

Udskriftsdato: 3. november 2022

**BEK nr 1248 af 05/09/2022 (Gældende)**

## **Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg**

---

Ministerium: Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundhedsmin., j.nr. 2210147

# Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg

I medfør af § 204 stk. 5, og § 205 stk. 2, og 4, i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 210 af 27. januar 2022, som ændret ved lov nr. 910 af 21. juni 2022, fastsættes:

## *Sundhedsklynger*

§ 1. Regionsrådet sammen med kommunalbestyrelserne i regionen opretter et forpligtende samarbejde (sundhedsklynger) omkring hvert akutsygehus i regionen. Sundhedsklyngerne omfatter både somatik og psykiatri og skal bidrage til bedre sammenhæng i behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud. Sundhedsklyngen skal løfte populationsansvaret med udgangspunkt i akutsygehusernes optageområde og sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

*Stk. 2.* For kommuner der indgår i flere sygehuses optageområde vil det være muligt at deltage i to eller flere sundhedsklynger.

*Stk. 3.* Hvor psykiatriens optageområder adskiller sig fra de somatiske optageområder, og hvor der er også forskel på optageområder i hhv. børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, vil det være muligt for særligt repræsentanter fra de psykiatriske sygehuse at lade sig repræsentere i to eller flere sundhedsklynger.

## *Det politiske niveau i sundhedsklyngen*

§ 2. I hver sundhedsklynge er der et politisk niveau.

*Stk. 2.* Opgaverne for det politiske niveau er bl.a.:

- 1) at sætte retning for sundhedsklyngen, herunder igangsætte indsatser med omstilling til det primære sundhedsvæsen,
- 2) at implementere og komme med input til den sundhedsaftale, som regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå ifølge sundhedslovens § 205,
- 3) at implementere og komme med input til nationale tiltag og drøfte og beslutte anvendelsen af prioriterede midler mv., og
- 4) at opstille selvstændige mål for arbejdet i klyngen inden for sundhedsaftalens rammer med udgangspunkt i de lokale udfordringer og behov, f.eks. i forhold til særlige indsatser for at imødegå sammenhængsproblematikker i sundhedsklyngens population eller evt. lokale folkesundhedsmæssige udfordringer og sygdomsbyrder.

*Stk. 3.* Ved emner af tværgående karakter om f.eks. strategisk og økonomisk forhold, som myndighederne i form af repræsentanterne for regionsrådet og kommunalbestyrelserne, kan have behov for at drøfte særskilt, kan dette foregå ved særskilte dagsordenspunkter.

§ 3. Hvor ikke andet aftales, vil det politiske niveau bestå af:

- 1) mindst 2 regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden,
- 2) borgmestre fra hver af de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedsklyngen, og
- 3) 2 praktiserende læger udpeget af Praktiserende Lægers Organisation (PLO) som repræsentanter for almen praksis inden for sundhedsklyngens område.

*Stk. 2.* I kommuner med mellemformsstyre med delt administrativ ledelse, jf. § 64 a, jf. § 65, i lov om kommunernes styrelse, henholdsvis magistratsstyre, jf. § 64 i den nævnte lov, beslutter kommunalbestyrelsen, om vedkommende udvalgsformand henholdsvis vedkommende magistratsmedlem eller borgmester deltager i det politiske niveau.

§ 4. Det politiske niveau har et delt formandskab. Formandskabet udgøres af regionsrådsformanden og en borgmester valgt af kommunalbestyrelserne fra de deltagende kommuner, jf. § 3, stk. 1, nr. 2.

§ 5. Regionsrådet yder sammen med kommunalbestyrelserne i sundhedsklyngen den sekretariatsmæssige betjening af det politiske klyngeniveau, herunder forberedelsen af møder.

§ 6. Formandskabet leder møder i det politiske niveau.

*Stk. 2.* Det politiske niveau mødes som minimum to gange årligt.

*Stk. 3.* Det politiske niveau fastsætter selv sin forretningsorden.

§ 7. Det politiske niveau skal inddrage repræsentanter for patienter og pårørende, jf. § 30 om patientinddragelse.

*Stk. 2.* Det er også muligt at inddrage repræsentanter for borgere, patienter og pårørende uanset, om disse er repræsenteret i patientinddragelsesudvalget.

§ 8. Funktionsperioden for repræsentanter på det politiske niveau følger regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiode.

*Stk. 2.* Udpegelsen af repræsentanter for almen praksis sker i forbindelse med konstituering af sundhedsklyngens politiske niveau og er udpeget for en periode, der svarer til regionsrådet og kommunalbestyrelsernes valgperiode.

#### *Det faglige strategiske niveau i sundhedsklyngen*

§ 9. I hver sundhedsklynge er der et fagligt strategisk niveau.

*Stk. 2.* Opgaverne for det fagligt strategiske niveau er bl.a.:

- 1) at tage hånd om borgernes behov med fokus på at sikre konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed,
- 2) at være en drivende kraft for styrket kvalitet, sammenhæng og omstilling i det nære sundhedsvæsen,
- 3) at følge op på fastlagte mål og implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer, f.eks. kvalitets-tiltag, nationale handlingsplaner og øvrige relevante initiativer,
- 4) at udvikle og aftale lokale modeller for bl.a. bedre forløb med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed, f.eks. for udvalgte patientgrupper,
- 5) at håndtere praktiske udfordringer og muligheder i sundhedsklyngen, herunder igangsætte relevante samarbejdsprojekter målrettet de fælles patienter, f.eks. samarbejde om akutpladser, forløb for psykiatriske patienter, bedre forløb for ældre medicinske patienter eller borgere med kroniske sygdom og fælles forebyggelsesindsatser mv.,
- 6) at sikre implementeringen af nationale eller lokalt prioriterede initiativer til styrket sammenhæng, nærhed og omstilling, herunder f.eks. midler øremærket som led i de årlige økonomiaftaler og
- 7) at følge og drøfte centrale nøgletal og data for populationen inden for sundhedsklyngen, så data kommer til at understøtte et tæt samarbejde og strategisk prioritering af sundhedsindsatser.

§ 10. Hvor ikke andet aftales, vil det faglige strategiske niveau bestå af:

- 1) 3 repræsentanter for regionen, herunder det psykiatriske område,
- 2) 1 repræsentant fra hver af de deltagende kommuner,
- 3) 2 praktiserende læger udpeget af PLO som repræsentanter for almen praksis inden for sundhedsklyngens område, og
- 4) 2 repræsentanter for patienter og pårørende, jf. § 30, stk. 4.

*Stk. 2.* Repræsentanterne har mulighed for at lade sig bistå af øvrige repræsentanter på relevante møder alt efter dagsorden, temaer og målgruppe.

*Stk. 3.* Sundhedsklyngerne vil skulle inddrage relevant fagkundskab, herunder sundhedsprofessionelle efter behov.

*Stk. 4.* Det faglige strategiske niveau kan nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper, bl.a. med henblik på faglig rådgivning.

*Stk. 5.* Det er muligt at inddrage repræsentanter for borgere, patienter og pårørende uanset, om disse er repræsenteret i patientinddragelsesudvalget.

**§ 11.** Det faglige strategiske niveau har et delt formandskab mellem regionale og kommunale repræsentanter.

*Stk. 2.* Det faglige strategiske niveau vælger to formænd blandt hhv. de regionale repræsentanter og kommunale repræsentanter i udvalget.

**§ 12.** Regionsrådet sammen med kommunalbestyrelserne i sundhedsklyngen yder den sekretariatsmæssige betjening af det faglige strategiske klyngeniveau, herunder forberedelsen af møder.

**§ 13.** Det faglige strategiske niveau mødes minimum fire gange årligt.

**§ 14.** Funktionsperioden for repræsentanter på det faglige strategiske niveau følger regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiode.

#### *Sundhedssamarbejdsudvalg*

**§ 15.** Regionsrådet nedsætter sammen med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedssamarbejdsudvalg, som koordinerer og sætter retning for arbejdet på tværs af sundhedsklyngerne i regionen.

*Stk. 2.* Opgaverne for sundhedssamarbejdsudvalget er bl.a.:

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

*Stk. 3.* Sundhedssamarbejdsudvalget består af repræsentanter for regionen, kommunerne og almen praksis i regionen.

*Stk. 4.* Hvor ikke andet aftales, jf. stk. 3, består sundhedssamarbejdsudvalget af:

- 1) 3 repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden,
- 2) 1 borgmester eller fagborgmester fra hver sundhedsklynge i regionen, og
- 3) 2 praktiserende læger udpeget af PLO som repræsentanter for almen praksis i regionen.

*Stk. 5.* Sundhedssamarbejdsudvalget vælger sin formand blandt regionsrådets repræsentanter i udvalget. Endvidere vælges en næstformand blandt borgmestrene.

**§ 16.** Sundhedssamarbejdsudvalget fastsætter selv sin forretningsorden.

*Stk. 2.* Sundhedssamarbejdsudvalget afholder mindst fire møder om året.

*Stk. 3.* Funktionsperioden for udvalgets medlemmer følger regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiode.

*Stk. 4.* Sundhedssamarbejdsudvalget kan nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper, bl.a. med henblik på faglig rådgivning af sundhedssamarbejdsudvalget.

*Stk. 5.* Sundhedssamarbejdsudvalget skal systematisk inddrage patienter og pårørende, jf. § 29.

*Stk. 6.* Regionen og kommunerne sekretariatsbetjener sundhedssamarbejdsudvalget, herunder forberedelsen af udvalgets møder.

**§ 17.** Formanden leder sundhedssamarbejdsudvalgets møder. Ved formandens forfald fungerer næstformanden som formand.

*Stk. 2.* Formanden indkalder udvalget til møde.

**§ 18.** Sundhedssamarbejdsudvalget informerer sundhedssamarbejdsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme fx koordinationen af behandlingsforløb, strategisk udvikling mv. der omfatter flere regioner.

### *Sundhedsaftale*

**§ 19.** Sundhedssamarbejdsudvalget udarbejder et udkast til sundhedsaftale, der, jf. sundhedslovens § 205, skal indgås mellem regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser i regionen. Det politiske niveau i klyngerne inddrages i arbejdet og har mulighed for at komme med input til sundhedsaftalen jf. § 2, stk. 2. Der udarbejdes én aftale i hver region. Sundhedsaftalen omfatter både somatik og psykiatri. Sundhedssamarbejdsudvalget understøtter, at regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen kan godkende sundhedsaftalen.

*Stk. 2.* Sundhedssamarbejdsudvalget skal i udkastet til sundhedsaftalen, bl.a. med afsæt i de nationale mål for sundhedsområdet, opstille fælles, forpligtende målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt i regionen samt for de områder og målgrupper, som sundhedssamarbejdsudvalget beslutter at indgå aftale om, og skal løbende følge op på disse til gavn for borgerne.

*Stk. 3.* Repræsentanterne fra patientinddragelsesudvalget skal have mulighed for at give udtryk for forventninger og forslag til indholdet i sundhedsaftalen jf. § 34 inden udarbejdelsen af udkastet til sundhedsaftalen i hver valgperiode.

**§ 20.** Sundhedssamarbejdsudvalget kan som en del af sundhedsaftalerne indgå samarbejdsaftaler, som beskriver arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører, f.eks. i relation til en konkret målgruppe, jf. § 23.

**§ 21.** Regionsrådet indsender sundhedsaftalen til Sundhedsstyrelsen til godkendelse. Indsendelsen af sundhedsaftalen skal ske senest den 1. juli i kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiodes andet år.

*Stk. 2.* Sundhedsstyrelsen skal inden for 8 uger efter modtagelsen, jf. stk. 1, godkende aftalen eller gøre indsigelse.

*Stk. 3.* Sundhedsstyrelsens godkendelse beror på, om sundhedsaftalen følger de anvisninger, der er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler, og som følger af Sundhedsstyrelsens øvrige sundhedsfaglige anbefalinger.

*Stk. 4.* Kan Sundhedsstyrelsen ikke godkende en sundhedsaftale, tilkendegiver Sundhedsstyrelsen over for aftaleparterne, hvori manglerne består og sætter en frist for udbedring. Det påhviler herefter regionsrådet og kommunalbestyrelserne at ændre aftalen og indsende på ny til Sundhedsstyrelsens godkendelse inden for den af Sundhedsstyrelsen fastsatte tidsfrist, jf. 1. pkt.

*Stk. 5.* Sundhedsstyrelsen har undtagelsesvis mulighed for at afvige fra fristerne for indsendelse af sundhedsaftalerne ved behov.

**§ 22.** Sundhedssamarbejdsudvalget skal i dialog med sundhedsklynger følge op på sundhedsaftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. I det omfang sundhedsaftalen skal revideres, udarbejder sundhedssamarbejdsudvalget et revideret udkast til sundheds-

aftalen i overensstemmelse med § 19 og indsender sundhedsaftalen til Sundhedsstyrelsen med henblik på godkendelse. Sundhedssamarbejdsudvalget skal senest 2 år efter indsendelse af sundhedsaftalen, jf. § 21, udarbejde en midtvejsstatus. Inden sundhedsaftalens udløb skal Sundhedssamarbejdsudvalget udarbejde en afsluttende status på aftalens resultater.

*Stk. 2.* Sundhedssamarbejdsudvalget vurderer udkast til regionens sundhedsplan og kan fremkomme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

**§ 23.** Sundhedsstyrelsen udsteder en vejledning om sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler, herunder om de nærmere rammer og procedurer for indsendelse af sundhedsaftaler til Sundhedsstyrelsens godkendelse, jf. § 21, og om rammer for indgåelse af samarbejdsaftaler som led i sundhedsaftalerne, jf. § 20.

#### *Patient- og pårørendeinddragelse samt patientinddragelsesudvalget*

**§ 24.** Formålet med patientinddragelsesudvalget er at sikre, at patienter og pårørendes perspektiv og erfaringer indgår i udviklingen af mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer. Patient- og brugerinddragelse er en væsentlig faktor i arbejdet med at højne kvaliteten i det danske sundhedsvæsen, og patient- og brugerinddragelse har en positiv virkning på behandlingsudfald såvel som på patient- og brugertilfredshed.

**§ 25.** Regionsrådet sikrer, at der i regionen nedsættes et patientinddragelsesudvalg.

*Stk. 2.* Udvalget består af:

- 1) 3 medlemmer udpeget af Danske Patienter,
- 2) 3 medlemmer udpeget af Danske Handicaporganisationer,
- 3) 1 medlem udpeget af Regionsældrerådet, og
- 4) 1 medlem udpeget af Ældre Sagen.

*Stk. 3.* De i stk. 2 nævnte organisationer mv. kan løbende udpege stedfortrædere til udvalget ved behov.

*Stk. 4.* Danske Patienter og Danske Handicaporganisationer skal ved udpegningen af medlemmer sikre repræsentation af personer, der repræsenterer patienter med såvel legemlige (somatiske) som psykiske lidelser og funktionsnedsættelser.

*Stk. 5.* Udvalget vælger en formand og en næstformand blandt medlemmerne i udvalget.

**§ 26.** Funktionsperioden for udvalgets medlemmer følger regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiode.

*Stk. 2.* Regionen tager initiativ til, at der udpeges medlemmer til udvalget. Regionen tager endvidere initiativ til, at de udpegede medlemmer indkaldes til et konstituerende møde i udvalget. Udvalget forestår herefter selv tilrettelæggelsen og afholdelsen af møder i resten af funktionsperioden.

*Stk. 3.* Regionsrådet sekretariatsbetjener og stiller mødefaciliteter til rådighed for udvalget.

**§ 27.** Formanden leder udvalgets møder. Ved formandens forfald fungerer næstformanden som formand.

*Stk. 2.* Formanden indkalder udvalget til møde. Der afholdes møde mindst 1 gang om året, eller når mindst 1 af udvalgets medlemmer fremsætter begæring herom.

*Stk. 3.* Udvalget kan afgive udtalelser vedrørende de emner, der ligger inden for udvalgets kompetenceområde, jf. § 28. Der skal tilstræbes enighed i udvalget om udvalgets prioriteringer. Hvis det ikke er muligt at opnå enighed i udvalget, kan udvalgets medlemmer hver især afgive synspunkter.

*Stk. 4.* Udvalget fastsætter selv sin forretningsorden.

**§ 28.** Udvalget skal systematisk inddrages i drøftelsen af emner, der:

- 1) Ligger inden for sundhedssamarbejdsudvalgets emneområder, jf. § 16, stk. 5.
- 2) Ligger inden for praksisplanernes for almen praksis' emneområde jf. sundhedslovens § 206 a.

*Stk. 2.* Udvalget kan i øvrigt drøfte og kommentere emner, som udvalget finder, er relevante for sammenhængen i forløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud. Udvalget behandler ikke enkeltsager.

**§ 29.** Sundhedssamarbejdsudvalget i regionen indkalder til et møde med patientinddragelsesudvalget inden udarbejdelsen af udkastet til sundhedsaftalen i hver valgperiode, hvor forventningerne til samarbejdet i forbindelse med udarbejdelsen af sundhedsaftalen drøftes, og hvor repræsentanterne fra patientinddragelsesudvalget får mulighed for at give udtryk for forventninger og forslag til indholdet i sundhedsaftalen.

*Stk. 2.* Sundhedssamarbejdsudvalget tilrettelægger på baggrund af drøftelserne med patientinddragelsesudvalget, proceduren for den systematiske inddragelse. Den videre inddragelse af patientinddragelsesudvalget skal som minimum omfatte høring af patientinddragelsesudvalget i forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen, jf. 19, stk. 1 og fornyet høring, hvis det vurderes, at sundhedsaftalen skal revideres jf. § 22, stk. 1.

**§ 30.** Hver sundhedsklynge skal inddrage repræsentanter for patienter og pårørende.

*Stk. 2.* Inddragelse af patientinddragelsesudvalget vil som minimum skulle omfatte, at repræsentanter for patientinddragelsesudvalget inviteres til dialogmøder om konkrete emner i sundhedsklyngernes politiske niveau.

*Stk. 3.* Repræsentanter fra patientinddragelsesudvalget vil skulle inviteres, hvis sundhedsklyngerne nedsætter relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter.

*Stk. 4.* Repræsentanter for patientinddragelsesudvalget vil skulle tilbydes to faste pladser i sundhedsklyngerne på det faglige strategiske niveau, jf. § 10, stk. 4.

*Stk. 5.* Det vil også kunne være muligt at inddrage repræsentanter for borgere, patienter og pårørende, uanset om disse er repræsenteret i patientinddragelsesudvalget, jf. § 7 stk. 2 og § 10 stk. 5. Det gælder fx til konkrete drøftelser eller arbejdsgrupper.

#### *Ikrafttræden og overgangsbestemmelser*

**§ 31.** Bekendtgørelsen træder i kraft d. 8. september 2022.

*Stk. 2.* Følgende bekendtgørelser ophæves:

- 1) Bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.
- 2) Bekendtgørelse nr. 256 af 19. marts 2014 om praksisplanudvalg for almen praksis.
- 3) Bekendtgørelse nr. 257 af 19. marts 2014 om patientinddragelsesudvalg.

*Stk. 3.* Bekendtgørelsen finder også anvendelse på sundhedsaftaler indgået efter reglerne i bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018.

*Sundhedsministeriet, den 5. september 2022*

MAGNUS HEUNICKE

/ Maja Sørensen