, skal den reviderede sundhedsaftale indsendes til Sundhedsstyrelsen til fornyet godkendelse. Ændringer har en væsentlig karakter, hvis sundhedskoordinationsudvalget finder, at den reviderede aftale skal godkendes af regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen.

Indsendelse af senere versioner skal ske efter de samme anvisninger, som beskrevet i afsnit 6.1. I forbindelse med indsendelsen skal det anføres, hvilke dele af aftalen, som er blevet ændret.

Sundhedsstyrelsens procedure for godkendelse er som beskrevet i afsnit 6.2.

Reviderede sundhedsaftaler med ændringer, som ikke kræver Sundhedsstyrelsens godkendelse, kan indsendes til Sundhedsstyrelsen til orientering.

## 6.6 Offentliggørelse af godkendte aftaler

Regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen offentliggør den indgåede sundhedsaftale, herunder senere versioner på deres hjemmesider.

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

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

## 6.7 Rådgivning

Sundhedskoordinationsudvalget, kommunalbestyrelser og regionsråd kan indhente rådgivning hos Sundhedsstyrelsen i relation til spørgsmål vedrørende sundhedsaftalernes udformning. Det vil sige spørgsmål vedrørende fortolkning af lovgrundlaget, herunder bekendtgørelsen og vejledningen.

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

## Referencer

### Love:

- Sundhedslovens § 60 (om behandling hos alment praktiserende læge), §§ 64-69 (om behandling i den øvrige praksissektor), § 79 (om sygehusbehandling), § 119 (om forebyggelse og sundheds-

fremme), §§ 120-126 (om forebyggende sundhedsordninger til børn og unge), § 138 (om hjemmesygepleje), § 141 (om behandling for alkoholmisbrug), § 142 (om lægelig behandling for stofmisbrug), § 84, § 140 og § 251 (om genoptræning efter sygehusindlæggelse), § 140 a (om vederlagsfri fysioterapi) samt 194 (om forskning)

- [Serviceloven?]

### ***Bekendtgørelser***

- Bekendtgørelse nr. 1344 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2010
- Bekendtgørelse om hjemmesygepleje, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2007
- Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningssted efter udskrivning fra sygehus. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2006 (Revideres 2014)
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners anvendelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), Sundhedsstyrelsen 2009
- Bekendtgørelse om kommuner og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension, Arbejdsmarkedsstyrelsen 2013

### ***Cirkulærer***

- Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sundhedsvæsenet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2006

### ***Vejledninger, lovbaserede***

- Vejledning om træning i regioner og kommuner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009 (Forventes revideret 2014)
- Tværministeriel vejledning om kommunal rehabilitering, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2011
- Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009
- Vejledning om hjemmesygepleje, Sundhedsstyrelsen 2006
- Vejledning om autoriserede sundhedspersoners anvendelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). Sundhedsstyrelsen 2009
- Vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger, Sundhedsstyrelsen 2011
- ***Faglige vejledninger og anbefalinger*** Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2. Sundhedsstyrelsen 2007
- Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3. Sundhedsstyrelsen 2009
- Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, Sundhedsstyrelsen 2011
- Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen 2009 (delvist opdateret 2013)
- Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, 2012-2013

***Nationale handlingsplaner og strategier m.m.***

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

***Andet***

- Analyse af mulighederne for at skabe sammenlignelighed mellem spørgeskemabaserede kommunale og regionale sundhedsprofiler. Finansministeriet, SUM, KL, DR 2009

Udskast