

Sundhedssamarbejdsudvalget

MØDETIDSPUNKT

28-02-2025 10:00

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården

MEDLEMMER

Lars Gaardhøj	Deltog
Benedikte Kiær	Deltog
Susanne Due Kristensen	Afbud
Karsten Längerich	Deltog
Sisse Marie Berendt Welling	Deltog
Kirsten Jensen	Deltog
Merete Amdisen	Afbud
Trine Græse	Deltog
Annie Hagel	Deltog
Karin Friis Bach	Deltog
Christoffer Buster Reinhardt	Deltog
Jacob Trøst	Deltog
Jørgen Steen Andersen	Deltog
Peder Reistad	Deltog
Grethe Olivia Nielsson	Afbud
Christine Dal	Afbud

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Godkendelse: Indsatser om rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser for borgere på plejecentre
3. Drøftelse: 96 timers udvidet behandlingsansvar
4. Drøftelse: Sundhedsreformen og de fælles pejlemærker
5. Meddelelser
6. Eventuelt

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender den foreliggende dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Sundhedssamarbejdsudvalget godkendte den foreliggende dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

SAGSFREMSTILLING

-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

-

2. GODKENDELSE: INDSATSER OM RETTIDIG FOREBYGGELSE AF AKUTTE INDLÆGGELSER OG GENINDLÆGGELSER FOR BORGERE PÅ PLEJECENTRE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

I november 2023 blev der på foranledning af hospitalsdirektørkredsen i Region Hovedstaden igangsat en analyse bor under overskriften Fremtidens Akutområde af, hvordan akutområdet kan fremtidssikres og udvikles, så borgere møder samme kvalitet og tilgængelighed, uanset hvor i regionen de. Arbejdet med analysen er nu færdigt og har resulteret i otte konkrete indsatser til at styrke akutområdet. Fire af disse handler om rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser og adresserer flere ambitioner i sundhedsreformen. Forslagene har den 24. januar 2025 været drøftet i Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS), der anbefaler igangsættelse af de fire anbefalinger. Anbefalingerne forelægges nu Sundhedssamarbejdsudvalget med henblik på godkendelse.

På mødet vil Birgitte Rav Degenkolv, hospitalsdirektør på Amager og Hvidovre Hospital, præsentere de fire indsatser fra Fremtidens Akutområde, der har fokus på rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender igangsættelse af fire indsatser om rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser for borgere på plejecentre.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Sundhedssamarbejdsudvalget godkendte, at de i sagen beskrevne fire indsatser - om rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser for borgere på plejecentre - igangsættes.

Udvalget anerkendte at indsatserne vil give vigtig læring, som kan bruges fremadrettet i arbejdet med sundhedsreformen og i de kommende sundhedsråd. Der var enighed om, at samarbejdet kan udvikles yderligere, fx med et tættere samarbejde mellem akutfunktioner, akutmodtagelser og almen praksis.

SAGSFREMSTILLING

En tværsektorielt sammensat arbejdsgruppe i forlængelse af den regionale styregruppe for Fremtidens Akutområde er kommet med forslag til, hvordan der kan arbejdes med at forebygge akutte indlæggelser og genindlæggelser på tværs af regionen. I opdraget har ligget et ønske om at styrke det tværsektorielle samarbejde om den ældre medicinske patient, så kommuner, hospitaler, almen praksis og akutberedskab i højere grad kan undersøge, udrede og behandle udvalgte borgere i eget hjem til gavn for borgerne.

Arbejdsgruppen har som målgruppe valgt borgere, som bor på plejecenter i regionen, da de ofte er skrøbelige og dårligt tåler ophold på hospitaler. Der opleves u hensigtsmæssige forløb, hvor borgere transporteres ind på akutmodtagelserne til vurderinger og/eller behandlinger, der kunne være undgået ved at benytte alternativer til en akut hospitalsindlæggelse.

Indsatserne gør det muligt for både region, kommuner og almen praksis at opnå brugbare og vigtige erfaringer til det kommende arbejde med at realisere sundhedsreformen. I reformen er det blandt andet besluttet, at flere borgere skal kunne få en nødvendig og rettidig indsats, inden tilstanden bliver så dårlig, at der er behov for sygehusbehandling eller -indlæggelse, samt at udvide ordningen om 72-timers behandlingsansvar til 96 timer og til at omfatte en større gruppe patienter.

De fire forslag til indsatser beskrives kort nedenfor og uddybes i oplægget på mødet.

- *Indsats 1: Dataanalyser med henblik på at karakterisere og monitorere borgere og plejecentres indlæggelsesmønstre i Region Hovedstaden*
Det er pt. ikke muligt at identificere borgere på plejecentre, hverken i Sundhedsplatformen, Akutberedskabets IT-system eller Sygesikringsregisteret. Ved at få adgang til data om borgere på plejecentre fra Sundhedsdatastyrelsens register og koble disse med data fra Sundhedsplatformen, Akutberedskabet, Landspatientregistreret og Sygesikringsregistret vil det være muligt at identificere eventuelle forbedringsmuligheder for forebyggelse af akutte indlæggelser. Data skal desuden bruges til at monitorere de øvrige indsatser.
- *Indsats 2: Klinisk vurdering ved udkørende funktion og alternative forløb til indlæggelser for borgere på plejecentre i tidsrummet mellem kl. 16-23 samt i weekender mellem kl. 8-23*
Det antages, at en klinisk vurdering ved udkørende funktion, prøvetagning og videokonsultation og eventuel efterfølgende hjemmebehandling på plejecenteret, som alternativ til akut indlæggelse, patientsikkert vil kunne reducere antallet af fysiske vurderinger på akutmodtagelserne og hospitalsindlæggelser. Den udkørende funktion rekvireres af 1813 og vil i udgangspunktet være den kommunale akutfunktion. Hvis akutfunktionen ikke er tilgængelig eller det af anden årsag skønnes hensigtsmæssigt, kan paramediciner/evt. 1813 kørelæge fra den præhospitale virksomhed sendes ud til borgeren. Der kan etableres videokonference med vagthavende i akutmodtagelsen, som kan beslutte at iværksætte behandling i hjemmet (fx IV-antibiotika/væske, jf. IV-aftalen), indlægge eller afslutte.
- *Indsats 3: Udbredelse af efterlevelse af afklaring behandlingsniveau blandt borgere på plejecentre*
Manglende stillingtagen til behandlingsniveau herunder ønsker til fremtidig pleje og behandling opleves som en medvirkende årsag til u hensigtsmæssige akutte indlæggelser af borgere på plejecentre. Det antages derfor, at en større systematik i afholdelse af samtaler om afklaring af behandlingsniveau kan reducere antallet af unødvendige ophold på akutmodtagelserne for borgere på plejecentre. Derfor foreslås en indsats, hvor plejecenterlæge/egen læge i samarbejde med plejepersonalet sørger for, at der tilbydes en samtale om behandlingsniveau for borgere på plejecentre, når det vurderes relevant. Herunder er der fokus på at skabe en fælles måde at dokumentere behandlingsniveau på, så der ikke opstår tvivl i akutte situationer eller i kommunikationen med andre sundhedsprofessionelle. Derfor indgår også, at hospitalslæger ved samtaler om behandlingsniveau med patienter samme dag sikrer den nødvendige information til egen læge og kommune.
- *Indsats 4: 72 (96) timers behandlingsansvar for borgere fra plejecentre, der har ophold i akutmodtagelsen*
Som en del af sundhedsreformen udvides ordningen med udvidet behandlingsansvar fra 72 til 96 timer og til at omfatte en større gruppe patienter. Det kan for eksempel være ældre patienter på akutmodtagelser og psykiatriske patienter. Dette skal drøftes i Sundhedssamarbejdsudvalget (jf. sag 3). I tråd med dette foreslår arbejdsgruppen, at borgere på plejecentre, der har ophold i akutmodtagelsen, omfattes af 72 (96) timers behandlingsansvar med henblik på at sikre et

sammenhængende forløb og evt. forebygge en genindlæggelse. Det vil sige, at det også gælder ophold under 24 timer.

Økonomi

Det bemærkes, at indsats 2 (Klinisk vurdering ved udkørende funktion på plejecentre) på sigt kan vise sig at flytte udgifter på tværs af sektorer, hvilket vil skulle afklares nærmere. Dertil bemærkes, at der med implementering af indsats 3 (Afklaring af behandlingsniveau blandt borgere på plejecentre) vil være regionale udgifter til honorering af almen praksis.

Kommunikation

Der planlægges både intern og ekstern kommunikation af de otte forskellige indsatser under Fremtidens Akutområde. Der vil blive kommunikeret løbende i takt med, at indsatserne skrider frem.

Baggrund

Den regionale styregruppe for Fremtidens Akutområde blev nedsat primo 2024 med henblik på at fremtidssikre og udvikle akutområdet. Styregruppens opgaver har været:

1. Forslag til en model for rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser på hospitalerne (tværsektorielt)
2. Optimering af modtagelsen af akutte patienter, fx ift. patientoplevelse kvalitet, patient flow, kompetencer, kapacitetsudnyttelse af spor mv.
3. Prioritering, fx vha. nye digitale muligheder mv.

Styregruppen besluttede at nedsætte to arbejdsgrupper (for indsatsområde 1 og 2). Både styregruppe og arbejdsgrupper har haft deltagelse fra kommuner, PLO-H og Patientinddragelsesudvalget, og SSU har vist opbakning til arbejdet med Fremtidens Akutområde i forbindelse med drøftelser 1. marts 2024 og 17. maj 2024.

Til udvalgets orientering har arbejdsgruppen for indsats 2 haft fokus på, hvordan modtagelsen af patienter i regionens akutmodtagelser kan optimeres og forbedres, samtidig med at der sikres gode og effektive akutte patientforløb af høj og ensartet kvalitet. Arbejdsgruppen anbefaler fire indsatser, som blandt andet handler om at sikre, at de rette speciallægekompetencer er til stede, optimeret patientflow i akutmodtagelserne, samt afprøvning af tilbud om subakut vurdering i akutmodtagelsen næste dag for at mindske ventetiden for patienter og undgå, at de evt. må vente i akutmodtagelsen natten over. Desuden en afprøvning af et fælles natåbent lægevagtstilbud på tværs af akutmodtagelser i Region Hovedstaden i tidsrummet kl. 23-07. Forslagene vurderes ikke at have afledte effekter på den kommunale tilrettelæggelse af sundheds- og omsorgsindsatser.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Den videre proces for arbejdet med indsatserne om rettidig forebyggelse af (gen)indlæggelser vil være, at der etableres en projektorganisering forankret under TSS. Indsats 4 om 72 (96) timers behandlingsansvar vil være forankret under hospitalsdirektionerne og vil også blive fulgt i TSS.

I første omgang foreslås pilotafprøvninger af indsats 2 (klinisk vurdering) og 3 (afklaring af behandlingsniveau). Pilotafprøvningerne bør samtænkes, så det er de samme kommuner og plejecentre, der indgår i begge pilotafprøvninger. Herlev Gentofte Hospital og Amager Hvidovre Hospital er foreslået som pilothospitaler. Københavns Kommune, Tårnby Kommune og Rudersdal Kommune er

foreslået som pilotkommuner og har bekræftet deres interesse i at deltage (dog under forudsætning af, at der ikke etableres en parallelstruktur i Udviklingshospital Amager).

Der er lagt op til en stram tidsplan med henblik på at nå længst muligt med afprøvningerne i 2025. Dette af hensyn til forventede aktiviteter i 2026 i forlængelse af Sundhedsreformen.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil blive orienteret løbende om pilotafprøvninger og resultater af dataanalyser ultimo 2025/primo 2026 med henblik på beslutning om det videre arbejde.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil også blive forelagt status for arbejdet med at implementere 72 (96) timers udvidet behandlingsansvar for målgruppen.

JOURNALNUMMER

3. DRØFTELSE: 96 TIMERS UDVIDET BEHANDLINGSANSVAR

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) har den 6. december 2024 haft en drøftelse af Regeringens Aftale om sundhedsreform 2024, herunder udvidelse af den nuværende ordning om udvidet behandlingsansvar fra 72 til 96 timer.

Med denne sag lægges der op til, at SSU drøfter, hvordan arbejdet med implementering af 96 timers udvidet behandlingsansvar kan igangsættes.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter implementeringen af 96 timers behandlingsansvar.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Sundhedssamarbejdsudvalget tilkendegav opbakning til, at den nuværende ordning om udvidet behandlingsansvar udvides fra 72 til 96 timer, samt at målgruppen udvides til at omfatte patienter, der udskrives fra de psykiatriske centre.

Der blev ligeledes udtrykt opbakning til, at der på akutområdet startes op med en indsats hvor plejecenterbeboere, der har haft ophold i somatisk akutmodtagelse omfattes af det udvidede behandlingsansvar. Indsatsen skal bidrage med relevant viden om mulighed for udvidelse af ordningen ift. akutområdet. Der var ligeledes enighed om, at der på sigt også kan ses på muligheder for at implementere udvidet behandlingsansvar for psykiatriske patienter, der ikke allerede tilbydes anden opfølgning, efter ophold på en psykiatrisk akutmodtagelse.

I drøftelsen blev også nævnt, at der kan være behov for fokus på patienter med komplekse plejebehov, der udskrives til eget hjem. Endvidere blev fremhævet ønske om, at fx et af de kommende sundhedsråd kigger nærmere på data for at afdække behov for nye indsatser i forhold til forebyggelse af genindlæggelser blandt gruppen af +65-årige, der ikke er kendt i kommunen.

SAGSFREMSTILLING

Nuværende ordning med 72 timers udvidet behandlingsansvar

Region Hovedstaden har siden 2022 haft en ordning med udvidet behandlingsansvar i 72 timer for patienter, der udskrives fra somatisk hospital til kommunal sygepleje. Med Akutplanen fra februar 2023 blev det besluttet at udbrede ordningen med 72-timers udvidet behandlingsansvar til alle regioner med udgangspunkt i modellen fra Region Hovedstaden. I den nuværende ordning beholder hospitalet det fulde behandlingsansvar de første 72 timer efter udskrivelsen for patienter, der har været indlagt mere end 24 timer, og som udskrives fra et somatisk hospital til kommunal sygepleje på enten midlertidige pladser, plejehjem eller eget hjem, herunder botilbud.

Udvidelse 96 timers behandlingsansvar

Med Aftale om sundhedsreform 2024 blev aftalepartierne enige om ”at udvide den nuværende ordning om 72 timers behandlingsansvar. Det skal ske som led i det samlede løft af den regionale sundhedsindsats via sundhedsrådene. Ordningen skal derfor udvides til 96 timer og til at omfatte en større gruppe patienter. Det kan f.eks. være ældre patienter på akutmodtagelser og psykiatriske patienter. Det skal aftales nærmere mellem regeringen og relevante parter, hvilke patientgrupper ordningen skal udvides til, herunder i forhold til ansvar i forbindelse med afslutning på en sundheds- og omsorgsplads”.

Det bemærkes, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet i løbet af foråret 2025 ønsker at indgå en aftale med Danske Regioner og KL om at implementere udvidelsen.

Udvidelse fra 72 til 96 timers behandlingsansvar

Udvidelsen fra 72 timer til 96 timer ændrer ikke grundlæggende på den model, der er implementeret i regionen i dag og forventes umiddelbart at kunne implementeres uden større besvær for hospitaler, kommuner og almen praksis, hvis den tidsmæssige udvidelse af behandlingsansvaret er på samme vilkår og med samme målgruppe, som gælder i dag.

For at kunne udvide behandlingsansvaret fra 72 til 96 timer for eksisterende målgrupper arbejdes der aktuelt på:

- Opdatering af den digitale understøttelse i Sundhedsplatformen i forhold til interne arbejdsgange på hospitalet samt med henblik på, at det af den elektroniske kommunikation mellem hospital og henholdsvis kommuner og almen praksis kan fremgå, at hospitalets udvidede behandlingsansvar er gældende i 96 timer.
- Opdatering af diverse vejledninger, informationsmateriale mv. i forhold til 96 timers behandlingsansvar.

Det er forventningen, at 96 timers udvidet behandlingsansvar vil kunne implementeres i 2. kvartal 2025 til eksisterende målgrupper.

Ændringen skal kommunikeres til relevante aktører i de enkelte sektorer.

Det bemærkes, at Region Syddanmark har udvidet ordningen til 96 timer gældende fra den 15. januar 2025 for alle patienter, der har været indlagt på et somatisk sygehus.

Udvidelsen til psykiatriske patienter

Det er i sundhedsreformen foreslået at udvide ordningen til også at omfatte psykiatriske patienter. Det vurderes, at psykiatrien allerede i høj grad opfylder kravene til det udvidede behandlingsansvar for hovedparten af målgruppen. Der findes i dag en række udadvendte og udgående behandlingstilbud, som ”kompenserer” for eller er et bedre alternativ til et 96 timers udvidet behandlingsansvar.

I Region Hovedstadens Psykiatri er der flere ambulante opfølgningstilbud til patienter, der udskrives efter indlæggelse. Langt de fleste patienter, der har et kommunalt plejebehov eller bor på botilbud, som er målgruppen for det udvidede behandlingsansvar, vil få en ambulant opfølgning. Den ambulante opfølgning finder i hovedreglen sted indenfor 24 timer efter udskrivelse.

Region Hovedstadens Psykiatri har udarbejdet en plan for implementering af 96 timers behandlingsansvar i psykiatrien, og det er forventningen, at implementeringen sker i 2. kvartal 2025.

Udvidelse til ældre patienter på akutmodtagelsen

I sundhedsreformen foreslås det også at udvide målgruppen for ordningen til at omfatte fx ældre patienter på akutmodtagelser. Et opmærksomhedspunkt i forhold til at udvide målgruppen er, at ældre patienter i akutmodtagelsen typisk kun har meget kortvarig hospitalskontakt, og at lægerne i akutmodtagelsen derfor ofte ikke har det indgående kendskab til patientens sygdomsbillede og situation, som patientens praktiserende læge har.

Omvendt oplever kommunerne, at der er behov for bedre opfølgning på patientforløbet i forlængelse af besøg på akutmodtagelser, og flere kommuner har derfor efterspurgt, at hospitalets udvidede behandlingsansvar udvides til denne målgruppe for at skabe bedre sammenhæng i forløbet.

I arbejdet med Fremtidens Akutområde i Region Hovedstaden er der fokus på rettidig forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. En indsats går på, at plejecenterbeboere, der har ophold i akutmodtagelsen, i løbet af 1. halvår 2025 omfattes af 96 timers behandlingsansvar med henblik på at sikre et sammenhængende forløb og evt. forebygge en genindlæggelse. Det gælder også ophold under 24 timer.

Indsatsen vil give relevante erfaringer i forhold at udvide hospitalernes behandlingsansvar til 96 timer samt til at gælde for fx ældre, der har været på en akutmodtagelse og udskrives til kommunal sygepleje.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) drøfter den 4. april 2025 proces for implementering af 96 timers behandlingsansvar.

JOURNALNUMMER

Tomt indhold

4. DRØFTELSE: SUNDHEDSREFORMEN OG DE FÆLLES PEJLEMÆRKER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Den 30. januar 2025 offentliggjorde KL og Danske Regioner ”Seks pejlemærker mellem KL og Danske Regioner for arbejdet med implementering af sundhedsreformen”. Pejlemærkerne udtrykker KL og Danske Regioners fælles ønsker for samarbejdet omkring sundhedsreformen. Samtidig udtrykkes ønsker til staten i denne proces - eksempelvis at reformens succes afhænger af en hurtig afklaring med staten om opgavefordeling og økonomi.

SSU har på de seneste møder drøftet sundhedsreformen og ønsker til hvordan den skal gennemføres i hovedstadsområdet. Det har også være drøftet i Kommunekontaktudvalget mellem regionsrådsformanden og de 29 borgmestre den 22. november 2024.

Med aftalen om pejlemærker er rammen for arbejdet med sundhedsreformen udstukket på tværs af kommuner og regioner. Der foreslås på den baggrund en drøftelse, der konkretiserer pejlemærkerne for samarbejdet i hovedstadsregionen og i Østdanmark. Herunder hvad der fra det nuværende samarbejde og tilgang i hovedstadsregionen skal være særlig opmærksomhed på i etableringen af sundhedsrådene.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter tilgangen for de seks pejlemærker i hovedstadsregionen, med særligt fokus på hvordan de skal løftes ift. sundhedsreformen i hovedstadsregionen og Østdanmark.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Sundhedssamarbejdsudvalget drøftede tilgangen for de seks fælles pejlemærker fra DR og KL med særligt fokus på, hvordan de skal løftes ift. sundhedsreformen i hovedstadsregionen og Østdanmark. Der var enighed om, at pejlemærkerne udgør et godt og konstruktivt afsæt for samarbejdet.

Der var også enighed om, at der er rigtig mange opgaveområder og hensyn, som skal afklares i den videre proces, når der er mere klarhed over lovgivning og øvrige formelle rammer. Eksempelvis blev fremhævet håndtering af opgaver som flyttes fra kommuner til sundhedsråd, håndtering af forskellige serviceniveauer i disse opgaver, opgavefordeling mellem regionsråd og sundhedsråd, organisering af samarbejdet med almen praksis samt involvering i den administrative og faglige betjening af sundhedsrådene.

Udvalget opfordrede til, at regionen deler tids- og procesplaner for det videre reformarbejde, når disse udarbejdes.

SAGSFREMSTILLING

De seks pejlemærker mellem KL og Danske Regioner har følgende overskrifter

1. Vi ønsker en hurtig afklaring med staten om opgaver og økonomi
2. Vi vil have lokal dialog om overdragelsen af opgaver
3. Vi vil skabe klare rammer, når kommuner skal være leverandør for et sundhedsråd
4. Vi ønsker tryghed for medarbejderne
5. Vi vil bevare de gode tilbud i overgangsfasen
6. Vi vil sikre en god dialog om opgaverne nu og i de fremtidige sundhedsråd

En drøftelse af, hvordan arbejdet med pejlemærkerne skal danne grundlag for det videre samarbejde i hovedstadsregionen og i forbindelse med et samlet Østdanmark, kan fx fokusere på:

- *Hvilke sundhedsbehov og fokusområder tager vi med i det videre samarbejde?*

I såvel sundhedsklynger som SSU er der fokus på at løfte de lokale sundhedsbehov, som er særlige for det konkrete område. Det skal også være en opgave og en drøftelse, som sundhedsrådene skal have fremadrettet.

Sundhedsbehovene er løbende blevet afdækket ift. de konkrete sager, ligesom der er lavet kortlægninger i den regionale sundhedsprofil: Resultater fra Sundhedsprofil 2021.

- *Hvordan sikrer vi det lokale fokus i den videre dialog?*

Både i den politiske aftale om en sundhedsreform og i de seks pejlemærker er der fokus på, at der fortsat skal være nære sundhedstilbud i lokalområderne. Det skal både sikres i omstillingen med sundhedsreformen og når den træder i kraft fra 2027. Fx indgår det i pejlemærke 5, at kommunerne og regionerne i overgangsfasen søger dialog med hinanden i forbindelse med større beslutninger og dispositioner vedr. de opgaver, der forventes flyttet.

Der kan fx være opmærksomhed på, hvordan kommunerne i 2025 og 2026 skal løfte de opgaver, som sundhedsrådene fra 2027 overtager myndigheds- og finansieringsansvaret for. Herunder hvad der skal være særligt opmærksomhed på i tilrettelæggelsen af det fremtidige arbejde i sundhedsrådene – fx ift. at sikre fortsat gode borgerforløb i omstillingen af opgaverne under og efter sundhedsreformen.

- *Hvordan fortsættes det gode samarbejde med almen praksis?*

De seks pejlemærker er indgået mellem Danske Regioner og KL, men supplerende skal der sikres et godt samarbejde og en god dialog med almen praksis i den fremtidige struktur. Herunder kan fx også drøftes, hvordan der fremover sikres tilstrækkeligt med almen praktiserende læger, fx set i lyset af den demografiske udvikling i Region Hovedstaden.

Brugerperspektiv

Kommuner, almen praksis og regioner har et fælles ansvar for at sikre, at borgerne fortsat får de sundhedstilbud de har krav på i omstillingsprocessen omkring sundhedsreformen, og når reformen

træder i kraft fra 2027.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Administrativt er der pt. dialog og arbejde omkring de fire konkrete opgaver, hvor myndigheds- og finansieringsansvaret flyttes fra kommunerne til sundhedsrådene. Herunder hvordan kommuner og regioner sikrer, at de gode erfaringer i den nuværende organisering kan opretholdes og at der er en opmærksomhed på eventuelle nye udfordringer. Det drøftes desuden administrativt, hvilke nye snitflader m.v. der opstår mellem sektorerne i forbindelse med sundhedsreformen. SSU vil på et kommende møde skulle drøfte status for dette.

JOURNALNUMMER

Tomt indhold

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. pejlemaerker-kl-og-danske-regioner

5. MEDDELELSER

Der var ingen meddelelser.

JOURNALNUMMER

-

6. EVENTUELT

EVENTUELT

Der var intet under under eventuelt.

Seks pejlemærker mellem KL og Danske Regioner for arbejdet med implementering af sundhedsreformen

1. Vi ønsker en hurtig afklaring med staten om opgaver og økonomi

KL og Danske Regioner er enige om, at den nationale afklaring af det kommende opgavesnit og af den tilhørende økonomi bør ske så hurtigt som muligt i foråret 2025 for at skabe klare rammer for de efterfølgende lokale forhandlinger og aftaler om opgavevaretagelse, herunder driftsaftaler og delingsaftaler.

Der er ligeledes enighed om, at der er brug for mere klarhed om processerne vedr. opgaveflytning og grundlaget for de kommende delingsaftaler. Der er brug for en ensartet tilgang til processerne, og rammerne herfor skal beskrives centralt (ift. økonomi, opgavesnit, delingsaftaler, rammer for driftsaftaler mv).

Eventuelle udligningskonsekvenser i kommuner eller regioner som følge af opgaveflytningen drøftes med de centrale sundhedsmyndigheder, og skal ikke indgå i den lokale dialog om opgaveflytningen.

2. Vi vil have lokal dialog om overdragelsen af opgaver

KL og Danske Regioner er enige om, at der primo 2025 igangsættes en politisk og administrativ dialog mellem regioner og kommuner i hele landet for at skabe et fælles vidensgrundlag om indholdet og omfanget af de nære sundhedstilbud i den enkelte kommune og i den regionale geografi. Det kan fx ske gennem besøg, dataudveksling og fælles erfaringsopsamling. Der er ikke tale om lokale forhandlinger, men om at dele viden om de eksisterende kommunale tilbud.

Forhandlinger om de konkrete opgaveflyt skal foregå, når de centralt fastsatte rammer er kendte og med udgangspunkt i de centrale sundhedsmyndigheders arbejde ift. opgavedelingen. Når rammerne er klarlagt, deler kommunerne detaljeret viden om de opgaver, der berøres af opgaveflytningen.

Kommuner og regioner vil i Sundhedsrådene samarbejde om at finde et godt grundlag for beslutninger om den videre drift af opgaverne. Beslutninger forberedes i løbet af efteråret 2025 i dialogen mellem kommuner og regioner, og træffes af de forberedende sundhedsråd senest 1. april 2026.

KL og Danske Regioner opfordrer endvidere til, at dialogen i sundhedsrådene fokuserer på løsninger på de lokale sundhedsbehov og på overvejelser i forhold til den fremtidige udvikling af nære sundhedstilbud i området.

Sundhedsreformen afstedkommer herudover flytning og bortfald af dele af regionernes opgaver indenfor regional udvikling. KL og Danske Regioner er enige om at der er behov for en hurtig afklaring af såvel opgavemæssige som økonomiske konsekvenser ved tilpasning af regionernes øvrige opgaver i staten. Regionerne bidrager lokalt med information til kommunerne om den regionale opgaveløsning og om opgaveændringens konsekvenser ift. konkrete projekter. Dette med henblik på at understøtte en smidig overgang med et fælles afsæt - også i forhold til de aktiviteter, der relaterer sig til regional udvikling og som har betydning for konkrete aktører og ift. projekter som fx Klimaalliancen, LIFE ACT mv.

3. Vi vil skabe klare rammer, når kommuner skal være leverandør for et sundhedsråd

I de situationer, hvor en kommune tildeles rollen som leverandør for et sundhedsråd er KL og Danske Regioner enige om, at aftalerne baseres på centralt fastlagte rammer. Målet er klare og gennemsigtige leverandøraftaler, som på den ene side sikrer ensartet praksis på tværs af regioner og kommuner men som på den anden side også levner mulighed for nødvendig lokal variation.

4. Vi ønsker tryghed for medarbejderne

KL og Danske Regioner er enige om, at der skal sikres mest mulig tryghed og ro om medarbejdersituationen i kommuner og regioner. Det er et fælles ønske, at det fortsat skal være attraktivt for de dygtige medarbejdere på sundhedsområdet at varetage de nære sundhedsopgaver – både i kommuner og regioner. Formålet med sundhedsreformen er, at der skal ske en udbygning af de nære tilbud – ikke det modsatte. Der er enighed om, at der fortsat skal være nære sundhedstilbud i lokalområderne, og at opgaverne vil blive løst i geografisk nærhed for borgerne. Der er ikke et ønske om centralisering af opgaverne på hospitalerne. Udgangspunktet er, at de ansatte følger opgaven. Det tilstræbes, at afklaringen af medarbejdersituationen sker så tidligt i 2026 som muligt og i umiddelbar forlængelse af beslutningen om driftsaftaler og indgående af delingsaftaler. Relevante MED-udvalg i kommuner og regioner bliver inddraget i overensstemmelse med den politiske aftale om sundhedsreformen, herunder også lov om virksomhedsoverdragelse. Der kan evt. inviteres til fælles orienteringsmøder med de faglige organisationer.

5. Vi vil bevare de gode tilbud i overgangsfasen

Der er enighed om, at kommuner og regioner i overgangsfasen ønsker at bevare de indsatser, som er opbygget til gavn for patienterne igennem årene, men også i videst muligt omfang de indsatser, som er opbygget inden for bl.a. kultur, klima og regional udvikling.

Kommunerne skal i 2025 og 2026 fortsat varetage de fire opgaveområder, som skal overgå til regionerne fra 2027 ligesom regionerne vil have opgaver i tilknytning til

regional udvikling, som også skal varetages i 2025. Der er enighed om, at kommunerne og regionerne i overgangsfasen søger dialog med hinanden i forbindelse med større beslutninger og dispositioner vedr. de opgaver, der forventes flyttet.

På sundhedsområdet gælder det, at regionerne for at understøtte forsyningsikkerheden kan forpligtige kommunerne til at varetage driften af de opgaver der flyttes til og med 2028. Der er enighed om, at regionerne vil gå i dialog med kommunerne herom tidligst muligt.

6. Vi vil sikre en god dialog om opgaverne nu og i de fremtidige sundhedsråd

KL og Danske Regioner er enige om gå konstruktivt ind i de kommende sundhedsråd og sikre et godt og fælles politisk afsæt for fremtidens sundhedsvæsen.

De forberedende sundhedsråd skal senest 1. april 2026 beslutte, om driften af sundhedstilbuddene i den enkelte kommune fortsat skal varetages af kommunen og indgå aftale herom.