

FAGLIG SUNDHEDSKLYNGE BYEN

MØDETIDSPUNKT

11-12-2024 kl. 14-16

MØDESTED

Bispebjerg Hospital, Nielsine Nielsens Vej 6A, opgang 11A, 1. sal, mødelokale 113

MEDLEMMER

Per Bennetsen, Adm. direktør, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Sine Mutanu Jungersted, Centerchef, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Stine Mieth-Waldorff, Afdelingsleder, Center for Sundhed og Rehabilitering, Københavns Kommune

Signe Grauslund, Områdechef, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Katrine Ring, Direktør, Socialforvaltningen, Københavns Kommune

Britt Bergstedt, Borgercenterchef, Socialforvaltningen, Københavns Kommune

Winnie Brandt, Chefkonsulent, Center for Sundhed, Region Hovedstaden

Nicolai Kjems, Sundheds- og Omsorgschef, Frederiksberg Kommune

Addie Just Frederiksen, Leder af forebyggelsesområdet, Frederiksberg Kommune

Lene Tokkesdal Dunker, Chefkonsulent, Frederiksberg Kommune

Mette Vingtoft Jacobsen, Specialkonsulent, Frederiksberg Kommune **Afbud**

Morten Holm, praktiserende læge, PLO-H repræsentant

Torben Larsen, praktiserende læge, PLO-H repræsentant

Markus Hahn, Chefkonsulent, PLO-H-sekretariatet

Vibeke Hlin Vestereng, Hospitalspraksiskonsulent, KAP-H

Marianne Karstensen, Patientinddragelsesudvalget

Otto Herskind Jørgensen, Bruger- og pårørenderepræsentant

Tommy Brock, Bruger- og pårørenderepræsentant **Afbud**

Kristian Antonsen, Hospitalsdirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Sille Arildsen, Vicedirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Randi Brinkmann, Centerdirektør, Rigshospitalet

Irene Harboe Brandt, Enhedschef, Rigshospitalet

Line Duelund Nielsen, Centerchef, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens
Psykiatri **Afbud**

Hallur Thorsteinsson, Centerchef, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region
Hovedstadens Psykiatri **Afbud**

Lotte Pihl Paulsen, Specialkonsulent, Region Hovedstadens Psykiatri **Afbud**

Berit Juhl Schau, Enhedschef, Region Hovedstadens Akutberedskab **Afbud**

Sekretariat

Melissa Holmes, Københavns Kommune

Jane Hovgaard Monsen, Københavns Kommune

Sandra Rahel Makonnen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (ref.)

GÆSTER

Mette Skou Rasmussen, Konsulent, Københavns Kommune

Henning Bliddal, Cheflæge, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Johan Reventlow, Chefkonsulent, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Tine Bjerregaard Kryger, Specialkonsulent, Københavns Kommune

Rasmus Hjardem-Hansen, Kommunallæge, Frederiksberg Kommune

Signe Louise Tholstrup Bertelsen, Afdelingsleder, Københavns Kommune

Anette Agerholm, Chefsygeplejerske, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

DAGSORDEN

1. VELKOMST OG GODKENDELSE AF DAGSORDEN
2. DRØFTELSE: AFTALE OM SUNDHEDSREFORM 2024
3. DRØFTELSE: ØNSKER TIL SAMARBEJDE I FAGLIG SUNDHEDSKLYNGE BYEN I 2025
4. BESLUTNING: TRÆNING FØR ELLER I STEDET FOR OPERATION
5. BESLUTNING: DATA VEDR. KONTAKTMØNSTRE I PRIMÆRSEKTOREN SAMT FOREBYGGELIGE AKUTTE HOSPITALSOPHOLD
6. DRØFTELSE: DEN SIDSTE TID
7. SKRIFTLIG ORIENTERING: FORLÆNGELSE AF IV-AFTALEN
8. SKRIFTLIG ORIENTERING: KOMPETENCEUDVIKLING I KATETERPLEJE
9. EVENTUELT

1. VELKOMST OG GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

-

INDSTILLING

Det indstilles:

- At faglig sundhedsklynge Byen godkender dagsordenen som grundlag for mødets afvikling.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen godkendte dagsordenen.

SAGSFREMSTILLING

Sille Arildsen byder velkommen på vegne af formandskabet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

BILAG

-

2. DRØFTELSE: AFTALE OM SUNDHEDSREFORM 2024

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Den 15. november 2024 indgik regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre en politisk aftale om en sundhedsreform. Aftalen medfører ændringer i det tværsektorielle samarbejde og en ny struktur for sundhedsområdet. Formålet med sagen er at drøfte reformen og samarbejdet i overgangsperioden.

Drøftelsen vil blive indledt med et oplæg v/formandskabet, og derefter vil der være en bordrunde.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen drøfter sundhedsreformen med særligt fokus på samarbejdet i overgangsperioden.

REFERAT

Vicedirektør Sille Arildsen (Bispebjerg og Frederiksberg Hospital) og Adm. Direktør Per Bennetsen (Københavns Kommune) præsenterede hovedelementer i sundhedsreformen.

Faglig sundhedsklynge drøftede sundhedsreformen og samarbejdet i overgangsperioden.

Der var enighed om, at Sundhedsklynge Byen har et velfunderet samarbejde, som kan danne grundlag for overgangsprocessen til den nye struktur under sundhedsreformen.

Det blev også understreget, at det er vigtigt at fastholde fokus på at få de allerede igangsatte initiativer gennemført.

Brugerrepræsentanterne påpegede vigtigheden af at sikre, at bruger- og pårørendeperspektivet indgår aktivt både i planlægningen af den nye organisering og under forberedelsesprocessen.

SAGSFREMSTILLING

Aftale om Sundhedsreform 2024 har til formål at styrke det nære sundhedsvæsen samt understøtte lighed i sundhed og sammenhæng i borgernes forløb. Sundhedsreformen medfører ændringer i sundhedsområdets struktur, opgavefordeling og økonomi. Hovedelementerne er:

- *Lægereform:* Alle skal sikres adgang til en læge tæt på ens bopæl, flere speciallæger på mindre sygehuse, oprettelse af flere uddannelsespladser uden for de største byer samt national fastsættelse af antal og fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud. Derudover skal praktiserende læger have en tovholderfunktion for de mest sårbare patienter. Ændring af lovgivning for at fjerne barrierer for at benytte andre klinikformer end alment praktiserende læger.
- *Kronikerpakker og bedre patientrettigheder:* Nye behandlingspakker for visse kronikere, som skal sikre bedre sammenhæng i sundhedstilbuddene, og patienterne får ret til hurtig adgang til speciallæger samt digitale sundhedstilbud.
- *Frit valg og styrkede patientrettigheder:* Ret til hurtig udredning og behandling ikke kun på hospitaler, men også hos privatpraktiserende speciallæger, borgere skal have mulighed for at vælge hvor i landet de vil benytte en sundheds- og omsorgsplads, hurtigere udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, og ret til digitale sundhedstilbud.

- *Nære sundhedstilbud:* Flere sundhedsopgaver flyttes ud af sygehusene, og hjemmebehandlingsteams skal håndtere komplekse sygdomsforløb i hjemmet. Sundhedsråd får midler til at udbygge sundhedshuse med flere funktioner, så borgerne kan undgå unødvendige hospitalsindlæggelser.
- *Ny sundhedsstruktur:* En sammenlægning af Region Hovedstaden og Region Sjælland til Region Østdanmark samt en integration og ligestilling af psykiatri og somatik.

En national plan for udviklingen af sundhedsvæsenet og en ny styrelse: Nationalt Center for Sundhedsinnovation.

Etablering af 17 sundhedsråd, Sundhedsklynge Byen vil blive erstattet af Sundhedsråd Hovedstaden, som omfatter København, Frederiksberg og Bornholm. Sundhedsrådet får 13 folkevalgte rådsmedlemmer, heraf 7 regionsrådspolitikere og 6 kommunalpolitikere.

- *Opgaveflytning:* Følgende opgaver rykkes fra kommunerne til regionerne:
 - Midlertidige sundheds- og omsorgspladser for borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats
 - Akut specialiseret sygepleje
 - Patientrettet forebyggelse
 - Specialiseret rehabilitering og dele af avanceret genoptræning

Regionerne får myndighedsansvaret for opgaverne. Sundhedsrådene vil på vegne af regionsrådene kunne vælge at indgå aftaler med kommunerne om, at de varetager driften af hele eller dele af opgaverne på vegne af regionen. Regionen skal senest den 1. april 2026 have indgået aftale med relevante kommuner om drift.

Hovedparten af de nye elementer træder i kraft 1. januar 2027, og 2026 vil være et overgangsrår.

BRUGERPERSPEKTIV

Med sundhedsaftalen er ønsket at styrke sammenhængen i sundhedsforløb. Der vil fortsat være behov for et tæt tværsektorielt samarbejde for at sikre, at brugeren oplever sammenhæng i forløb, at snitflader mindskes, samt at sektorerne får kendskab til opgaver, best practice og udfordringer på tværs af sektorer.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Drøftelse af det tværsektorielle samarbejde vil blive sat på dagsorden i 2025 i takt med, at aftalen konkretiseres i forbindelse med udkast til lovforslag. En [første] ændring af sundhedsloven er på lovprogrammet til april.

BILAG

- Aftale om sundhedsreform 2024

3. DRØFTELSE: ØNSKER TIL SAMARBEJDE I FAGLIG SUNDHEDSKLYNGE BYEN I 2025

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsklyngestrukturen trådte i kraft 1. juli 2022, hvor politisk sundhedsklynge Byen udpegede en række fokusområder for klyngen. De centralt afsatte midler til klyngerne blev fordelt til udviklingsinitiativer under fokusområderne og udløber i 2024.

Med 'Aftale om sundhedsreform 2024' etableres sundhedsråd pr. 1. januar 2027, som erstatter de eksisterende sundhedsklynger.

I lyset af sundhedsreformen samt udløb af klyngemidler giver det anledning til en drøftelse af ønsker til klyngesamarbejdet i 2025 med henblik på at udarbejde et årshjul for sundhedsklyngens politiske og faglige niveau.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen drøfter ønsker til samarbejde i klyngen i 2025, herunder det videre arbejde med fokusområderne.
- At Faglig sundhedsklynge Byen drøfter, hvilke af de eksisterende indsatser, der kan videreføres indenfor rammen.
- At Faglig sundhedsklynge Byen godkender, at sekretariatet på baggrund af klyngens drøftelser udarbejder et årshjul for 2025 til godkendelse i formandskabet.

REFERAT

Faglig Sundhedsklynge Byen drøftede ønsker til samarbejdet i klyngen i 2025.

Det blev aftalt at drøfte den videre proces for de igangværende indsatser i forbindelse med de enkelte afrapporteringer.

Flere indsatser, herunder arbejdet med 'Socialt udsatte borgere', 'Indsats for skrøbelige, faldtruede ældre' og 'Samarbejde om borgere med kronisk sygdom', mangler fortsat afrapportering og vil være i fokus i 2025. Ligesom det videre arbejde med 'Børn og unge i mistrivsel' og udbredelsen af erfaringerne fra 'Den sidste tid' til borgere med hjertesvigt også vil fortsætte i 2025.

Der blev yderligere foreslået at have fokus på den gode udskrivelse og det nære sundhedsvæsen som også hænger sammen med flere af de igangværende indsatser. I den forbindelse blev det nævnt at afprøve 96 timers behandlingsansvar samt afdække behovet for og eventuelt afprøve flytning af andre opfølgende opgaver efter indlæggelse ud af hospitalet allerede inden reformen træder i kraft. Derudover var der et ønske om fokus på KOL ind i de kommende kronikerpakker.

Faglig Sundhedsklynge Byen godkendte, at sekretariatet på baggrund af klyngens drøftelser udarbejder et årshjul for 2025.

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsklyngernes formål er at løfte populationsansvaret med udgangspunkt i akuthospitalernes optageområde og sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet. Samtidig har sundhedsklyngerne til opgave at styrke forebyggelse, kvalitet og omstilling til det primære sundhedsvæsen.

Fokusområder

Politisk sundhedsklynge Byen har udpeget følgende fire fokusområder for klyngen:

1. Børn og unges mentale trivsel
2. Ældre patienter og den sidste tid
 - a. Dosisdispenseret medicin
 - b. Indlæggelser fra plejehjem
 - c. Den sidste tid
3. Træning før eller i stedet for operation
4. Udsatte borgeres somatiske sygdom
 - a. Samarbejde om socialt udsatte borgere med rusmiddelproblematik og behov for abstinensbehandling
 - b. Samarbejde mellem socialtandplejen og Flexklinikken

Status og drøftelse af igangværende indsatser

Der er planlagt status og afrapportering af de forskellige indsatser, der endnu ikke er afrapporteret, i løbet af 2025, jf. nedenstående skema.

Indsats	Faglig sundhedsklynge Byen	Politisk sundhedsklynge Byen
Børn og unge i mistrivsel	September 2025	Maj 2025
Dosisdispensering	Marts 2024	Maj 2025
Indlæggelser fra plejehjem	Marts 2024	Maj 2025
Den sidste tid	December 2024	Maj 2025
Træning før/i stedet for operation	December 2024	Maj 2025
Udsatte borgeres somatiske sygdom		Maj 2025

Klyngemidler

Med aftalen om sundhedsklynger blev der afsat 80 mio. kr. i centrale midler i hhv. 2022 og 2023 til udviklingsinitiativer. Sundhedsklynge Byens andel af midler udgjorde i alt 12,4 mio. kr., som er fordelt på klyngens fokusområder ved politisk votering. For sundhedsklyngemidlerne er der igangsat en række udviklingsinitiativer i 2023-2024 inden for fokusområderne. Midlerne forventes anvendt med udgangen af 2024, og der er således ingen klyngemidler fra 2025 og frem.

Fælles for fokusområderne gælder, at der er behov for at drøfte, hvordan der kan arbejdes videre med disse, når der ikke længere er klyngemidler til arbejdet.

De nedsatte arbejdsgrupper under fokusområderne har haft en opmærksomhed på, at udviklingsinitiativerne så vidt muligt skal kunne arbejdes videre med efter udløb af klyngemidlerne. For nogle af initiativerne gælder imidlertid, at fx udbredelse, skalering eller varig drift forventeligt vil forudsætte yderligere tilførsel af midler.

Aftalte drøftelser for 2025

Nedenfor fremgår de sager, som på nuværende tidspunkt er aftalt skal drøftes i hhv. Faglig og Politisk Sundhedsklynge Byen i 2025.

Aftalte drøftelser i Faglig sundhedsklynge Byen i 2025

- Børn og unge i mistrivsel

- Evaluering af bruger- og pårørendeinddragelse
- Brugertilfredsundersøgelse for lægepraksis
- Evaluering af Sektorintegreret Geriatri og Palliation

Aftalte drøftelser i Politisk sundhedsklynge Byen i 2025

- Samlet afrapportering af fokusområderne
- Ønsker til samarbejdet i klyngen i 2025 med fokus på forberedelse af den nye samarbejdsstruktur

BRUGERPERSPEKTIV

Sundhedsklynge Byen prioriterer bruger- og pårørendeinddragelse højt som en del af arbejdet med at udvikle indsatserne. Brugerrepræsentanter deltager aktivt i arbejdsgrupper, bidrager ved prøvehandling og kvalificerer nye processer fra et brugerperspektiv. Brugerperspektivet vil fortsat være i fokus i indsatserne i 2025.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af drøftelsen i faglig klynge udarbejder sekretariatet et årshjul for 2025, som godkendes af det faglige formandskab.

BILAG

-

4. BESLUTNING: TRÆNING FØR ELLER I STEDET FOR OPERATION

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Politisk sundhedsklynge godkendte på møde den 28. november 2023 igangsættelse af en række prøvehandlinger under fokusområdet 'Træning før eller i stedet for operation' for borgere med artrose og borgere med Claudicatio Intermittens (CI). Prøvehandlingerne er gennemført i perioden februar til august 2024 og der foreligger nu en evaluering med anbefalinger til det videre arbejde. Evalueringen viser en positiv effekt ift. borgernes fastholdelse af fysisk aktivitet og har bidraget positivt på deres syn på operation, så operation kan udskydes eller hindres. Arbejdet med prøvehandlingerne har fremmet samarbejdet på tværs af de involverede parter og har desuden sat fokus på det fortsatte behov for opsporing af sårbare borgere.

Projektet afrapporteres til Faglig sundhedsklynge Byen med henblik på godkendelse af anbefalingerne. Drøftelsen indledes med et oplæg fra repræsentanter fra arbejdsgruppen.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen tager evalueringen til efterretning og godkender anbefalingerne for den videre proces.

REFERAT

Konsulent Mette Skou Rasmussen (Københavns Kommune) præsenterede evalueringsresultater og arbejdsgruppens anbefalingerne for den videre proces.

Det blev aftalt, at den videre forankring af projektet drøftes på det kommende møde i marts. Her skal der særligt være fokus på at afklare snitfladerne mellem det regionale non-operative tilbud til knæartrose, og kommunernes træningsindsatser.

Det blev bemærket, at der i det videre arbejde fortsat skal være fokus på kommunikation til almen praksis om henvisningsmulighederne.

Brugerrepræsentanter påpegede, at det vil være en fordel at sætte øget fokus på inddragelse af pårørende i forbindelse med fastholdelse af borgere i træningsindsatserne, da de ofte spiller en vigtig rolle i borgernes motivation og støtte. Det blev også påpeget at fokus på civilsamfundets rolle fortsat er et vigtigt element i indsatserne vedr. træning i stedet for operation.

SAGSFREMSTILLING

Formålet med projektet var at bidrage til at øge ligheden i sundhed for de to målgrupper, herunder ved at forhindre eller udskyde behovet for operation, samt at støtte borgeren i at fastholde sit funktionsniveau og træningsindsats efter endt kommunalt træningsforløb.

Derudover har der været fokus på prioritering i tilrettelæggelse af afprøvningerne. En prioritering, der har givet borgere med de højeste sundhedskompetencer et større ansvar for egen indsats, mens der har været et øget fokus på at støtte borgere med færre ressourcer og lave sundhedskompetencer.

Metode og datagrundlag

Der er i projektet igangsat seks prøvehandlinger (se bilag A i evalueringsrapporten for beskrivelse). De seks prøvehandlinger er gennemført i perioden fra februar til august 2024. Der er udarbejdet en procesevaluering, hvor fokus har været at følge udviklingen i prøvehandlingernes potentialer og muligheder. Der er anvendt kvantitativ og kvalitativ metode

og både borgere, almen praksis, kommunale medarbejdere samt medarbejdere på Parker Instituttet har bidraget til evalueringen.

Resultater

I det følgende præsenteres evalueringen af de seks prøvehandling.

1. Direkte henvisning af borgere med Claudicatio Intermittens

Der har været i alt 11 direkte henvisninger i Københavns (7) og Frederiksberg Kommune (4). De praktiserende læger pointerer, at der med en længere projektperiode kunne have været opnået flere henvisninger. Lægernes bekymring vedr. direkte henvisning inden projektstart blev imødekommet via et informationsmøde med repræsentation af læge fra Karkirurgisk Afdeling på Rigshospitalet. Det vurderes, at lægerne har oplevet det trygt at henvise borgere med CI til kommunalt træningsforløb. Den nye henvisningsvej er også en mulighed for, at borgerne kan igangsætte deres træningsintervention tidligere.

2. Tryk henvisning af borgere med artrose og begrænsede sundhedskompetence

Der har været i alt fire trykke henvisninger i Frederiksberg Kommune og ingen i Københavns Kommune. I København Kommune er seks henvisninger, gennem interne arbejdsgange, blevet ændret til trykke henvisninger. Tryk henvisning betyder, at almen praksis markerer i henvisningen, at det er en borger, der kræver en mere håndholdt indsats.

De få henvisninger peger på, at det er sværere at få trykke henvisninger fra de praktiserende læger end forventet på trods af, at lægerne er blevet løbende informeret. Evalueringen peger dog på, at lægerne anser henvisningsvejen som en god mulighed for at henvise sårbare borgere, men at det er vanskeligt at opspore disse borgere. Lægerne vurderer, at der ville være et stort potentiale i at anvende tryk henvisning til andre målgrupper.

3. Direkte henvisning til Parker Instituttet

Der har været 15 henvisninger i projektperioden. Otte af disse borgere blev ikke fundet egnet til deltagelse bl.a. fordi de ikke var motiveret til at indgå i diætundervisning. Én borger er afsluttet, mens seks borgere fortsat er i forløb, herunder fx medicinsk behandling eller fysioterapeutisk træningsforløb. Det er således svært at evaluere på prøvehandlingen - dog skal det nævnes, at ingen patienter er overgået til ortopædkirurgisk vurdering, med henblik på operation.

4. Træningsnetværk

Terapeuterne vurderer, at et træningsnetværk kan være et godt tilbud til de borgere, der vægter det sociale højt. De understreger dog, at det kræver en indsats at få det i gang og også kræver løbende støtte og opfølgning, hvis borgerne skal fastholdes i netværket. Borgerne har oplevet det som positivt at træne med andre og har udtrykt ønske om fortsat at træne i netværket.

5. Forpligtende aftaler med borgeren om fortsat træning

Terapeuterne vurderer, at arbejdet med forpligtende aftaler har bidraget positivt til dialogen med borgerne om deres mål. Det har også været et godt værktøj til at facilitere dialog mellem borgerne, som har kunnet inspirere hinanden. Flere borgere fortæller, at det har været positivt at arbejde med forpligtende aftaler, da det har hjulpet dem med at fastholde fokus på deres mål, og hvad de gerne vil opnå med deres forløb. Evalueringen har vist, at der er behov for at overveje, hvornår i borgerens forløb værktøjet anvendes.

6. Nye samarbejder og træning i PureGym og lokale foreninger

Projektet har med succes gennemført et træningsforløb i PureGym. Afprøvningen har vist, at det ikke er alle borgere i de to målgrupper, der har gavn af tilbuddet. Det er bl.a. faktorer som alder, komorbiditet og psykosociale udfordringer, som har vist at have betydning. Omvendt har flere af borgerne oplevet en positiv effekt af træningen og har fortsat deres træning efterfølgende. Terapeuterne fremhæver, at det har været interessant at se målgrupperne i en anden kontekst, hvor der har været mindre fokus på sygdom.

Terapeuterne vurderer, at det er en stor opgave at etablere nye foreningssamarbejder, og det er svært at finde en forening, der har ledig kapacitet til at optage nye medlemmer og kan rekruttere frivillige og kvalificerede undervisere til træningsholdene.

Konklusion

Borgernes oplevelse

Borgerne oplever, at deres deltagelse i de kommunale træningsforløb og vægtindsats i regionen har bidraget positivt på deres syn på operation, så operation kan udskydes eller hindres. Derudover har borgerne oplevet det positivt at træne med andre i et træningsnetværk og arbejde med forpligtende aftaler, da det hjælper dem med at fastholde deres mål med træningen efter deres forløb. Størstedelen af borgerne har oplevet en positiv effekt af deres træningsindsats både i sundhedshus og i PureGym.

Samarbejde i et klyngeprojekt i regi af en sundhedsklynge

De seks prøvehandlinger er udviklet i tæt samarbejde mellem de involverede partnere, der i fællesskab har defineret indholdet med fokus på at løfte det fælles populationsansvar. Både udviklingen og gennemførelsen af projektet har bidraget til, at der er skabt et tættere samarbejde og relationer på tværs af kommuner, region og almen praksis, som kan bruges i det videre tværsektorielle samarbejde i Sundhedsklynge Byen.

Nye Henvisningsveje

Overordnet viser projektet, at det er muligt at gennemføre nye henvisningsformer fra praktiserende læge, men det kræver tid at implementere og løbende fokus fra kommunernes side ift. at holde de praktiserende læger orienteret om henvisningsmulighederne og kommunale og regionale tilbud.

Brobygning til civilsamfund

Brobygning er en ressourcekrævende opgave for terapeuterne, der kræver løbende dialog og tæt kontakt med foreningerne, og det kræver tid og ressourcer at etablere nye foreningssamarbejder.

Tilbuddet om træning i PureGym egner sig i højere grad til den yngre og erhvervsaktive borger og i mindre grad til ældre med flere konkurrerende lidelser og mentale udfordringer.

Fastholdelse af fysisk aktivitet

De igangsatte brobygningsinitiativer har ikke haft afgørende betydning for de adspurgte borgere ift. fastholdelse af fysisk aktivitet. Men det hænger formentlig sammen med, at størstedelen af de adspurgte borgere var motionsvante. For borgerne har det haft større betydning at få viden om sygdomsmestring og opleve effekt af deres træningsindsats.

Anbefalinger

Det anbefales på baggrund af evalueringen at:

- udbrede opsporingen af sårbare borgere, så opgaven ikke kun ligger hos praktiserende læge
- fokusere fortsat på opsporing af sårbare borgere ift. at sikre differentiering i henvisning fra praktiserende læge og region
- muligheden for direkte henvisning af borgere med CI bliver en permanent henvisningsvej
- organiseringen af de patientforebyggende tiltag (§119) i højere grad synliggør og understøtter muligheden for selvhenvendelse
- der arbejdes videre med et formaliseret samarbejde med et fitnesscenter

BRUGERPERSPEKTIV

Intentionen med projektet har været at bidrage til at øge lighed i sundhed for målgrupperne, og støtte brugeren i at fastholde sit funktionsniveau og træningsindsats efter endt kommunalt træningsforløb. Der har været brugerinddragelse i både udvikling, afprøvning og evaluering.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Den videre proces for projektets varige forankring fremlægges og drøftes på møde i Faglig klynge Byen til marts i 2025. Dog vil de afsatte midler på 1.4 mio. kr. ved udgangen af 2024 være brugt, og der er således ikke midler til at videreføre erfaringerne fra evalueringen indenfor rammen af Sundhedsklynge Byen. I Københavns Kommune vil erfaringerne fra projektet bl.a. videreføres i arbejdet med implementeringen af de nye kvalitetsstander for ryg og artrose forløb.

Til orientering har Region Hovedstaden afsat 7 mio. kr. til at udvikle et alternativt tilbud til operation for knæartrose. Fra 1. oktober 2024 bliver henviste patienter med knæartrose på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital mødt med et udvidet tilbud, der blandt andet inkluderer fysisk træning ved fysioterapeut, medicinsk behandling og hjælp til vægttab ved diætist. Tilbuddet udrulles i løbet af de kommende måneder til de øvrige hospitaler i Region Hovedstaden.

.

BILAG

1. Evalueringsrapporten af projektet Træning før i stedet for operation

5. BESLUTNING: DATA VEDR. KONTAKTMØNSTRE I PRIMÆRSEKTOREN SAMT FOREBYGGELIGE AKUTTE HOSPITALSOPHOLD

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Indenrigs- og Sundhedsministeriet udgav i februar 2023 benchmarkrapporten "Ældres indlæggelser på medicinske afdelinger" for at tilvejebringe viden om de ældre (+65 år) borgeres indlæggelsesaktivitet på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger og bl.a. undersøge kontaktmønstre i primærsektoren før- og efter en indlæggelse.

Sundhedsklynge Byens dataarbejdsgruppe har arbejdet videre med resultaterne fra benchmarkrapporten med fokus på at afdække *kontaktmønstre i primærsektoren* samt *forebyggelige akutte hospitalsophold*, hvilket blev besluttet på Fagligt klyngemøde den 11. marts 2024, og herefter på politisk klyngemøde 26. april 2024.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen orienteres om dataarbejdsgruppens analysearbejde ift. kontaktmønstre i primærsektoren samt forebyggelige akutte hospitalsophold.
- At Faglig sundhedsklynge Byen beslutter, hvilke data om forebyggelige akutte hospitalsophold der fast skal følges fremadrettet.

REFERAT

Specialkonsulent Tine Bjerregaard Kryger (Københavns Kommune) og chefkonsulent Johan Reventlow (Bispebjerg og Frederiksberg Hospital) præsenterede dataarbejdsgruppens analysearbejde ift. kontaktmønstre i primærsektoren samt forebyggelige akutte hospitalsophold.

Faglig Sundhedsklynge Byen besluttede, at data fremover skal følges i arbejdsgrupperne for 'Indsats for skrøbelige, faldtruede ældre' og 'Indlæggelser fra plejehjem' samt 'Samarbejde om borgere med kroniske sygdomme'. Disse arbejdsgrupper vil modtage en datapakke fra dataarbejdsgruppen som grundlag for deres videre arbejde.

Det er blevet afklaret, at det er muligt at følge data ned på plejehjemsniveau i en periode som del af et kvalitetsudviklingsprojekt.

Der var desuden en drøftelse af mulighederne for at anvende data til at forudsige fald, herunder også teknologiske løsninger til monitorering af faldtruede borgere.

SAGSFREMSTILLING

I nærværende sag præsenterer dataarbejdsgruppen resultatet af analysearbejdet inden for hver af de to temaer, *kontaktmønstre i primærsektoren* samt *forebyggelige akutte hospitalsophold*. Herunder præsenteres dataarbejdsgruppens forslag til data om forebyggelige akutte hospitalsophold, der kan følges kontinuerligt med henblik på at overvåge og nedbringe antallet af forebyggelige akutte hospitalsophold. Da sundhedsklyngeprojektet *Indlæggelser fra plejehjem* skal skales op og udbredes til flere plejehjem, er det relevant at have data om forebyggelig akutte hospitalsophold på plejehjemsniveau, og ligeledes er det relevant ift. at arbejde med forebyggelige akutte hospitalsophold i regi af de nationale mål for sundhedsvæsenet. Dermed understøttes arbejdet med at nedbringe de forebyggelige hospitalsophold direkte, ligesom disse data vil kunne bruges i mange andre sammenhænge.

For at besvare spørgsmålene har dataarbejdsgruppen produceret en analysesamling om *Kontaktmønstre til sundhedsvæsenet før og under forebyggelige akutte hospitalsophold blandt ældre*. Analyserne omhandler forebyggelige akutte hospitalsophold blandt borgerne (65+) i sundhedsklynge Byen og bygger på hospitalsdata fra perioden januar 2022 til marts 2024. Analyserne er gennemført af Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH). Dertil er der gennemført en mindre analyse af Københavns Kommunes akutteam baseret på data fra 2023 fra kommunens elektroniske omsorgsjournal.

Analysesamling, inkl. beskrivelse af de inkluderede diagnosegrupper, kan findes i bilag 1 (elektronisk bilag med mulighed for at se analyseresultater særskilt for hver kommune). Analyser af Københavns Kommunes akutteam kan findes i bilag 2.

Kontaktmønstre i primærsektoren: Hvilken betydning har kontakten med sundhedsvæsenet op til et hospitalsophold (herunder 1813's rolle)?

Sundhedsklynge Byens dataarbejdsgruppe har været i dialog med Akutberedskabet, og ud fra hospitalsdata belyst borgere over 65 år, som henvises til hospitalet af 1813, og efterfølgende har et forebyggeligt akut hospitalsophold. Analyserne viser, at størstedelen af disse borgere kommer i vurderingssporet, og for plejehjemsbeboere, såvel som ikke plejehjemsbeboere, er 1813 den hyppigste henvisningsvej til hospitalet, efterfulgt af 112/politiet og almen praksis.

Forebyggelige hospitalskontakter: Hvilke diagnoser har borgere med hospitalsophold i sundhedsklynge Byen og kan de forebygges?

Sundhedsklynge Byens dataarbejdsgruppe har undersøgt forebyggelige akutte hospitalsophold blandt borgere over 65 år med særligt fokus på tre diagnosegrupper: nedre luftvejssygdomme, brud og blærebetændelse. Disse diagnoser er de hyppigste årsager til hospitalsophold blandt de 9 forebyggelige diagnoser og udgør derfor et vigtigt indsatsområde.

Nedre luftvejssygdomme, særligt lungebetændelse, fører til flest forebyggelige hospitalsophold, med gnsn. 1,5 ophold pr. 1.000 borgere om måneden. Herefter følger brud (1,3 ophold pr. 1.000 borgere), hvor hoftebrud er den mest almindelige årsag, og blærebetændelse (0,68 ophold pr. 1.000 borgere).

For diagnoserne nedre luftvejssygdomme, brud og blærebetændelse viser data, at andelen af 80+ årige med et hospitalsophold er større end andelen af 65-79-årige og ligeledes, at andelen af plejehjemsbeboere med et hospitalsophold er større end andelen af hjemmeboende borgere (ikke-plejehjemsbeboere). Her er det vigtigt at påpege, at total set har flere hjemmeboende borgere et hospitalsophold. Plejehjemsbeboere er en afgrænset gruppe, som kommunen kender godt, hvilket skaber et grundlag for målrettede forebyggende indsatser. Derimod kræver arbejdet med hjemmeboende borgere yderligere datadeling mellem kommune og region for bl.a. at identificere, hvilke borgere som allerede er kendt af kommunen, og hvilke som ikke modtager kommunal støtte og hjælp.

	Nedre luftvejssygdomme	Brud	Blærebetændelse
Total	1,59 pr. 1.000 borgere	1,3 pr. 1.000 borgere	0,68 pr. 1.000 borgere

Alder	80+ år	3,4 pr. 1.000 80+ årige borgere	2,7 pr. 1.000 80+ årige borgere	1,8 pr. 1.000 80+ årige borgere
	65-79 år	0,95 pr. 1.000 65-79-årige borgere	0,84 pr. 1.000 65-79-årige borgere	0,35 pr. 1.000 65-79-årige borgere
Bopæl	Plejhjemsbeboere	7,0 pr. 1.000 borgere på plejhjem	3,8 pr. 1.000 borgere på plejhjem	3,8 pr. 1.000 borgere på plejhjem
	Hjemmeboende	1,3 pr. 1.000 borgere i eget hjem	1,2 pr. 1.000 borgere i eget hjem	0,53 pr. 1.000 borgere i eget hjem

Dataarbejdsgruppen har set på, hvilke andre diagnoser som borgerne har været indlagt med i perioden januar 2022 til marts 2024. For gruppen af borgere med blærebetændelse viser data, at de ofte også har haft et hospitalsophold med en respiratorisk diagnose eller infektiøs tilstand. For gruppen af borgere med nedre luftvejssygdom og borger med brud er infektiøse tilstande ligeledes en hyppig årsag til et hospitalsophold. Dertil ses det, at diagnoser relateret til hjerteproblemer er særligt fremtrædende blandt borgere med nedre luftvejssygdomme.

Dataarbejdsgruppen finder det derfor interessant fremadrettet at følge data om genindlæggelser på diagnoseniveau, for at se om der er en reel sammenhæng mellem de diagnoser, borgerne indlægges og genindlægges med. Dertil vil det være relevant at følge data på plejhjemsniveau, da det således vil være muligt at gøre en indsats for at forebygge, at borgerne kommer på hospitalet.

På baggrund af analyserne anbefaler dataarbejdsgruppen, at nedenstående data følges fast fremadrettet. Målet er at vurdere, om antallet af forebyggelige akutte hospitalsophold nedbringes som følge af indsatser på området.

1. Antal hoftenære brud
2. Antal nedre luftvejssygdomme
3. Antal blærebetændelse
4. Antal forebyggelige akutte sygehusophold i alt
5. Genindlæggelser for alle ovenstående datasæt
6. Antal hospitalskontakter 3 måneder inden forebyggelig akut hospitalsophold
7. Gennemsnitlig antal dage siden foregående hospitalskontakt, regnet fra start af det forebyggelige akutte hospitalsophold

Ovenstående data leveres for borgere i sundhedsklynge Byen, borgere i Københavns kommune og Frederiksberg kommune. Dertil deles data op på, om man bor på plejhjem/hjemmeboende samt evt. aldersgrupper. Dataleverance 5-7 deles op i nogle meningsfulde grupperinger af diagnoser, således at det er muligt fagligt at vurdere, om der er en sammenhæng mellem hospitalsopholdet og en genindlæggelse, og dermed at der kan forgå en faglig vurdering af muligheden for at iværksætte en forebyggende indsats.

Arbejdet med at forebygge akutte hospitalsophold er et tværsektorielt samarbejde. Hvis antallet af forebyggelige akutte hospitalsophold for sundhedsklynge Byen skal nedbringes, og det skal være mulighed at følge med i tallet, og lokalt arbejde med data, er det nødvendigt med data på plejhjemsniveau. Derfor skal det undersøges, om datadeling mellem region og kommune kan finde sted på plejhjemsniveau.

BRUGERPERSPEKTIV

-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

BILAG:

- Bilag 1: Kontaktmønstre til sundhedsvæsenet før og under forebyggelige akutte hospitalsophold blandt ældre
- Bilag 2: Hvem indlægger de borgere som har været i kontakt med akutteamet

6. DRØFTELSE: DEN SIDSTE TID

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Politisk sundhedsklynge Byen udpegede den 28. september 2022 'Den sidste tid' som et af klyngens fokusområder. En arbejdsgruppe foreslog tværgående indsatser, der kunne afprøves for borgere med svær KOL, og disse indsatser blev godkendt af Politisk sundhedsklynge den 2. maj 2023. Der er i første omgang afsat 2,7 mio. kr. til udviklingen af indsatser målrettet borgere med svær KOL i deres sidste leveår. Af disse midler er 0,3 mio. kr. blevet allokeret til at afprøve indsatserne for borgere med hjertesvigt.

Faglig sundhedsklynge Byen præsenteres for afrapporteringen på indsatserne og drøfter forslag til videre proces. Drøftelsen indledes med et oplæg fra repræsentanter fra arbejdsgruppen.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen tager afrapportering om indsatser til efterretning.
- At Faglig sundhedsklynge Byen drøfter næste skridt i indsatsen og fremtidige tiltag.

REFERAT

Kommunallæge Rasmus Hjørdem-Hansen (Frederiksberg Kommune), Afdelingsleder Signe Louise Tholstrup Bertelsen (Københavns Kommune) og Chefsygeplejerske Anette Agerholm (Bispebjerg og Frederiksberg Hospital) præsenterede afrapportering og forslag til det videre arbejde.

Faglig sundhedsklynge Byen tog afrapporteringen til efterretning og gav opbakning til, at arbejdsgruppen fortsætter arbejdet med de foreslåede initiativer i drift.

Der var en drøftelse af brugen af PRO-basal til måling af livskvalitet, med særligt fokus på at undersøge livskvaliteten efter borgernes inklusion i indsatserne.

Der er igangsat et arbejde med at udbrede erfaringer til borgere med hjertesvigt. Det blev aftalt, at Faglig Sundhedsklynge Byen modtager en status på dette arbejde i løbet af 2025.

SAGSFREMSTILLING

Borgere med kroniske sygdomme har ofte mange kontakter til sundhedsvæsenet i deres sidste leveår, især i de kritiske måneder op til livets afslutning. Der er dokumenteret, at tidlig afklaring af behandlings- og plejensønsker kan forbedre livskvaliteten, men der mangler ofte en systematisk tilgang til samarbejdet om borgeren.

Indsatsen har til formål at udvikle et tværsektorielt samarbejde og implementere strukturer, der kan støtte borgere med svær KOL i deres sidste tid. Det er vigtigt at sikre, at disse borgere får en individuel og sammenhængende plan for deres forløb, der respekterer deres ønsker og behov.

En tværsektoriel arbejdsgruppe er nedsat for at udarbejde konkrete indsatser for 'Den sidste tid'. Indsatserne fokuserer på tre hovedområder:

Organisering og samarbejdsstrukturer

- Identifikation af borgere i målgruppen gennem et screeningsværktøj, der anvendes til at afdække deres palliative behov.
- Sygeplejefaglige udredningssamtaler for at sikre, at borgerne modtager den rette støtte.
- Udvikling af individuelle forløb til borgerne med fokus på at undgå genindlæggelser.

Fælles kompetenceudvikling

- Der udvikles et tværsektorielt kompetenceudviklingstilbud i samtalen om den sidste tid for at sikre en systematisk tilgang til behandling og pleje af borgere med KOL.

Kommunikation og dokumentation på tværs af sektorer

- Implementering af klare kommunikationsveje og deling af data mellem hospitalet, kommunerne og almen praksis for at sikre, at alle relevante aktører kan samarbejde om borgerens pleje.

Afrapportering på indsatser

Arbejdsgruppen har indledt arbejdet med en grundig afdækning af målgruppen, som blev defineret og afgrænset for at sikre fokus på de borgere, der har svær KOL. Efterfølgende blev der afholdt workshops, hvor deltagerne i fællesskab identificerede indsatsområder, der resulterede i konkrete afprøvninger. Hele processen har været styret af PDSA-modellen (Plan-Do-Study-Act), som har givet mulighed for løbende justeringer og forbedringer af indsatserne. Arbejdet har resulteret i følgende indsatser:

Organisering og samarbejdsstrukturer

Fælles hjemmebesøg: Der er etableret en model for fælles hjemmebesøg, hvor sundhedspersonale fra kommune og hospital mødtes hos borgeren. Disse besøg har været en central komponent i indsatsen, og bidraget til en koordineret pleje og behandling. Besøgene har gjort det muligt at afdække behov og iværksætte relevante tiltag i tæt dialog med borgerne. Medarbejderne rapporterer, at besøgene var meget værdifulde og førte til en oplevelse af effektivitet.

Systematisk behovsafdækning hos målgruppen: Der blev gennemført en systematisk behovsafdækning hos målgruppen for at afklare de individuelle behov hos hver borger. Denne tilgang har vist sig at være værdifuld, da den gjorde det muligt at tilpasse indsatserne bedre til den enkelte borger og sikre, at deres specifikke ønsker og krav blev taget i betragtning.

Tæt samarbejde mellem kommunale akutteams og hospital ved forværring i hjemmet: Når en borger oplever en akut forværring, tilkaldes akutteamet til hurtig vurdering og behandling, hvilket muliggør relevante interventioner i hjemmet.

Udvikling af selvhjælpsplaner til håndtering af forværringer i eget hjem: Der blev udviklet selvhjælpsplaner til håndtering af forværringer i eget hjem. Disse planer har givet borgerne værktøjer til at håndtere deres symptomer, hvilket har øget deres følelse af kontrol og selvstændighed. Feedback fra borgerne har indikeret, at sådanne planer er nyttige og relevante i deres daglige liv.

Fælles kompetenceudvikling

Etablering af rådgivningstelefon: Etableringen af en rådgivningstelefon for kommunale medarbejdere til Afdeling for Lunge- og Infektionsmedicinske sygdomme har givet mulighed for at få hurtig adgang til rådgivning og vejledning om generelle faglige spørgsmål. Rådgivningstelefon skal understøtte løbende kompetenceudvikling og tværsektoriel tilknytning.

Afprøvning af tværsektorielt kompetenceudviklingstilbud i palliation: Der er blevet afprøvet et tværsektorielt kompetenceudviklingstilbud i palliation. Tilbuddet har været afprøvet én gang med henblik på at afdække behovet hos medarbejdere. Der arbejdes fortsat med at tilpasse og videreudvikle tilbuddet.

Kommunikation og dokumentation på tværs af sektorer

Udarbejdelse af aftaler omkring kommunikation i relation til borgerne i målgruppen: Der blev udarbejdet klare aftaler omkring kommunikationen i relation til borgerne i målgruppen. Dette har forbedret informationsdelingen mellem de involverede aktører og sikret, at alle sundhedsprofessionelle var informeret om borgerens tilstand og behov.

Anbefalinger

På baggrund af de opnåede erfaringer ønsker arbejdsgruppen at fortsætte samarbejdet om fokusområdet og foreslår konkret flere tiltag:

Udbredelse af positive erfaringer: Der anbefales at udbrede de positive erfaringer fra de implementerede indsatser til flere borgere med svær KOL også i de øvrige dele af optageområdet.

Videreudvikling af samarbejdet mellem hospital og de kommunale akutteams: For at sikre behandling i hjemmet er det vigtigt at udvikle samarbejdet mellem hospital og de kommunale akutteams yderligere. Et stærkere samarbejde kan føre til bedre koordination og hurtigere intervention ved forværring i hjemmet.

Samarbejde med socialområdet: Der bør igangsættes et samarbejde med det kommunale socialområde vedrørende borgere på bosteder.

Videreudvikling af samarbejde med praktiserende læger: Endelig skal samarbejdet med praktiserende læger i livets sidste tid udvikles med afsæt i de eksisterende erfaringer.

BRUGERPERSEKTIVET

Brugerperspektivet er centralt i evalueringen af de palliative indsatser for borgere med svær KOL. Gennem interviews og fælles hjemmebesøg har borgerne haft mulighed for at udtrykke deres ønsker og bekymringer omkring behandling og livskvalitet. Mange patienter foretrækker at modtage pleje i eget hjem, hvilket skaber tryghed og kontrol over deres situation. Evalueringen har afsløret tilbagevendende problemstillinger som smerter, åndenød og angst, der påvirker deres hverdag. Det er afgørende, at indsatserne tilpasses disse behov og inkluderer støtte til de pårørende, som også oplever betydelig belastning. Dette perspektiv fremhæver nødvendigheden af at udvikle indsatser i tæt samarbejde med borgerne for at sikre, at deres stemmer bliver hørt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Der igangsat et arbejde med at udbrede den udarbejdede model og de opnåede erfaringer til borgere med hjertesvigt.

Arbejdet med begge grupper af borgere fortsætter i 2025, hvor politiske sundhedsklynge vil få en status på arbejdet.

BILAG

- Afrapportering – Den sidste tid og palliative indsatser.

7. SKRIFTLIG ORIENTERING: FORLÆNGELSE AF IV-AFTALEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) besluttede på mødet den 23. juni 2023 at forlænge aftalen om intravenøs behandling for borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden (IV-aftalen) frem til udgangen af 2024. Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) godkendte den 1. september 2023 et kommissorium for en implementeringsgruppe, der fik ansvar for at følge op på implementering af IV-aftalen, afdække barrierer for implementering samt at igangsætte en evaluering.

Evaluering af aftalen blev præsenteret for SSU den 6. december 2024, hvor det blev indstillet at forlænge aftalen i to år frem til udgangen af 2026. Med denne sag orienteres faglig sundhedsklynge om forlængelse af aftaleperioden. Evaluering samt implementeringsgruppens anbefalinger forelægges faglig sundhedsklynge Byen til drøftelse på møde den 17. marts 2025.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At faglig sundhedsklynge Byen tager forlængelse af IV-aftalen til efterretning.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen tog orienteringen til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

IV-aftalen trådte i kraft i oktober 2021. I løbet af aftalens to første år var der ca. 1.000 IV-behandlingsforløb i kommunalt regi. Dette antal er betydeligt lavere end de 5.700 om året, der er beskrevet i aftalen som det forventede antal forløb. Dette var baggrunden for, at SSU i juni 2023 forlængede aftalen frem til udgangen af 2024. En evaluering af aftalen skulle medvirke til at belyse barrierer for implementeringen og samtidig give svar på, om aftalen har haft den forventede værdi for borgere og for de sundhedsprofessionelle.

Anbefaling om forlængelse af IV-aftalen

TSS fik præsenteret evalueringsrapporten samt en række anbefalinger fra implementeringsgruppen på deres møde d. 1. november 2024. Her blev det konkluderet, at vi fortsat bør have en aftale om IV-behandling i kommunalt regi i Hovedstadsregionen.

TSS var samtidig enige om, at selvom der ikke har været så mange behandlingsforløb i aftaleperioden som forventet, så bør aftalen forlænges i sin nuværende form. Hospitaler og kommuner vil fortsat arbejde med at få igangsat nogle af de løsninger, som forventes at kunne lette arbejdet med aftalen.

Sundhedsreformen beskriver ny organisering af opgaverne vedr. akutsygepleje i hjemmet samt hjemmebehandlingsteams, hvilket har betydning for varetagelsen af IV-behandling i hjemmet. Hertil kommer en sammenlægning af Region Hovedstaden og Region Sjælland til en ny Region Østdanmark, som også kan få betydning for, hvordan der efter 1. januar 2027 kan tilbydes IV-behandling i hjemmet. Derfor er det anbefalet at forlænge IV-aftalen til udgangen af 2026.

BRUGERPERSPEKTIV

IV-aftalen giver stor værdi for borgerne og skaber forudsætningerne for, at borgerne kan tilbydes behandling i eller tæt på eget hjem, når det er fagligt meningsfuldt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Under forudsætning af Sundhedssamarbejdsudvalget godkendelse af forlængelse af aftalen frem til udgangen af 2026, fortsætter parterne samarbejdet om IV-behandling i hjemmet som hidtil.

Faglig Sundhedsklynge Byen forelægges evalueringen samt implementeringsgruppens anbefalinger på møde den 17. marts 2025.

BILAG:

-

8. SKRIFTLIG ORIENTERING: KOMPETENCEUDVIKLING I KATETERPLEJE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsklynge Midt har udviklet og gennemført en indsats om kompetenceudvikling i kateterpleje med henblik på at forebygge akutte kateterrelaterede henvendelser i akutmodtagelsen. Indsatsen viser gode resultater, og der ses derfor et potentiale i at udbrede de gode erfaringer til de øvrige sundhedsklynger i regionen.

Sundhedssamarbejdsudvalget besluttede på møde den 11. oktober 2024, at indsatsen om kompetenceudvikling i kateterpleje implementeres i de øvrige sundhedsklynger i regionen under tilpasning til lokale forhold. Regionen Hovedstaden har afsat 0,5 mio. kr. til Herlev og Gentofte Hospital til at fortsætte undervisningskonceptet i de øvrige klyngers kommuner.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At faglig sundhedsklynge Byen tager orientering om kompetenceudvikling i kateterpleje til efterretning.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen tog orienteringen til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

Enhed for Specialiseret Sygepleje i Afdeling for Urinvejssygdomme, Herlev og Gentofte Hospital har været ansvarlige for udvikling, planlægning og gennemførelsen af undervisningen. Kompetenceudviklingsprogrammet retter sig både til ufaglærte medarbejdere, hjælpere, assistenter samt sygeplejersker. Der er undervist mellem 30-43 ansatte i hver kommune. Der er desuden udviklet vejledningsmateriale til borgerne, så de ved, hvor de skal henvende sig efter udskrivelse, hvis der opstår problemer med urinvejskateteret.

Erfaringerne fra projektet i sundhedsklynge Midt viser, at antallet af kateterrelaterede henvendelser i akutmodtagelsen blev reduceret med 50 pct. gennem systematisk kompetenceudvikling. Med kompetenceudviklingen bliver der ikke flyttet opgaver mellem sektorer, men personalet i primærsektor gennemgår kompetenceudvikling til bedre at kunne håndtere opgaven.

Økonomiske konsekvenser

Regionen afholder udgiften til frikøb af underviserne. For kommunerne vil der være udgifter forbundet med at tage personale ud af vagten for at deltage i kompetenceudvikling. Derudover vil kommunerne skulle bidrage med koordinering og planlægning i forhold til den praktiske afvikling af undervisningen. Implementeringen er ikke forbundet med yderligere driftsudgifter.

Udbredelse i sundhedsklynge Byen

Sekretariatet har afdækket det lokale behovet for kompetenceudvikling i Frederiksberg og Københavns kommuner.

I Københavns Kommune er der allerede etableret kompetenceudvikling i kateterrelaterede problematikker, både generel undervisning i kateteranlæggelse i samarbejde med urologiske hospitalsafdelinger samt konkret oplæring via akutteamet. Københavns Kommune har derfor ikke behov for at implementere indsatsen fra sundhedsklynge Midt.

Tilsvarende har Frederiksberg Kommune ikke et behov for kompetenceudvikling i kateterpleje af hjemme(sygepleje), akutteam og døgnrehabilitering, men har fire plejehjem, der gerne vil indgå i kompetenceudviklingen fra Midt.

BRUGERPERSPEKTIV

Manglende kateterpleje kan blandt andet være årsag til urinvejsinfektioner og andre alvorlige tilstande og kan derfor have væsentlige konsekvenser for borgerne. Kompetenceudvikling kan medvirke til at reducere antallet af borgere, der indlægges med kateterrelaterede problematikker.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sekretariatet for sundhedsklynge Byen kontakter sundhedsklynge Midt med henblik på den videre planlægning af kompetenceudvikling for de pågældende plejehjem i Frederiksberg Kommune.

BILAG:

-

9. EVENTUELT

AFTALE OM
**SUNDHEDS-
REFORM 2024**



INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET

Aftale mellem

regeringen (Socialdemokratiet, Venstre, Moderaterne),
Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti,
Det Konservative Folkeparti, Radikale Venstre

November 2024

Adresse

Slotsholmsgade 10.12

1216 København K

Telefon: +45 72 26 90 00

E-mail: sum@sum.dk

978-87-7601-432-2 8 (digital version)

Design: Indenrigs- og Sundhedsministeriets kommunikationsenhed

Publikation kan hentes på www.sum.dk

Indledning

Vi har i Danmark et stærkt sundhedsvæsen, der på mange måder kan måle sig med de bedste i verden. Denne aftale lægger fundamentet for, at vi også i fremtiden har et sundhedsvæsen blandt de bedste.

Regeringen og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre er enige om en sundhedsreform. Aftalen udgør den vigtigste reform af vores sundhedsvæsen siden aftalen om kommunalreformen i 2004.

Baggrunden for reformen er, at sundhedsvæsenet er under et stigende pres. Den demografiske udvikling med flere ældre og færre i den arbejdsdygtige alder betyder, at flere får behov for pleje og behandling, og at der vil mangle medarbejdere i sundhedsvæsenet, hvis vi ikke ændrer måden, vi gør tingene på. Samtidig er forskellene i borgernes adgang til god sundhedsbehandling blevet for store på tværs af landet.

I Danmark har vi med succes udbygget og specialiseret sygehusbehandlingen. Og eksempelvis kræft- og hjertepatienter har i dag markant bedre chancer for at overleve deres sygdom end tidligere. Men det er ikke i tilstrækkelig grad lykkedes at styrke den del af sundhedsvæsenet, som er tættere på borgerne. Et godt sundhedsvæsen handler ikke alene om at overleve alvorlig sygdom. Det handler også om at leve godt, når man har en sygdom.

Vi ønsker at gøre op med uligheden i adgangen til sundhedsvæsenet. I dag er der fx færrest læger dér, hvor folk er mest syge. Der mangler ofte sammenhæng og en rød tråd i patientforløb på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner. Og der er for få tilbud tæt på borgerens eget hjem.

Aftalepartierne ønsker med denne aftale at skabe et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne. Der er brug for en reform af sundhedsvæsenets politiske og økonomiske struktur og en ny opgavefordeling mellem myndighederne.

Reformen skal også være med til at reducere ulighed i sundhed. Ressourcerne skal fordeles bedre på tværs af landet. Og muligheden for at prioritere indsatser og ressourcer til dem, der har det største behov, skal styrkes økonomisk, fagligt og geografisk. Flere penge skal investeres i at styrke egen læge, som oftest er vores første og mest hyppige kontakt med sundhedsvæsenet. Sundhedstilbuddene uden for sygehusene skal oprustes, så langt mere behandling og pleje kan foregå i eller tæt på borgerens hjem.

Det stigende antal mennesker med kroniske sygdomme skal have bedre og mere sammenhængende tilbud, og behandlingen af borgere med både fysisk og psykisk sygdom skal hænge bedre sammen.

Sundhedsvæsenet kan og skal meget. Men vi kan ikke blive ved med at gøre det samme. Derfor indeholder denne aftale de nødvendige og grundlæggende forandringer, der skal til for at skabe et endnu bedre sundhedsvæsen for både patienter og medarbejdere:

- Reformen skaber rammerne for et sundhedsvæsen af høj kvalitet i alle dele af landet – og uanset om man som borger har brug for pleje eller behandling af fysisk eller psykisk sygdom.
- Reformen giver sundhedsvæsenet en ny struktur med 17 nye sundhedsråd, hvor regioner og kommuner i et tæt og forpligtende samarbejde skal skabe et stærkere sundhedsvæsen tæt på borgerne.
- Reformen betyder, at beslutninger om sundhedsvæsenets drift, planlægning og udvikling træffes så tæt på borgerne, som det er fagligt og økonomisk meningsfuldt, så tilbuddene bliver indrettet efter lokale ønsker og behov.
- Reformen løfter den årlige ramme til driftsudgifter løbende de kommende år stigende til et løft i 2030 på 6,4 mia. kr.
- Reformen giver sundhedsvæsenet en historisk stor økonomisk investeringsmotor stigende til 4,4 mia. kr. i 2030 målrettet det nære sundhedsvæsen og de områder af Danmark, der trænger mest.
- Reformen styrker borgerens egen læge og har en målsætning om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.
- Reformen giver en ny, central styret fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet, så der kommer flere ressourcer dér, hvor borgernes behov er størst.
- Reformen styrker patienternes frie valg og indfører flere patientrettigheder og nye kronikerpakker, så borgere med kronisk sygdom får ret til en samlet pakke med sundhedsindsatser, der er tilpasset den enkelte.
- Reformen investerer 27,5 mia. kr. i moderne sygehuse, udstyr, it og sundhedstilbud tæt på borgerne.

- Reformen skaber mere ensartethed i sundhedstilbuddene gennem en styrket national koordinering af digitale tilbud og udbredelse af nye innovative løsninger samt en bedre fordeling af læger og sundhedsressourcer på tværs af landet. Kommuner og regioner har et ansvar for, at det bliver implementeret.
- Reformen indfører en ny folkesundhedslov og dermed et styrket grundlag for at sikre bedre forebyggelse og sundhed for borgere i hele landet.

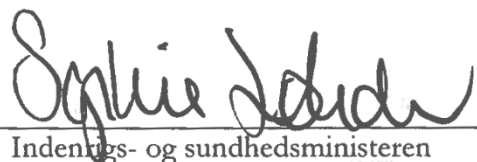
Aftalepartierne tillægger den demokratiske kontrol med sundhedsvæsenet stor betydning. Det frie og lige sundhedsvæsen udgør en grundsten i vores velfærdssamfund. Alle danskere er i berøring med sundhedsvæsenet, og vi bruger en betydelig del af de offentlige ressourcer på sundhedsområdet. Det er samtidig et grundlæggende hensyn, at de ansvarlige sundhedsmyndigheder får det bedst mulige grundlag for at løse egne opgaver og udfordringer, mindske uligheden i sundhed og sikre omstilling, prioritering og hensigtsmæssig fordeling af ressourcerne inden for egen politisk organisation.

Alle dele af sundhedsvæsenet skal tage et større fælles ansvar for at udvikle og styrke det nære sundhedsvæsen og patienternes samlede pleje- og behandlingsforløb. Reformens succes beror på et samlet politisk ejerskab i kommuner, regioner og stat samt det samarbejde og den respekt for hinanden på tværs af partiskel og myndighedsgrænser, der er kendetegnende for det danske folkestyre.

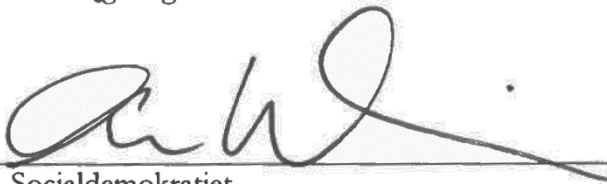
At reformere sundhedsvæsenet, så det kan håndtere fremtidens udfordringer, er et udtryk for rettidig omhu. Hver dag går tusinde af dygtige mennesker på arbejde i sundhedsvæsenet for at give patienterne den pleje og behandling, de har brug for. Rigtig meget fungerer godt i det danske sundhedsvæsen. Det skal reformen bygge videre på. De grundlæggende forandringer skal derfor være nødvendige, tilstrækkelige og tage livtag med de vigtigste udfordringer uden at sætte sundhedsvæsenet styrker over styr.

Reformen står på et solidt fagligt fundament. Sundhedsstrukturkommissionens arbejde og den følgende høring danner grundlag for regeringens reformudspil. Aftalen her om fremtidens sundhedsvæsen er et resultat af den efterfølgende politiske proces.

Gennemførelsen af aftalen indebærer lovgivningsarbejde og implementering i hele sundhedsvæsenet, som vil foregå i de kommende år i et tæt samarbejde med sundhedsvæsenets mange aktører og dygtige medarbejdere og ledere. Aftalekredsen vil løbende følge implementeringen af reformen og dens centrale initiativer.



Indenrigs- og sundhedsministeren



Socialdemokratiet



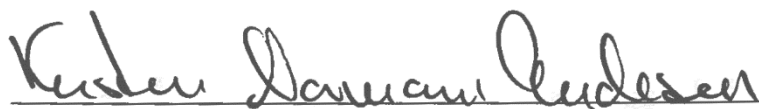
Venstre



Moderaterne



Danmarksdemokraterne



Socialistisk Folkeparti



Det Konservative Folkeparti



Radikale Venstre

Indholdsfortegnelse

1. Ny organisering af sundhedsvæsenet	9
2. Flere læger og bedre fordeling af det almenmedicinske sundhedstilbud i hele landet	34
3. Sundhedsvæsenet skal styrkes dér, hvor behovet er størst	40
4. Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom	46
5. Frit valg og styrkede patientrettigheder	52
6. Mere behandling i eller tæt på eget hjem	56
7. Folkesundhedslov	60
8. Moderne sygehuse, bedre fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser og digitale løsninger	61
9. Implementering	63
10. Økonomi	74
 Aftalebilag 1: Fire regioner	 81
Aftalebilag 2: 17 sundhedsråd	82
Aftalebilag 3: Politisk og administrativ organisering	84
Aftalebilag 4: Arbejdsdeling mellem regionsråd, forretningsudvalg og sundhedsrådene i en region	85
Aftalebilag 5: Vederlag	95

1. Ny organisering af sundhedsvæsenet

Aftalepartierne er enige om behovet for en ny organisering og styring af sundhedsvæsenet, så der sker en bedre og mere lige fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer, og så sundhedsvæsenet bliver bedre rustet til fremtidens udfordringer og bringes tættere på borgerne. Det skal bidrage til, at sundhedsvæsenet gennemgår den nødvendige udvikling, og patienterne oplever et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen. En ny organisering skal samtidig sikre den faglige bæredygtighed, og at der bygges videre på de seneste årtiers forbedringer af sundhedsvæsenet, så den positive udvikling på bl.a. kræft- og hjerteområdet fastholdes og videreudvikles.

Aftalepartierne er enige om, at den aftalte organisering af sundhedsvæsenet sammen med reformens øvrige tiltag er det rette og nødvendige grundlag for et stærkt sundhedsvæsen med fri og lige adgang i de kommende årtier.

Med reformen dannes fire regioner og herunder som udgangspunkt i alt 17 sundhedsråd med både regionale og kommunale folkevalgte repræsentanter. De nye sundhedsråd får egne ressourcer, og med deltagelse af både det regionale og det kommunale niveau skal de være drivende i omstillingen af sundhedsvæsenet og styrkelsen af det nære sundhedsvæsen. De skal danne rammen om et tæt og forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner om sundhedsopgaverne i et afgrænset geografisk område. Sundhedsrådene skal desuden udmønte den betydelige økonomiske ramme i form af en investeringsmotor til nære sundhedsindsatser. Regioner og kommuner er således begge betydelige aktører i sundhedsvæsenet, der styrkes gennem samarbejde og økonomisk prioritering.

Reformen indebærer også en bedre og mere sammenhængende organisering og ligestilling af psykiatrien og somatikken samt et stærkt nationalt samarbejde om digitalisering, innovation og prioritering i sundhedsvæsenet.

Det er et særligt hensyn i organiseringen og finansieringen af sundhedsvæsenet, at der skal være lige og hurtig adgang til et sundhedsvæsen af høj kvalitet i hele landet. Reformen skal imødegå den stigende geografiske ulighed i sundhedsvæsenet, der har medført for store forskelle i sundhedsvæsenet afhængigt af, hvor man bor. Det gælder eksempelvis adgangen til det almenmedicinske tilbud.

Den lovgivningsmæssige implementering af den nye organisering og finansiering, herunder overgangsordninger, er nærmere beskrevet i *kapitel 9*.

Regionernes inddeling og styring – etablering af fire regioner, herunder ny Region Østdanmark

Aftalepartierne er enige om, at der etableres fire regioner ledet af folkevalgte regionsråd, der erstatter de nuværende fem regioner, herunder en ny Region Østdanmark. Målet er at etablere fire bæredygtige regioner med et bedre forhold mellem befolkningens behov for

sundhedsydelse og sundhedsvæsenets ressourcer, så alle borgere sikres et sundhedsvæsen af høj kvalitet.

Etablering af ny Region Østdanmark

Aftalepartierne er enige om, at der er særlige udfordringer med fordelingen af ressourcer på Sjælland og øerne, som medfører en markant geografisk ulighed i sundhed, og som ikke er blevet løst inden for de nuværende regionsgrænser. Det skyldes de forskellige vilkår, som Region Hovedstaden og Region Sjælland har for at tilbyde deres befolkning et sundhedsvæsen af høj kvalitet. Det gælder særligt forskellene i lægedækningen. Der er enighed om, at de markante udfordringer på Sjælland løses mest hensigtsmæssigt ved at sikre ét fælles politisk og administrativt ansvar for det samlede, regionale sundhedsvæsen på Sjælland og øerne kombineret med, at regionerne får en række forpligtelser til at sikre den nødvendige geografiske fordeling af sundhedstilbuddene.

Formålet er at skabe en mere bæredygtig og robust region, hvor ressourcerne fordeles bedre, og hvor borgerne på hele Sjælland og øerne kan få hurtig og bedre adgang til behandling og pleje af høj kvalitet. Der er i mange år blevet arbejdet på at tiltrække læger til Region Sjælland og på at skabe samarbejde på tværs af de to regioner. Aftalepartierne konstaterer dog, at de tiltag, der har været taget indtil nu, ikke har været tilstrækkelige til at løse udfordringerne. Én region med ét samlet arbejdsgiver- og ledelsesansvar på hele Sjælland og øerne skal give langt bedre muligheder for at fordele ressourcerne på Sjælland efter behov. Stærke sygehuse skal i højere grad bidrage til at sikre lægedækning og attraktive arbejdspladser, karriereveje og uddannelsesforløb på hele Sjælland og øerne. Bl.a. med inspiration fra de samarbejder, der allerede er etableret mellem fx Bispebjerg Hospital og Bornholms Hospital samt organiseringen mellem Aalborg Universitetshospital og flere mindre sygehuse i Region Nordjylland fx i Thisted.

Aftalepartierne er derfor enige om, at der etableres en ny Region Østdanmark, der består af den nuværende Region Sjælland og den nuværende Region Hovedstaden. Den nye Region Østdanmark får hovedsæde i Sorø. Det nuværende hovedsæde for Region Hovedstaden i Hillerød vil fortsat kunne danne rammen om en række regionale opgaver.

Aftalepartierne er samtidig enige om, at denne aftale baserer sig på den nuværende sygehusstruktur med 21 akutsygehuse. Der planlægges derfor ikkemed aftalen sygehuslukninger. Etableringen af en ny Region Østdanmark er netop for at styrke de sygehuse, som i dag oplever udfordringer, sådan at sygehuse i hovedstadsområdet får et mere forpligtende ansvar for at sikre lægedækning på sygehuse i den øvrige del af regionen.

De øvrige regioner

De øvrige tre regioner svarer til de nuværende Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark.

Medlemmer af regionsrådet

Antallet af medlemmer for de nye regionsråd er således:

- 47 medlemmer i Region Østdanmark
- 31 medlemmer i Region Syddanmark
- 31 medlemmer i Region Midtjylland
- 25 medlemmer i Region Nordjylland

Regionsrådet er det øverste, folkevalgte organ i regionen med ansvar for budgettet samt ansvaret for styring af regionens opgaver, processer og indhold. Regionsrådet har den endelige kompetence for alle regionens anliggender, med mindre andet er særligt hjemlet i lovgivning. Det er også regionsrådet, der har ansvaret for den samlede ressourcefordeling i regionen samt overholdelse af gældende lovgivning, herunder patientrettigheder. Der etableres også som i dag et forretningsudvalg med det umiddelbare ansvar for de økonomiske og administrative forhold i regionen og de tværgående opgaver på sundhedsområdet, herunder sygehusplanlægning og fordelingen af de konkrete specialer.

Det er vigtigt, at patienters og pårørendes perspektiver inddrages i udviklingen af sundhedsvæsenet. Aftalepartierne er derfor enige om, at der i hver region etableres et patient- og pårørendeudvalg med karakter af kontaktudvalg, som skal understøtte en systematisk inddragelse af patienternes og pårørendes perspektiver bl.a. i forbindelse med udarbejdelse af større politiske planer i regionen, herunder sundhedsrådenes nærsundhedsplaner.

Etablering af sundhedsråd med kommunale og regionale repræsentanter

De nye regioner får en ny politisk organisering på sundhedsområdet. Formålet er at opbygge stærke sundhedsindsatser tættere på borgerne og sikre bedre sammenhæng på tværs af sygehusene og sundhedsvæsenet tæt på borgerne i både regioner og kommuner.

Aftalepartierne er enige om, at de nye sundhedsråd med både kommunale og regionale repræsentanter er en central nyskabelse, som skal sikre en større lokal, politisk beslutningskraft. Flere sundhedsbeslutninger skal træffes tættere på borgerne, så tilbuddene i højere grad indrettes efter lokale behov, og sundhedstilbuddene i højere grad tilbydes uden for sygehusene, herunder i borgerens eget hjem. Der etableres som udgangspunkt i alt 17 sundhedsråd i regionerne bestående af folkevalgte repræsentanter fra regionsrådet og

af folkevalgte repræsentanter fra de kommuner, der indgår i sundhedsrådets geografiske område, *jf. bilag 2*.

Sundhedsrådene er regionens stående udvalg på sundhedsområdet. Der etableres forberedende sundhedsråd i overgangsåret mellem den gamle og den nye forvaltningsstruktur, *jf. kapitel 9*.

Sundhedsrådets opgaver

Sundhedsrådene varetager på regionsrådets vegne og regionsrådets ansvar den umiddelbare forvaltning af regionernes sundhedsopgaver inden for et afgrænset geografisk område. Det indebærer det umiddelbare politiske ansvar for strategi og planlægning af driften af sygehuse, lokal planlægning af almenmedicinske tilbud og praksissektor samt de sundhedsopgaver, som flyttes fra kommunerne. Det gælder akutsygepleje, patientrettet forebyggelse, specialiseret rehabilitering og dele af genoptræningen på avanceret niveau samt midlertidige ophold på nye regionale sundheds- og omsorgspladser.

Sundhedsrådene får også det umiddelbare ansvar for regionens opgaver på socialområdet.

Sundhedsrådenes opgaver vedrører både de somatiske og psykiatriske tilbud. Ansvar for ledelsen af sundhedstilbuddene, herunder sygehusene, varetages af det administrative ledelsesniveau.

Sundhedsrådet skal også, inden for de rammer, som er fastlagt af regionsrådet, varetage det umiddelbare ansvar for at udvikle det almenmedicinske tilbud og opbygge nye hjemmebehandlingsteams, som kan sikre behandling og monitorering af borgere tæt på eller i eget hjem. Sundhedsrådet vil ligeledes udgøre rammen for aftaler med kommunerne i lokalområdet om sammenhængende patientforløb for bl.a. ældre patienter og patienter med kronisk sygdom, der bor inden for sundhedsrådets område. Endelig vil sundhedsrådene udgøre den fælles ramme for samarbejdet om at gøre det attraktivt for sundhedspersonale at bosætte sig i områder med rekrutteringsudfordringer.

Sundhedsrådet kan desuden nedsætte uformelle netværk med eksterne deltagere til brug for inddragelse i en specifik opgave i de konkrete lokale planer i en tidsbegrænset periode.

Sundhedsrådene har som en helt central opgave at udmønte de økonomiske rammer for nye og udbyggede indsatser i det nære sundhedsvæsen. Sundhedsrådene skal fungere som en investeringsmotor og omstillingskraft, der skal sikre den nødvendige omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen. Sundhedsrådene kan nedsætte underudvalg uden vederlag.

I den omstilling, hvor sygehusene skal vokse mindre og det nære sundhedsvæsen mere, finder aftalepartierne det afgørende, at der ikke er sundhedspersonale, der kommer i klemme. Der vil skulle løses færre opgaver på sygehusene, men mange flere i det nære sundhedsvæsen. Der er derfor ikke tale om, at der er brug for færre hænder på sundhedsområdet i de kommende år.

Sundhedsrådets nærsundhedsplan

Aftalepartierne er enige om, at hvert sundhedsråd skal vedtage en nærsundhedsplan, som med afsæt i den nationale og regionale sundhedsplanlægning skal beskrive en omstillingsproces og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder en plan for at sygehusene skal drive og understøtte behandlingen tæt på borgerne. I nærsundhedsplanen opstiller sundhedsrådet konkrete og forpligtende mål, der er relevante for at sikre borgerne en mere lige, nær og sammenhængende patientbehandling. Nærsundhedsplanen skal samtidig indeholde en plan for sundhedstilbuddenes geografiske tilgængelighed. Med nærsundhedsplanen kan sundhedsrådene også sætte rammen for et tættere samarbejde mellem sundhedsaktørerne og en fleksibel og effektiv anvendelse af den samlede kapacitet.

Konsekvenser for sundhedsklynger og øvrige udvalg

Som konsekvens af oprettelsen af sundhedsråd nedlægges de nuværende sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg, ligesom arbejdet med sundhedsaftaler ophører i dets nuværende form. Dette gælder også de kontaktudvalg mellem regionsrådsformanden og borgmestrene i regionen, som er fastsat i regionsloven. De enkelte regionsråd kan vælge at videreføre de samarbejdskonstruktioner, som der lokalt vurderes behov for. Formålet er at begrænse bureaukrati og administration i samarbejdet mellem kommuner og regioner.

Repræsentanter i sundhedsrådene

Aftalepartierne er enige om, at sundhedsrådene udgør et vigtigt forum for samarbejdet mellem kommuner og regioner om udviklingen af sundhedsvæsenet. Det er derfor afgørende med både kommunale og regionale repræsentanter i de nye sundhedsråd, og at alle medlemmer har stemmeret. Kommuner med under 80.000 indbyggere har én repræsentant, kommuner mellem 80.000-300.000 indbyggere har to repræsentanter, mens kommuner med over 300.000 indbyggere har tre repræsentanter. Hver repræsentant har én stemme. De regionale repræsentanter har også hver én stemme. I alle sundhedsråd udgør medlemmer fra regionen et flertal *jf. tabel 1*.

Dette skal ses i lyset af, at sundhedsrådene varetager den umiddelbare forvaltning af opgaver, som regionen har myndighedssansvaret for, herunder bl.a. sygehuse, psykiatri, almenmedicinske tilbud, sundheds- og omsorgspladser, hjemmebehandlingsteams mv.

Sundhedsrådets formand og næstformand vælges af og blandt regionsrådets medlemmer. Valget sker ligesom valget af regionsrådets formand og næstformand ved et flertalsvalg på konstitueringsmødet. Valget kan i praksis indgå som et element i en konstitueringsaftale efter regionsrådsvalget. En borgmester, som også er valgt til et regionsråd, kan ikke vælges som formand for sundhedsrådet. Det samme vil gælde for regionsrådsformanden. Regionsrådet vil have adgang til at afsætte formanden og næstformanden for sundhedsrådet i løbet af funktionsperioden.

Kommunal repræsentation i sundhedsrådene

Alle kommuner inden for det enkelte sundhedsråds geografiske område er repræsenteret i sundhedsrådet.

Kommunen kan vælge mellem, om den kommunale repræsentant i det sundhedsråd, som kommunen er omfattet af, skal være en udvalgsformand med ansvar inden for sundhed, omsorg og socialpsykiatri eller borgmesteren. I kommuner med to repræsentanter kan kommunen vælge mellem to udvalgsformænd eller én udvalgsformand og én borgmester. Det forudsættes, at kommunalbestyrelsen udpeger kommunale udvalgsformænd til sundhedsrådet, hvis opgavesammensætning ligger tættest på sundhed, omsorg og socialpsykiatri. Der tilkommer kommunalbestyrelsen et vist skøn i denne vurdering. Kommunalbestyrelsens udpegelse af kommunens repræsentant(er) skal ske i kommunens styrelsesvedtægt inden kommunalvalget.

Aarhus og Københavns kommuner kan udpege tre repræsentanter til sundhedsrådet jf. at disse kommuner har mere end 300.000 indbyggere. Aarhus Kommune skal vælge, hvilke tre medlemmer af kommunalbestyrelsen der skal repræsentere kommunen. Medlemmerne skal være en eller flere rådmænd, borgmesteren eller en udvalgsformand. Københavns Kommune skal vælge, hvilke tre medlemmer af kommunalbestyrelsen der skal repræsentere kommunen. Medlemmerne skal være tre borgmestre eller to borgmestre og overborgmesteren.

Observatørpost i sundhedsrådene

En kommune kan deltage som observatør i et andet sundhedsråd end det sundhedsråd, som kommunen er omfattet af, hvis særlige hensyn taler for det. Et særligt hensyn kan f.eks. være, hvis en betydelig andel af kommunens borgere modtager sygehusydelse fra et akutsygehus, som ligger i et andet sundhedsråd end det sundhedsråd, som kommunen er omfattet af.

Det er sundhedsrådet, der beslutter, om en kommune uden for det pågældende sundhedsråd kan deltage som observatør. Indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til at fravige denne regel og tildele en kommune observatørstatus i et andet sundhedsråd end det sundhedsråd, som kommunen er omfattet af, hvis særlige tungtvejende hensyn taler for det. Et særligt tungtvejende hensyn kan f.eks. være, hvis en meget betydelig andel af kommunens borgere modtager sygehusydelse fra et akutsygehus, som ligger i et andet sundhedsråd end det sundhedsråd, som kommunen er omfattet af. Dette er fx tilfældet for Københavns Kommune og Sundhedsråd Hovedstaden Syd og Vest. Med udgangspunkt i den geografiske inddeling af sundhedsrådene, som indgår i denne aftale, er aftalepartierne derfor enige om, at indenrigs- og sundhedsministeren vil træffe beslutning om, at Københavns Kommune kan deltage som observatør i Sundhedsråd Hovedstaden Syd og Vest.

Den borgmester, rådmand eller udvalgsformand fra kommunen, der sidder som medlem af det sundhedsråd, kommunen henhører under, deltager også som observatør i det andet sundhedsråd. Den kommunale repræsentant modtager ikke særskilt vederlag for deltagelse som observatør i et sundhedsråd. I kommuner med mere end en repræsentant i sundhedsrådet, vælger kommunalbestyrelsen én af disse repræsentanter til at være observatør i andet sundhedsråd.

Tabel 1
Antal medlemmer i sundhedsrådene

	Antal regionale repræsentanter	Antal kommunale repræsentanter	Antal medlemmer i alt
Østdanmark			
Hovedstaden	7	6	13
Hovedstaden Syd og Vest	10	9	19
Hovedstaden Nord	10	9	19
Nordsjælland	9	8	17
Midt- og Vestsjælland	11	10	21
Østsjælland og Øerne	11	10	21
Syddanmark			
Sydvestjylland	7	6	13
Trekantområdet	7	6	13
Sønderjylland	5	4	9
Fyn	11	10	21
Midt			
Midt	6	5	11
Kronjylland	6	5	11
Aarhus	5	4	9
Horsens	6	5	11
Vestjylland	8	7	15
Nord			
Vendsyssel	5	4	9
Limfjorden	9	8	17
I alt	133	116	249

Kommunalbestyrelsen og relevante, stående udvalg kan vedtage generelle og vejledende rammer for repræsentantens virke i sundhedsrådet. Kommunen har ikke bindende instruktionsret i forhold til kommunens repræsentant i sundhedsrådet. Deltager en udvalgsformand som kommunens repræsentant i sundhedsrådet, kan det kommunale udvalg til enhver tid afsætte udvalgsformanden og dermed også kommunens repræsentant i sundhedsrådet.

I det tilfælde, at en kommunes indbyggertal i løbet af en valgperiode ændrer sig, således at indbyggertallet bliver 80.000 indbyggere eller derover, og dermed giver kommunen ret til at udpege to repræsentanter til sundhedsrådet, vil den pågældende kommunes repræsentation fastholdes i valgperioden ud, hvorefter kommunen fra den nye valgperiode skal vælge to repræsentanter. Tilsvarende gælder den modsatte vej, hvor en kommunes indbyggertal kommer under 80.000 indbyggere i løbet af en valgperiode. Her vil kommunens indbyggertal pr. 1. april i det år, hvor der afholdes valg til kommunalbestyrelsen, danne grundlag for kommunens repræsentation i sundhedsrådene.

Geografisk inddeling af sundhedsrådene og navngivning

Aftalepartierne er enige om, at indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til endeligt at fastlægge den initiale geografiske afgrænsning og navngivning af sundhedsråd samt til at fastsætte regler om efterfølgende ændring af den geografiske afgrænsning og navngivning af sundhedsråd.

Udgangspunktet for den geografiske afgrænsning og navngivning af sundhedsrådene er regeringens udspil til en sundhedsreform fra september 2024, *jf. bilag 2*. Med denne geografiske afgrænsning vil der være mellem to og ni kommuner repræsenteret i hvert sundhedsråd.

Kommuner og regioner vil få mulighed for at komme med indsigelser i forhold til den foreslåede geografiske afgrænsning og navngivning af sundhedsrådene. Indenrigs- og sundhedsministeren udpeger en opmand, som får til opgave at lytte til lokale indsigelser om geografisk afgrænsning og navngivning, og som derpå udarbejder en vejledende udtalelse med henblik på ministerens endelige stillingtagen. Aftalepartierne inviteres til en gennemgang af udtalelsen. Fristen for lokale indsigelser er primo juni 2025, og opmandens vejledende udtalelse skal forventeligt foreligge i august 2025. Opmanden sekretariatsbetjenes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Etableringen af sundhedsråd og de øvrige styrelsesforhold herom, herunder indenrigs- og sundhedsministerens bemyndigelse til at fastlægge geografisk afgrænsning og navngivning, fastsættes i lovgivningen.

Arbejdsdeling mellem regionsråd, forretningsudvalg og sundhedsråd

Regionsrådet med forretningsudvalget som umiddelbar forvaltningsmyndighed har ansvaret for den samlede og tværgående planlægning på sundhedsområdet, herunder planlægning af sygehusopgaver, inkl. planlægning, styring og opfølgning på specialiserede sygehusfunktioner inden for rammerne af national regulering og patientrettigheder, samt ressourcefordeling af økonomi og personale.

Sundhedsrådene får, som stående udvalg, det umiddelbare ansvar for drift og udvikling af alle de regionale sundhedsopgaver i et afgrænset geografisk område, inkl. sygehusdrift, og

skal drive den lokale omstilling og sikre udbygning af det nære sundhedsvæsen gennem bl.a. udmøntning af bevilling til nære sundhedstilbud.

Det er sygehusplanen og -budgettet, der besluttet i regionsrådet, der rammesætter sundhedsrådenes drift af sygehuse. Det omfatter også specialiseret sygehusbehandling, som i mange tilfælde er tæt integreret med de almene sygehusopgaver. I praksis forudsættes sundhedsrådene at være underlagt relativt snævre rammer fra regionsrådet ift. sygehusbehandling, herunder særligt den specialiserede sygehusbehandling, som også reguleres nationalt via specialeplanen. Det betyder, at det bl.a. er regionsrådets ansvar at planlægge og følge op på de specialiserede behandlinger, patientrettigheder og tværgående funktioner. Det betyder også, at udfordringer med højt specialiserede opgaver vil være et emne, som forudsættes drøftet og behandlet i forretningsudvalget.

Partierne er enige om et maksimums- og et minimumsantal af forretningsudvalgsmedlemmer i hver region fra 2026 *jf. bilag 4*.

For en uddybende beskrivelse af arbejdsdelingen mellem regionsråd, forretningsudvalg og sundhedsråd henvises til bilag 4.

Standsningsret og initiativret

Aftalepartierne er enige om, at der skal være en standsningsret i sundhedsrådene. Standsningsretten indebærer retten til at indbringe en sag fra sundhedsrådet til behandling i regionsrådet, der har myndigheds- og finansieringsansvaret.

Standsningsretten skal udøves enten af det hele antal regionsrådsmedlemmer, der udgør mindst 1/3 af sundhedsrådets regionsrådsmedlemmer, eller af formanden for sundhedsrådet.

Ethvert medlem af sundhedsrådet kan udøve initiativret og i den forbindelse stille forslag om, at en sag sættes på dagsordenen til et møde i sundhedsrådet.

Inddragelse af patienter og pårørende

Patienters og pårørendes viden og perspektiver er centrale for udviklingen af sundhedsvæsenet. Derfor skal sundhedsrådet høre det regionale patient- og pårørendeudvalg eller relevante lokale patient- og pårørendeorganisationer i forbindelse med nærsundhedsplanen og tilsvarende større planlægningsmæssige beslutninger.

Vederlag

Der indføres en ny model for vederlag i regionerne, hvor medlemmer af regionsråd og sundhedsråd modtager et fast vederlag, som fastlægges centralt inden for den nuværende ramme til vederlag i regionerne. Regionsrådsformanden, regionsrådsnæstformænd og

regionsrådsmedlemmerne vil få et vederlag svarende til niveauet i dag. Der fastlægges et vederlag for sundhedsrådenes formænd, som størrelsesmæssigt svarer til niveauet for de vederlag, som kommunale udvalgsformænd modtager i mellemstore kommuner. Sundhedsrådenes næstformand vil også få et særskilt vederlag.

Der fastsættes derudover en vederlagspulje til forretningsudvalg, som regionsrådet selv kan disponere over. De øvrige regionale udvalg får en vederlagspulje, som regionsrådet kan disponere over, herunder til §17, stk. 4 udvalg, *jf. bilag 5*.

Kommunernes opgaver

Aftalepartierne er enige om, at kommunerne har og fortsat skal have en central rolle i sundhedsvæsenet. På sundhedsområdet er opgaver som almen sygepleje og forebyggelse afgørende for danskernes sundhed og livskvalitet. Det samlede kommunale velfærdstilbud til borgerne har desuden en tæt sammenhæng til sundhedsområdet fx ældreplejen og socialpsykiatrien.

Aftalepartierne er enige om at prioritere det kommunale sundhedsområde med en betydelig økonomisk prioritering målrettet de nære sundhedstilbud samt et stærkere og mere forpligtende samarbejde med regionerne om udviklingen af sundhedsvæsenet tæt på borgerne. Samtidig skal regionerne i højere grad forpligtes til at sikre den nødvendige understøttelse af de kommunale sundhedstilbud, herunder i form af adgang til lægedækning.

Med oprettelsen af de 17 sundhedsråd med kommunal repræsentation skabes en formel ramme om kommunernes styrkede indflydelse på det samlede sundhedsområde. Det gælder udviklingen af det nære sundhedsvæsen tæt på borgerne, samarbejdet med regionerne herom og prioriteringen af den betydelige økonomi, der er målrettet området.

Kommunernes rolle på sundhedsområdet styrkes endvidere med den nye folkesundhedslov og prioriteringen af strukturel forebyggelse, *jf. kapitel 7*.

Mere sammenhæng og ligestilling mellem psykiatri og somatik

Aftalepartierne er enige om, at borgerne skal have en bedre og sammenhængende behandling på tværs af tilbuddene i psykiatrien og somatikken. Mennesker med samtidig psykisk og somatisk sygdom har nemlig ofte komplicerede forløb, hvor der er behov for forskellige og samtidige indsatser fra både psykiatrien og somatikken. Det skal organiseringen af sundhedsvæsenet tage højde for.

Psykiatrien er i regionerne fordelt på mange decentrale lokationer, men er ledelsesmæssigt organiseret med egen ledelse på regionsniveau adskilt fra ledelsen af det øvrige sundhedsvæsen. Det kan understøtte en fælles kapacitetsstyring og ensartet faglig tilgang med fokus på evidensbaseret psykiatrisk behandling på tværs af regionen, men det gør det

sværere at sikre sammenhængende forløb for de mange patienter, som har både psykiatriske og somatiske problemstillinger.

Aftalepartierne er derfor enige om ligestilling og integration af psykiatri og somatik. Det kræver, at ledelsen af psykiatri og somatik i højere grad organiseres sammen. Regeringen vil indgå en aftale med regionerne herom senest medio 2025. Den konkrete organisering og indfasning vil skulle tilrettelægges af regionerne under hensyntagen til implementeringen af en kommende samlet 10-årsplan for psykiatrien samt behovet for fortsat tværgående samarbejde på regionsniveau om kapacitet og systematisk kvalitetsudvikling. Der skal samtidigt tages højde for det fortsatte behov for samling af de funktioner på eksempelvis det børne- og ungdomspsykiatriske eller retspsykiatriske område, der kræver et stort patientunderlag og særlige kompetencer.

Den ændrede organisering skal altså tilrettelægges på en måde, hvor de faglige og samarbejds-mæssige forbedringer i psykiatrien, både kommende og allerede udførte, ikke går tabt. Med sammenlægningen vil det dermed i højere grad være muligt at systematisere de allerede etablerede, velfungerende samarbejder gennem en ledelsesmæssig forankring, så dette kommer flest mulige patienter til gavn og skaber de mest optimale rammer for medarbejderne på tværs af psykiatri og somatik. Aftalepartierne er enige om, at forbedringerne i psykiatrien opnået på regionalt niveau fortsat skal kunne udbredes på nationalt niveau, så tilbuddene i hele landet er præget af ensartethed og høj kvalitet. Endvidere skal organiseringen af psykiatrien understøtte en bedre geografisk fordeling og adgang til de sundhedsfaglige ressourcer i psykiatrien i hele landet.

Den bedre sammenhæng mellem psykiatri og somatik, herunder de forbedrede muligheder for samarbejde på tværs af afdelinger og specialer, forstærkes af, at sundhedsrådene i hver region får ansvar for behandlingstilbuddene for både fysisk og psykisk sygdom i deres område. Sundhedsrådene vil således også få et ansvar for at sikre sammenhæng i de nære tilbud til borgerne. Det betyder bedre betingelser for, at der kan samarbejdes på tværs af regioner og kommuner om tilbuddene i et geografisk område. Det gælder eksempelvis det lettilgængelige behandlingstilbud, hvor samarbejde mellem kommuner og regioner allerede er en væsentlig del af det tilbud, der er ved at blive implementeret, og hvor sundhedsrådene dermed kan bidrage til at styrke forudsætningerne for samarbejdet. Det gælder også samarbejde mellem den regionale psykiatri og socialpsykiatrien fx om forebyggelse af indlæggelser samt sammenhængen mellem sundhedstilbuddene og de øvrige centrale indsatser i kommunerne på eksempelvis uddannelses- og arbejdsmarkedsområderne, der har stor betydning for det enkelte menneske. Samarbejdet på tværs af den psykiatriske indsats ses eksempelvis i de regionalt forankrede tværfaglige teams (F-ACT teams), hvor forskellige faggrupper inden for sundheds- og socialområdet tilbyder en samlet opsøgende og udgående indsats nær den enkeltes hverdag, som udover en intensiv behandlingsindsats

også støtter op om den enkeltes behov for hjælp og kontakt til relevante kommunale indsatsområder.

Denne del af aftalen skal ses i sammenhæng med regeringens høje prioritering af psykiatrien. Regeringen har igangsat et massivt, økonomisk løft på mere end 3 mia. kr., som er oven i det allerede igangsatte løft af psykiatrien. Det samlede løft af psykiatrien betyder, at psykiatriområdet i 2030 vil være tilført mere end 4,3 mia. kr. varigt. Regeringen vil præsentere et særskilt udspil om den resterende prioritering af midler til en samlet 10-årsplan for psykiatrien primo 2025.

Aftalepartierne lægger afgørende vægt på, at det fortsat er muligt at følge op på anvendelsen af midlerne i 10-årsplanen, så det sikres, at midlerne, der er afsat til 10-årsplanen, går til at styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Aftalepartierne bemærker, at der ved ligestilling og integrationen, og den deraf følgende planlægning af den lokale psykiatri, også skal tages højde for såvel tilstrækkelig volumen af patienter som behov for samling af nødvendige kompetencer.

Flytning af sundhedsopgaver fra kommuner til regioner

Aftalepartierne er enige om, at sundhedsopgaverne skal løses så tæt på borgerne som muligt. Der er samtidig en række opgaver, hvor mange kommuner i dag har udfordringer med at sikre borgerne et tilbud af tilstrækkelig høj kvalitet. Det kan være udfordringer med døgndækkede tilbud eller med at sikre medarbejdere med de rette og tilstrækkelige faglige kompetencer. Samtidig ønsker aftalepartierne, at flere sundhedstilbud kan løses i sammenhæng. Det skal modvirke kassetænkning fx ved at myndighederne, der investerer i en indsats, også høster gevinstene. Og det skal fremme kvalitet og kontinuitet for borgerne samt sikre, at langt flere ældre oplever en tidlig, nær og sammenhængende indsats.

Partierne er på den baggrund enige om at flytte myndigheds- og finansieringsansvaret for en række opgaver fra kommunerne til regionerne fra d. 1. januar 2027.

I vurderingen af hvilke opgaver der flyttes, lægger partierne vægt på, at ændringerne skal give regionerne et større og mere samlet ansvar for at sikre behandling helt ud i borgerens eget hjem. Det skal samtidig give mulighed for at forebygge unødige sygehusindlæggelser fx ved i højere grad at sammentænke den præhospital indsats og akutsygeplejen og modvirke kassetænkning. Samtidig flyttes visse opgaver, som kræver en vis specialisering og volumen, som derfor kan være vanskelig for nogle kommuner at løfte med tilstrækkelig faglig og økonomisk bæredygtighed. Nærhed kombineret med mere ensartet kvalitet i hele landet har således været pejlemærker for overvejelserne om behovet for konkrete opgaveflytninger. Sundhedsrådene får en central rolle i at sikre det fortsatte fokus på de lokale behov for nærhed og sammenhæng i opgaveløsningen på tværs af kommuner og regioner.

Aftalepartierne er i forlængelse heraf enige om, at følgende opgaver flyttes fra kommuner til regioner:

Den akutte specialiserede sygepleje

Regionerne får ansvaret for den specialiserede del af den nuværende kommunale sygepleje. Det giver regionerne mulighed for at flytte specialiserede kompetencer tættere på borgerne og udvikle et samlet og bæredygtigt akuttilbud, fx robust døgndækning tæt på eller i borgerens eget hjem. Den specialiserede sygepleje kan planlægges og koordineres i sammenhæng med den præhospitale indsats. Regionerne forpligtes til at sparre med kommunerne og understøtte den almene kommunale sygepleje.

Indsatser beskrevet i eksisterende kvalitetsstandards for de dele af de kommunale akutfunktioner, der er en del af opgaveflytningen, vil indledningsvist danne grundlag for den regionale opgavevaretagelse. Ifølge kvalitetsstandards er målgruppen for akutfunktionerne patienter med somatisk sygdom og evt. samtidig psykisk lidelse, hvor der er akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse. Forløbene er overvejende kendetegnet ved at være subakutte eller akutte og komplekse, hvor der kræves de særlige sundhedsfaglige kompetencer, der er til stede i akutfunktionen. Personalet i akutfunktionen skal ifølge standarderne overvejende være beskæftiget med indsatser omfattet af den kommunale akutfunktion, og som relaterer sig til målgruppen for den kommunale akutfunktion, for at kunne vedligeholde og udvikle kompetencerne.

Patientrettet forebyggelse

Regionerne får ansvaret for den patientrettede forebyggelse. Det giver grundlag for faglig og økonomisk bæredygtighed i forebyggelsestilbuddene til mennesker med kronisk sygdom, og det sikrer bedre incitamenter til tidlige, forebyggende indsatser. Indsatserne kan forbedre egenomsorg og livskvalitet, forebygge forværring og reducere behovet for sygehusindsats for den store gruppe af borgere med kronisk sygdom. Patientrettet forebyggelse har samtidig tæt sammenhæng til sygehus- og praksissektoren. Samtidig spiller samarbejdet mellem sundhedsvæsen og civilsamfund en afgørende rolle for velfungerende patientrettet forebyggelse.

Genoptræning efter sundhedsloven: Rehabilitering på specialiseret niveau og dele af avanceret genoptræning

Regionerne får ansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau. Det vedrører mindre patientgrupper med komplekse behov, som kræver en særlig og specialiseret indsats med de rette faglige kompetencer hos medarbejderne, eksempelvis borgere

med hjerneskade efter blodprop trafikuheld, tumorer, iltmangel mv. Det kræver dermed et patientgrundlag, der overstiger størrelsen på en række kommuner, for at sikre en bæredygtig opgaveløsning af høj kvalitet.

Desuden skal behovet for at flytte de mest specialiserede dele af genoptræning på avanceret niveau belyses. Opgaveflytningen skal styrke kvaliteten for de patienter, der har behov for mere specialiserede indsatser, fx hos borgere med sjældne kræftdiagnoser og kroniske sygdomme i centralnervesystemet og hos børn og unge. Sundhedsstyrelsen får til opgave at se på, hvilke dele af den avancerede genoptræning, der skal flyttes. Derudover flyttes finansieringsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau fra kommuner til regionerne. Denne opgave løses allerede i dag af sygehusene, men finansieres af kommunerne.

Tilbud om midlertidige ophold på sundheds- og omsorgspladser til borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats

Regionerne får ansvaret for at tilbyde midlertidige ophold på sundheds- og omsorgspladser til borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som ikke kræver sygehusindlæggelse, men ikke hensigtsmæssigt kan tilbydes i eget hjem. Det forudsættes at svare til, at ansvaret for de kommunale akutpladser og hovedparten af de øvrige midlertidige kommunale pladser flyttes til regionerne. Pladserne samles under sundhedsloven. Flyttet skal sikre mere sammenhæng til sygehusindsatserne samt sikre højere grad af lægedækning på området, så (gen)indlæggelser forebygges. Det er et vigtigt element i omstillingen af sundhedsvæsenet, og flytningen af opgaven reducerer kassetænkning på området.

Det er centralt, at kommunerne har fokus på at sikre, at borgere, som ikke længere har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads, kan komme i eget hjem hurtigst muligt med relevant støtte fra kommunen. Nogle borgere vil samtidig skulle afklares i forhold til, om de er i målgruppen for en plejebolig. Der er på den baggrund enighed om, at der skal etableres en særskilt afregningsordning med en takst, som regionen kan opkræve af kommunen for borgere, som er udskrevet/kan udskrives fra en sundheds- og omsorgsplads, men har fortsat ophold på pladsen. Ordningen vil således bygge videre på den ordning, som i dag eksisterer for færdigbehandlede borgere med fortsat ophold på sygehus. Der skal i den forbindelse foretages en nærmere vurdering af grundlaget for at opkræve denne takst, som følge af den nye opgavefordeling mellem kommuner og regioner. Aftalepartierne inddrages i forbindelse med udarbejdelse af lovforslaget, som vil indgå i den samlede lovpakke om opgaveændringer ifm. aftale om en sundhedsreform.

Regeringen vil igangsætte et arbejde med nærmere at konkretisere afgrænsningen af de opgaver, der skal flyttes. Sundhedsstyrelsen vil få til opgave at udarbejde et oplæg, der præsenteres for og drøftes med aftalepartierne. Efterfølgende vil opgavefordelingen blive udmøntet i sundhedslovgivningen.

Regionerne får myndighedsansvaret for ovenstående opgaver i hele regionen. Inden for rammerne af regionens overordnede planlægning, vil sundhedsrådene på regionsrådets vegne konkret kunne vælge at indgå aftaler med kommunerne om, at de varetager driften af hele eller dele af de ovenstående opgaver tæt på borgerne på vegne af regionen. Regionen beholder myndigheds- og finansieringsansvaret. Det kommunale driftsansvar vil især være relevant i de kommuner, hvor grundlaget for den tilstrækkelige kvalitet er til stede, og hvor der er faglig og økonomisk bæredygtighed i tilbuddene til borgerne. Regionen og kommunen skal indgå denne aftale inden for en frist, der vil blive fastsat, således at delingsprocessen også kan nå at blive gennemført i 2026 *jf. kapitel 9*.

Beslutningen om, hvorvidt kommunalt eller regionalt driftsansvar er mest hensigtsmæssigt for opgavevaretagelsen, skal bero på en samlet vurdering af følgende parametre: høj kvalitet, faglig og økonomisk bæredygtighed og geografisk nærhed for borgeren. Der vil være mulighed for, at kommuner og regioner løbende, og dermed også efter 2026, aftaler ændringer for at sikre den mest hensigtsmæssige drift i henhold til parametrene. Der skal her samtidig sikres forudsigelighed, således at den kommunale drift kan opretholdes på hensigtsmæssige vilkår. Opgaveflyttet forudsætter, at regionerne er forpligtede til at sikre direkte og hurtigt tilgængelig sparring med og understøttelse af den almene kommunale sygepleje for ældre borgere.

Oprettelse af regionale sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling

Aftalepartierne er enige om, at patienter, der har brug for en sundhedsfaglig indsats og et midlertidigt ophold, og som ikke har behov for at være indlagte på sygehuse, skal kunne modtage tilbud om midlertidigt ophold over hele landet uden egenbetaling. Det skal være muligt for patienterne at opholde sig på en midlertidig plads, og tilbuddet om disse ophold skal være ensartede i hele landet. Regionerne skal understøtte denne udvikling. Det sker ved at flytte ansvaret for de nuværende kommunale akutpladser og hovedparten af alle øvrige midlertidige kommunale pladser - til en større gruppe borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som i dag varetages på kommunale midlertidige pladser - fra kommunerne til regionerne som sundheds- og omsorgspladser. Regionerne skal sikre lægedækningen på disse pladser. Endvidere skal pladserne omfattes af kvalitetsstandarder med krav til kapacitet, udstyr og sundhedsfagligt indhold. Disse krav til pladserne og den nærmere målgruppe beskrives i et fagligt arbejde i regi af Sundhedsstyrelsen. Regionerne kan indgå aftale med private leverandører om at drive pladserne forudsat, at disse lever op til relevante krav på området, herunder ift. kvalitet.

Der skal etableres en særskilt finansieringsordning, som understøtter, at kommunerne har et medansvar for patienterne, der opholder sig på pladserne, og at disse kommer hjem, når det kan lade sig gøre med den fornødne kommunale hjælp og omsorg.

Pladserne omfattes af frit valg således, at borgerne har mulighed for at vælge et ophold på en sundheds- og omsorgsplads, der passer den enkelte, *jf. kapitel 5*.

Tilpasning af regionernes øvrige opgaver

Regionerne varetager i dag andre opgaver end sundhedsområdet. Aftalepartierne er enige om, at der skal ske en tilpasning af regionernes øvrige opgaver med henblik på at anvende ressourcerne mest hensigtsmæssigt og effektivt. Det betyder, at regionerne fremadrettet skal varetage en mindre opgaveportefølje end hidtil. Fremadrettet vil regionernes opgaveportefølje, ud over den primære sundhedsopgave, alene bestå af følgende:

- Drift af tilbud og institutioner på det specialiserede socialområde og på specialundervisningsområdet
- Jordforurening
- Råstofindvinding på land
- Opgaver på uddannelsesområdet
- Indstillingsret til 20 pct. af socialfondsmidlerne i programperioden 2021-2027
- Åbenhed om privat partistøtte for folketingskandidater og kredsorganisationer
- Opgaver relateret til kollektiv trafik (Placeringen af regionernes opgaver vedrørende kollektiv trafik afventer anbefalingerne fra Ekspertudvalget om kollektiv mobilitet i hele Danmark.)

Regionernes resterende øvrige opgaver om regional udvikling, herunder regionernes mulighed for at udarbejde udviklingsstrategier samt aktiviteter, der relaterer sig hertil, bortfalder. De midler, som regionerne i dag bruger på tilskud til kulturelle aktiviteter, overføres til kommunerne.

Regionerne kan nedsætte stående udvalg på ovenstående opgaver, i den udstrækning at det umiddelbare ansvar ikke henhører under sundhedsrådet. Sociale tilbud vil henhøre under sundhedsrådet *jf. bilag 4*.

Grænseoverskridende samarbejde

Aftalepartierne er enige om, at regionerne fortsat skal have mulighed for at deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder, herunder Interreg-projekter, som ligger inden for deres opgaveportefølje på det regionale udviklingsområde. Den administrative forankring af Interreg-programmer vil fortsat være i regionerne.

Derudover er der enighed om, at særlige forhold taler for, at Region Syddanmark og Region Østjylland skal have en adgang til også at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet.

Klimatilpasning

Aftalepartierne noterer sig, at regionerne i dag ikke har lovbundne opgaver eller ansvar for klimatilpasning, da det er en fælles opgave mellem staten og kommunerne. De opgaver, som regionerne har påtaget sig som led i arbejdet med udviklingsstrategier, bortfalder.

Aftalepartierne noterer sig desuden, at kommunerne allerede i dag indgår i tværgående samarbejder om fx kystsikring. Aftalepartierne noterer sig endelig, at regeringen har præsenteret Klimatilpasningsplan I og er ved at forberede Klimatilpasningsplan II, som skal understøtte, at de nødvendige indsatser iværksættes rettidigt.

Råstofindvinding på land

På området for råstofindvinding på land noterer aftalepartierne sig, at regeringen vil tage initiativ til at udarbejde en national råstofplan, som understøtter en bæredygtig indvinding af sand og grus samt mere genanvendelse af byggematerialer. Aftalepartierne noterer sig endvidere, at Miljø- og Ligestillingsministeriet arbejder med forberedelsen af en national råstofplan, og at relevante interessenter inddrages i dette arbejde.

Aftalepartierne noterer sig i øvrigt, at den nye Region Østjylland skal udarbejde en regional råstofplan inden for de gældende rammer af råstoflovens §3, herunder at der på den ene side lægges vægt på råstofressourcernes omfang og kvalitet og en sikring af råstofressourcernes udnyttelse samt erhvervsmæssige hensyn. På den anden side lægges der vægt på miljøbeskyttelse og vandforsyningsinteresser, beskyttelse af arkæologiske og geologiske interesser, naturbeskyttelse, herunder bevarelsen af landskabelige værdier og videnskabelige interesser, rekreative interesser, en hensigtsmæssig byudvikling, infrastrukturanlæg, herunder energiproducerende anlæg, jord- og skovbrugsmæssige interesser, sandflugtsbekæmpelse og risiko for oversvømmelse eller erosion af kysten, fiskerimæssige interesser, ulemper for skibs- og luftfarten samt ændringer i strøm- og bundforhold.

Kollektiv trafik

Aftalepartierne konstaterer, at der pågår et igangværende arbejde i Ekspertudvalg om kollektiv mobilitet i hele Danmark. Den fremtidige varetægelse af ansvaret for regionernes opgaver vedr. den kollektive trafik afventer anbefalingerne fra Ekspertudvalget, og er således ikke en del af denne aftale.

Regionernes forpligtelser til at sikre sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet

Aftalepartierne er enige om, at regionerne er forpligtede til at sikre et sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet. Der fastsættes følgende centrale forpligtelser:

Sikre lægedækning i det almenmedicinske tilbud i hele regionen

Regionen skal sikre god lægedækning i hele regionens geografiske område.

Der udvikles en national model for fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud, *jf. kapitel 2*, og indgås aftale med regionerne på området.

Understøtte de kommunale tilbud inden for regionernes geografiske område

Regionerne skal sikre fasttilknyttet almenmedicinsk lægehjælp på plejehjem og botilbud, som ligger inden for regionens geografiske område. Dette vil indgå i den nationale opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud, *jf. kapitel 2*. Desuden skal der indgås aftaler i sundhedsrådene herom som led i den lokale implementering af nærsundhedsplanerne.

Udvikle og robustgøre akutsygehusene i hele landet samt sikre lægedækning på de mindre sygehuse

Regionen skal udvikle sygehusene i hele landet. Den bedre ressourcefordeling skal bidrage til at regionen kan styrke og robustgøre akutsygehusene i hele landet.

Desuden skal regionerne vedtage konkrete og forpligtende mål og planer for, hvordan stærke sygehuse kompetence- og ledelsesmæssigt kan understøtte udfordrede sygehuse med speciallægedækning og etablering af attraktive uddannelses- og karriereveje. Dette vil indgå i den nationale sundhedsplan.

Desuden indgås aftale mellem regeringen og regionerne om plan for lægedækning, robuste sygehuse og sygehussamarbejder og –partnerskaber, som fx samarbejdet mellem Bispebjerg Hospital og Bornholms Hospital samt organiseringen mellem Aalborg Universitetshospital og flere mindre sygehuse i Region Nordjylland fx Thisted, *jf. kapitel 3*.

Understøtte kvalitetsarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet

Der er indgået aftale med Danske Regioner om, at regionerne overtager og viderefører opgaven med at modtage og analysere rapporteringer om utilsigtede hændelser samt driften af databasen med indrapporteringer fra sundhedspersonale, patienter og pårørende på tværs af regioner, kommuner, almen praksis og apoteker. Dette sker fra maj 2025.

Prioritere bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser

Regionerne prioriterer midler via sundhedsrådene til bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser. Midlerne udmøntes i sundhedsrådene og fordeles således,

at flest midler går til sundhedsråd med stor patienttyngde og store geografiske afstande, *jf. kapitel 8*.

Udbygge og understøtte hjemmebehandling

Alle regioner skal udbygge og understøtte hjemmebehandling, herunder etablere hjemmebehandlingsteams. Det sker i forlængelse af indgåede aftaler og kvalitetsstandards, og der afsættes midler hertil, *jf. kapitel 6*. Desuden indgår udviklingen af tilbud om hjemmebehandling som en del af den nationale sundhedsplan.

Efterleve mål for den akutte sundhedsindsats

Patienter skal opleve en ensartet kvalitet i tilbuddene i den akutte sundhedsindsats på tværs af landet. Der aftales mål for den akutte sundhedsindsats som led i den nationale sundhedsplan.

Indbente Sundhedsstyrelsens godkendelse af praksisplaner for privatpraktiserende speciallæger

Sundhedsstyrelsen udarbejder retningslinjer for området og får en ny kompetence til at godkende regionernes praksisplaner for praktiserende speciallæger.

Sikre tilstrækkelig kapacitet og geografisk tilgængelighed for borgerne i de regionale sundhedstilbud

Regionerne skal sikre en geografisk tilgængelighed i hele regionen i de regionale sundhedstilbud. Hensynet til geografisk fordeling og tilgængelighed gælder særligt de sundhedstilbud af almen karakter, hvor det er et væsentligt element i at sikre høj kvalitet til borgerne, at tilbuddene er let tilgængelige. Det gælder således bl.a. en række af de opgaver, der flyttes fra kommuner til regioner.

Geografisk tilgængelighed på regionale sundheds- og omsorgspladser

Regionale sundheds- og omsorgspladser skal som udgangspunkt forefindes i alle kommuner, med mindre hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet. Ambitionen er et nært og stærkt sundhedsvæsen i hele landet, og at patienterne, der er visiteret til en regional sundheds- og omsorgsplads, kan benytte deres frie valg til at tage ophold nær familie og venner, egen bopæl eller andre steder, der giver tryghed og ro for patienten.

Regionernes finansiering og bloktilskuddet

Regionernes økonomi er som i dag opdelt i tre adskilte dele: Sundhedsområdet, udviklingsområdet og drift af institutioner på social- og undervisningsområdet. Det statslige bloktilskud til hhv. sundheds- og udviklingsområdet fordeles til hver region efter et opgjort

udgiftsbehov, der skal afspejle forskelle i opgavebyrden. Institutionerne på social- og undervisningsområdet er finansieret gennem takstbetaling fra kommunerne.

En ny finansieringsmodel for de fire regioner baseres på en videreførelse af den gældende finansieringsmodel og tilpasses som følge af reformen vedr. forvaltningsstruktur og opgavefordelingen. Med afsæt i en analyse, hvor de eksisterende fordelingskriterier gennemgås og revideres, og eventuelt nye kriterier analyseres, udarbejder regeringen oplæg til ny finansieringsmodel med henblik på, at der kan lovgives herom i foråret 2026 forud for tilskudsmeldingen for 2027. Som et element i en ny finansieringsmodel øges grundtilskuddet til den enkelte region til fordel for mindre regioner. Aftalepartierne inviteres til særskilt drøftelse herom i efteråret 2025.

Aftalepartierne er enige om, at den kommunale medfinansieringsordning og det resultatafhængige tilskud til regionernes sundhedsvæsen (nærhedsfinansiering) nedlægges.

Ny investeringsmotor for nære indsatser i sundhedsrådene

Sundhedsrådene får økonomi og beslutningskompetence til at skabe flere tilbud tæt på borgerne. Der afsættes en økonomisk ramme i form af en investeringsmotor på i alt 4,4 mia. kr. frem mod 2030, der skal understøtte, at sundhedsrådene kan prioritere at udbygge det nære sundhedsvæsen og understøtte målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud samt omsætte nationale, tværgående kvalitetsstandarder til lokale behov. Der afsættes i alt 2,4 mia. kr. målrettet nære sundhedsindsatser i regionerne, herunder flere læger frem mod 2030. Og der afsættes i alt 2,0 mia. kr. målrettet nære sundhedsindsatser i kommunerne. Dette finansieres bl.a. ved en målretning af en andel af det regionale og det kommunale demografiløft til nære sundhedsindsatser.

Regeringen fremsætter i 2025 forslag til tilpasning/ændring af eksisterende hjemmel til at udstede tværgående kvalitetsstandarder for indsatserne i det nære sundhedsvæsen i forhold til kommende struktur og opgavefordeling.

Regionerne er ansvarlige for at sikre en prioritering og fordeling af økonomi inden for regionen og mellem sundhedsrådene. Regionens fordeling skal tage højde for de statslige bindinger, bl.a. på fordelingen af almenmedicinske læger. Der fastsættes, inden for de regionale samlede udgiftsrammer, årligt lofter for de maksimale sygehusudgifter. Regionerne kan prioritere udgifter under sygehusrammen til det nære, men ikke omvendt.

Nationalt prioriteringsråd

Aftalepartierne er enige om, at der skal etableres et nationalt prioriteringsråd. Det nationale prioriteringsråd skal være et overordnet organ, som fremmer en tværgående, transparent og systematisk prioritering i både det nære og det specialiserede sundhedsvæsen.

Rådet skal således sikre mest mulig sundhed for pengene og frigøre ressourcer, der kan anvendes til at fremtidssikre sundhedsvæsenet, bl.a. ved at forholde sig til reduktion i unødigt sygehusaktivitet som led i en omstilling af sundhedsvæsenet. Selv om der med reformen tilføres midler og investeres i sundhedsvæsenet, skal der træffes svære valg om prioriteringer i sundhedsvæsenet hver dag. Formålet med et nationalt prioriteringsråd er at sikre mest mulig sundhed for pengene, men også at de svære beslutninger, som skal træffes, afspejler fælles ambitioner og værdier for sundhedsvæsenet. Prioriteringsrådet skal arbejde ud fra politisk besluttede principper og inddrage patienternes perspektiver i det konkrete arbejde. Prioriteringsrådet skal sikre en styret og sammenhængende prioritering på tværs af sundhedsvæsenet og sikre mest mulig sundhed for pengene. Etableringen af et nyt prioriteringsråd kan forudsætte tilpasninger i de nuværende prioriteringsorganer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet igangsætter et udviklingsarbejde med at definere opgaver og en model for det nationale prioriteringsråd. Regeringen vil invitere aftalepartierne til drøftelse af prioriteringsrådets etablering, opgaver og sammensætning medio 2025. Regeringen vil invitere Folketingets partier til drøftelse af de overordnede principper for prioriteringsrådets arbejde.

Et stærkt digitalt og dataunderstøttet sundhedsvæsen og Digital Sundhed Danmark

Et stærkt digitalt og dataunderstøttet sundhedsvæsen er afgørende for omstillingen af sundhedsvæsenet og skal bl.a. bidrage til at understøtte, at flere kan behandles i eget hjem. Det er således afgørende for at kunne tilbyde bedre, sammenhængende kronikerforløb, mere hjemmebehandling og indfri potentialerne ved indførelse af digitale rettigheder, der giver nye muligheder for borgerne.

Brug af digitale løsninger og data rummer et stort potentiale for at skabe endnu bedre og mere tilgængelige sundhedstilbud for den enkelte. Det gælder både mennesker med fysiske og psykiske sygdomme. Bedre udnyttelse af teknologien er en væsentlig forudsætning for at realisere ambitionen om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen, som er til stede, hvor borgeren er, og med lige adgang til sundhedstilbud på tværs af landet. Det er samtidig afgørende for borgernes tillid til sundhedsvæsenet, at de digitale løsninger er sikre, dataetisk ansvarlige og brugervenlige.

Aftalepartierne er derfor enige om en samlet ny organisering og styring af arbejdet med digitalisering og data, som skal styrke sundhedsvæsenets anvendelse af digitale løsninger og data, så ambitionerne for borgere og medarbejdere kan indfris. En ny national drifts- og udviklingsorganisation og en række yderligere styringsgreb skal bl.a. sikre:

- Hurtigere udbredelse af digitale løsninger og infrastruktur i sundhedsvæsenet, herunder til hjemmebehandling, så mere behandling og opfølgning kan foregå i trygge og vante rammer i borgerens eget hjem, og sundhedstilbud i højere grad tilpasses den enkeltes behov.

- Lettere digital deling af sundhedsoplysninger, så fx borgere med KOL med de kommende kronikerpakker oplever sammenhængende forløb på tværs af skræddersyede indsatser og slipper for selv at være tovholdere for deres behandling på tværs af sundhedsvæsenet.
- Udvikling og udbredelse af digitale løsninger, som kan hjælpe og aflaste medarbejderne i en travl hverdag gennem bl.a. adgang til relevante og overskuelige oplysninger og ved helt eller delvist at automatisere arbejdsgange gennem fx brug af kunstig intelligens.
- At sundhedsdata hurtigere, smidigere og forsvarligt kan anvendes til innovation, forskning i nye behandlingsformer samt kvalitetsudvikling og styring af sundhedsvæsenet.

Etablering af Digital Sundhed Danmark

Aftalepartierne er enige om at etablere en national drifts- og udviklingsorganisation, Digital Sundhed Danmark, der i samspil med et National Center for Sundhedsinnovation, *jf. nedenstående afsnit*, får en central rolle i at udvikle og udbrede nye sundhedsløsninger og infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. Organisationen forventes etableret i løbet af 2026 og skal samle en række af de opgaver med tilhørende ressourcer, der vedrører de fælles digitale løsninger, sundhedsdataregistre, cyber- og informationssikkerhed og infrastrukturer, der binder sundhedsvæsenet sammen, men som i dag er fordelt på mange aktører. Sammen med muligheden for stille fælles krav til standarder og arkitektur, *jf. nedenstående afsnit om national strategi og planlægningskompetence*, vil samling af ressourcer til udvikling og udbredelse i en fælles organisation også understøtte sundhedsvæsenets position over for leverandørmarkedet, herunder IT-leverandører, og bidrage til at nedbringe utilsigtet afhængighed af store leverandører med dominerende markedspositioner. Der skal være opmærksomhed på at tilrettelægge udbud så mindre leverandører har mulighed for og adgang til at byde på udbud, så en bred skare af leverandører kan bidrage til centerets løsninger.

I første omgang samler Digital Sundhed Danmark i forbindelse med etableringen organisationerne sundhed.dk, MedCom og Sundhedsdatastyrelsen med tilhørende ressourcer og økonomi, på nær enkelte udvalgte funktioner og myndighedsopgaver i Sundhedsdatastyrelsen, som forbliver i Indenrigs- og Sundhedsministeriets koncern af hensyn til at understøtte arbejdet på ministerområdet. Med etableringen samler organisationen også fælles, nationale opgaver, der i dag løses af regionerne og kommunerne, hvilket skal drøftes nærmere med regionerne og kommunerne. Digital Sundhed Danmark ejes af kommuner, regioner og staten i fællesskab. Den konkrete ejerskabsmodel skal tage hensyn til både at forankre organisationens arbejde i sundhedsvæsenets drift, og at det sker ud fra fælles nationale rammer og retning i samspil

med den nationale strategi på området og en ny national planlægningskompetence. Det skal også ses i sammenhæng med finansieringen, som skal baseres på en ny finansieringsmodel, der skal understøtte prioritering af digitaliseringen i sundhedsvæsenet.

Der lægges op til, at Digital Sundhed Danmark over tid kan udvides med yderligere opgaver som bl.a. anbefalet af Sundhedsstrukturkommissionen. I 2025 igangsætter Indenrigs- og Sundhedsministeriet derfor et arbejde med en køreplan i tæt samarbejde med bl.a. kommuner og regioner for at afklare og analysere forudsætningerne for udvidelser af organisationens opgaveportefølje. En mulig overdragelse af de første yderligere opgaver til organisationen forventes at kunne finde sted fra 2027

National dataplatform

Digital Sundhed Danmark skal bidrage til, at borgere og medarbejdere i sundhedsvæsenet kan få en nem, overskuelig og samlet adgang til de oplysninger, som er relevante i forbindelse med patientbehandling, og at sundhedsdata smidigt og sikkert kan anvendes til forskning og innovation, understøttet af en styrket fælles datainfrastruktur.

Aftalepartierne er derfor enige om, at der i 2025-2026 gennemføres en foranalyse, som skal danne grundlag for at træffe beslutning om etablering af en national dataplatform for hele sundhedsvæsenet til brug for deling af sundhedsdata i forbindelse med patientbehandling. Det er hensigten, at databaser fortsat kan være decentrale, men at dataplatformen sikrer, at oplysningerne samles og kan anvendes på tværs af sundhedsvæsenet, under skyldig hensyntagen til databeskyttelsesreglerne.

Aftalepartierne noterer sig, at dataplatformen skal ses i tæt sammenhæng med, at der allerede pågår et arbejde for at styrke anvendelsen af sundhedsdata til bl.a. forskning og innovation i regi af Vision om bedre brug af sundhedsdata. Det omfatter bl.a. etablering af ét kontaktpunkt og en national analyseplatform.

Datasikkerhed, dataetik og brugervenlighed

Etablering af Digital Sundhed Danmark og udvikling af nye løsninger, herunder en dataplatform, skal understøtte smidigere deling af data på tværs af sundhedsvæsenet til alle relevante formål inden for både patientbehandling og forskning mv. Data skal deles inden for trygge og sikre rammer, som tager højde for nuværende og kommende regler for særligt databeskyttelse. Det skal samtidig medføre en mere ensartet fortolkning og hurtig afklaring af gældende lovgivning, herunder GDPR, samt understøtte principper om dataetik og privacy by default and design. Løsningerne skal understøtte gennemsigtighed og sikre at kunne opretholde borgernes fortsatte medbestemmelse over egne data, herunder at borgerne kan se, hvem der tilgår deres oplysninger, og registrere deres fravalg af deling af data til sekundære formål i vævsanvendelsesregisteret. Det skal bidrage til borgerens fortsatte opbakning og tillid til brugen af data og digitalisering i sundhedsvæsenet. Det er

desuden afgørende, at de nye løsninger er brugervenlige og kan bidrage til bedre behandling og arbejdsgange, hvorfor repræsentanter for bl.a. borgere og medarbejdere mv. som nævnt vil blive inddraget i udformningen og udvikling af løsninger, herunder dataplatformen.

National strategi og planlægningskompetence

Aftalepartierne er enige om, at der som en del af en ny organisering og styring skal laves en national strategi, som i tæt kobling med den nationale sundhedsplan, læs mere herom i kapitel 3, sætter forpligtende fælles mål og retning for digitalisering og data i sundhedsvæsenet, en ny finansieringsmodel, der understøtter de fælles mål, samt en ny national planlægningskompetence. Planlægningskompetencen skal i form af lovhjemmel til indenrigs- og sundhedsministeren gøre det muligt bindende at fastsætte, hvor der skal anvendes fælles digitale løsninger, eller hvor succesfulde lokale løsninger skal tages i national anvendelse. Kompetencen vil også gøre det muligt at stille krav til standarder og arkitektur i sundhedsvæsenet med blik for mulighederne ved at anvende åbne standarder. Udarbejdelsen af den nationale strategi og udøvelsen af planlægningskompetencen vil ske i tæt samarbejde med Digital Sundhed Danmark og hvor relevant med inddragelse af bl.a. Dataetisk Råd, it-eksperter og repræsentanter for borgere og medarbejdere.

Implementering

Aftalepartierne er enige om at etablere Digital Sundhed Danmark ved lov og ændre sundhedsloven, så den nationale planlægningskompetence fastsættes ved lov. Aftalepartierne vil blive inddraget vedrørende lovforslagets indhold.

Aftalepartierne er enige om, at det bør tilstræbes, at offentlige arbejdspladser så vidt muligt fordeles rundt i landet med henblik på at sikre et Danmark i bedre balance.

Aftalepartierne har afsat en investeringsramme på 2 mia. kr. i 2026 til 2035 til styrket udbredelse af digitale løsninger og etablering af national dataplatform, jf. kapitel 6.

Nationalt Center for Sundhedsinnovation

Omstillingen til et mere nært, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen kræver, at nye løsninger, teknologier, behandlingsformer og arbejdsgange kommer flere patienter og medarbejdere til gode på tværs af sundhedsvæsenet. For den enkelte borger kan det betyde nye og bedre behandlinger og diagnostik både for mennesker med fysiske og psykiske sygdomme. Og innovative løsninger som automatisering af manuelle opgaver kan hjælpe til, at sundhedspersonalet kan bruge tiden til det, der er vigtigt.

Nye sundhedsløsninger rummer et stort potentiale for at løfte behandlingskvaliteten og frigøre arbejdskraft hos sundhedspersonalet.

Aftalepartierne er enige om at etablere Nationalt Center for Sundhedsinnovation, som skal medvirke til at styrke udvikling og udbredelse af innovative sundhedsløsninger og understøtte lokale innovationsindsatser på tværs af sundhedsvæsenet. Centret skal bidrage til et bedre og bæredygtigt sundhedsvæsen ved at øge kvaliteten i patientbehandlingen og frigøre arbejdskraft hos sundhedspersonalet. Etableringen skal bl.a. sikre, at:

- Gode løsninger kommer hurtigt ud til patienterne på tværs af regionerne. Geografi skal ikke definere borgerens adgang til nye behandlingsmuligheder og innovative teknologier.
- Sundhedspersonalet aflastes og bruger tiden på patienterne ved brug af nye arbejdskraftbesparende løsninger til fx administrative opgaver.
- Leverandører oplever klarhed om, hvilke behov der efterspørges fra sundhedsvæsenet, og hvilke krav der stilles til produkter og udstyr.

Aftalepartierne er enige om, at centret får en central rolle i at skabe mere lige adgang for borgere og ansatte til nye sundhedsløsninger på tværs af sundhedsvæsenet. Nationalt Center for Sundhedsinnovation får til opgave at skabe overblik over modne eksisterende løsninger, vurdere, følge og udbrede nye og eksisterende innovationsindsatser samt rådgive om og understøtte den innovation, der sker lokalt.

Aftalepartierne er enige om, at sundhedsorganisationer og virksomheder skal opleve klare rammer, sammenhæng og understøttelse af innovationskraften i sundhedsvæsenet, så innovation i højere grad tager afsæt i sundhedsvæsenets og patienternes behov. I nogle tilfælde vil udbredelse af velfungerende innovative løsninger kunne understøttes ved en styrket statslig planlægningskompetence. På den måde skal centret bidrage til national og tværgående styring og prioritering samtidig med, at innovative løsninger får lokal forankring og imødekommer en efterspørgsel fra sundhedsvæsenet. En foranalyse skal i 2025 danne grundlag for at bestemme centerets governance og samlede opgaveportefølje i sammenhæng med Digital Sundhed Danmark, *jf. afsnit ovenfor om Digital Sundhed Danmark*.

Centeret skal være indgang til dialog om at fremme hensigtsmæssige løsninger i sundhedsvæsenet, også set ud fra et virksomhedsperspektiv.

Centret etableres selvstændigt og forankres i Digital Sundhed Danmark i 2026. Etablering af Nationalt Center for Sundhedsinnovation etableres i lovgivningen under den fælles, øverste ledelse af Digital Sundhed Danmark. Dermed understøttes eksekveringskraft og sammenhæng mellem implementeringen af innovative løsninger og udviklingen inden for it og digitalisering. Ved at samle understøttelsen af innovationsindsatser, der i dag sker spredt på tværs af aktører og regioner mv., understøttes samtidig en bedre udnyttelse og udbredelse af eksisterende innovation i sundhedsvæsenet på tværs af forvaltningsniveauer. Centerets opgaveportefølje og finansieringsmodel drøftes nærmere med regionerne og kommunerne, herunder fællesoffentlig finansiering. Ligeledes skal finansiering af centret ses i sammenhæng med en ny finansieringsmodel, *jf. afsnit ovenfor om Digital Sundhed Danmark*.

2. Flere læger og bedre fordeling af det almenmedicinske sundhedstilbud i hele landet

Borgernes egen læge og de alment praktiserende læger er en grundsten i det danske sundhedsvæsen. Det almenmedicinske tilbud løfter i dag en stor og vigtig opgave i sundhedsvæsenet. Aftalepartierne er enige om, at der er behov for at omstille sundhedsvæsenet, så langt mere behandling og pleje kommer til at foregå hos egen læge og tæt på eller i eget hjem.

Den nuværende kapacitet og organisering af det almenmedicinske tilbud er ikke tilstrækkelig til at sikre den nødvendige udvikling og tilpasning, når det almenmedicinske tilbud skal varetage en styrket og udbygget rolle i sundhedsvæsenet. I visse områder af landet er der desuden mangel på læger i det almenmedicinske tilbud. Der planlægges derfor indsatser, der skal sikre en bedre adgang på både kort og lang sigt.

Aftalepartierne vil foretage de grundlæggende forandringer, der skal til for at styrke det almenmedicinske tilbud.

Aftalepartierne er enige om, at der er behov for at øge kapaciteten markant i det almenmedicinske tilbud, og at målsætningen er, at der i 2035 skal være mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud. Aftalepartierne vil bl.a. prioritere 2,4 mia. kr. årligt indfaset frem mod 2030 til udvikling af de nære og almenmedicinske tilbud, herunder til målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.

Mere ligelig fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud

Aftalepartierne er enige om, at der skal være en bedre og mere ligelig fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud, så alle borgere får let og lige adgang til udredning og behandling, uanset bopæl.

Det almenmedicinske tilbud skal i langt højere grad prioritere indsatsen for de mest sårbare og syge borgere. Derfor skal fordelingen af lægekapaciteter ske nationalt, så patienttallet i den enkelte praksis bliver tilpasset sammensætningen af patienter og patienternes behandlingsbehov. Klinikker i områder med mange borgere med stort behandlingsbehov skal have færre patienter, mens klinikker med mange raske og ressourcestærke borgere skal have flere.

Aftalepartierne er derfor enige om, at det i sundhedsloven fastlægges, at den overordnede fordeling af ydernumre og lægekapaciteter sker statsligt ud fra en national model, der tager udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov. Det skal sikre en mere lige fordeling af læger, mere tid til patienter med størst behov og en mere lige fordeling af opgaverne i det almenmedicinske tilbud.

Ændringerne i sundhedsloven skal træde i kraft fra medio 2025. Aftalepartierne bakker desuden op om, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastlægge modellen,

herunder kriterier og indikatorer. Aftalepartierne er enige om, at modellen skal udarbejdes under inddragelse af eksperter. Modellen drøftes i aftalekredsen.

Fra 2025 skal der også lukkes for at etablere nye lægekapaciteter i områder med god lægedækning, så nye lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud etableres i yderområder med lægedækningsudfordringer. Der indgås aftale mellem regeringen og regionerne herom. Denne aftale skal gælde, indtil ny model træder i kraft.

Aftalepartierne ønsker, at der foretages en evaluering af modellen i 2028 for at sikre, at der er sket den ønskede fordeling af læger med udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov.

Styrket kapacitet og flere læger i det almenmedicinske tilbud

Kapaciteten og kompetencerne i det almenmedicinske tilbud skal udbygges. Aftalepartierne er enige om, at målet er at øge antallet af læger i det almenmedicinske tilbud fra 3.500 til mindst 5.000 i 2035. Antallet skal stige i takt med, at flere opgaver omstilles til og løses af det almenmedicinske tilbud, og at der uddannes flere speciallæger i almen medicin.

Aftalepartierne er enige om at øge antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin i forbindelse med Sundhedsstyrelsens kommende dimensioneringsplan, som skal gælde fra 2026, for at understøtte målet om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.

For at opnå at målet om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035 vil aftalepartierne årligt fra 2027 drøfte status for udviklingen i antal læger i det almenmedicinske tilbud.

Aftalepartierne er desuden enige om, at der i 2029 skal foretages en evaluering af reformens initiativer til at nå målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.

Økonomisk støtte til områder med svag lægedækning

Aftalepartierne er enige om at tilgodese områder med lægemangel og mange behandlingskrævende borgere, også på kort sigt. I 2025 og 2026 afsættes derfor midler til regionerne til at styrke det almenmedicinske tilbud i disse områder. Midlerne skal udvide kapaciteten i det almenmedicinske tilbud gennem flere lægekapaciteter og fastholdelse af flere praktiserende læger. Udvidelsen kan ske i form af både flere praktiserende læger, udbudsklinikker og regionsklinikker. Det fastlægges i sundhedsloven, at regionerne i 2025 og 2026 får mulighed for at give et midlertidigt tillæg til læger, som får mulighed for at sænke patienttallet, når en ny fordeling af ydernumre og lægekapaciteter træder i kraft d. 1. juli 2025. Målet er at sikre flere læger i områderne, indtil en ny honorarstruktur træder i kraft i 2027, som vil omfordele honorarer til klinikker med mange behandlingskrævende patienter.

Flere og nye klinikformer

Regionerne skal have mulighed for at sammensætte det almenmedicinske tilbud ud fra lokale behov ved at benytte forskellige klinikformer og leverandører. Aftalepartierne er enige om at fjerne de nuværende lovgivningsmæssige barrierer for at bruge andre permanente klinikformer end alment praktiserende læger. Dette skal lette adgangen til behandling, tilpasse tilbuddene til særlige patientgrupper og give borgerne flere reelle valgmuligheder. Samtidig skal det styrke muligheden for lægedækning i områder, hvor det er svært at tiltrække speciallæger i almen medicin, og forbedre rekrutteringen ved mulighed for flere ansættelsesformer. Aftalepartierne er derfor enige om, at de nuværende barrierer i sundhedsloven for at benytte andre klinikformer fjernes fra d. 1. juli 2025.

Afviste henvisninger

Mange læger i det almenmedicinske tilbud oplever, at henvisninger til sygehuse og psykiatri bliver afvist uden forklaring. Regionerne får i regi af sundhedsrådene et styrket grundlag for at lede det almenmedicinske tilbud og for at understøtte et styrket samarbejde og dialog med bl.a. sygehuse og psykiatri om problemstillingen. Det skal understøtte en fælles forståelse af henvisningskriterier, og hvad der kan begrunde en afvisning.

Aftalepartierne er enige om, at en styrket ledelsesmæssig organisering mellem det almenmedicinske tilbud og sygehuse, herunder psykiatri, vil give grundlag for en bedre dialog om henvisningspraksis. Det kan bl.a. omfatte, at en afvisning ledsages af en begrundelse.

Aftalepartierne bakker derfor op om, at Sundhedsstyrelsen sammen med regionerne har igangsat et arbejde for at kvalificere en opgørelsesmodel for tilbagehenvisninger. Formålet er at sikre et nationalt overblik over tilbagehenvisninger og et mere sammenligneligt datagrundlag på tværs af regionerne. Arbejdet kan ses i sammenhæng med regionernes egne tiltag om at forbedre henvisningspraksissen, fx indsatser for at vejlede den henvisende læge og informere patienten.

Flere læger i det almenmedicinske tilbud i yderområderne

Aftalepartierne er enige om, at der skal være flere læger i almenmedicinske tilbud i yderområderne. Formålet er at sikre, at de kommende års flere læger med speciale i almen medicin får ansættelse i almenmedicinske tilbud i områder med lægemangel.

Økonomiske incitamenter skal gøre det mere attraktivt at være uddannelseslæge i områder med lægemangel og skal fremme, at uddannelseslæger vælger uddannelsesstillinger i almenmedicinske tilbud i områderne. Aftalepartierne er enige om, at der afsættes midler til

særlig økonomisk støtte til uddannelseslæger i områder med lægemangel i perioden 2025 til 2026. Herefter træder ny honorarstruktur i kraft, *jf. nedenfor*.

Desuden skal fleksible ansættelsesformer motivere læger, der er på vej på pension, til at blive længere i almenmedicinske tilbud. Aftalepartierne afsætter derfor også midler i 2025 og 2026 til regionerne til tiltag for fastholdelse målrettet læger i det almenmedicinske tilbud over 63 år i områder med lægemangel.

Partierne er desuden enige om, at sygehusene ikke skal optage en uforholdsmæssig stor andel af speciallægerne i almen medicin i 2025 og 2026. Regeringen vil indgå aftale med regionerne herom for at sikre, at de kommende års mange læger med speciale i almen medicin får ansættelse i almenmedicinske tilbud. Sygehusenes fremadrettede behov for speciallæger i almen medicin skal ses i sammenhæng med, at antallet af speciallæger generelt forventes at stige, herunder speciallæger i akutmedicin.

Mere tid og hjælp til de mest sårbare patienter

Ældre medicinske patienter og borgere med langvarige psykiske og/eller fysiske sygdomme skal have let adgang til almenmedicinsk lægehjælp.

Det almenmedicinske tilbud skal varetage behandling i eller tæt på eget hjem for at skabe mere sammenhængende behandling og forebygge indlæggelser. Særligt sårbare borgere skal have den nødvendige hjælp og støtte, så de ikke genindlægges i de tilfælde, hvor det kunne være undgået. Det gælder for eksempel sårbare borgere med kroniske og psykiske lidelser.

Aftalepartierne er derfor enige om, at regionerne fra 2027 gennem lovgivning forpligtes til at sikre fasttilknyttet lægehjælp på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser og botilbud, så der er lægehjælp at hente, hvor borgerens egen læge ikke alene kan dække behovet.

Aftalepartierne er desuden enige om, at det almenmedicinske lægetilbud fra 2027, som en del af basiskravene til det almenmedicinske tilbud, skal varetage en særlig tovholderfunktion for de mest sårbare borgere. Det skal gøre en forskel for patienter, der enten generelt eller i en periode har behov for særlig hjælp og støtte.

Ny honorarstruktur for de alment praktiserende læger

Aftalepartierne er enige om, at der skal være sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes behandlingsbehov. Læger med de mest syge patienter skal have færre patienter og mere i honorar pr. patient end de læger, der behandler de mindre syge borgere.

Honorarerne skal differentieres, så læger med en høj patienttyngde kan have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening. Der skal være en mere ligelig fordeling af opgaver blandt de alment praktiserende læger. En ny honorarstruktur skal træde i kraft i 2027 og skal sikre enklere forhandlinger, udvikling og effektivitet i sektoren. En forenklet honorarstruktur skal også sikre, at produktivitetsforbedringer kommer hele

sundhedsvæsenet til gavn, og styrke det tværfaglige samarbejde og samarbejdet mellem det almenmedicinske tilbud og det øvrige sundhedsvæsen. Aftalepartierne er enige om at indføre en bestemmelse i sundhedsloven, som fastlægger, at honorarer skal differentieres med udgangspunkt i modellen for fordeling af ydernumre og lægekapaciteter. Honorarstrukturen udvikles blandt andet baseret på Honorarstrukturrådets forslag. Honorarstrukturen aftales mellem parterne.

Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almen medicin

Det almenmedicinske tilbud skal afspejle sundhedsvæsenets aktuelle behov og levere mere ensartet, høj kvalitet. Fremtidige opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud skal derfor fastlægges nationalt.

Aftalepartierne er enige om, at Sundhedsstyrelsen skal fastlægge de fremtidige opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud i en national opgavebeskrivelse, som det almenmedicinske tilbud samlet set skal levere. Det skal ske med inddragelse af faglige input fra relevante aktører. Opgavebeskrivelsen skal gøre det klart, hvad det samlede almenmedicinske tilbud skal levere ved at fastlægge en faglig beskrivelse af funktioner, opgaver, kompetencer, samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen samt længere og mere fleksible åbningstider og tilgængelighed i det almenmedicinske tilbud.

Som del af opgavebeskrivelsen fastsættes desuden en basisfunktion med beskrivelse af funktioner, opgaver, tilgængelighed, samarbejde og kompetencer, som alle klinikker som udgangspunkt skal leve op til. Basisfunktionen skal dermed bidrage til en prioritering og en fokusering af, hvilke opgaver som løses bedst i det almenmedicinske tilbud, og hvilke opgaver der skal løses andre steder.

Opgavefordelingen skal samtidigt fastlægge, hvordan sygehuse og specialister skal understøtte det almenmedicinske tilbud. Der skal tilstræbes en balance mellem kravene og klinikkernes kapacitet, kompetencer og ressourcer fx når der flyttes en opgave fra sygehus til det almenmedicinske tilbud. Den nationale opgavebeskrivelse udarbejdes i sammenhæng med den nationale sundhedsplan, *jf. kapitel 3*.

Ny aftalemodel for alment praktiserende læger

Aftalepartierne er enige om, at en smallere central rammeaftale fra 2027 skal erstatte Overenskomst om almen praksis og fastsætte de økonomiske vilkår for de alment praktiserende læger med afsæt i den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse. Aftalesystemet skal være mere smidigt og styrbart samtidig med, at et aftalebaseret grundlag, som fastlægger vilkårene for de praktiserende læger, bevares. Det fastsættes i sundhedsloven, at de økonomiske vilkår for praktiserende læger aftales i en central aftale mellem regionerne og praktiserende læger og i kontrakter mellem regionen og leverandører for udbudsklinikker. Den nye model aftales mellem parterne.

Styrket grundlag for samarbejde og udvikling af det almenmedicinske tilbud

Aftalepartierne er enige om at styrke regionernes kompetence til at lede og udvikle det almenmedicinske tilbud, med fokus på faglig udvikling og samarbejde. Regionerne skal have et styrket lovmæssigt grundlag i sundhedsloven til at stille krav og følge op på klinikkernes efterlevelse af nationale krav, samt mulighed for at sanktionere dem. Dette skal bl.a. ske i regi af sundhedsrådene, der skal lede den faglige udvikling i samspil med sundhedsvæsenet, og der oprettes et tvistløsningssystem ved uenighed mellem myndighed og klinik. Der skal være indsigt i og adgang til data og information om aktiviteten og kvaliteten i de almenmedicinske klinikker, også for regionen med ansvar for tilbuddet. Kravene fastlægges derfor i sundhedsloven og skal træde i kraft i 2027.

Begrænsning af antal ydernumre ejet af én læge

Aftalepartierne er enige om at begrænse antallet af ydernumre, som kan ejes af én læge i det almenmedicinske tilbud fra de nuværende seks til tre ved en ændring i sundhedsloven

Formålet er at sikre, at sundhedskoncerner ikke overtager kontrollen med ydernumre. Regionerne gives styrket kontrol med salg af ydernumre. Det gøres ved samtidig at indføre krav i sundhedsloven om, at en speciallæge i almen medicin ved køb af et ydernummer forhåndsgodkendes af sundhedsmyndigheden ud fra en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen vil efterleve gældende krav og regler. Ved læger, der ejer flere ydernumre, kan blandt andet den geografiske afstand mellem klinikkerne indgå i vurderingen.

Det betyder, at læger, der har erhvervet flere ydernumre end tre inden d. 1. juli 2025, vil kunne fastholde ydernumrene fremadrettet.

3. Sundhedsvæsenet skal styrkes dér, hvor behovet er størst

Alle skal have et stærkt sundhedstilbud tæt på. I dag er der stor forskel i fordelingen af ressourcerne, især læger, på tværs af landet. Det gælder ikke kun almenmedicinske læger – det vil sige borgernes egen læge – men også sygehuslæger og praktiserende speciallæger. Samtidig er der stor forskel på, hvor syge borgerne er i forskellige dele af landet. Der er i dag færrest læger og generelt dårligere adgang til sundhedstilbud i de områder af landet, hvor befolkningen er mest syge og har det største behov.

Aftalepartierne lægger stor vægt på, at der skabes mere lige adgang til sundhedstilbud på tværs af landet, og at der sker den nødvendige omstilling til et mere nært sundhedsvæsen. En ny national sundhedsplan skal bidrage til at sikre dette. Aftalepartierne er samtidig enige om, at der skal være bedre adgang til praktiserende speciallæger og uddannes flere læger i de dele af landet, hvor behovet for læger er størst. Der skal uddannes flere speciallæger i bl.a. almen medicin, og en større del af uddannelsesforløbene på den lægelige videreuddannelse skal placeres uden for de større byer. Og så skal forskning i det almene sundhedsvæsen styrkes.

Initiativerne skal også understøtte mulighederne for at skabe attraktive karriereveje, så flere læger vælger stillinger i de nære sundhedstilbud og uden for de store byer.

National sundhedsplan med strategisk retning for udviklingen af sundhedsvæsenet

Aftalepartierne er enige om, at der skal udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte fælles strategisk retning for sundhedsvæsenet.

Regeringen vil derfor igangsætte arbejdet med en national sundhedsplan. Sundhedsstyrelsen udarbejder et oplæg, der fokuserer på fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet og styrkelse af det almene sundhedsvæsen tæt på borgerne.

Den nationale sundhedsplan består derfor af to dele: Én med fokus på sundheden i hele landet eksempelvis bedre geografisk fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Én med fokus på at styrke det almene sundhedsvæsen og omstilling af aktivitet fra sygehusene til sundhedsvæsenet tæt på borgerne.

I udarbejdelsen af oplægget til den nationale sundhedsplan skal Sundhedsstyrelsen sikre sammenhæng med øvrige redskaber til at understøtte omstillingen, herunder Sundhedsstyrelsens revision af specialeplanen og den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse af det almenmedicinske sundhedstilbud.

Sundhedsstyrelsen udarbejder et fagligt oplæg til en national sundhedsplan i 2025, der præsenteres for aftalepartierne. Planen aftales herefter mellem regering, regioner og kommuner i 2026 med henblik på at træde i kraft i 2027, så der sikres en fælles retning for udvikling af sundhedsvæsenet. Planen skal have en tidshorisont på otte til ti år med en fast opdatering hvert fjerde år.

Den nationale sundhedsplan skal omsættes til lokale løsninger for et stærkere sundhedsvæsen tæt på borgerne. Det skal bl.a. ske gennem de nærsundhedsplaner, der skal udarbejdes i sundhedsrådene, *jf. kapitel 1*.

Flere medicinuddannelsespladser uden for de største byer, oprettelse af en bacheloruddannelse i medicin i Esbjerg og forankring af medicinuddannelsen på Sjælland

Aftalepartierne er enige om, at der skal uddannes flere læger i de dele af landet, hvor behovet for læger er størst. Aftalepartierne ønsker derfor, at antallet af uddannelsespladser på medicinuddannelsen skal øges med i alt 140 bacheloruddannelsespladser samt dertilhørende kandidatuddannelsespladser uden for de største byer.

I Aalborg øges antallet af bacheloruddannelsespladser med 70 fra 2025, og antallet af bachelorpladser på medicinuddannelsen i Aalborg øges dermed med 39 pct.

I Køge ønsker aftalepartierne, at der oprettes et nyt hold svarende til 20 nye bacheloruddannelsespladser fra 2025, og Uddannelses- og Forskningsstyrelsen går derfor i dialog med Københavns Universitet herom. Med 20 nye bachelorpladser vil det samlede antal af bachelorpladser på medicinuddannelsen i Køge øges med 18 pct.

I Esbjerg ønsker aftalepartierne, at der oprettes en ny bacheloruddannelse i medicin med i alt 50 pladser fra 2026, og Uddannelses- og Forskningsstyrelsen går derfor i dialog med Syddansk Universitet herom. Oprettelsen af den nye bacheloruddannelse vil betyde, at det samlede antal bachelorpladser på medicinuddannelsen i Region Syddanmark øges med 15 pct.

Aftalepartierne er enige om, at der skal igangsættes initiativer til yderligere at styrke den regionale forankring af medicinuddannelsen på Sjælland. Medicinuddannelsen i Køge skal understøtte, at flere læger på sigt arbejder i hele Østdanmark. Det gøres bl.a. ved at skabe en bred forankring af uddannelsen, og de øvrige sygehuse på Sjælland, for eksempel i Nykøbing Falster, Slagelse og Holbæk, skal tænkes med i udviklingen af den samlede uddannelse.

Aftalepartierne er også enige om, at Uddannelses- og Forskningsstyrelsen skal afsøge med universiteterne, om medicinuddannelsen kan tilpasses, så der på uddannelsen er større fokus på de almenmedicinske kompetencer.

Flere speciallæger inden for almen medicin, psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri og geriatri samt tilpasning af den lægelige videreuddannelse til fremtidens behov

Aftalepartierne er enige om, at antallet af uddannelsesstillinger i bl.a. almen medicin, psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri samt geriatri skal øges i forbindelse med Sundhedsstyrelsens kommende dimensioneringsplan gældende fra 2026. Der skal i

forbindelse med dimensioneringsplanen ses på balancerne i den samlede dimensionering med henblik på at sikre, at dimensioneringen af speciallæger svarer til fremtidens behov.

Parallelt igangsætter Indenrigs- og Sundhedsministeriet arbejdet med at udvikle en model til at estimere efterspørgslen efter sundhedspersonale, som på sigt kan bruges i forbindelse med kommende dimensioneringer af den lægelige videreuddannelse. Den nye model skal på sigt også kunne anvendes i forbindelse med dimensionering af uddannelsen til andre vigtige faggrupper i sundhedsvæsenet fx sygeplejersker, tandlæger og tandplejere.

Speciallægerne skal gennem deres uddannelse i højere grad opnå almenmedicinske kompetencer, der kan modsvare fremtidens behov i sundhedsvæsenet. Aftalepartierne noterer sig, at det videre arbejde med Sundhedsstyrelsens anbefalinger til revisionen af den lægelige videreuddannelse er påbegyndt, herunder at der arbejdes med at give anbefalingerne en konkret form, så de kan realiseres i sundhedsvæsenet.

Aftalepartierne er derudover enige om, at en større del af uddannelsesforløbene i den lægelige videreuddannelse skal placeres uden for de større byer, fx på et mindre sygehus, så de lægefaglige ressourcer styrkes dér, hvor befolkningen har det største behov. Den nærmere udmøntning heraf skal aftales mellem regeringen og regionerne.

Flere karriereveje for lægerne

Aftalepartierne er enige om, at der skal skabes nye karriereveje for lægerne, hvor almene kompetencer og nærhed til patienterne fylder mere i uddannelsesforløbet og gennem karrieren, så flere læger vælger stillinger i de nære sundhedstilbud og uden for de store byer.

De nye karriereveje skal udvikles i samarbejde mellem relevante parter på nationalt, regionalt og fagligt niveau. Den nationale sundhedsplan skal sætte den overordnede ramme for arbejdet med at skabe attraktive karriereveje, og lofter for antal speciallægestillinger på landets universitetshospitaler skal understøtte stærke faglige miljøer uden for de store universitetshospitaler, hvilket understøtter muligheden for bedre karriereveje for læger i hele landet.

Der indgås aftale mellem regeringen og regionerne om arbejdet med at skabe nye karriereveje. Der skal bl.a. udarbejdes planer for sygehussamarbejder og -partnerskaber på tværs af sygehuse i den enkelte region, der skal bidrage til at skabe attraktive arbejdspladser, stærke faglige fællesskaber og et godt arbejdsmiljø på alle sygehuse.

Fleksibilitet mellem faggrænser og fleksible rammer for arbejdstilrettelæggelse

Alle personalegrupper og samarbejdet på tværs af faggrupper er afgørende for den fortsatte udvikling af sundhedsvæsenet. Robusthedskommissionen pegede på, at mere fleksibilitet mellem faggrænser i arbejdstilrettelæggelsen og i opgaveløsningen er centralt i den henseende. Samtidig er det vigtigt, at medarbejderne har medindflydelse og inddrages i beslutninger, der vedrører deres arbejdsliv.

Aftalepartierne noterer sig, at der med økonomiaftalerne for 2025 var enighed blandt parterne om at sikre gode og fleksible rammer for at tilrettelægge arbejdet i sundhedsvæsenet med den bedst mulige anvendelse af medarbejdernes kompetencer, at flere faggrupper skal bidrage til kliniske opgaver, og at bemanning og fordeling af opgaver skal gå mere på tværs af faggrupper. Det kan eksempelvis være ansættelse af farmakonomer og farmaceuter på sygehusene eller brugen af paramedicinere til at styrke indsatserne i borgernes hjem. Aftalepartierne lægger vægt på, at der i forbindelse med implementeringen af sundhedsreformen er et tydeligt og fortsat ledelsesfokus på opfølgning på Robusthedskommissionens anbefalinger om fleksibel opgavevaretagelse i sundhedsvæsenet.

Bedre fordeling af og adgang til praktiserende speciallæger

I dag er der områder i landet, hvor det er svært at finde eller få tid hos en praktiserende speciallæge, og hvor der er lange ventetider. Det skyldes, at der over tid er opstået en ulige fordeling og adgang til praktiserende speciallæger på tværs af landet med flere praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner. Aftalepartierne er derfor enige om at indføre nationale retningslinjer for regionernes planlægning af praktiserende speciallægehjælp. Det skal afhjælpe den ulige fordeling af praktiserende speciallæger på tværs af landet og give mere ensartet adgang til praktiserende speciallæger i hele landet og en samlet bedre kapacitetsudnyttelse. Det kan også bidrage til en bedre arbejdsdeling og samarbejde mellem det almenmedicinske tilbud og de praktiserende speciallæger.

Aftalepartierne er enige om, at aftalekredsen som opfølgning på de nye retningslinjer for regionernes praksisplanlægning og retten til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæge vil gøre status på udviklingen af sektoren løbende med afsæt i en opgørelse på relevante parametre.

Sundhedsstyrelsen påbegynder udarbejdelse af retningslinjerne i 2025 og får en ny kompetence til at godkende regionernes praksisplaner for praktiserende speciallæger, når initiativet forventes at træde i kraft i 2027. Det må forventes at tage en årrække at opnå en bedre geografisk fordeling af de praktiserende speciallæger. Initiativet skal ses i sammenhæng med indførelse af en ny patientrettighed om ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæge, *jf. kapitel 5*.

National aftale om lofter for antal speciallægestillinger på landets universitetshospitaler

Universitetshospitalerne spiller en vigtig rolle ift. den fortsatte udvikling af patientbehandlingen. Men det er samtidig en udfordring, at universitetshospitalerne optager en uforholdsmæssig stor andel af lægerne, hvilket gør det svært at sikre robuste sundhedstilbud på landets mindre sygehuse. Det øger uligheden i adgangen til sundhedstilbud af høj kvalitet. Aftalepartierne er derfor enige om, at der skal laves en national aftale om lofter for antallet af speciallægestillinger på landets universitetshospitaler.

Det skal bidrage til, at flere læger søger mod de sygehuse, hvor det i dag er svært at rekruttere læger, og hvor behovet for læger er størst. Loftet for antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne skal være individuelt fastsat pr. hospital, så der kan tages hensyn til en balanceret og holdbar omfordeling af ressourcerne ift. lokale behov. Regeringen og regionerne indgår aftale om konkrete lofter for de enkelte universitetshospitaler. Arbejdet påbegyndes i 2025 med henblik på at indgå aftale i 2026.

Flere af ph.d.-forløbene målrettes det nære sundhedsvæsen og flere faggrupper end læger

Danmark har et førende forskningsmæssigt miljø indenfor sundhed og life science. Forskning kan være med til at understøtte omstillingen af sundhedsvæsenet gennem ny viden. Det betyder, at der er brug for et forskningsmæssigt fokus på det nære sundhedsvæsen. Aftalepartierne er derfor enige om, at der skal indføres et mål for andelen af ph.d.-stillinger i regionerne, som målrettes det almene sundhedsvæsen. Det skal bl.a. tilskynde til mere forskning på området og samtidig understøtte en bedre geografisk fordeling af forskningsaktiviteten.

Et ph.d.-forløb kan give vigtige kompetencer, som kan gavne sundhedsvæsenet og den fremtidige patientbehandling. Aftalepartierne har dog noteret sig, at en ph.d. i praksis er blevet en nødvendig adgangsbetingelse for at komme ind på de mest attraktive lægefaglige hoveduddannelser, særligt i hovedstaden. For at modvirke denne udvikling er aftalepartierne enige om, at der skal indføres et mål for andelen af hoveduddannelsesstillinger, som besættes af læger uden en ph.d.

Aftalepartierne er samtidig enige om, at der skal indføres et mål for andelen af ph.d.-forløb på sygehusene, som besættes af andre faggrupper end læger. Målet skal sikre, at den samlede forskningsaktivitet fordeles bedre på tværs af flere vigtige faggrupper og med større geografisk spredning.

Den nærmere udmøntning af initiativet og implementeringen af de konkrete mål skal aftales mellem regeringen og regionerne.

Aftalepartierne er også enige om, at regeringen skal iværksætte en revision af Sundhedsstyrelsens syv lægeroller, som definerer de roller og kompetencer, alle læger skal mestre. Revisionen skal understøtte at fx forskerrollen ikke får en uforholdsmæssig stor vægt ift. andre centrale lægeroller.

Nationalt Center for Sundhedstjenesteforskning

Sundhedstjenesteforskning er et vigtigt element i at skabe viden om de komplekse og tværgående problematikker, som det danske sundhedsvæsen står med. Aftalepartierne er enige om, at sundhedstjenesteforskningen i Danmark skal styrkes som led i denne aftale.

Aftalepartierne er enige om, at Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, som er placeret på Aalborg Universitet i Aalborg, styrkes med en fast bevilling målrettet reformens implementering. Centeret får en national rolle, og kan dermed udgøre et nationalt center for sundhedstjenesteforskning. Centeret skal bidrage til det forskningsmæssige fokus på effekterne af implementering af reformen, herunder den forudsatte omstilling til det nære sundhedsvæsen.

Indenrigs- og sundhedsministeriet får en trækingsret på en del af de opgaver, som udføres af centeret, særligt som led i opfølgning og evaluering af initiativerne i denne aftale.

4. Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom

Det skal være nemmere at få den hjælp, man har brug for, hvis man er syg. Det gælder ikke mindst for den store gruppe af borgere, hvor kronisk sygdom fylder en stor del af hverdagen. Mennesker med en kronisk sygdom har meget forskellige sygdomsbilleder og dermed også forskellige behov for indsatser og behandling. Mange mennesker med en kronisk sygdom lever et liv, hvor sygdommen ikke fylder meget i hverdagen, og hvor man kun af og til har behov for sundhedsvæsenets hjælp. For andre mennesker fylder sygdommen og behovet for hjælp fra forskellige dele af sundhedsvæsenet en stor del af hverdagen og livet. Aftalepartierne er enige om, at et menneske med kronisk sygdom skal have den hjælp, der er behov for, og som passer til den enkelte.

Aftalepartierne er derfor enige om, at indsatsen på kronikerområdet skal styrkes bredt set for at understøtte, at det stigende antal borgere med kroniske sygdomme kan leve et godt og langt liv med deres sygdom, og at sundhedsvæsenet kan imødekomme det stigende behandlingsbehov hos mennesker med kronisk sygdom. Det understøttes af en række initiativer i reformen, herunder at ansvaret og kapaciteten udvides i det almenmedicinske tilbud, som også skal have en særlig tovholderfunktion for de mest sårbare borgere, etablering af lokale sundhedshuse, hvor fx patientrettede indsatser kan forankres, og udbredelse af digitale løsninger, hjemmebehandlingsteams mv. Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud vil desuden indeholde relevant viden om kronikerområderne med henblik på at understøtte en systematisk tilgang til behandlingen, *jf. kapitel 2*.

Aftalepartierne er desuden enige om at indføre sygdomsspecifikke kronikerpakker til personer med kronisk sygdom. Der indføres nye rettigheder for målgrupperne for kronikerpakker, som inden for en given tidsfrist får ret til en samlet behandlingsplan, målrettet den enkelte, samt opstart af behandling og patientrettede forebyggelsestilbud. Det skal sikre sammenhængende behandling af høj kvalitet og give borgerne bedre forudsætninger for at håndtere egen sygdom, så den ikke forværres.

Aftalepartierne er endvidere enige om, at regelsættet for udlevering af behandlingsredskaber og hjælpemidler skal revideres, ordningen med patientansvarlig læge skal udvides og revideres, og der skal igangsættes et eftersyn af reglerne om befordring. Desuden igangsættes en indsats for præhabilitering og mennesker med slidgigt.

Aftalepartierne er også enige om at prioritere en række indsatser for mennesker med demens bl.a. for at sikre hurtigere udredning.

Kronikerpakker – en ny tilgang til behandling og forløb for mennesker med kronisk sygdom

Aftalepartierne er enige om at indføre sygdomsspecifikke kronikerpakker til mennesker med kronisk sygdom som en systematisk ramme for behandling på tværs af sundhedsvæsenet. Der vil være særlig fokus på indsatsen i den første tid efter en diagnose, da det er afgørende for behandlingen resten af livet, og jo tidligere man griber ind, jo bedre er prognoserne for borgernes videre sundhedstilstand.

Mennesker, der har en kronisk sygdom, har meget forskellige sygdomsbilleder og dermed også forskellige behov for indsatser og behandling. Borgere i målgruppen for en kronikerpakke får ret til:

- en personlig behandlingsplan, der tilrettelægges af egen læge i dialog med den enkelte patient inden for en given tidsfrist i forlængelse af, at man har fået en diagnose.
- opstart af behandling, herunder evt. opstart af medicin, henvisning til yderligere undersøgelser for følgesygdomme mv. og inden for en given tidsfrist relevante patientrettede tilbud, fx kostvejledning, træning, kurser i sygdomsmestring, rygestop mv.

Konkrete forløb og indsatser skal være tilpasset den enkelte med en graduering efter behov i rød, gul og grøn gruppe. Dvs. at forløbet tilpasses afhængigt af, om man eksempelvis er en sårbar borger, der har behov for omfattende og håndholdte indsatser ofte fra flere steder i sundhedsvæsenet, eller om man er en borger i god sygdomskontrol, der har en hverdag med egenomsorg og eventuelt digitale tilbud. Afhængig af kategorisering vil borgerne altså blive tilbudt forskellige pakker af indsatser, som er tilpasset den enkeltes behov ud fra en sundhedsfaglig vurdering og borgerens livssituation. Der følges op ved egen læge efter en individuelt aftalt kadence, hvor lægen også skal vurdere, om borgeren har behov for omkategorisering, fx som følge af ændring af borgerens helbredstilstand.

Aftalepartierne er enige om, at der indledningsvist udarbejdes fem sygdomsspecifikke kronikerpakker. Implementeringen af pakkerne indføres over en årrække startende med KOL i 2027, Diabetes i 2028, hjertesygdomme i 2029 og kompleks multisygdom i 2031.

Partierne er derudover med aftalen enige om at afsætte midler til at fremrykke implementeringen af pakken vedrørende lænderyg-smerter, således at den allerede kan implementeres fra 2027 samtidig med pakken vedrørende KOL.

For de enkelte pakker sker en gradvis indfasning, hvor ny-diagnosticerede bliver vurderet i forbindelse med diagnosen, mens borgere, der tidligere har fået en diagnose, vurderes løbende ved kontakt med egen læge. Den faglige ramme for pakkerne udvikles af Sundhedsstyrelsen med bred inddragelse af eksperter, patientorganisationer m.fl.

For at følge området, herunder vurdere om borgerne modtager de relevante indsatser som led i pakkeforløbet, skal der udvikles en monitorering af indsatserne i både det almenmedicinske tilbud og i de patientrettede forebyggelsestilbud.

Regeringen vil fremsætte lovforslag om indførelse af rettighederne, som vil træde i kraft for de første kronikerpakker fra 2027. Aftalepartierne inviteres til drøftelser herom. Aftalepartierne drøfter de foreløbige erfaringer med kronikerpakkerne i 2028.

Indsatser for bedre præhabilitering og tilbud til mennesker med slidgigt

Aftalepartierne er enige om, at nogle patienter, der skal have omfattende behandling fx en større operation, kan have gavn af præhabilitering. Det kan være vigtigt for at sikre, at man er fysisk klar til indgrebet. Det kan være indsatser såsom træning, kostvejledning, rygestop og sygdomsmestring mv. Aftalepartierne har desuden noteret sig, at en række regioner allerede har oprettet relevante tilbud til særligt mennesker med slidgigt i knæet, som kan medvirke til at udskyde eller fjerne behovet for fx operation. Aftalepartierne er enige om, at det er vigtigt, at evidensbaserede tilbud om træning mv. udbredes til mennesker med slidgigt i knæ og hofte.

Regeringen vil gå i dialog med Danske Regioner i 2025 med henblik på at udbrede disse tilbud til hele landet fra 2027.

Forsøg med adgang til fysioterapi uden lægehenviisning

Aftalepartierne vurderer at det kan være relevant at undersøge om man kan afskaffe kravet om lægehenviisning til fysioterapi med henblik på at opnå mere smidige patientforløb og aflaste særligt det almenmedicinske tilbud uden, at det fører til utilsigtet overbehandling.

Aftalepartierne ønsker, at der igangsættes et storskala forsøg og noterer sig, at Region Sjælland på vegne af alle regioner har ansøgt om en dispensation fra reglen om, at man skal have en lægehenviisning for at gå til almindelig fysioterapi med tilskud med henblik på et regionalt storskalaforsøg. Projektperioden er på to år, og udløber med udgangen af 2026. Det er forventningen, at ansøgningen kan imødekommes, såfremt de relevante oplysninger modtages. Aftalepartierne vil i givet fald drøfte resultaterne af evalueringen af forsøget.

Klart ansvar for behandlingsredskaber og hjælpemidler

Myndighedsansvaret for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler kan i praksis opleves som uklart, og borgerne kan derfor opleve at komme i klemme mellem myndigheder på grund af uklarhed om, hvorvidt myndigheds- og finansieringsansvaret er regionalt eller kommunalt. Uklarhederne giver samtidig anledning til øget administration i regioner og kommuner, som er forbundet med afklaring af, om der er tale om et

behandlingsredskab eller et hjælpemiddel, og om udgiften dermed afholdes af region eller kommune.

Sundhedsstrukturkommissionen peger på, at der kan være et potentiale i at fastlægge en national procedure for, at der inden for udvalgte sygdomsområder eller i forhold til specifikke produkter kan fastsættes et entydigt myndighedsansvar.

Aftalepartierne er derfor enige om, at indenrigs- og sundhedsministeren i samarbejde med social- og boligministeren udvikler en konkret model, der for udvalgte sygdomsområder og specifikke produkter skaber mere klarhed for borgerne og sikrer tydelighed om, hvilken myndighed der er ansvarlig for at udlevere og finansiere produkterne. Modellen skal udvikles inden for den eksisterende økonomiske ramme på området. Den konkrete model skal udvikles med inddragelse af relevante aktører og vil indebære en ændring af lovgivningen på området, herunder en ophævelse af det gældende Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet. Arbejdet skal ses i sammenhæng med det igangværende arbejde med at forenkle reglerne for visitation til hjælpemidler, så borgerne oplever øget tilgængelighed, mindre ventetid og mere smidig visitation. Aftalepartierne inviteres til en drøftelse af modellen i 2025. Herefter forventes lovgivningen fremsat i 2026 med henblik på implementering primo 2027.

Sammenhængende patientforløb med en patientansvarlig læge

Aftalepartierne er enige om at udvikle og forbedre ordningen med patientansvarlig læge på sygehusene, som oprindeligt blev indført i 2016. Formålet er at styrke koordineringen mellem den patientansvarlige læge på sygehusene og tovholderfunktionen i det almenmedicinske tilbud. Der skal indgås en aftale i 2025 mellem regeringen og regionerne med inddragelse af øvrige relevante parter om at styrke og udvikle ordningen med patientansvarlig læge.

Eftersyn af befordringsreglerne i sundhedsloven

Reglerne for befordring er for uklare, og det kan gøre det svært for borgere at forstå, hvornår de har ret til befordring eller godtgørelse. Det betyder også, at administrationen i kommuner og regioner bliver tung og besværlig. Derfor er aftalepartierne enige om, at der skal gennemføres et eftersyn af reglerne om befordring og befordringsgodtgørelse i sundhedsloven med fokus på, at reglerne skal være mere gennemskuelige. Det skal understøtte, at borgerne kender deres muligheder og kan gøre brug af dem. Eftersynet og de efterfølgende ændringer af regelsættet forudsættes at ligge inden for den eksisterende økonomiske ramme på området. Aftalepartierne inviteres til drøftelser herom. Regeringen vil derefter fremsætte lovforslag til ændringer af regelsættet i 2026.

Styrket indsats for mennesker med demens

I takt med, at der bliver flere ældre, forventes det også, at der sker en stigning i antallet af mennesker med demens. Samtidigt er ventetiderne på demensudredning for lange. Der er over årene sat mange initiativer i gang på demensområdet, og aftalepartierne er enige om, at der fortsat er behov for fokus på, at mennesker med demens får den nødvendige udredning, behandling og omsorg.

Hurtigere udredning

Aftalepartierne er enige om at styrke indsatsen for hurtigere udredning for demens. Aftalepartierne noterer sig, at Sundhedsstyrelsen har vurderet, at nogle patienter fortsat har behov for specialiseret udredning med adgang til flere specialer og diagnostiske undersøgelser, mens andre patientgrupper med fordel kan færdigudredes i det almenmedicinske tilbud eventuelt med rådgivning fra sygehus.

Det almenmedicinske tilbud skal i fremtiden udrede og behandle en større andel af personer med demens. Udredningsklinikkerne på sygehusene skal understøtte det almenmedicinske tilbud i denne opgave. Opgaverne for det almenmedicinske tilbud i forhold til demensudredning og -behandling kan indskrives i regi af den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse, som Sundhedsstyrelsen skal udarbejde.

Aftalepartierne noterer sig, at der i forbindelse med Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social, sundheds og arbejdsmarkedsområdet for 2024-2027 blev afsat 123 mio. kr. i perioden til en styrket indsats på demensområdet, herunder til at iværksætte et forsøgsprojekt, der har til formål at løfte kvaliteten af udredning af demens på tværs af landet og øget udredningskapacitet i 2024-2027.

Aftalepartierne er enige om, at der i 2026 drøftes et konkret oplæg til styrket demensudredning i det almenmedicinske tilbud, som skal sikre kortere ventetider og udredning tættere på eget hjem. Det skal også bidrage til at frigøre kapacitet i de specialiserede tilbud, således at ressourcerne her kan anvendes mere målrettet til personer med behov for specialiserede indsatser. Initiativet skal ses i sammenhæng med den forudsatte styrkelse af de nære sundhedstilbud, herunder styrket kapacitet i det almenmedicinske tilbud.

Nedbringe ventetid til demensudredning

For at understøtte arbejdet med at nedbringe ventetiderne til demensudredning på sygehusene er aftalepartierne enige om at øge den samlede kapacitet i demensudredningen, herunder de udgående og rådgivende funktioner, bl.a. med henblik på at styrke indsatsen for de mest udsatte borgere med demens. Midlerne udmøntes med afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger til den fremtidige organisering af demensudredning, som skal danne afsæt for regionernes arbejde med at nedbringe ventetiderne til demensudredning.

Aftalepartierne er enige om, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet årligt indhenter en status fra Danske Regioner mhp. at følge udviklingen i ventetider og de konkrete indsatser forbundet med at nedbringe dem, herunder hvordan indsatserne understøtter omstillingen til udredning tættere på borgeren.

Forsøgsprojekt til tidlige indsatser for mennesker med demens

Hvert år får omkring 9.000 mennesker en demensdiagnose. Det er vigtigt, at der i umiddelbar forlængelse af demensdiagnosen sker en vurdering af behovet for tidlige indsatser, for at vedligeholde af funktionsniveauet og udskyde behovet for pleje og yderligere mere omfattende sundhedsindsatser.

Aftalepartierne er enige om, at Nationalt Videnscenter for Demens får til opgave at afprøve en model for styrkede tidlige indsatser i tilknytning til en demensdiagnose. Det kan bl.a. være med fokus på evidensbaserede kognitiv stimulationsterapi såsom CST (Cognitive Stimulation Therapy) træningsindsatser, proaktive forebyggende indsatser i forhold til fysisk og mental sundhed til mennesker med demens mv. Indsatsen skal ske som led i de patientrettede forebyggelsestilbud.

Nationalt Videnscenter for Demens får til opgave at udvikle et koncept og afprøve dette lokalt udvalgte steder i landet. Der skal udarbejdes en vidensafdækning af forsøget med henblik på, at der evt. kan arbejdes videre med erfaringerne fra projektet i en større skala. Vidensafdækningen skal bl.a. belyse, om og evt. hvordan de tidlige indsatser påvirker borgernes funktionsevne og evt. bidrager til at forsinke behovet for mere omfattende indsatser.

Styrket indsats til mennesker med demens

Aftalepartierne er enige om at afsætte en ramme med midler fra 2030 øremærket en styrkelse af demensområdet. Partierne vil i 2028 drøfte rammens udmøntning bl.a. med afsæt i erfaringer fra vidensafdækning af forsøgsprojektet om tidlige demensindsatser.

5. Frit valg og styrkede patientrettigheder

Patientrettigheder og det frie valg giver borgerne hurtig og fleksibel adgang til sundhedstilbud dér, hvor man ønsker det. Og er dermed med til at sikre, at sundhedsvæsenets tilbud passer til den enkelte borgers behov.

Aftalepartierne er enige om at udbygge det frie valg og styrke patientrettighederne i sundhedsvæsenet. De nye, styrkede rettigheder betyder, at der kommer flere rettigheder til behandlingen i det nære sundhedsvæsen, der sikrer frit valg og hurtig udredning og behandling i sundhedsvæsenet tæt på borgerne samt en ret til digitale ydelser. De nye rettigheder supplerer de omfattende rettigheder til bl.a. hurtig udredning og behandling, som borgerne allerede har på sygehusområdet.

Ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæger

De praktiserende speciallæger spiller en vigtig rolle i sundhedsvæsenet. I dag har man som borger ret til hurtig udredning og behandling, hvis man henvises til sygehuset, men ikke hvis man henvises til praktiserende speciallæge. Derudover er der stor forskel på, hvor lang ventetid der er til speciallæger rundt omkring i landet.

Aftalepartierne er enige om at indføre ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæger. Den nærmere model for rettigheden skal afklares, herunder hvordan rettigheden kan indrettes, så den ikke får uønskede konsekvenser for lægedækningen i yderområder, ligesom retten skal ses i sammenhæng med initiativ om bedre fordeling og anvendelse af kapaciteten af de praktiserende læger. Den konkrete udmøntning af den nye rettighed drøftes med aftalepartierne forud for, at regeringen fremsætter lovforslag herom i 2026.

Aftalepartierne vil nedbringe de lange ventetider til praktiserende speciallæger og forbedre den samlede kapacitetsudnyttelse i klinikkerne.

De styringsmæssige og økonomiske mekanismer i overenskomsten om speciallægehjælp skal i sammenhæng med udmøntningen af midlerne, der afsættes til en ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæger, underbygge, at kapaciteten på området øges og udnyttes bedst muligt med henblik på at forkorte ventetid og understøtte en effektiv brug af den offentligt finansierede aktivitet efter overenskomsten. Det vil indebære, at regionerne sikrer, at aktiviteten i speciallægepraksis øges med henblik på at nedbringe ventetider.

Med aftalen er partierne samtidig enige om at afsætte ekstra midler til, at regionerne fra 2026 kan sætte yderligere ind på at nedbringe ventetider til speciallægehjælp.

Frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser

Borgerne skal have mulighed for at vælge, hvor i landet de ønsker at benytte en regional sundheds- og omsorgsplads. Det skal være muligt at være i nærheden af fx eget hjem eller familie og venner, mens man opholder sig på sundheds- og omsorgspladsen. Det skal ses i sammenhæng med flytningen af opgaven fra kommuner til regioner og de kommende krav om kvalitet og kapacitet på disse pladser, *jf. kapitel 1*.

Aftalepartierne er således enige om, at de regionale sundheds- og omsorgspladser skal omfattes af en ret til frit valg. Den konkrete udmøntning drøftes med aftalepartierne forud for, at regeringen fremsætter lovforslag herom i 2026. Der vil blive fastsat regler for afregning mellem myndigheder og med leverandører.

Frit valg til almen sygepleje som del af helhedsplejen

Aftalepartierne er enige om, at den almene sygepleje i kommunerne skal integreres med den kommende helhedspleje i kommunerne i medfør af ældreloven. Det betyder, at det frie valg til helhedspleje ikke kun vil omfatte ydelser efter ældreloven, men også kommunale sygeplejeydelser efter sundhedsloven, så borgerne kan modtage ydelserne i sammenhæng og evt. hos samme private leverandør. Det betyder, at private leverandører af helhedsplejen også får mulighed for at levere almene sygeplejeydelser, der integreres i helhedsplejen. Formålet er således at sikre mere sammenhæng og mere kontinuitet i indsatsen på tværs af ældreplejen og sygeplejen. Den konkrete model herfor skal udvikles med afsæt i den endelige afgrænsning mellem den almene sygepleje i kommunerne og den specialiserede sygepleje, som overgår til regionerne, og som aftalepartierne vil blive inviteret til drøftelse om. Regeringen fremsætter et lovforslag med den fulde model for de nye rettigheder i 2026.

Kapacitetsløft i psykiatri

Aftalepartierne ønsker at prioritere den løbende kapacitetsopbygning på psykiatriområdet. Derfor er aftalepartierne enige om at afsætte samlet 175 mio. kr. i 2025 med henblik på hurtig udmøntning til øget kapacitet. Der fordeles 150 mio. kr. i 2025 til regionerne til kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien, da kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien er en grundlæggende forudsætning for, at børn, unge og deres familier hurtigt får hjælp af høj faglig kvalitet. Midlerne forudsættes derfor anvendt med et særligt fokus på at sikre hurtigere udredning og nedbringelse af ventetider. Det økonomiske løft kommer oveni de tidligere prioriteringer til området. Såfremt der ikke kan sikres afløb for 150 mio. kr. i børne- og ungdomspsykiatrien, kan regionerne efter aftale med Indenrigs- og Sundhedsministeriet anvende en mindre andel af de 150 mio. kr. i voksenpsykiatrien. Der afsættes 25 mio. kr. til kapacitetsløft af sociale akuttilbud i socialpsykiatrien, som bidrager til at øge borgernes tryghed og kan være med til at mindske antallet af genindlæggelser.

Kapacitetsløftene finansieres af regeringens reserve til løft af psykiatrien. Prioriteringen af de resterende midler i 2025-2030 aftales som led i forhandlingerne om regeringens kommende psykiatriudspil til en kommende 10-årsplan for psykiatrien.

Ret til digitale sundhedstilbud og vision om digital fordør

Digitale sundhedstilbud kan understøtte, at flere borgere kan få behandling derhjemme frem for at skulle flytte sig derhen, hvor sundhedspersonalet er. Aftalepartierne er derfor enige om at indføre en ny patientrettighed, der giver ret til digital kontakt med sundhedsvæsenet, når det er fagligt meningsfuldt, og patienten ønsker det. Det er vigtigt for aftalepartierne, at der i udviklingen af de digitale rettigheder er fokus på forskellene i befolkningens digitale kompetencer, og at borgerne selv kan vælge, om man ønsker at gøre brug af rettighederne. Målet er at sikre mere fleksible tilbud til den enkelte borger, der ønsker mere digital kontakt frem for fysisk fremmøde. Det skal også bidrage til at frigøre ressourcer til de borgere, der har særlige behov. Aftalepartierne er enige om at ændre sundhedsloven, så rettigheden fastsættes ved lov.

Rettigheden vil i første omgang gælde videokonsultationer i almen praksis, digital genoptræning efter sygehusindlæggelse, skærmbesøg fra den kommunale sygepleje, udvalgte virtuelle kontroller og opfølgninger på hospitalet og hjemmebehandlingstilbud til udvalgte kronikerområder. Omfanget af rettigheden skal defineres nærmere i forbindelse med udmøntningen. Aftalepartierne er enige om, at rettigheden løbende skal udvides i takt med den teknologiske udvikling. Den konkrete udmøntning af den nye rettighed drøftes med aftalepartierne forud for, at regeringen fremsætter lovforslag herom i 2026.

Aftalepartierne deler en vision om en digital fordør, som skal være borgernes digitale indgang til sundhedsvæsenet. Borgerne skal let, fleksibelt og overskueligt kunne tilgå sundhedsvæsenet digitalt for hurtigt at kunne få afklaring og blive ledt videre til det rette tilbud. Det skal derfor afklares, hvordan det danske sundhedsvæsen kan få en fælles, digital indgang for alle borgere. Fordøren skal understøtte rettigheden til digitale tilbud og borgernes øvrige digitale muligheder i sundhedsvæsenet. Det er derfor visionen, at borgerne med den digitale fordør kan få let digital adgang til egne sundhedsoplysninger, søge information om sundhed og sygdom, navigere rundt i sundhedsvæsenet og få anbefalinger om apps og digitale løsninger, som kan bruges i borgerens behandlingsforløb, herunder også digitale værktøjer til selvhjælp. Den digitale fordør skal også understøtte digitale rettigheder og ”digital først” princippet, hvor flere tilbydes en digital kontakt i stedet for et fysisk fremmøde, når det giver fagligt mening, og borgeren ønsker det. Det kan også understøtte, at borgerne kan tage et større ansvar for egen sygdom og behandling, samt at personalets ressourcer i højere grad målrettes til dem, der har størst behov.

På sigt kan fordøren udvides i takt med den teknologiske udvikling med fx indledende digital kontakt med borgere og symptomvurdering.

Aftalepartierne er enige om, at der også i arbejdet med den digitale fordør skal tages højde for forskelle i befolkningens digitale kompetencer.

I 2026-2027 udarbejdes en foranalyse, som skal danne grundlag for regeringens senere beslutning om etablering af en digital fordør i tråd med visionen. I det øvrige arbejde med at samle fælles løsninger i regi af Digital Sundhed Danmark vil der ligeledes blive arbejdet i tråd med visionen.

Information om patientrettigheder

Aftalepartierne lægger vægt på, at der er en klar og tydelig kommunikation og dialog med patienterne i det danske sundhedsvæsen. Det gælder både i mødet mellem patient og sundhedsperson og i den skriftlige information, man som patient modtager fra sundhedsvæsenet, fx om patientrettigheder som retten til hurtig udredning og behandling.

Aftalepartierne ønsker med denne aftale yderligere at udbygge det frie valg og styrke patientrettighederne og vil i den sammenhæng understrege, at det er afgørende, at patienterne informeres om deres rettigheder på en tydelig og letforståelig måde. Aftalepartierne noterer sig i den forbindelse, at indenrigs- og sundhedsministeren har igangsat et arbejde med inddragelse af relevante parter, som skal finde løsninger på, hvordan patientinformation kan styrkes, og ambitionen om tydelig og letforståelig information kan efterleves i praksis. Aftalepartierne orienteres om den nærmere løsning forud for igangsættelse.

6. Mere behandling i eller tæt på eget hjem

Aftalepartierne er enige om, at langt mere behandling skal foregå i eller tæt på eget hjem. Det kan fx være ved fysiske hjemmebesøg og ved brug af digitale løsninger. De nye sundhedsråd får en afgørende rolle ift. at sikre, at den udvikling kommer til at ske.

Sygehusene skal have en mere udadvent rolle og understøtte egen læge og kommunerne i behandlingen og plejen af borgerne, og det almenmedicinske tilbud skal varetage en større del af patientbehandlingen. Aftalepartierne er også enige om at styrke kvaliteten i den kommunale sundhedsindsats gennem nationale, tværgående kvalitetsstandarder, der igennem sundhedsrådene omsættes til de lokale behov. Det sker bl.a. med fokus på en stærkere forebyggende og behandlende sundhedsfaglig indsats for beboere på botilbud gennem fasttilknyttet læge. Det skal sikre, at både psykisk og somatisk sygdom opdages og behandles mere effektivt end i dag. Der skal være fokus på borgerens behov for sammenhæng og koordination mellem eksempelvis botilbud, det almenmedicinske tilbud og behandlingspsykiatrien. Aftalepartierne er enige om, at det skal ske gennem det samlede løft af den kommunale sundhedsindsats via sundhedsrådene.

Aftalepartierne er enige om, at en god og sikker medicin håndtering er vigtig særligt for ældre og sårbare borgere. Aftalepartierne notere sig i den forbindelse, at regeringen, KL og Danske Regioner i forbindelse med økonomaftalerne for 2025 er enige om at styrke indsatsen for dosispakket medicin fra apoteket særligt målrettet borgere i kommunale pleje- og botilbud.

Hjemmebehandlingsteams i hele landet

Aftalepartierne ønsker, at mere behandling kan foregå i borgerens hjem, og er derfor enige om, at regionerne får ansvaret for at etablere nye hjemmebehandlingsteams. De nye hjemmebehandlingsteams skal udbygge og understøtte døgndækkende hjemmebehandling med flere sundhedsfaglige medarbejdere. Hjemmebehandlingsteams kan fx monitorere borgerens tilstand digitalt og køre ud i borgerens hjem og assistere med behandling og tidlige indsatser. På den måde kan flere borgere få den rettidige indsats, der skal til, inden tilstanden bliver så dårlig, at der er behov for sygehusbehandling eller -indlæggelse.

Opgaverne vil efter aftale med kommunerne også kunne løses af de kommunale medarbejdere, som i forvejen er i borgerens hjem, med relevant sparring og oplæring fra de nye hjemmebehandlingsteams. De nye teams kan samtidig kobles til relevante dele af den nuværende opgaveløsning på det præhospitale område. Det skal ses i forlængelse af, at akutsygeplejen flyttes fra kommunerne til regionerne, der således kan planlægge indsatserne i borgernes eget hjem i sammenhæng.

Det kan være relevant med offentligt/privat samarbejde om løsninger.

Initiativet udmøntes i en aftale mellem regeringen og regionerne med henblik på, at det kan få virkning fra 2027. Den nærmere implementering og tilrettelæggelse sker i de nye sundhedsråd.

Sygehuse skal have behandlingsansvar 96 timer efter udskrivning

Aftalepartierne er 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. Målet er at skabe mere sammenhængende forløb ved at give sygehuse et større ansvar for borgerne efter udskrivelse og for at understøtte det almenmedicinske tilbud og sundhedspersonalet i kommunerne og borgerens hjem i det videre behandlingsforløb. Ordningen skal derfor udvides til 96 timer og til at omfatte en større gruppe patienter. Det kan eksempelvis 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.

Fasttilknyttet læge på botilbud og forsorgshjem

Aftalepartierne er enige om, at beboere på botilbud skal have mulighed for at vælge en læge, som er fasttilknyttet botilbuddet. Regionens forpligtelse til at sikre fasttilknyttet almenmedicinsk lægehjælp fastlægges som en del af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud fra 2027, *jf. kapitel 2*. Det skal i forbindelse med etableringen af sundhedsrådene nærmere fastlægges, hvilke typer botilbud der skal være omfattet af ordningen.

Aftalepartierne noterer sig, at der i den etårige overenskomst for almen praksis for 2025 er aftalt at indføre en ordning for fasttilknyttet læge på botilbud.

Aftalepartierne er enige om, at en udbygning af det almenmedicinske tilbud indebærer, at regionerne udbygger tilgængeligheden også for udsatte grupper.

Aftalepartierne lægger i den sammenhæng vægt på, at der med aftalen gives mulighed for at sammensætte det almenmedicinske tilbud ved at benytte forskellige klinikformer og leverandører. Det skal blandt andet styrke regionernes mulighed for at tilpasse tilbuddene til særlige patientgrupper, heriblandt særligt sårbare og udsatte borgere.

Aftalepartierne er enige om at oprette en pulje til at udvikle og afprøve en model for udgående eller målrettede almenmedicinske tilbud til udsatte og sårbare borgere og brugere på bl.a. bosteder og brugere af forsorgshjem mv. i perioden 2026-2030, som regionerne kan ansøge. Puljen skal udmøntes lokalt og inddrage erfaringer med opsøgende, fleksible tilbud, som er tilrettelagt efter den enkelte borgers behov.

Styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien

Digitale løsninger i psykiatrien kan bl.a. medvirke til, at mistrivsel eller lettere psykiske lidelser ikke forværres og kræver yderligere specialiseret behandling. Aftalepartierne er derfor enige om at styrke udbredelsen af digitale løsninger i psykiatrien ved at bygge oven på indsatsen fra Aftale om En bedre psykiatri fra 2023, hvor Internetpsykiatrien, som varetages af Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark, blev styrket. Det skal fastlægges nærmere og efter dialog med Center for Digital Psykiatri, hvordan midlerne udmøntes. Initiativet skal derudover ses i sammenhæng med etableringen af Digital Sundhed Danmark.

Kvalitetsløft af den kommunale sundhedsindsats og styrkelse af den samlede palliative indsats

Aftalepartierne er enige om at investere i kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats i kommunerne. De afsatte midler er en del af investeringerne i de nye sundhedsråd og skal udmøntes lokalt gennem sundhedsrådene, så det sikres, at de styrkede indsatser i kommunerne tilpasses de lokale behov og forhold.

De nationale tværgående kvalitetsstandarder bidrager bl.a. til forbedringer af de kommunale indsatser og sammenhængen inden for den almene sygepleje, palliation og socialpsykiatrien. Med reformen flyttes den mest specialiserede sygepleje til regionerne. Aftalepartierne er enige om, at det er vigtigt at sikre den fortsatte udvikling og styrkelse af den almene sygepleje i kommunerne, herunder i sammenhæng med helhedsplejen.

Sundhedsstyrelsen får til opgave, under inddragelse af kommuner, regioner, eksperter mv. at udarbejde de overordnede kvalitetsstandarder for indsatsen. Kommunerne og de nye sundhedsråd skal sørge for at tilpasse de overordnede krav til de lokale forhold, så implementeringen sker ud fra lokale hensyn.

Styrkelse af den basale palliation og løft af den almene sygepleje

Når man er ramt af en livstruende sygdom, og når livet nærmer sig sin afslutning, er det afgørende, at det kan ske på en tryk, omsorgsfuld og værdig måde, og at patienter får den nødvendige hjælp og lindring i tide. Aftalepartierne er derfor enige om, at der er behov for forbedret palliativ behandling, pleje og omsorg. Som led i en styrkelse af den almene sygepleje i kommunerne samt nye tværgående kvalitetsstandarder for området, er aftalepartierne enige om, at de basale palliative indsatser skal løftes, fx mere tid til palliation og kompetenceløft. Dette skal bl.a. styrke mulighederne for at kunne tilbyde bedre og mere ensartet basal palliation tæt på borgerne, så flere kan få en værdig afsked med livet i eget hjem, uanset hvor man bor.

Specialiseret palliativ indsats

Aftalepartierne ønsker også at styrke den specialiserede palliative indsats med henblik på at understøtte en værdig afsked med livet. Aftalepartierne er derfor enige om en styrkelse af det regionale tilbud vedrørende specialiseret palliation, fx udgående palliative teams eller udgående hospiceteams, der yder tværfaglig specialiseret palliativ behandling for patienter med komplekse palliative behov. Den konkrete udmøntning af midlerne kan drøftes i Sundhedsrådene.

Fagligt oplæg til Kræftplan V

Aftalepartierne noterer sig endvidere, at styrkelsen af det palliative område skal ses i relation til, at Sundhedsstyrelsen som en del af det faglige oplæg til Kræftplan V ser på det palliative område som helhed, både basal og specialiseret palliation, og at Sundhedsstyrelsens anbefalinger forventes også at have effekt for andre patientgrupper end kræftpatienter.

7. Folkesundhedslov

Der er brug for et tværgående fokus på at styrke danskernes sundhed og mindske uligheden i sundhed, så flere kan leve et sundt og langt liv. Aftalepartierne er enige om at styrke den strukturelle forebyggelse i kommunerne ved at indføre en folkesundhedslov. Loven udarbejdes bl.a. med inspiration fra relevante organisationer og eksperter samt erfaringer fra fx Norges folkesundhedslov. Loven skal i sin formålsbestemmelse angive den overordnede retning og mål med en systematisk folkesundhedsindsats.

Strukturel forebyggelse handler om at skabe samfundsmæssige rammer og vilkår, der fremmer et godt helbred både fysisk og psykisk.

Det kan fx være gode rammer for motion og bevægelse i dagligdagen. Det kan også være røg- og nikotinfri miljøer eller partnerskaber om trivsel og sundhed med lokale ungdomsuddannelser, hvor der arbejdes systematisk med at skabe sunde vaner, inkluderende fællesskaber og god alkoholkultur. Loven forpligter kommunerne til at arbejde systematisk og på tværs af velfærdsområder med at styrke folkesundheden og mindske uligheden i sundhed uden at det indebærer øget administration for kommunerne. Folkesundhedslovens tværgående fokus skal blandt andet omfatte den almene boligsektor med særligt fokus på områder kendetegnet ved social ulighed i sundhed. Aftalepartierne noterer sig, at der skal indgås en ny boligaftale om Landsbyggefonden, da den nuværende udløber med udgangen af 2026.

Loven skal sætte rammerne for, at kommunerne kan fastlægge konkrete mål for deres indsats. Kommunerne får frihed til at iværksætte de rammer og indsatser, der har effekt i forhold til lokale behov. Kommunernes arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme skal foregå i et tæt samarbejde med civilsamfundet, de almene boligorganisationer, lokale virksomheder m.fl. Det kan fx ske ved at inddrage lokale foreninger og styrke samarbejdet med frivillige organisationer for, at flere børn, unge og voksne kan samles i aktive lokale fællesskaber. Det kan bl.a. medvirke til at forbedre den mentale sundhed og mindske ensomhed. Det kan også ske ved at etablere partnerskaber med lokale arbejdspladser og sætte fokus på trivsel og sundt arbejdsmiljø.

For at gøre det enklere for kommunerne at prioritere indsatserne og arbejde målrettet og effektivt, reviderer Sundhedsstyrelsen de eksisterende forebyggelsespakker. Aftalepartierne inviteres til drøftelser om forslag til folkesundhedslov, inden regeringen fremsætter lovforslag herom i 2026. Aftalepartierne er desuden enige om, at der nedsættes en følgegruppe med praktikere og uafhængige eksperter, der kan følge op på folkesundhedsloven og vejlede i forbindelse med implementeringen.

8. Moderne sygehuse, bedre fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser og digitale løsninger

Aftalepartierne er enige om, at de fysiske og digitale rammer for sundhedsvæsenet skal være moderne og af høj kvalitet i hele landet. Der er allerede investeret massivt i nybyggeri og moderniseringer af en række sygehuse. Det gælder ikke mindst de såkaldte supersygehuse.

En del sygehuse er dog præget af manglende vedligeholdelse, og derfor er der brug for ekstra investeringer i moderne fysiske rammer og ny teknologi på sygehusene. Samtidigt er der behov for investeringer i en styrket udbredelse af digitale løsninger og en national dataplatform til brug af sundhedsdata i forbindelse med patientbehandling.

Aftalepartierne er også enige om at sikre bedre fysiske rammer for de lokale sundhedsindsatser. Flere borgere skal have et sammenhængende og trygt behandlings- og rehabiliteringstilbud tæt på, hvor de bor, og tilbuddene skal passe til de lokale behov og ønsker.

Samlet investeres 27,5 mia. kr. over de kommende 10 år i moderne sygehuse, bedre fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser og digitale løsninger.

Sundhedsfond

Aftalepartierne er enige om at etablere en sundhedsfond på i alt 22 mia. kr. (anlægsmidler) i perioden 2026 til 2035 til vedligeholdelse og modernisering af sygehuse for at sikre et strategisk kvalitetsløft af bygninger og apparatur på sygehuse i hele landet. Investeringerne vil ligge ud over det normale regionale anlægsniveau, der aftales med regionerne i de årlige økonomiaftaler.

Indenrigs- og Sundhedsministeren etablerer et ekspertpanel, der kan rådgive regeringen om, hvordan investeringerne kan gøre mest mulig gavn. Ekspertpanelet skal indhente danske og internationale erfaringer, herunder fra eksisterende kvalitetsfondsbyggerier. Ekspertpanelet skal bl.a. på den baggrund komme med forslag til, hvordan regionerne kan blive endnu bedre til at økonomistyre og organisere arbejdet med at bygge og vedligeholde sygehuse. Den fælles planlægning skal sikre, at investeringerne flugter med de overordnede sigtelinjer for sundhedsvæsenet, fx ønsket om behandling i eller tættere på hjemmet. Samtidig skal investeringen målrettes de sygehuse, der trænger mest. Med afsæt i ekspertpanelets anbefalinger forpligtes regionerne til fælles, national planlægning og koordination på anlægsområdet.

Der afsættes endvidere en investeringsramme på 2 mia. kr. i 2026 til 2035 til styrket udbredelse af digitale løsninger og etablering af national dataplatform til brug for deling af data til behandling af patienterne i hele landet. Midler kan udmøntes gennem Digital Sundhed Danmark og Nationalt Center for Sundhedsinnovation (se kapitel 1).

Anlæg og renovering af de fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser

Aftalepartierne er enige om at afsætte 3,5 mia. kr.(anlægsmidler) i 2027 til 2031 til nybyggeri, ombygning og/eller renovering af de fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser samt nødvendige investeringer i it, teknologi og udstyr. Midlerne udmøntes i de nye sundhedsråd, og der indgås en udmøntningsaftale mellem regeringen, regionerne og kommunerne herom samt om opfølgning på anvendelsen af midlerne. Målet er at samle og rykke sundhedstilbuddene tættere på borgerne, sikre sammenhæng i behandlingsforløb, og at flere forløb starter og slutter i det almene sundhedsvæsen tæt på borgerne.

Aftalepartierne lægger stor vægt på, at der skal fordeles flest midler til sundhedsråd med stor patienttyngde, baseret på samme model som modellen for den geografiske fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud, samt under hensyn til store geografiske afstande. Der kan både være tale om nærhospitaler/sundhedshuse, som samler flere funktioner på en eller flere adresser. Det kan også være både regionale og kommunale tilbud. Den konkrete sammensætning af tilbud aftales i sundhedsrådene og vil afhænge af lokale forhold, behov og ønsker og kan tænkes sammen med øvrige sociale-, sundheds- eller civilsamfundsindsatser i lokalområdet. Aftalepartierne er enige om, at social- og boligministeriet afdækker, hvorvidt der er lovgivningsmæssige barrierer i almenboligloven og reglerne om statsstøtte for, at boligorganisationer kan etablere erhvervslokaler, som kan anvendes til sundhedsformål. Boligordførerne vil blive orienteret om resultatet af afdækningen.

9. Implementering

Reformens succes og implementering vil bero på et grundlæggende politisk ejerskab til de nødvendige forandringer og på det stærke samarbejde, der kendetegner det danske folkestyre i både kommuner, regioner og stat.

Den politiske aftale om sundhedsreformen indebærer den største ændring af sundhedsvæsenet siden aftalen om kommunalreformen i 2004. Derfor følger med aftalen en stor og vigtig opgave med implementering. Dygtige medarbejdere og ledere på alle niveauer i hele sundhedsvæsenet vil i de kommende år få en væsentlig rolle med at få ny organisering og indsatser til at fungere i hverdagen og skabe de ønskede forandringer i sundhedsvæsenet til gavn for borgere og patienter.

Aftalepartierne lægger vægt på, at de organisatoriske forandringer i reformen implementeres på en måde, der sikrer trygge rammer for både patienter og personale ved omlægningerne.

Partierne er samtidig enige om at følge reformens implementering og iværksætte en række tiltag, som skal understøtte implementeringen.

Overgang til ny forvaltningsmodel

Ny forvaltningsmodel og overgangså

Den nye forvaltningsmodel indebærer, at Region Sjælland og Region Hovedstaden lægges sammen til en ny Region Østdanmark. De øvrige tre regioner beholder deres nuværende geografiske grænser. Der etableres 17 sundhedsråd, og der flyttes en række sundhedsopgaver fra kommuner til de nye regioner samt mindre opgaver fra de nuværende regioner til kommunerne.

Den nye forvaltningsstruktur træder i kraft pr. 1. januar 2027, og 2026 vil derfor være et overgangså. Der er valg til de nye regionsråd i november 2025. I Region Sjælland og Region Hovedstaden vil de eksisterende regionsråd blive videreført for at varetage driften frem til udgangen af 2026. Det nyvalgte regionsråd for den kommende Region Østdanmark vil i 2026 fungere som et forberedende udvalg, som skal forberede etablering af en ny region, herunder bl.a. fastlægge indretningen af den samlede regionale forvaltning for Region Østdanmark, forberede en ny udvalgsstruktur med sundhedsråd samt forberede de opgaveændringer, som følger med reformen. For Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland vil de nyvalgte regionsråd i 2026 både varetage driften i regionen samt fungere som forberedende udvalg.

Forberedende sundhedsråd

Aftalepartierne er enige om, at der etableres 17 forberedende sundhedsråd. Disse fungerer i 2026, som er overgangsåret mellem den gamle og nye forvaltningsstruktur. De forberedende sundhedsråd vil i forhold til geografisk inddeling og medlemmer være de samme, som de sundhedsråd, som træder i kraft fra 1. januar 2027. Der vil således være både kommunale og regionale repræsentanter i de forberedende sundhedsråd.

De forberedende sundhedsråd vil skulle forberede sundhedsrådenes opgaver og virke forud for, at disse træder i kraft 1. januar 2027, herunder bl.a. forberede varetagelse af de sundhedsopgaver, hvor myndigheds- og finansieringsansvaret flyttes fra kommunerne til regionerne. De forberedende sundhedsråd vil således bl.a. forberede de beslutninger, der skal træffes om mulig kommunal drift af opgaver, som flyttes fra kommunerne til regionerne. De forberedende sundhedsråd vil også i 2026 skulle drøfte og træffe beslutning om udmøntning af midler til indsatser, der understøtter udbygningen af det nære sundhedsvæsen fra 2027 i forbindelse med budgettet for 2027.

Der etableres en opmand vedrørende sundhedsrådenes geografiske afgrænsning og navngivning (læs mere i kapitel 1 herom).

Overdragelse af myndigheds- og finansieringsansvaret for kommunale opgaver til regioner samt mulighed for kommunalt driftsansvar

Aftalepartierne er enige om, at myndigheds- og finansieringsansvaret for følgende opgaver flyttes fra kommunerne til regionerne pr. 1. januar 2027.

- Den akutte, specialiserede sygepleje, der i dag er en del af den kommunale sygepleje (dele af § 138-139 i sundhedsloven)
- Tilbud om midlertidige ophold til den gruppe borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som i dag varetages på kommunale midlertidige pladser i medfør af serviceloven og sundhedsloven (regionale sundheds- og omsorgspladser)
- Dele af genoptræning i form af den specialiserede rehabilitering, dele af genoptræning på avanceret niveau samt finansieringsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau (dele af § 140 i sundhedsloven)
- Patientrettet forebyggelse (§ 119, stk. 3 i sundhedsloven).

Aftalepartierne er enige om, at kommuner vil kunne varetage hele eller dele af driften på vegne af regionen for de opgaver, som flyttes, men med fortsat regionalt myndigheds- og finansieringsansvar.

De forberedende sundhedsråd vil bl.a. som grundlag for den beslutning skulle forholde sig til, om der er kommunale indsatser, som bør drives videre i kommunalt regi. Aftalepartierne

er enige om, at grundlaget for overvejelser om et muligt kommunalt driftsansvar skal bero på en samlet vurdering og med afsæt i parametre om høj kvalitet, faglig og økonomisk bæredygtighed og geografisk nærhed for borgeren.

Med sundhedsreformen flyttes myndigheds- og finansieringsansvaret for en række opgaver fra kommunerne til regionerne jf. i kapitel 1. Økonomien forbundet med opgaveflytningen skønnes at udgøre op til 5 mia. kr. Endelig økonomi forbundet hermed vurderes på baggrund af faglig afgrænsning af opgaveændring foretaget af Sundhedsstyrelsen i foråret 2025 og drøftes med kommuner og regioner medio 2025. Det statslige tilskud til kommuner og regioner reguleres på baggrund af opgaveændringerne, jf. DUT-princip.

Regionen skal senest 1. april i 2026 have indgået aftale med relevante kommuner om de sundhedsopgaver, som kommunerne skal varetage driften af fra 1. januar 2027. De forberedende sundhedsråd nedsættes fra 1. januar 2026 for at bidrage til forberedelse og beslutning om, hvordan driftsopgaven skal løses. Det vil være konkrete aftaler mellem region og kommuner om de økonomiske vilkår. Krav om varighed af driftsaftalerne søges som udgangspunkt aftalt centralt med kommuner og regioner. Der indføres samtidig en lovhjemmel til, at ministeren kan fastsætte dette, såfremt det ikke er muligt at aftale.

Aftalepartierne er enige om, at kommunerne skal have pligt til at varetage driften af sundhedsopgaverne under regionernes ansvar og finansiering, såfremt regionerne anmoder herom, til og med 2028. Denne pligt sker først og fremmest for at sikre forsyningssikkerheden af hensyn til patienterne i overgangen til en ny struktur med en ændret opgavefordeling.

For at sikre et grundlag for regionernes beslutninger om opgavevaretagelse i starten af 2026 skal der pågå et forberedende arbejde i 2025. Sundhedsstyrelsen skal i begyndelsen af 2025 have gennemført et fagligt arbejde, der danner grundlag for at fastlægge en nærmere afgrænsning af de opgaver, der skal overdrages til regionerne. Det faglige arbejde præsenteres for aftalepartierne. Lovforslag om opgaveflytning fremsættes i oktober 2025. Kommunerne tilvejebringer sideløbende hermed i 2025 oplysninger til regionerne om, hvordan opgaverne løses i dag og om omkostninger forbundet hermed.

For de driftsopgaver, som regionen selv varetager driften af fra 2027, skal der i 2026 ske en deling af aktiver og passiver i forbindelse med opgaveoverdragelsen, som beskrives i afsnit nedenfor. Samtidig skal regionen gøre klar til selv at kunne varetage driften af opgaven fra 2027.

Aftalepartierne er enige om, at regionerne også efter 2026 kan træffe beslutninger angående driften af de sundhedsopgaver, der indgår i opgaveflytningen. Sådanne beslutninger efter 2026 skal planlægges og varsles i god tid efter regler, som fastsættes ved lovgivning. Herunder

vil det tilsvarende i overgangsåret også omfatte frister for varsling om ændringer af driftsansvar, så der sikres tilstrækkelig tid til processer for bl.a. deling af aktiver og passiver.

Partierne lægger vægt på, at kommunerne skal vise tilbageholdenhed med økonomiske dispositioner, der har væsentlig betydning for opgaveløsningen og den efterfølgende flytning af opgaven.

Aftalepartierne er enige om, at indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til at fastsætte regler om, at beslutninger efter 1. januar 2026 hos en kommune om væsentlige økonomiske dispositioner vedr. opgaver, der overføres pr. 1.1.2027 til en region, kræver godkendelse eller kan ændres af den pågældende region hhv. det forberedende regionsråd i Østdanmark.

Delinger i forbindelse med ny organisering og flytning af opgaver

Aftalen indebærer to områder, hvor deling af medarbejdere samt aktiver og passiver, rettigheder og pligter er relevante. Det gælder:

- dannelsen af den nye Region Østdanmark
- flytninger af sundhedsopgaver fra kommuner til regioner.

Der er enighed om, at trykke rammer for personalet ved omlægningerne er et væsentligt hensyn. Det vil derfor være udgangspunktet, at de ansatte skal følge opgaven – dvs. at de ansatte, der overvejende er beskæftiget med en opgave, der overføres til en ny myndighed, også overføres til den pågældende myndighed. Tilsvarende gælder, at aktiver, passiver, rettigheder og pligter, der overvejende er knyttet til en opgave, der overføres til en ny myndighed, også overføres til den pågældende myndighed.

Ovenstående er dog kun et udgangspunkt. Den afgivende og den modtagende myndighed kan aftale, at ansatte eller aktiver, passiver, rettigheder og pligter ikke skal overføres. Endvidere kan den afgivende og den modtagende myndighed aftale, at aktiver, passiver, rettigheder og pligter kan overføres, selv om de ikke er knyttet til opgaven.

Delingsprocessen i 2026 vil foregå i to eller tre faser: I fase 1 udarbejder den afgivende myndighed et udkast til en aftale mellem den afgivende og den modtagende myndighed om, hvilke aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte der overføres. I fase 2 forhandler den afgivende og den modtagende myndighed om indgåelsen af en aftale om overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte. Kan den afgivende og den modtagende myndighed ikke bliver enig senest den 1. juli 2026, overgås til fase 3, hvor et Delingsråd, i tråd med kommunalreformen i 2005, vil træffe beslutning om, hvilke aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, der skal overføres. Indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til at nedsætte delingsrådet. Delingsrådet vil bestå af 4 medlemmer: en dommer som formand og en repræsentant for staten, regioner og kommuner. Formanden

har den udslagsgivende stemme. Delingsrådet sekretariatsbetjenes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I lighed med, hvad der gjaldt ved kommunalreformen i 2005, vil de ansattes rettigheder blive fastsat ved lov, og virksomhedsoverdragelsesloven finder anvendelse i alle tilfælde, således at enhver overenskomstansat m.fl. overføres til den nye myndighed med de rettigheder og vilkår, der følger af virksomhedsoverdragelsesloven. Tjenestemænd overgår til ansættelse under den nye myndighed på de vilkår, der svarer til de hidtidige vilkår. De berørte ansatte og deres repræsentanter skal holdes løbende orienteret om de forskellige stadier i delingsprocessen.

Der lægges vægt på, at relevante MED-udvalg i kommuner og regioner bliver inddraget i overensstemmelse med aftalerne herom. Det skal bl.a. sikre, at personalets repræsentanter har mulighed for at drøfte konsekvenserne for de medarbejdere, der bliver berørt af reformen. Hvor det er relevant, skal der skabes rammer for fælles drøftelser mellem MED-udvalg i regioner og kommuner om spørgsmål, der relaterer sig til ny organisering samt flytning af opgaver.

Kommuner og regioner betragtes ifm. delingsprocessen som fortsættende myndigheder

Den beskrevne delingsproces vil ikke være relevant for flytning af øvrige regionale opgaver, hvor der vil ske flytning af de økonomiske ressourcer efter almindelig praksis, uden at der sker nogen overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter eller ansatte.

Sammenlægning af Region Sjælland og Region Hovedstaden

Sammenlægningen af Region Sjælland og Region Hovedstaden til én Region Østdanmark håndteres ved at aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte i de to regioner overgår til den nye myndighed på etableringstidspunktet for den nye myndighed per 1. januar 2027.

Aftaler mellem regeringen, kommuner og regionerne som følge af ny organisering af sundhedsvæsenet

Regeringen vil i foråret 2025 drøfte en samlet implementeringsplan med kommuner og regioner samt indgå en række efterfølgende aftaler med kommuner og regioner om reformens implementering, herunder om udmøntning af en række konkrete initiativer i reformen.

Der skal bl.a. indgås aftaler som følge af den nye organisering af sundhedsvæsenet, herunder om integration og ligestilling af psykiatri og somatik, lægedækning i det almenmedicinske tilbud i hele regionen, udvikling og robustgørelse af akutsygehuse i hele landet samt sikring af lægedækning på de mindre sygehuse og national sundhedsplan.

Regeringen vil i foråret 2026 indgå en særskilt implementeraftale med det forberedende regionsråd i Region Østdanmark om sammenlægningen. Aftalen skal bl.a. omfatte, hvordan

regionen vil udnytte de muligheder, der ligger i sammenlægningen af de to regioner, herunder ift. sikre lægedækning, robuste sygehuse og velfungerende sygehussamarbejder på tværs af regionens sygehuse (partnerskabsaftaler). Aftalen skal også omhandle realisering af de forventede potentialer ved administrative synergier i sammenlægningen, der kan udnyttes og komme patienterne i den nye region til gavn. Der igangsættes et fagligt spor i 2025 mellem staten, Region Sjælland og Region Hovedstaden, som skal danne grundlag for aftalen mellem regeringen og Region Østdanmark i 2026.

Aftalepartierne er enige om, at Region Sjælland og Region Hovedstaden skal udvise tilbageholdenhed med økonomiske dispositioner, der har væsentlig betydning for den efterfølgende sammenlægning. Aftalepartierne er enige om, indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til at fastsætte regler om, at beslutninger om væsentlige økonomiske dispositioner, som Region Sjælland og Region Hovedstaden træffer efter 1. juli 2025, herunder beslutninger om nyansættelser, kræver godkendelse eller kan ændres af det forberedende regionsråd i Region Østdanmark i 2026, der også kan kræve nedsættelse af en bevilling i Region Sjælland og Region Hovedstaden.

Partierne lægger vægt på, at Region Sjælland og Region Hovedstaden frem mod sammenlægningen skal vise tilbageholdenhed med større organisatoriske og strukturelle beslutninger, der kan vanskeliggøre den efterfølgende samling. Aftalepartierne er på den baggrund enige om, at Region Sjælland og Region Hovedstaden efter 1. juli 2025 indtil sundhedsreformen træder i kraft den 1.1.2027 skal indhente godkendelse fra Sundhedsstyrelsen af deres sundhedsplaner. Det skal også gælde ved enhver ændring af deres sundhedsplaner samt væsentlige organisatoriske ændringer på sundhedsområdet.

Tidsplan for lovgivning om øvrige udvalgte, centrale initiativer

Gennemførelsen af aftalen forudsætter et stort lovgivningsarbejde. Dele af aftalen omfatter lovgivning på tværs af ministerområderne. Tabel 2 viser tidsplanen for udvalgte, centrale initiativer i aftalen

Tabel 2
Tidspunkter for ikrafttrædelse af udvalgte, centrale initiativer mv.

Initiativer	2025	2026	2027
		De nuværende regionsråd for Hovedstaden og Sjælland fortsætter.	
Forvaltningsmodel	Lovgivning om bl.a. nye myndigheder med effekt fra den 1. januar 2027 samt overgangssår og forlængelse af periode for eksisterende regionsråd i Østdanmark i 2026 forventes fremsat april 2025 mhp. vedtagelse juni 2025. Valg til nye regionsråd den 18. november 2025.	Det nyvalgte regionsråd for Østdanmark fungerer som forberedelsesudvalg for den nye region (regionsråd, sundhedsråd, forvaltning m.v.) De nyvalgte regionsråd i øvrige regioner varetager både driftsopgaver samt fungerer som forberedelsesudvalg for reformen i 2026. Der etableres 17 forberedende sundhedsråd, som skal forberede sundhedsrådenes opgaver og virke, som træder i kraft endeligt den 1. januar 2027.	De nye sundhedsråd virker fra den 1. januar 2027. Det nye regionsråd for Østdanmark fungerer som regionsråd for den nye region. De nye regionsråd for øvrige regioner fungerer som regionsråd for de nye regioner fra den 1. januar 2027.
Flytning af dele af regionernes øvrige opgaver	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.		Træder i kraft den 1. januar 2027.
Bortfald af dele af regionernes øvrige opgaver	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.	Træder i kraft den 1. januar 2026.	
Flytning af opgaver fra kommuner til regioner (akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræning m.v.)	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.		Træder i kraft den 1. januar 2027.
Styrket almen medicin	Lovforslaget om styrket kapacitet, bedre fordeling af læger samt flere og nye klinikformer forventes fremsat april 2025. Initiativerne forventes at træde i kraft den 1. juli 2025.		Ny honorarstruktur, aftalemodel og nationalt fastsat opgavebeskrivelse og styrket kompetence til regionerne til at lede og følge op på nationale krav træder i kraft.
Kronikerpakker	Det faglige arbejde igangsættes.	Lovforslag forventes fremsat 2026.	Den første kronikerpakke implementeres fra 2027.
National drifts- og udviklingsorganisation for digitalisering og data (Digital Sundhed Danmark) og Nationalt Center for Sundhedsinnovation	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.	Lovgivningen forventes at træde i kraft den 1. januar 2026. Organisationen etableres i løbet af 2026. Derefter kan organisationen udbygges trinvis med flere opgaver.	
National sundhedsplan	Sundhedsstyrelsen udarbejder udkast til national sundhedsplan.	Aftalen indgås mellem regeringen og kommuner og regioner 2026.	National sundhedsplan forventes at gælde fra 2027.
Indførelse af folkesundhedslov		Lovforslag forventes fremsat i 1. halvår 2026.	Lovgivningen forventes at træde i kraft den 1. januar 2027.

Ændring i medlemssammensætningen i Regionernes Lønnings- og Takstnævn

Regionernes Lønnings- og Takstnævn vil fremadrettet bestå af otte medlemmer, hvoraf fire medlemmer indstilles fra hvert af regionsrådene. Der skal udpeges en formand for nævnet blandt de fire regionalt udpegede medlemmer, som i tilfælde af stemmelighed i nævnet har en afgørende stemme. Den øvrige medlemssammensætning vil være uændret, og statens repræsentanter vil fortsat som i dag have vetoret.

Implementering af et styrket almenmedicinsk tilbud i hele landet

Et af hovedformålene med reformen er at sikre en udbygning og bedre fordeling af ressourcerne i det almenmedicinske tilbud. Det kræver et vedholdende fokus på omstilling og implementering.

Regionerne skal opstille mål for og følge udviklingen i egen region med henblik på at sikre at målene nås og de relevante muligheder og redskaber tages i brug.

Regionerne og sundhedsrådene skal i den sammenhæng tage bestik af den regionale og lokale rekrutteringssituation med henblik på at besætte de nødvendige lægekapaciteter, herunder at tilvejebringe klinikformer, der kan understøtte yngre lægers behov for større sikkerhed og hjælp til investeringer og afdækning af risici. Det kan også vedrøre ældre læger på vej på pension, som kan have behov for større fleksibilitet og aflastning med henblik på at kunne bidrage med længere tid på arbejdsmarkedet.

Aftalepartierne er enige om, at implementeringen af et styrket almen medicinsk tilbud er afgørende for reformens implementering, og at dette kræver et særligt fokus og vidensdeling på tværs af landet. Derfor udpeger indenrigs- og sundhedsministeren en ekspert-ambassadør, der kan understøtte regioner og sundhedsrådene i den udvikling, som reformen fastlægger og herunder i at sikre god lægedækning i hele landet. Som led i arbejdet indsamles gode erfaringer og løsninger og arbejdes med udbredelse af disse.

Ambassadøren udpeges for perioden 2025-2028 og indgår i arbejdet med implementeringen af reformen.

Implementering af aftalen vedr. almen medicin

Aftalepartierne er enige om en reform af det almenmedicinske tilbud, som skal sikre de grundlæggende forandringer, der skal til for at styrke og udvikle tilbuddet.

Borgernes egen læge er en grundsten i det danske sundhedsvæsen og de praktiserende læger løfter i dag en stor og vigtig opgave i sundhedsvæsenet. Aftalepartierne er enige om at omstille sundhedsvæsenet, så langt mere behandling og pleje kommer til at foregå hos egen læge og tæt på eller i eget hjem.

Den nuværende organisering af det almenmedicinske tilbud er ikke tilstrækkelig til at sikre den nødvendige udvikling og tilpasning, når det almenmedicinske tilbud skal varetage et styrket

og udbygget rolle i sundhedsvæsenet. I visse områder af landet er der desuden mangel på læger i det almenmedicinske tilbud.

Aftalepartierne bakker op om, at en fuld gennemførelse af reformen tager udgangspunkt i, at centrale initiativer om økonomiske rammer og vilkår for de almenmedicinske læger skal aftales.

Samtidig lægger aftalepartierne generelt stor vægt på, at arbejdet med implementeringen af reformen sker i tæt og konstruktiv dialog mellem parterne.

Aftalepartierne forventer på den baggrund, at nødvendige aftaler kan indgås med de praktiserende læger.

Hvis der mod forventning ikke kan indgås en aftale, er aftalepartierne enige om at stemme for lovgivning, der i den situation kan være nødvendig for at sikre fuld gennemførelse af alle reformens initiativer

Implementeringspartnerskab og implementeringsstøtte

Implementeringen hviler på, at dygtige ledere og medarbejdere i kommuner, regioner og praksissektor bidrager med indsatser og viden. Aftalepartierne lægger vægt på, at implementeringsarbejdet understøttes gennem en række målrettede initiativer, der skal skabe de bedst mulige forudsætninger for en vellykket implementering. Aftalepartierne er samtidig opmærksomme på, at det er urealistisk at tro, at der ikke vil opstå udfordringer og problemstillinger undervejs. Det handler derfor om at bringe disse hurtigst muligt frem i lyset, så de kan løses i tæt samarbejde og dialog og med gode muligheder for læring på tværs.

Indenrigs- og sundhedsministeren nedsætter et partnerskab mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand) med deltagelse af et udvalg af ledere fra kommuner og regioner, som skal drive implementeringen af den nye organisering samt Danske Regioner og KL. Formålet er at understøtte den lokale implementeringsproces, drive omstillingen fremad og at sikre løbende status og videndeling på tværs af sundhedsvæsenet.

Partnerskabet vil have særlig fokus på at understøtte opgaveomlægningerne, opstarten af de nye sundhedsråd og implementeringen af større nye indsatser, bl.a. kronikerpakkerne.

Aftalepartierne er enige om at afsætte centrale midler til implementeringsstøtte i forbindelse med reformen. Midlerne kan fx anvendes til facilitering af vidensnetværk mellem ledere og medarbejdere på tværs af myndigheder med sammenlignelige implementeringsopgaver, webinarer og konferencer, samt implementeringsstøtte og vidensdeling på tværs af landet ifm. opgaveomlægningerne, opstarten af de nye sundhedsråd og implementeringen af kronikerpakkerne. Implementeringsstøtten drøftes i partnerskabet.

Følgegruppe

Der nedsættes en følgegruppe med væsentlige interessenter på sundhedsområdet. Det sker blandt andet med henblik på at sikre en løbende dialog og få vigtig og rettidigt input i forbindelse med implementeringen. Følgegruppen vil have deltagelse af følgende faste medlemmer Danske Regioner, KL, Danske Patienter, FOA, Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, PLO, Dansk Erhverv, Dansk Industri, SIND, Ældre Sagen, Danske Handicaporganisationer, Apotekerforeningen, Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen. Følgegruppen kan efter behov inddrage øvrige interessenter og perspektiver. Følgegruppen og partnerskabet sekretariatsbetjenes af et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren.

Evalueringer og opfølgning

Aftalepartierne er enige om, at der skal foretages en gradvis evaluering af sundhedsreformen i takt med, at reformens initiativer bliver udrullet for at sikre en god vidensopsamling. Evalueringen skal bidrage med viden om implementeringen af initiativerne og deres gennemslagskraft i sundhedsvæsenet samt omstillingen til det nære sundhedsvæsen. Det gælder bl.a. tilgængelighed, faglig kvalitet og fordelingen af læger på sygehusene i hele landet.

For at tillade tilstrækkelig tid til reformens virke, foretages evalueringen løbende og gradvist i takt med implementeringen. Den vil foregå i flere spor med fokus på forskellige dele af reformen. I de første år efter reformens ikrafttræden kan der som led i implementeringspartnerskabet igangsættes analyser af erfaringerne i opstartsperioden med henblik på at understøtte læring på tværs. Nationalt Center for Sundhedstjenesteforskning vil samtidig fra 2027 bidrage til det forskningsmæssige fokus på effekterne af reformen, herunder den forudsatte omstilling af det nære sundhedsvæsen, jf. kapitel 3. Som en del af evalueringen vil der blive afsat midler til at belyse, hvordan de nye sundhedsråd fungerer, herunder arbejdsdelingen mellem forretningsudvalget og sundhedsrådene. Resultater fra analyser og evalueringer drøftes løbende i aftalekredsen.

Aftalepartierne er enige om, at det er centralt, at borgere fra hele det østlige Danmark er repræsenteret politisk i det nye regionsråd. Aftalepartierne er endvidere enige om, at folkevalgte politikere kan varetage interesser og repræsentere befolkningen i andre områder, end hvor de selv er bosat. Aftalepartierne noterer sig, at en gennemgang af de nuværende regionsrådsmedlemmer generelt ikke tyder på en underrepræsentation af de tyndere befolkede områder i regionsrådene, samt at den aftalte model for kommunal repræsentation i sundhedsrådene betyder, at alle kommuner er repræsenteret, hvorved der også derigennem sikres bred geografisk repræsentation. Aftalepartierne noterer sig desuden, at regeringen vil følge udviklingen og samle op efter det første valg til regionsrådet med henblik på at overveje eventuelle justeringer af valgmodellen.

Aftalepartierne er enige i vigtigheden af, at der skal foretages løbende monitorering af omstillingen til det nære sundhedsvæsen og effekten for patienterne. Den ønskede omstilling indebærer en udvikling i opgaveløsningen på tværs af sygehuse, kommuner og praksissektoren. Det gælder bl.a. opfølgningen på målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.

Sundhedsstrukturkommissionen anviste, at omstilling til det nære sundhedsvæsen er et vigtigt bidrag til at sikre et mere omkostningseffektivt sundhedsvæsen, og at der er behov for følge denne omstilling.

Partierne har derfor noteret sig, at regeringen vil drøfte med regioner og kommuner, at ”De Nationale Mål” udvikles, så målene og indikatorer er i overensstemmelse med de overordnede hensyn med reformen, herunder omstilling til det nære sundhedsvæsen, udviklingen af det almenmedicinske tilbud og sikring af omkostningseffektive løsninger.

Aftalens karakter

Aftalen har karakter af en stemmeaftale. Aftalepartierne forpligter sig til at stemme for de lovforslag og bevillingsmæssige hjemler, der udmønter aftalens indhold.

Aftalepartierne følger reformens implementering, herunder inddrages de i forbindelse med de lovforslag, som implementerer aftalen.

Det er samtidig aftalt, at aftalepartierne inviteres til drøftelse af en række tiltag og initiativer, som beskrevet i aftalen.

10. Økonomi

Aftalepartierne er enige om en historisk stor investering i sundhedsvæsenet. Samlet løftes den årlige ramme til driftsudgifter løbende de kommende år stigende til et løft i 2030 på 6,4 mia. kr., jf. tabel 1. Ud af rammen på 6,4 mia. kr. målrettes 4,4 mia. kr. i 2030 til nære sundhedsindsatser via de nye sundhedsråd og er dermed med til at sikre en bedre balance i vores sundhedsvæsen. De resterende 2,0 mia. kr. i 2030 prioriteres til konkrete indsatsområder. Endvidere afsættes 27,5 mia. kr. til anlægsinvesteringer i bedre fysiske og teknologiske rammer i sundhedsvæsenet over de næste 10 år.

Tabel 3
Overordnet reformøkonomi

Mio. kr. 2025-PL	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Investeringer i de nye sundhedsråd	-	-	1.063	2.048	3.066	4.381
Konkrete indsatsområder	369	328	1.370	1.704	1.927	1.974
I alt	369	328	2.433	3.751	4.993	6.356

Kilde: Egne beregninger

Ny investeringsmotor for nære indsatser i sundhedsvæsenet

Sundhedsrådene får økonomi og beslutningskompetence til at skabe flere tilbud tæt på borgerne. En massiv samlet økonomisk ramme til investeringer stigende til 4,4 mia. kr. årligt i 2030 skal gøre det muligt for sundhedsrådene at udbygge det nære sundhedsvæsen, understøtte målsætning om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud samt omsætte nationale tværgående kvalitetsstandards til lokale behov. Af den samlede investering målrettes 2,4 mia. kr. til indsatser i det nære regionale sundhedsvæsen, mens 2,0 mia. kr. målrettes tiltag i den kommunale sundhedsindsats.

Måltrening til det nære regionale sundhedsvæsen på 2,4 mia. kr. i 2030

Der målrettes 2,4 mia. kr. årligt i 2030 til investering i udbygning af det nære regionale sundhedsvæsen. Heraf er 2,2 mia. kr. tilvejebragt gennem en målretning af det demografiløft, der hvert år afsættes til regionerne til at dække udgifterne til, at der kommer flere ældre, svarende til 75 pct. af demografiløftet. Målretningen afspejler, at regionerne skal have et styrket fokus på at prioritere det nære sundhedsvæsen, herunder udbygningen af det almenmedicinske tilbud. Der fastsættes derfor et årligt loft for de maksimale sygehusudgifter, mens der omvendt ikke fastsættes et årligt loft for de nære sundhedsindsatser.

Målretningen af løftet indføres gradvis med 65 pct. i 2027 og 75 pct. i 2028 og frem, for at sikre tilstrækkelig kapacitet på sygehusene til at håndtere patienter i omstillingsfasen, hvor gevinsterne ved omstillingen ikke har opnået sit fulde gennemslag.

Målretning til det kommunale sundhedsvæsen på 2,0 mia. kr. i 2030

Der målrettes 2,0 mia. kr. årligt i 2030 til investering i udbygning af de nære sundhedstilbud i kommunerne, heraf 0,6 mia. kr. til udmøntning af nationale tværgående kvalitetsstandarder, bl.a. til en styrkelse af den almen sygepleje i kommunerne samt løft af basale palliative indsatser. En andel på 0,6 mia. kr. tilvejebringes gennem prioritering af det løft, der hvert år afsættes til kommunerne til at dække udgifterne ved, at der kommer bl.a. flere ældre. Andelen af målretningen herfra indføres med 5 pct. i 2027, 7 pct. i 2028, 8 pct. i 2029 og 10 pct. i 2030.

Regionsrådenes fordeling af den målrettede ramme til det enkelte sundhedsråd vil blive reguleret, og der vil bl.a. tages højde for forskelle i patienttyngde og demografi. Indenrigs- og sundhedsministeren sikres hjemmel hertil i lovgivning. Målretningen skal styrke de kommunale sundhedsindsatser og prioriteres på tværs af kommunerne efter behov med en hensigt om, at de skal komme alle kommuner til gavn.

Midler til konkrete indsatsområder

Udover de afsatte midler til investeringsmotor til sundhedsrådene prioriteres der yderligere midler stigende til 2,0 mia. kr. i 2030 til en række konkrete indsatsområder:

Ny organisering: Implementering af digitalisering, Center for Sundhedsinnovation og etablering af prioriteringsråd

15 mio. kr. i 2025, 49 mio. kr. i 2026, 50 mio. kr. i 2027 og 2028 og 45 mio. kr. årligt fra 2029 og frem til bl.a. implementering af Digital Sundhed Danmark, Nyt Nationalt Prioriteringsråd, Nationalt Center for Sundhedsinnovation og styrket infrastruktur til datadeling.

Flere læger og bedre fordeling

96 mio. kr. i 2025, 185 mio. kr. i 2026 og 22 mio. kr. årligt fra 2027 og frem til økonomisk støtte til områder med svag lægedækning, herunder til uddannelseslæger.

Styrkelse af sundhedsvæsenet, hvor behovet er størst

83 mio. kr. i 2025, 35 mio. kr. i 2026, 23 mio. kr. i 2027 og 25 mio. kr. årligt fra 2028 og frem til flere pladser på medicinuddannelsen uden for de største byer,

herunder styrket regional forankring på Sjælland samt etablering af det Nationale Center for Sundhedstjenesteforskning.

Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom

221 mio. kr. i 2027, 372 mio. kr. i 2028, 518 mio. kr. i 2029 og 540 mio. kr. i 2030 til kronikerpakker og indsatser på demensområdet.

Frit valg og styrkede patientrettigheder

175 mio. kr. i 2025, 55 mio. kr. i 2026, 150 mio. kr. i 2027, 195 mio. kr. i 2028, 278 mio. kr. i 2029 og 283 mio. kr. årligt fra 2030 og frem til frit valg på sundheds- og omsorgs pladser, ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæge, sammenhæng mellem sygepleje og helhedspleje, kapacitetsløft i psykiatrien og foranalyse vedr. digital fordør.

Mere behandling i eller tæt på eget hjem

3 mio. kr. i 2026, 654 mio. kr. i 2027 og 789 mio. kr. i 2028 og 2029 samt 809 mio. kr. årligt fra 2030 og frem til bl.a. hjemmebehandlingsteams, bedre kvalitet på regionale sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling, styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien, forsøgsordning vedr. fasttilknyttet læge på botilbud og forsorgshjem samt en styrkelse af det specialiserede palliative område.

Lige muligheder for et sundere liv

250 mio. kr. årligt fra 2027 og frem til at styrke kommunernes arbejde med forebyggelse på tværs af sektorer med fokus på sunde rammer for danskernes hverdag i forbindelse en ny folkesundhedslov.

Bedre fysiske og teknologiske rammer

Aftalepartierne er enige om at afsætte samlet 27,5 mia. kr. til bedre fysiske og teknologiske rammer i sundhedsvæsenet over de næste 10 år (læs mere herom i kapitel 8). De udgøres af:

Sundhedsfond

22 mia. kr. til en sundhedsfond til ekstraordinære investeringer i moderne sygehuse og apparatur

Innovation og digitalisering

2 mia. kr. til udrulning af nye innovative og digitale løsninger i sundhedsvæsenet

Fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser

3,5 mia. kr. til investeringer i bedre fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser.

Sundhedsrådene står for at udmønte pengene til de lokale sundhedsindsatser, og flest penge tildeles sundhedsråd med stor sygdomsbyrde og store geografiske afstande.

Tabel 4
Reformøkonomi

Mio. kr. 2025-PL	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Investeringer i de nye sundhedsråd	-	-	1.063	2.048	3.066	4.381
Ramme til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene	-	-	575	998	1.253	2.006
Målbretning af midler til kommunal demografi	-	-	75	198	358	558
Styrkede tværgående kvalitetsstandarder	-	-	250	500	500	618
- Heraf styrket basal palliation og kommunal sygepleje	-	-	250	250	250	250
Udbygning af det regionale nære sundhedsvæsen og flere læger i det almenmedicinske tilbud	-	-	488	1.050	1.813	2.375
Målbretning af midler til regional demografi	-	-	488	1.050	1.613	2.175
Konkrete indsatser	369	328	1.370	1.704	1.927	1.974
1. Ny organisering: Implementering af digitalisering, Center for Sundhedsinnovation og etablering af prioriteringsråd	15	49	50	50	45	45
- Heraf til implementeringsstøtte og evaluering	-	5	10	10	-	4
Forberedende sundhedsråd og regionsråd (vederlag, forberedende sundhedsråd og regionsråd Østjylland)	-	7	-	-	-	-
2. Flere læger og bedre fordeling	96	185	22	22	22	22
Økonomisk støtte til områder med svag lægedækning, herunder til uddannelseslæger	96	185	22	22	22	22
3. Sundhedsvæsenet skal styrkes der, hvor behovet er størst	83	35	23	25	25	25
Flere pladser på medicinuddannelsen uden for de største byer, herunder styrket regional forankring på Sjælland	83	35	20	20	20	20
Nationalt Center for Sundhedstjenesteforskning	-	-	3	5	5	5
4. Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom	-	-	221	372	518	540
Tidlige indsatser for mennesker med demens (3-årigt forsøg) ⁶	-	-	20	-	-	-
Demensreserve (varig indsats fra 2030)	-	-	-	-	-	100
Nedbringe ventetid til demensudredning	-	-	11	12	11	10
Bedre tilbud til mennesker med kronisk sygdom i det nære sundhedsvæsen ²	-	-	190	360	507	430
5. Frit valg og styrkede patientrettigheder	175	55	150	195	278	283
Frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser og ret til hurtig behandling hos praktiserende speciallæge	-	50	148	180	263	268
- Frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser	-	-	20	20	20	20
- Ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæge	-	50	128	160	243	248
Mere frit valg og sammenhæng mellem sygepleje og helhedspleje	-	-	-	15	15	15
Psykiatri ³	175	-	-	-	-	-
- Kapacitetsløft børne- og ungdomspsykiatrien	150	-	-	-	-	-
- Kapacitetsløft sociale akuttilbud	25	-	-	-	-	-
Vision om digital fordør	-	5	2	-	-	-
6. Mere behandling i eller tæt på eget hjem	-	3	654	789	789	809
Bedre kvalitet på regionale sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling	-	-	430	535	535	535
- Afskaffelse af brugerbetaling	-	-	125	125	125	125
- Bedre kvalitet på regionale sundheds- og omsorgspladser	-	-	300	400	400	400
- Faste læger på midlertidige pladser	-	-	5	10	10	10
Fasttilknyttet læge på botilbud og styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien	-	3	4	34	34	34
- Styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien	-	-	-	30	30	30
- Fasttilknyttet læge på forsorgshjem	-	3	4	4	4	4
Hjemmebehandlingsteams i hele landet	-	-	200	200	200	200
Styrkelse af det specialiserede palliative område	-	-	20	20	20	40
7. Lige muligheder for et sundere liv	-	-	250	250	250	250
Indførelse af en folkesundhedslov	-	-	250	250	250	250
Driftsudgifter i alt	369	328	2.433	3.751	4.993	6.356

Mio. Kr.	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Finansiering i alt	369	328	2.433	3.751	4.993	6.356
- FFL25 ⁴	194	186	177	181	400	400
- Bortfald af opgaver inden for regional udvikling	-	112	223	223	223	223
- Råderum til at målrette andel af det demografiske træk ¹	-	-	563	1.248	1.970	2.733
- Råderum til udgift ekskl. demografisk træk	-	30	1.470	2.100	2.400	3.000
- Psykiatrimidler 10-årsplan	175	-	-	-	-	-
Anlægsrammer	27,5 mia. kr. i alt for perioden 2026-2035					
Ramme til investeringer i moderne sygehuse	22 mia. kr. i 2026-2035					
Ramme til investeringer i udbredelse af nye digitale løsninger i regi af Digital Sundhed Danmark og Nationalt Center for sundhedsinnovation	2 mia. kr. i 2026-2035					
Investeringer i bedre fysiske rammer for lokale sundhedshuse (sundhedsråd - skævdeles) ⁵	3,5 mia. kr. i 2027-2031					

Anm.: 1) Det demografiske træk opdateres løbende forud for ØA-processen og vil blive udmøntet årligt med ØA-aftalerne. Det faktiske tal kan derfor ændres. 2) Kronikerpakkerne medfører udgifter stigende til 520 mio. kr. i 2031 og 390 mio. kr. årligt fra 2034 og frem. 3) I starten af 2025 præsenterer regeringen et samlet udspil til en 10-årsplan for psykiatrien, der samlet løfter området med 3,2 mia. kr. i 2030. 4) Rammen fra FFL25 til sundhed er teknisk videreført i 2029-2030. 5) Der er tale om prioritering af tidligere afsatte midler som led i aftale om sundhedsreform af maj 2022. 6) Der er tale om et forsøgsprojekt, som modtager den finansiering som en tilsagnsbevilling i 2027. Projektet forløber fra 2027-2029

Kilde: Egne beregninger

Finansiering af sundhedsreform

Driftsudgifterne til reformen finansieres af afsatte midler på finansloven for 2025, som er teknisk videreført på 0,4 mia. kr. i 2030, besparelser ifm. opgavebortfald inden for det regionale udviklingsområde på 0,2 mia. kr. i 2030 samt et samlet råderumstræk på 5,7 mia. kr. i 2030, heraf 2,7 mia. kr. til at dække målretning af andel af demografisk træk samt 3,0 mia. kr. til driftsudgifter ekskl. demografisk træk. Råderumstrækket håndteres inden for de udgiftsmæssige rammer frem mod 2030 (finanspolitisk råderum). 10-årsplanen for psykiatri finansierer 175 mio. kr. i 2025 til kapacitetsudvidelse i psykiatrien. Rammerne til anlægsinvesteringer finansieres af den samlede afsatte ramme til offentlige investeringer frem mod 2030 samt af de midler, der vil blive afsat til investeringer i en kommende økonomisk plan i årene efter 2030.

Administration

Aftalepartierne noterer sig, at den isolerede effekt af reformen samlet set vil medføre et fald i administrationen på tværs af forvaltningsniveauer og -organisationer. Dette skyldes bl.a. administrative tilpasninger som følge af opgavebortfald i regionerne vedrørende regionale udviklingsopgaver, hvoraf disse besparelser indgår som del af finansieringsgrundlaget i den samlede økonomi for reformen. Der vil også være administrative besparelser ved sammenlægningen af Region Sjælland og Region Hovedstaden, som aftalepartierne lægger op til skal komme patienterne til gavn i regionen. Dette skønnes foreløbigt at udgøre i størrelsesorden 50 mio. kr. stigende til 150 mio. årligt fuldt indfaset. Det er fx administration på regionsgårdene fra dobbeltfunktioner, som forsvinder (HR-funktioner, jura, løn, kommunikation mv.) Midlerne bliver således i den nye region, men partierne har en forventning om, at midlerne skal frigøres til sundhed

Samtidig noterer aftalepartierne sig regeringens tilkendegivelse om, at udgifterne til administration i kommuner og regioner skal nedbringes med 3 mia. kr. fra 2024 frem mod 2030. Den årlige administrative besparelse aftales i samarbejdsprogrammet ifm. økonomiaftalerne med kommuner og regioner.

10-årsplan for psykiatri

I starten af 2025 præsenterer regeringen et samlet udspil til en 10-årsplan for psykiatrien, der samlet løfter området med 3,2 mia. kr. i 2030. Heraf er 175 mio. kr. i 2025 anvendt i denne aftale. Dermed er psykiatrien løftet med mere end 4,3 mia. kroner i årligt niveau siden 2019. Hertil kommer øvrige økonomiske løft med relevans for psykiatrien bl.a. fra forskningsreserven.

Økonomi vedr. opgaveflytning og -bortfald

Med sundhedsreformen flyttes myndigheds- og finansieringsansvaret for en række opgaver fra kommunerne til regionerne jf. kapitel 1. Økonomien forbundet med opgaveflytningen skønnes at udgøre op til 5 mia. kr. Endelig økonomi forbundet hermed vurderes på baggrund af faglig afgrænsning af opgaveændring foretaget af Sundhedsstyrelsen i foråret 2025 og drøftes med kommuner og regioner medio 2025. Det statslige tilskud til kommuner og regioner reguleres på baggrund af opgaveændringerne, jf. DUT-princip.

De midler, regionerne i dag bruger på tilskud til kulturelle aktiviteter, overføres til kommunerne via bloktilskuddet. Dele af regionernes øvrige opgaver om regional udvikling, herunder regionernes mulighed for at udarbejde udviklingsstrategier samt aktiviteter, der relaterer sig hertil, bortfalder, og midler hertil overføres til sundhedsområdet og bidrager til at finansiere den samlede reform.

Finansieringsordninger og overgangsordninger

Aftalepartierne er enige om, at den kommunale medfinansieringsordning og det resultatafhængige tilskud til regionernes sundhedsvæsen (nærhedsfinansiering) nedlægges.

Aftalepartierne er enige om, at der i en overgangsperiode etableres en likviditetsneutral overgangsordning med henblik på at håndtere byrdefordelmæssige konsekvenser for kommunerne som følge af flyt af opgaver fra kommuner og bortfald af den kommunale medfinansieringsordning.

Der er enighed om en overgangsordning, der neutraliserer tab og gevinster over 0,05 pct. af kommunens beskatningsgrundlag. Tilskuddet til kommuner med tab finansieres af bidrag fra kommuner med gevinst og en evt. forskel fordeles efter indbyggertal.

Tilskud og bidrag fra denne overgangsordning beregnes én gang for alle. Indenrigs- og Sundhedsministeriet udmelder de opgjorte tilskud og bidrag i ordningen som led i tilskudsudmeldingen for 2027. Overgangsordningen vil gælde frem til og med 2028 mhp. at de afledte konsekvenser ved sundhedsreformen vil kunne indgå i arbejdet i Finansieringsudvalget, der skal forberede ændringer i udligningssystemet. Sidstnævnte er ikke en del af denne aftale.

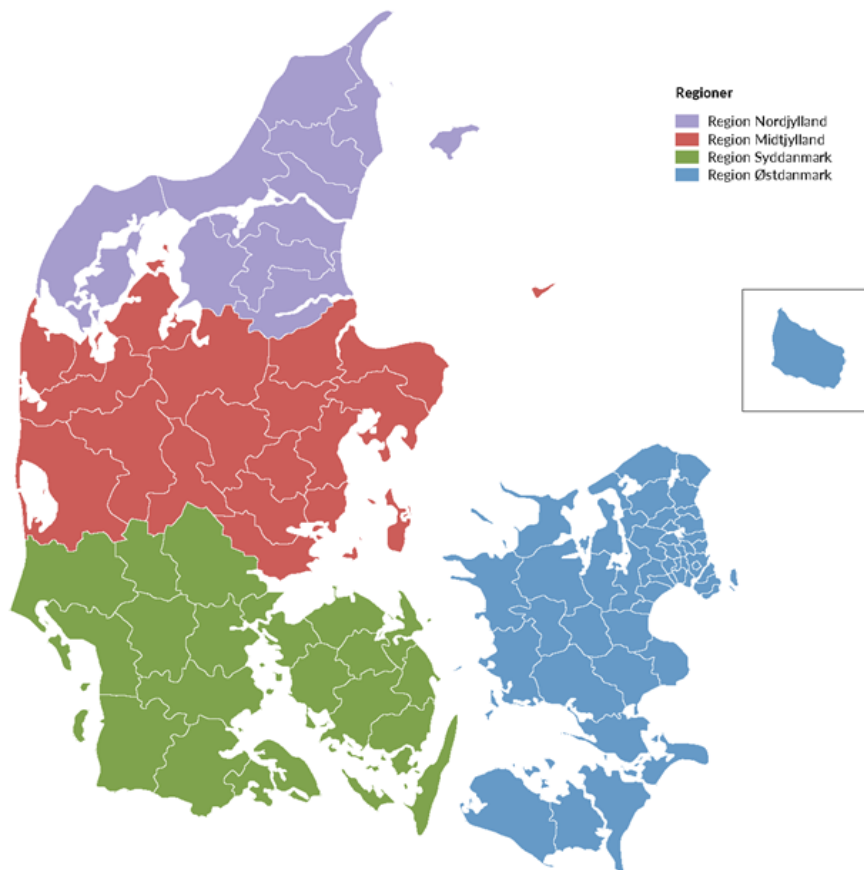
Der fremsættes lovforslag om afskaffelse af den kommunale medfinansieringsordning og det resultatafhængige tilskud til regionernes sundhedsvæsen samt overgangsordning i marts 2025 og i den forbindelse om principperne for overgangsordningen. Når afgrænsning af opgaver, der flyttes fra kommuner, foreligger og konsekvenserne heraf kan nærmere opgøres udvides overgangsordningen til at omfatte de afledte konsekvenser herved.

Ny finansieringsmodel for de fire regioner

Regionerne er finansieret af statsligt bloktilskud, som fordeles til hver region efter et opgjort udgiftsbehov, der skal afspejle forskelle i opgavebyrden. Med sundhedsreformen sammenlægges Region Hovedstaden og Region Sjælland, og der ændres i opgaverne med henblik på at sikre bedre sammenhæng mellem ressourcer og bl.a. socioøkonomisk betingede forskelle. Regionernes finansieringsmodel skal kunne understøtte disse ændringer.

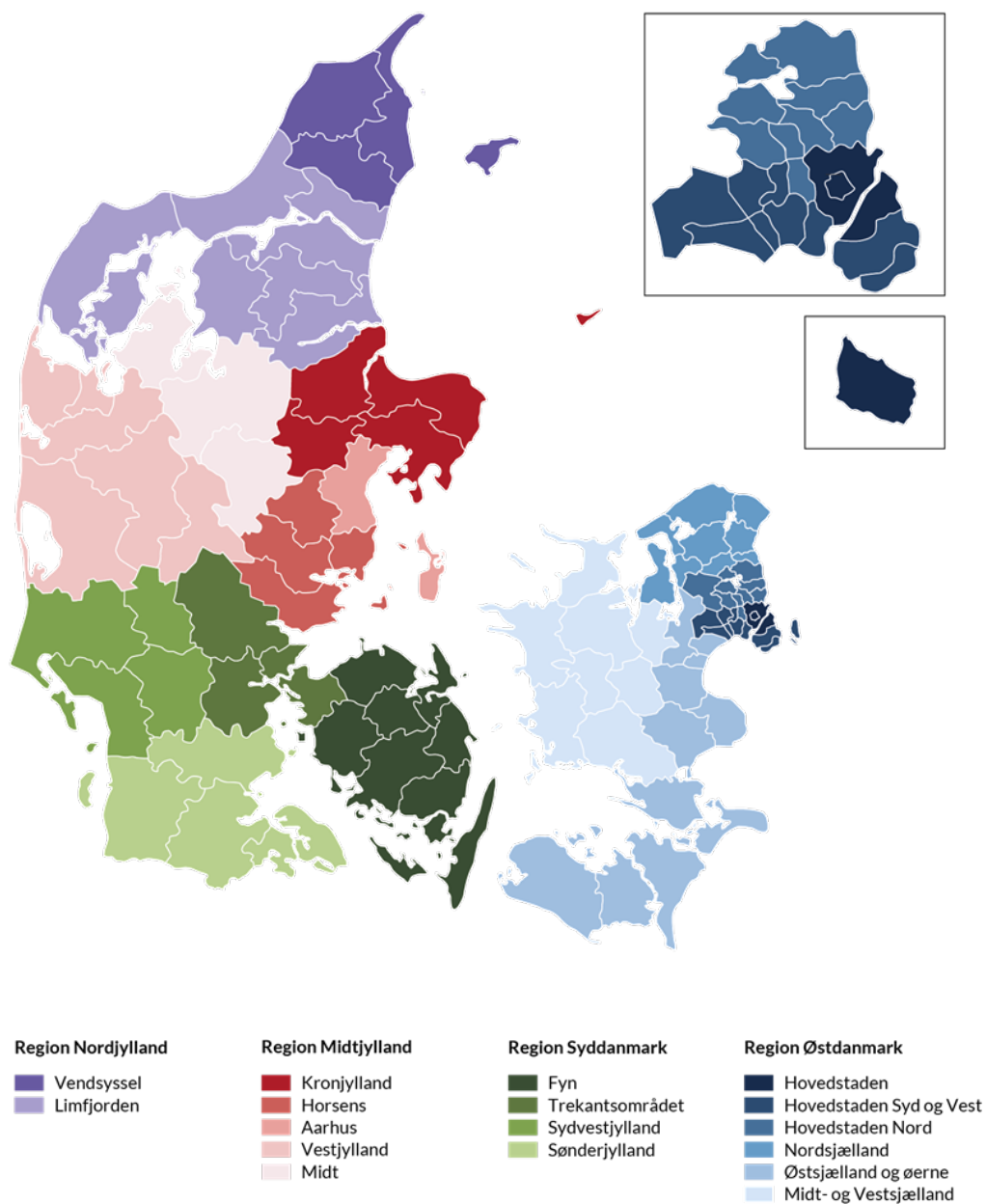
En ny finansieringsmodel for de fire regioner baseres overordnet på en videreførelse af den gældende finansieringsmodel og tilpasset ændringer i forvaltningsstruktur og opgavefordeling. Med afsæt i en analyse, hvor de eksisterende fordelingskriterier gennemgås og revideres, og evt. nye kriterier analyseres, udarbejdes et oplæg til en ny finansieringsmodel med henblik på, at der kan lovgives herom forud for tilskudsudmeldingen i foråret 2026. Aftalepartierne inviteres til en drøftelse af modellen. Som et element i en ny finansieringsmodel øges grundtilskuddet på sundhedsområdet til den enkelte region til fordel for mindre regioner.

Aftalebilag 1: Fire regioner



Nye regioner	Antal indbyggere (mio.)	Andel indbyggere (pct.)	Antal regionsråds- medlemmer
Region Nordjylland	0,6	10 pct.	25
Region Midtjylland	1,3	23 pct.	31
Region Syddanmark	1,2	21 pct.	31
Region Østdanmark	2,8	46 pct.	47

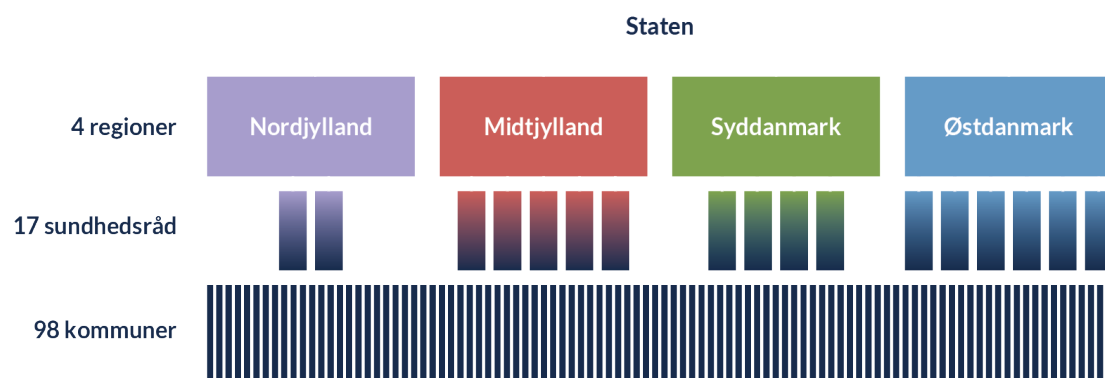
Aftalebilag 2: 17 sundhedsråd



Aftalebilag 2: 17 sundhedsråd (fortsat)

	Sundhedsråd	Kommuner	Indbyggertal (i 1.000)	Antal råds- medlemmer
Nordjylland	Vendsyssel	Hjørring, Brønderslev, Læsø og Frederikshavn	160	9
	Limfjorden	Aalborg, Vesthimmerland, Jammerbugt, Morsø, Rebild, Thisted, Mariagerfjord	432	17
Midtjylland	Kronjylland	Randers, Favrskov, Norddjurs, Syddjurs	230	11
	Horsens	Horsens, Hedensted, Odder, Skanderborg	235	11
	Aarhus	Aarhus, Samsø	372	9
	Vestjylland	Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Struer	287	15
	Midt	Viborg, Skive, Silkeborg	244	11
Syddanmark	Fyn	Odense, Assens, Faaborg-Midtfyn, Nordfyn, Kerteminde, Ærø, Langeland, Nyborg, Svendborg	466	21
	Trekantsområdet	Kolding, Fredericia, Middelfart, Vejle	310	13
	Sydvestjylland	Esbjerg, Fanø, Varde, Vejen, Billund	238	13
	Sønderjylland	Sønderborg, Tønder, Haderslev, Aabenraa	225	9
Østdanmark	Hovedstaden	København, Frederiksberg, Bornholm	806	13
	Hovedstaden Syd og Vest	Hvidovre, Dragør, Tårnby, Albertslund, Brøndby, Glostrup, Høje-Taastrup, Ishøj, Vallensbæk	304	19
	Hovedstaden Nord	Herlev, Ballerup, Gentofte, Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Egedal, Furesø, Rudersdal	477	19
	Nordsjælland	Hillerød, Allerød, Fredensborg, Frederikssund, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hørsholm	332	17
	Østsjælland og øerne	Køge, Solrød, Greve, Roskilde, Stevn, Faxe, Vordingborg, Guldborgsund, Lolland	437	21
	Midt- og Vestsjælland	Slagelse, Holbæk, Næstved, Ringsted, Sorø, Odsherred, Kalundborg, Lejre	416	21

Aftalebilag 3: Politisk og administrativ organisering



Aftalebilag 4: Arbejdsdeling mellem regionsråd, forretningsudvalg og sundhedsrådene i en region

Aftalepartierne er enige om følgende arbejdsdeling mellem regionsrådet, forretningsudvalget og sundhedsrådene i en region.

Overordnet om ansvarsfordelingen

I det følgende sondres mellem, hvilke organer der hhv. har det umiddelbare forvaltningsansvar og det endelige ansvar for regionens opgaver. Ved umiddelbart forvaltningsansvar forstås en betinget og selvstændig kompetence til at handle på regionsrådets vegne.

I hovedtræk kan arbejds- og ansvarsdelingen beskrives således, at regionsrådet og forretningsudvalget har ansvaret for den samlede og tværgående planlægning på sundhedsområdet, herunder planlægning af sygehusopgaver, inkl. planlægning af specialiserede sygehusfunktioner inden for rammerne af national regulering, samt ressourcefordeling af økonomi og personale.

Sundhedsrådene får det *umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar* for drift og udvikling af de regionale sundhedsopgaver i et afgrænset geografisk område, inkl. sygehuse, almenmedicinske tilbud, hjemmebehandlingsteams, sundheds- og omsorgspladser mv. Sundhedsrådene får også det umiddelbare ansvar for regionens opgaver på socialområdet. Sundhedsrådene skal som en central opgave udmønte og implementere den lokale omstilling og sikre udbygning af det nære sundhedsvæsen gennem bl.a. udmøntning af midler til nære sundhedstilbud. Den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal sikre en klar kommunal indflydelse på omstillingsprocessen og udbygningen af nære sundhedsindsatser. Den kommunale repræsentation skal også understøtte et stærkt samarbejde mellem sygehuse, praksissektor og de kommunale tilbud inden for sundhed, social og omsorg.

Det umiddelbare ansvar vil sige, at sundhedsrådene skal behandle og træffe afgørelser om alle sædvanlige, løbende sager inden for det afgrænsede geografiske område, medmindre andet følger af lovgivningen eller regionsrådets beslutning. Det vil sige, at sundhedsrådene har ansvar indenfor de rammer, som er fastlagt af regionsrådet bl.a. ift. sygehusplanlægning.

Sundhedsrådene er ikke selvstændige myndigheder, men virker på regionsrådets vegne. Regionsrådet har således det *endelige ansvar* for de opgaver, der er henlagt til sundhedsrådene, hvilket bl.a. forvaltes via rammesætning samt via en standsningsret for regionsrådsmedlemmer i sundhedsrådene samt en initiativret, jf. afsnit nedenfor.

Sundhedsrådene har som de stående udvalg i en kommune ikke det *administrative ansvar* for forvaltningen. Regionen har ligesom kommunen en enhedsforvaltning. Det betyder, at forvaltningen er organiseret som et hele med regionsrådet som det organ, der har det endelige ansvar for den organisatoriske inddeling af forvaltningen med

regionsrådsformanden som den, der på regionsrådets vegne er øverste daglig leder af forvaltningen.

Ansættelse og afskedigelse af den øverste ikke-folkevalgte chef for regionens forvaltning (regionsdirektøren) henhører under regionsrådet. Ansættelse og afskedigelse af chefer og medarbejdere i øvrigt vil henhøre under forretningsudvalget, forvaltningen mv. afhængig af den delegationsplan, som regionsrådet typisk vil vedtage, eller afhængig af den praksis, der gælder i regionen. Regionerne vil hermed kunne videreføre nuværende praksis for, hvordan der træffes beslutninger om ansættelser og afskedigelser af fx sygehusdirektører.

Organiseringen af forvaltningen, herunder hvordan sundhedsråd betjenes, hører ligeledes under regionsrådet med regionsrådsformanden som den, der på regionsrådets vegne er øverste daglig leder af forvaltningen. I lighed med regionernes sekretariatsbetjening af sundhedsklynger og stående udvalg i dag vil dette kunne varetages af den centrale forvaltning på regionsniveau i et samspil med decentrale driftsledelser på sygehuse, tilbud mv.

Regionerne kan *ikke* oprette yderligere stående udvalg vedr. sundhedsområdet i regionerne. Fremadrettet vil der i regionerne således *ikke* være fx et hospitalsudvalg, et udvalg for det nære sundhedsvæsen, psykiatriudvalg mv. Hensigten er at sikre, at der ikke sker en unødigt sektoropdeling i regionen mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen og tilsvarende mellem det somatiske og psykiatriske sygehusområde. Samtidig skal det bidrage til at begrænse administrationsbehovet knyttet til udvalgsbetjening. Beslutninger på sundhedsområdet, der ikke henlægges under sundhedsrådets kompetencer (fx tværgående beslutninger på tværs af sundhedsråd, sygehusplan mv.), henhører under regionsrådet med forretningsudvalget som umiddelbart forvaltningsansvarlig.

Regionsrådet vil dog fortsat som i dag have mulighed for efter behov at etablere midlertidige udvalg (såkaldte §17, stk. 4 – udvalg), som kan varetage bestemte hverv eller udføre forberedende eller rådgivende funktioner på sundhedsområdet for regionsrådet, forretningsudvalget eller sundhedsrådene, hvor kommunale repræsentanter også kan deltage efter regionsrådets beslutning. De midlertidige udvalg kan ikke varetage opgaver, som henhører under sundhedsrådenes umiddelbare forvaltningsansvar. Regionsrådet vil derudover have mulighed for at oprette stående udvalg på andre områder end sundhedsområdet.

Sundhedsrådene kan lokalt og efter behov etablere rådgivende underudvalg, som kan drøfte og/eller forberede specifikke spørgsmål til behandling i sundhedsrådene. Medlemmer af evt. lokale underudvalg vil ikke modtage vederlag fra den pulje, som målrettes til medlemmer af regionsråd, forretningsudvalg og sundhedsråd.

Som det beskrives nedenfor, betyder det også, at forretningsudvalget vil komme til at have det umiddelbare ansvar for nogle af de tværgående sundhedsopgaver, som i dag ligger i regionens fagudvalg, fx sundheds- og sygehusplanlægning, kvalitetsopfølgning mv.

Regionsrådets kompetencer og opgaver

Regionsrådet er det øverste, folkevalgte organ i regionen med det samlede økonomiske ansvar, herunder for budget og fordeling af ressourcer, samt ansvaret for styring af regionens opgaver, processer og indhold. Heraf følger det endelige ansvar for alle regionens opgaver:

- **Vedtagelse af budget og fordelingen af ressourcer** inden for regionen, herunder fordeling af økonomi mellem sundhedsrådene.

Det er regionsrådet, der beslutter budgetfordelingsmodeller mellem sundhedsrådene. Regionsrådet kan således – ligesom det gælder i dag – beslutte, om der fx skal anvendes rammefordelingsprincipper eller mere aktivitetsbaserede budgetfordelingsmodeller, ligesom regionsrådet selv kan beslutte, hvordan afregning for forløb, der går på tværs af sundhedsråd eller forløb på private sygehuse, håndteres i regionen. Ved afgivelsen af bevillinger til sundhedsrådene skal regionen sikre, at den kan leve op til udgiftslofter generelt, herunder det nye loft for sygehusudgifter. Tilsvarende skal der tages højde for særlige målretninger, fx til de midler der målrettes kommunale indsatser, herunder til områder med størst behov, eller til kapacitetsudbygning i psykiatrien. I fordelingen af økonomien mellem sundhedsrådene vil regionen samtidig skulle tage højde for nationalt fastsatte krav til bl.a. fordeling af lægekapaciteter samt placering af specialiserede funktioner.

Det er regionsrådet, der ved bevillingsafgivelsen specificerer, hvilket frirum sundhedsrådene har til at flytte økonomi mellem konkrete budgetposter. Regionsrådet kan fx afgive en særskilt bevilling til specialiserede funktioner på sygehuse eller psykiatri og dermed afskære sundhedsrådet fra at kunne flytte økonomi herfra til øvrige områder.

Regionsrådet har også ansvaret for at sikre, at regionen efterlever de aftaler, der indgås nationalt, herunder de årlige økonomiaftaler.

- **Sundhedsplanlægning.** Regionsrådet har ansvar for den samlede sundhedsplanlægning og skal i sin planlægning og budgetlægning have fokus på at understøtte omstillingen af mere behandling til det nære, sikre fasttilknyttede læger til kommunale tilbud samt få sygehuse til at understøtte de nære tilbud. Dertil kommer en stor opgave med at udbygge og udvikle det almenmedicinske tilbud. Den lokale planlægning, dialog og tilrettelæggelse vil i høj grad kunne foregå i sundhedsrådene inden for overordnede rammer vedrørende bl.a. økonomi og vilkår med leverandører fastsat af regionsrådet/forretningsudvalget. Regionsrådets planlægningskompetencer kan også omfatte mere specialiserede opgaver, som overtages fra kommunerne, og som kan forudsætte samarbejde på tværs af sundhedsrådene. Det kan fx vedrøre

specialiseret rehabilitering.

- **Sygehusplanlægning.** Regionsrådet har ansvar for den samlede sygehusplanlægning i regionen, herunder planlægning og fordeling af sygehusopgaver, inkl. det præhospitale område, akutberedskab mv., og fordeling af ressourcer. Det gælder både de specialiserede (fx kræftbehandling) og almene sygehusfunktioner på både det somatiske og psykiatriske område. Planlægning af de specialiserede sygehusopgaver sker inden for rammerne af national regulering, hvor Sundhedsstyrelsen skal godkende varetagelse af specialiserende funktioner. En vigtig del af planlægningen bliver at sikre, at ”stærke” sygehuse understøtter udfordrede sygehuse med fx etablering af attraktive karriere- og uddannelsesveje for at sikre en bedre fordeling af personale.
- **Kvalitetssikring af sygehusbehandling.** Regionsrådet skal sikre, at sygehusbehandlingen på alle regionens sygehuse har en tilstrækkelig høj kvalitet. Det sker dels via sygehusplanlægningen, som definerer, hvilke opgaver der varetages på de enkelte sygehuse, dels via løbende monitorering af kvalitet, videndeling og koordination på tværs, facilitering af faglige tværgående fora mv.
- **Rettigheder.** Det er regionsrådets ansvar, at patienterne sikres deres lovfastsatte rettigheder på kræftområdet og til frit sygehusvalg, hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg.
- **Tværgående ansvar for kapacitetssamarbejde på tværs af sundhedsråd.** Regionsrådet skal kunne pålægge det enkelte sundhedsråd at samarbejde med andre sundhedsråd om varetagelse af konkrete sygehusopgaver, fx i en situation, hvor et sygehus i ét sundhedsråd oplever ekstraordinære kapacitetsudfordringer, som kræver, at sygehuse i andre sundhedsråd træder til og midlertidigt hjælper det pågældende sygehus. Det enkelte sundhedsråd rapporterer til regionsrådet, når der lokalt opstår fx kapacitetsudfordringer. Regionsrådet skal sikre, at der ved dag-til-dag akutsituationer er indgået konkrete aftaler og retningslinjer for håndtering med sygehuse på tværs af sundhedsrådene.

Der ændres ikke ved, at medlemmer af regionsrådet ligesom i dag har en såkaldt initiativret, som indebærer, at ethvert regionsrådsmedlem kan indbringe ethvert spørgsmål om regionens anliggender for regionsrådet samt fremsætte forslag til beslutning. Det vil altså sige, at et regionsrådsmedlem har ret til at få en sag optaget på udkastet til dagsordenen for et regionsrådsmøde, herunder fx sager, som er under behandling i et sundhedsråd.

Medlemmer af regionsrådet har også en såkaldt standsningsret, som er tilsvarende den standsningsret, der gælder i de faste kommunale udvalg i dag. Standsningsretten indebærer retten til at indbringe en sag fra sundhedsrådet til behandling i regionsrådet.

Standsningsretten skal udøves enten af det hele antal regionsrådsmedlemmer, der udgør mindst 1/3 af sundhedsrådets regionsrådsmedlemmer, eller af formanden for sundhedsrådet.

Der er 25 medlemmer i regionrådet i Region Nordjylland, 31 medlemmer i hvert regionsråd i Region Midtjylland og Region Syddanmark samt 47 medlemmer i regionsrådet i Region Østdanmark.

Forretningsudvalgets kompetencer og opgaver

Forretningsudvalget bliver regionernes tværgående økonomi og planlægningsudvalg og får hermed en bredere rolle, end forretningsudvalgene i regionerne har i dag.

Forretningsudvalget vil således både varetage opgaver, som vedrører økonomi, men også en række tværgående opgaver på fx sygehusområdet, som i dag typisk vil høre under regionernes sygehusudvalg.

Ligesom økonomiudvalget i en kommune har forretningsudvalget det umiddelbare ansvar for de økonomiske og almindelige administrative forhold i regionen. Dette sker bl.a. gennem udarbejdelsen af et forslag til et samlet årsbudget for hele regionen.

Forretningsudvalgets erklæring skal indhentes om enhver sag, der vedrører regionens økonomiske og almindelige administrative forhold. Tilsvarende skal forretningsudvalgets erklæring indhentes i enhver sag, der forelægges regionsrådet.

Forretningsudvalget har herudover det umiddelbare ansvar i forhold til regionsrådets opgaver, herunder ift. sundheds- og sygehusplanlægning (psykiatri og somatik) og tværgående opgaver på tværs af sundhedsrådene. Det indebærer også en koordinerende rolle ift. aftaler og økonomiske vilkår for private leverandører, herunder praksissektoren, samt tværgående kvalitets- og kapacitetssamarbejde. Hertil kommer, at forretningsudvalget i kraft af dets ansvar for de økonomiske og almindelige administrative forhold i regionen har driftsansvaret for en række koncernfunktioner i forhold til fx byggeri, anlæg, HR, økonomi, regnskab, overenskomster, IT mv.

Endelig kan forretningsudvalget varetage det umiddelbare driftsansvar for sundhedsopgaver, som går på tværs af hele regionen, herunder opgaver på det præhospitale område, fx drift af vagtcentral, ambulancekørsel mv. Disse opgaver kan regionsrådet således både placere under forretningsudvalget eller under et eller flere sundhedsråd med henblik på sammentænkning med lokale driftsopgaver (fx hospitalsdrift og akutsygepleje/hjemmebehandlingsteams). Der gives hjemmel til, at regionsrådet i sin styrelsesvedtægt kan fastlægge den præcise arbejdsdeling mellem forretningsudvalget og de enkelte sundhedsråd fsva. regionens tværgående opgaver, herunder opgaver på det præhospitale område.

Forretningsudvalgets medlemstal skal være ulige. Det maksimale antal af forretningsudvalgsmedlemmer fastsættes som det højeste ulige antal under halvdelen af

antallet af regionsrådsmedlemmerne, dog maksimalt 19. Minimumsantallet fastsættes som det ulige antal lige over en fjerdedel af antallet af regionsrådsmedlemmer. Det indebærer følgende maksimale antal forretningsudvalgsmedlemmer i hver region:

Maksimum 11 / minimum 7 medlemmer i Region Nordjylland

Maksimum 15 / minimum 9 medlemmer i Region Midtjylland

Maksimum 15 / minimum 9 medlemmer i Region Syddanmark

Maksimum 19 / minimum 13 medlemmer i Region Østdanmark

Sundhedsrådenes umiddelbare forvaltningsansvar

Som beskrevet ovenfor har sundhedsrådene det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar for drift og udvikling af regionens sundhedsopgaver inden for et afgrænset geografisk område og inden for de rammer, som er fastlagt af regionsrådet. Regionens opgaver på socialområdet er også omfattet af sundhedsrådenes umiddelbare ansvar. Regionsrådet fastlægger den nærmere afgrænsning f.eks. placering af det umiddelbare ansvar for enheder, der er placeret på tværs af flere sundhedsråd. Sundhedsrådene er i enhver henseende undergivet regionsrådets instruktioner og beslutninger. Det vil således også være op til regionsrådet at beslutte, hvilke sagstyper under sundhedsrådene, som skal forelægges regionsrådet og/eller forretningsudvalget.

Den daglige drift og administration af sundhedstilbud, herunder sygehuse, varetages som i dag af de administrative ledelsesniveauer, herunder sygehusledelser, inden for de budgetmæssige og administrative rammer, som er fastlagt i regionen.

Sundhedsrådene vil få det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar for:

- **Sygehuse.** Sundhedsrådene har det umiddelbare politiske ansvar for sygehusene inden for de rammer, som er fastlagt af regionsrådet. Sundhedsrådene skal således behandle og træffe beslutning om alle sædvanlige, løbende sager, der vedrører drift og udvikling af sygehuse inden for sundhedsrådenes geografiske område. Et sundhedsråd vil forventeligt skulle træffe beslutning om fx lokale planer for omlægning af ambulant sygehusaktivitet til indsatser i eller tættere på borgerens eget hjem, som udmønter den regionale sundhedsplanlægning.

Et andet sagseksempel kunne være etablering af udgående eller rådgivende funktioner fra sygehuse til understøttelse af det nære sundhedsvæsen. Det kan fx være konkrete rammer for almenmedicinsk lægedækning på plejehjem og botilbud og understøttelse af de kommunale sundhedsindsatser.

Hertil vil sundhedsrådene skulle træffe beslutning i en række sager, som bringes videre til behandling i forretningsudvalget og regionsrådet, fx i form af sundhedsrådets bidrag ind i regionens samlede sundheds- og sygehusplanlægning, budgetproces mv.

Det er sygehusplanen og -budgettet, der besluttet i regionsrådet, der bestemmer sundhedsrådenes drift af sygehuse. Det omfatter også specialiseret sygehusbehandling, som i mange tilfælde er tæt integreret med de almene sygehusopgaver. I praksis forudsættes sundhedsrådene at være underlagt snævre rammer fra regionsrådet ift. sygehuse, herunder særligt den specialiserede sygehusbehandling, som også reguleres nationalt via specialeplanen. Konkret betyder det, at sygehusene under et sundhedsråd skal levere de ydelser inden for konkrete specialer, som fremgår af regionens sygehusplan og i overensstemmelse med den nationale specialeplan. Sundhedsrådet kan ikke træffe beslutninger, der strider mod sundheds- og sygehusplaner fastlagt i regionsrådet. Et sundhedsråd kan fx ikke beslutte, at et sygehus inden for sundhedsrådets geografiske område skal varetage opgaver, som ikke er omfattet af regionsrådets sygehusplan. Et sundhedsråd kan heller ikke beslutte, at et sygehus inden for sundhedsrådets geografiske område ikke længere skal varetage en given specialiseret sygehusbehandling, fx en specialiseret kræftbehandling, som ellers fremgår af sygehusplanen som vedtaget i regionsrådet. Sundhedsrådet kan heller ikke flytte eller nedlægge funktioner på sygehuse inden for sundhedsrådets område, med mindre der er tale om en implementering af tværgående sygehusplaner besluttet i regionsrådet.

Det betyder også, at et sundhedsråd med et universitetssygehus, et sygehus med specialiserede funktioner og/eller tværgående funktioner gennem regionsrådets sygehusplanlægning får det umiddelbare ansvar for at levere disse tilbud til hele eller dele af regionens befolkning – udover det geografiske område, som sundhedsrådet dækker. Tilsvarende vil et sygehus også skulle levere sygehusbehandling til andre regioners borgere, fx en højt specialiseret sygehusbehandling, som kun kan varetages 1-2 steder i landet i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplan og inden for de rammer, som er aftalt mellem de respektive regioner.

Udover specialiseret behandling, der ofte ligger på et udsnit af regionens sygehuse, kan det også dreje sig om funktioner, der med fordel drives på én eller få sygehusmatrikler, fx strålebehandling. Der vil således på en del kliniske områder være en arbejdsdeling mellem sundhedsrådene, hvor ét sundhedsråd skal levere tilbud til hele eller dele af regionens befolkning og evt. til øvrige dele af landet afhængig af aftaler mellem de enkelte regioner. Regionsrådet giver med sygehusplanen og -budgettet sundhedsrådene pligt til at forsyne hele eller dele af regionen med de pågældende tilbud og evt. øvrige regioner.

Der er inden for hvert sundhedsråds geografiske område som minimum ét akutsygehus. En del patienter vil have sygehusforløb på både et alment og specialiseret niveau, som går på tværs af sundhedsråd. Dette er også tilfældet i dag, hvor patienter har forløb på tværs af sygehusenes optageområder og fordeling af specialer jf. regionens sygehusplan. Det er i inddelingen af sundhedsrådene tilstræbt, at det enkelte

sundhedsråds sygehuse som minimum kan varetage akutte sygehusopgaver og sygehusbehandling inden for centrale specialer i forhold til bl.a. ældre medicinske patienter.

- **Psykatri.** Sundhedsrådene har det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar for psykiatriske sygehusfunktioner inden for sundhedsrådets geografiske område og inden for de rammer, som er fastlagt af regionsrådet. Regionsrådet fastlægger i sin styrelsesvedtægt den nærmere afgrænsning, fsva. placering af det umiddelbare ansvar for psykiatriske driftsenheder, som er fordelt på tværs af flere sundhedsråd.

For psykiatrien vil der forventeligt i lyset af nuværende kapacitetsudfordringer og som følge af den nuværende organisering, hvor psykiatriske tilbud typisk er fordelt på flere lokationer, være flere forløb på tværs af sundhedsråd.

Derfor vil der forventeligt være behov for en stærk tværgående planlægning og koordination af kapacitet og styring på psykiatriområdet, herunder børne- og ungepsykiatrien, for at sikre gode patientforløb og en hensigtsmæssig brug af de samlede ressourcer. Det umiddelbare ansvar for denne tværgående planlægning af psykiatriområdet er placeret i forretningsudvalget.

Tværgående systematisk kvalitetsudvikling og fortsat fokus på evidensbaseret behandling på psykiatriområdet vil også udgøre en væsentlig del af regionens tværgående opgave om kvalitetssikring af sygehusbehandling mv.

Den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal understøtte samarbejde og koordination mellem den regionale psykiatri og relevante kommunale tilbud og indsatser, herunder inden for socialpsykiatrien.

- **Nærsundhedsplan.** Sundhedsrådene skal inden for de rammer, som er fastlagt af regionsrådet, behandle og vedtage en nærsundhedsplan, som konkret beskriver en omstillingsproces og udbygning af det nære sundhedsvæsen inden for sundhedsrådets område. Det omfatter også en plan for, hvordan sygehusene kan vendes udad ved fx i langt højere grad at stille specialiseret rådgivning til rådighed for nære tilbud og tage et ansvar før og efter sygehusophold. Det handler både om at udvikle nye løsninger (fx rådgivende funktioner i fx telefon-hotlines til specialister, stille udstyr til rådighed mv.) samt ændringer i opgaveforståelsen hos det sundhedsfaglige personale. Den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal understøtte, at nærsundhedsplanen også indeholder et klart kommunalt perspektiv på omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder fokus på samarbejdet mellem regionale og kommunale tilbud og indsatser. Nærsundhedsplanen skal udarbejdes inden for de overordnede rammer, som er fastsat i regionsrådet, herunder de fastlagte maksimale sygehusbudgetter, og

med afsæt i en national sundhedsplan.

- **Udmøntning af de økonomiske rammer for nye og udbyggede indsatser i det nære sundhedsvæsen.** Sundhedsrådene skal som en meget central opgave fungere som en investeringsmotor, der skal sikre den nødvendige investering og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder med fokus på de områder, hvor behovet er størst. Bevillingerne til dette arbejde skal gives af regionsrådet efter forudgående inddragelse af forretningsudvalget.
- **Lokal planlægning af almenmedicinske tilbud og praksissektor.** Sundhedsrådene skal inden for overordnede rammer fastsat nationalt og af regionsrådet planlægge og implementere det udbyggede almenmedicinske tilbud og bl.a. omsætte de nye kompetencer på området, som fx valg af klinikformer, lægedækning ift. kommunale tilbud mv. Sundhedsrådene skal behandle sager, der vedrører den lokale planlægning af praksissektoren, som bl.a. omfatter praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, fodterapeuter m.fl. Rammer for lokale aftaler på praksisområdet med økonomiske implikationer i forhold til honorering forudsættes som udgangspunkt at ligge under forretningsudvalget, som har det umiddelbare ansvar for tværgående økonomiske forhold.
- **Opgaver, der overtages fra kommuner.** Sundhedsrådet har inden for de rammer, som er fastlagt af regionsrådet, det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar for drift af de sundhedsopgaver, som overtages fra kommunerne. Det vedrører akutsygepleje, patientrettet forebyggelse, specialiseret rehabilitering og dele af genoptræning på avanceret niveau samt midlertidige ophold på nye regionale sundheds- og omsorgspladser til en større gruppe borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som i dag varetages på kommunale midlertidige pladser. Der vil være mulighed for, at kommunerne fortsat kan varetage driftsopgaver på vegne af sundhedsrådet (regionen), men sundhedsrådet (regionen) vil også kunne oprette egne tilbud.
- **Hjemmebehandling.** Sundhedsrådet har inden for de rammer, som er fastlagt af regionsrådet, det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar for opbygning og drift af hjemmebehandlingsteams, som kan sikre behandling og monitorering af borgere tæt på eller i eget hjem. Der er tale om en opgave, som hænger tæt sammen med opgaveflytningen af akutsygepleje og vil skulle tilrettelægges i et samarbejde mellem sygehuset og kommuner og med mulighed for kommunal opgavevaretagelse på opdrag af sundhedsrådet. Den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal understøtte samarbejde på tværs af regioner og kommuner om hjemmebehandling mv.
- **Aftaler om sammenhængende forløb.** Sundhedsrådet vil udgøre rammen for aftaler med kommunerne i lokalområdet om sammenhængende patientforløb for bl.a. ældre

patienter, patienter med kronisk sygdom og patienter med psykiske lidelser, der bor inden for sundhedsrådets område.

- **Lokalt samarbejde med kommuner om rekruttering.** Sundhedsrådet kan udgøre en fælles ramme for samarbejde med kommunerne i området om at skabe attraktive rammer for, at sundhedspersoner vil bosætte sig i områder med rekrutteringsudfordringer.

Det følger af aftale om sundhedsreformen, at antallet af medlemmer i de 17 sundhedsråd er mellem 9 og 21, herunder mellem 4 og 10 kommunale repræsentanter. Det følger af kommunestyrelsesloven, at alle beslutninger træffes ved stemmeflertal, og dermed at et forslag bortfalder i tilfælde af stemmelighed.

Aftalebilag 5: Vederlag

Partierne er enige om en ny vederlagsmodel i regionerne med virkning fra den 1. januar 2027. Udgifterne til vederlag finansieres inden for den nuværende ramme til vederlagsudgifter i regionerne.

Modellen indebærer, at vederlag for formænd, næstformænd og medlemmer af regionsråd fastlægges fortsat som i dag centralt ved bekendtgørelse. Regionerne fastlægger selv vederlag for medlemmer og næstformænd af forretningsudvalg inden for rammerne af en centralt fastlagt vederlagspulje målrettet forretningsudvalg, som udgør ca. 80 pct. regionsrådsformændenes vederlag svarende til 4,2 mio. kr. fra 2027.

Puljen fordeles mellem regionerne ud fra det maksimale antal medlemmer af forretningsudvalget i hver region, jf. bilag om arbejdsdeling mellem regionsråd, forretningsudvalg og sundhedsråd.

Modellen indebærer endvidere, at vederlag for formænd, næstformænd og medlemmer af sundhedsråd fastlægges centralt ved bekendtgørelse. Endelig fastlægger regionerne, inden for en centralt fastlagt vederlagspulje, vederlag til øvrige stående udvalg, som behandler ikke-sundhedsrelaterede opgaver, samt midlertidige udvalg (§17, stk. 4-udvalg). Denne vederlagspulje udgør 50 pct. af regionsrådsformændenes vederlag svarende til ca. 2,6 mio. fra 2027.

Vederlagsniveau for regionsrådsformænd, regionsrådsnæstformænd, medlemmer af regionsråd samt formænd, næstformænd og medlemmer af sundhedsråd fremgår af tabel 1 nedenfor.

Partierne er enige om, at vederlag for regionsrådsformænd, regionsrådsnæstformænd og regionsrådsmedlemmer fastholdes på det nuværende niveau.

Partierne er derudover enige om, at vederlag til medlemmer af de nye sundhedsråd skal afspejle sundhedsrådenes centrale rolle i omstillingen og udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen. Aftalepartierne noterer sig, at vederlaget for sundhedsrådsformanden svarer overordnet til vederlagsniveauet for udvalgsformænd i mellemstore kommuner.

Partierne er enige om, at en næstformand for forretningsudvalget skal modtage et særskilt vederlag svarende til 130 pct. af det vederlag, der gives til menige medlemmer af forretningsudvalget inden for den centralt fastlagte pulje målrettet forretningsudvalget. Et særskilt vederlag til en næstformand for forretningsudvalget skal ses i lyset af udvalgets øgede tværgående ansvar i regionen i den nye struktur.

Vederlag til kommunale repræsentanter i sundhedsrådene finansieres af regionen. De kommunale repræsentanter modtager det samme vederlag som de regionale repræsentanter. Kommunale repræsentanter, der i forvejen er aflønnet af kommunen svarende til en fuldtidsstilling, fx en borgmester eller en rådmand, vil ikke modtage særskilt vederlag for at

repræsentere kommunen i sundhedsrådene. Observatører vil ikke modtage særskilt vederlag.

Tabel 1
Sammenligning af centralt fastlagte vederlagstakster i nuværende og ny vederlagsmodel

	Nuværende model	Ny struktur
Medlemmer		
Antal regionsrådsmedlemmer	205	134
Antal medlemmer af forretningsudvalg	79	38-60
Antal sundhedsrådsmedlemmer	-	249
Vederlag		
Regionsrådsmedlemmer	127.000 kr.	127.000 kr.
Regionsrådsnæstformænd (1. og 2.)	130.000 kr.	130.000 kr.
Regionsrådsformand	1.303.000 kr.	1.303.000 kr.
Sundhedsrådsmedlemmer	*21.000 kr.	53.000 kr.
Sundhedsråds næstformænd	-	69.000 kr.
Sundhedsråds formænd	*43.000 kr.	302.000 kr.

Anm:

* Angiver gennemsnitlig niveau for de nuværende sundhedsudvalg i regionerne. Vederlæggelsen af udvalgsmedlemmer og formænd er gennemsnit beregnet på tværs af vederlagsniveauerne i de enkelte regioner. Opgørelsen er afrundet til nærmeste 1.000 kr. Foruden de centralt fastlagte vederlagstakster fastsættes en vederlagspulje til forretningsudvalg på 4,2 mio. kr. og en vederlagspulje til øvrige stående udvalg, som behandler ikke-sundhedsrelaterede opgaver, samt midlertidige udvalg (§17, stk. 4-udvalg) på 2,6 mio. kr.

Kilde: Oplysningerne om nuværende niveauer for udvalg er baseret på tilgængelig information fra regionernes hjemmesider.

Menige medlemmer af regionsrådet modtager et fast vederlag for at sidde i regionsrådet (ca. 127.000 kr.), jf. tabel 1. Regionsrådsmedlemmer modtager derudover ét vederlag pr. udvalg, som de sidder i. Regionsrådsformanden modtager alene ét fast vederlag (ca. 1.303.000 kr.). Regionsrådsformanden er også formand for forretningsudvalget. Regionsrådsnæstformændene modtager et fast vederlag for at sidde i regionsrådet (ca. 127.000 kr.) og derudover et vederlag svarende til 10 pct. af regionsrådsformandens vederlag (ca. 130.000 kr.). Regionsrådsnæstformændene modtager derudover ét vederlag pr. udvalg, som vedkommende sidder i. Vederlag for næstformand for forretningsudvalg og formand og næstformand for sundhedsråd er inklusive grundvederlag i det respektive udvalg. De eksisterende ordninger vedr. tillægsvederlag, diæter, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, godtgørelser samt eftervederlag og pension videreføres.

Det forudsættes, at regionsrådene i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark i deres styrelsesvedtægt forud for regionsvalget i 2025 fastlægger antallet af forretningsudvalgsmedlemmer. Herved sikres det, at forretningsudvalget i hele funktionsperioden har det samme antal medlemmer.

For Region Østdanmark skal det ligeledes sikres, at der er det samme antal medlemmer af det forberedende forretningsudvalg i 2026 som i forretningsudvalget fra 2027. Det er således nødvendigt, at dette antal er fastlagt, når det nye regionsråd i Region Østdanmark

skal holde det konstituerende møde efter valget i 2025. Derfor forudsættes det, at antallet af medlemmer af det forberedende forretningsudvalg og forretningsudvalg fastlægges centralt ved bekendtgørelse. Partierne er enige om, at antallet af medlemmer af forretningsudvalget i Region Østdanmark skal være 17 i valgperioden 2026-2029.

Vederlag i overgangsåret 2026

Aftalepartierne er enige om, at udgifterne til vederlag i overgangsåret 2026 finansieres inden for den nuværende ramme til vederlagsudgifter i regionerne tillagt 6,8 mio. kr. vedrørende vederlæggelse af de forberedende sundhedsråd og forberedende regionsråd i Østdanmark.

Vederlaget til medlemmer af de nuværende regionsråd i Region Sjælland og Region Hovedstaden, hvis valgperiode forlænges til udgangen af 2026, reduceres til 65 pct. af det nuværende niveau. Dette niveau afspejler, at disse regionsråd i 2026 alene skal varetage driftsopgaver. Regionsrådsformændene i Region Sjælland og Region Hovedstaden modtager 100 pct. af vederlagstaksten.

Medlemmer af det forberedende regionsråd modtager i 2026 et vederlag, som svarer til 75 pct. af det nuværende vederlagsniveau. Vederlaget afspejler, at dette forberedende organ ikke har ansvaret for driftsmæssige opgaver i 2026. Til vederlæggelse af det forberedende forretningsudvalg i Region Østdanmark i 2026 fastsættes en vederlagspulje, som svarer til 75 pct. af den vederlagspulje, som fastsættes til Region Østdanmark fra 2027.

Formanden for det forberedende regionsråd for Region Østdanmark modtager 100 pct. af vederlagstaksten. Hvis formanden for det forberedende regionsråd for Region Østdanmark samtidig er formand for regionsrådet i enten Region Sjælland eller Region Hovedstaden, reduceres vederlaget, der ydes formanden for det forberedende regionsråd, med 75 pct.

Vederlagspuljen til stående udvalg, herunder forretningsudvalget, og midlertidige udvalg reduceres med 20 pct. i Region Sjælland og Region Hovedstaden, hvilket afspejler, at disse udvalg alene har driftsmæssige opgaver i 2026.

Formænd, næstformænd og medlemmer af forberedende sundhedsråd i hele landet modtager et vederlag svarende til 50 pct. af vederlagstaksen for de nye sundhedsråd, som gælder fra 2027. Vederlag afspejler, at disse alene har opgaver af forberedende karakter.

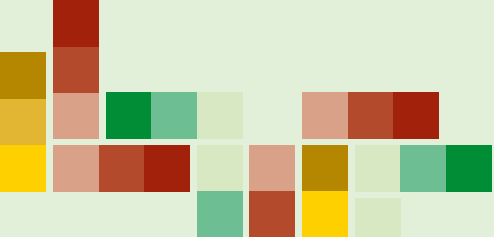
Formand, næstformand og medlemmer af regionsrådene i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland modtager 100 pct. af vederlagstaksten i 2026.

Den samlede vederlagspulje til stående udvalg, herunder forretningsudvalget, og midlertidige udvalg i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland øges med 5 pct. i 2026, hvilket afspejler, at navnlig forretningsudvalget i disse regioner skal varetage både forberedende og driftsmæssige opgaver i 2026.

Tabel 2
Oversigt over vederlæggelse i overgangsåret 2026

	Nuværende regionsråd og udvalg som videreføres i Østdanmark i 2026	Nye regionsråd og udvalg med virke i 2026
Regionsrådets formænd og næstformand	Regionsrådsformænd- og næstformænd i Region Sjælland og Region Hovedstaden modtager 100 pct. af vederlagstaksten.	Regionsrådsformænd- og næstformand for det forberedende regionsråd i Region Østdanmark og de nye regionsråd i Region Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland modtager 100 pct. af vederlagstaksten.
Regionsrådsmedlemmer	Regionsrådsmedlemmerne i Region Sjælland og Region Hovedstaden modtager 65 pct. af vederlagstaksten.	Regionsrådsmedlemmerne i det forberedende regionsråd i Region Østdanmark modtager 75 pct. af vederlagstaksten. Regionsrådsmedlemmerne i Region Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland modtager 100 pct. af vederlagstaksten.
Forretningsudvalg	I Region Sjælland og Region Hovedstaden reduceres den samlede vederlagspulje til udvalg, herunder forretningsudvalg, med 20 pct.	Til vederlæggelse af det forberedende forretningsudvalg i Region Østdanmark i 2026 fastsættes en vederlagspulje, som svarer til 75 pct. af den vederlagspulje, som fastsættes til Region Østdanmark fra 2027 Vederlag til medlemmer af forretningsudvalg i Region Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland finansieres inden for deres samlede vederlagspulje. Vederlagspuljen øges med 5 pct.
Sundhedsråd	-	Formænd, næstformænd og medlemmer af de forberedende sundhedsråd i hele landet modtager 50 pct. af vederlagstaksten for sundhedsrådene gældende fra 2027.
Stående og midlertidige udvalg	I Region Sjælland og Region Hovedstaden reduceres den samlede vederlagspulje til udvalg med 20 pct.	Vederlagspuljen til forretningsudvalg, stående udvalg og særlige udvalg i de tre vestlige regioner øges med 5 pct.





PROJEKT: TRÆNING FØR ELLER I STEDET FOR OPERATION

FORMÅL:

- Øge lighed i sundhed for borgere med artrose og borgere med claudicatio intermittens samt understøtte sundhedsklyngens populationsansvar
- Give støtte til borgere i fastholdelse af funktionsniveau og træningsindsats efter endt kommunalt træningsforløb



INDHOLD

Projektets væsentligste fund	side 3
Baggrund	side 4
De seks prøvehandlinger	side 5
Målgrupperne	side 6
Et fælles udfordringsbillede	side 6
Evaluering	side 7
Formål med evalueringen	side 8
Metode og datagrundlag	side 9
Borger karakteristika	side 10
Analyse	side 11
Ændret syn på operation	side 13
Nye henvisningsveje	side 15
Motivation og barriere for fysisk aktivitet	side 19
Fastholdelse af fysisk aktivitet	side 22
Eksterne samarbejdspartnere	side 25
Konklusion	side 30
Anbefalinger	side 32
Bilag	side 33



PROJEKTETS VÆSENTLIGSTE FUND



Nye henvisningsveje

Tryk og direkte henvisning er meningsfulde for både læger og terapeuter. Implementeringen tager tid og kræver løbende påmindelse.

Tryk henvisning er en måde at sætte fokus på borgere med færre ressourcer og dermed bidrage til at øge lighed i sundhed.

Hvis direkte henvisning af borgere med CI skal være permanent, kræver det en aftale med PLO om honorering.



Sårbare borgere

Borgere med lavere sundhedskompetencer og færre ressourcer kræver differentierede forløb, da der ofte er andre problematikker/udfordringer der kan overskygge borgerens mulighed for at igangsætte en træningsindsats. Det har der været fokus på i afprøvningen 'tryk henvisning'.



Fastholdelse af aktivitetsniveau

Evalueringen har belyst en række faktorer, der påvirker motivationen for fysisk aktivitet. To faktorer har været særligt vigtige for borgernes evne til at fastholde deres aktivitetsniveau efter et kommunalt forløb: (1) viden om sygdom og smerter og (2) oplevet effekt af træningen.



Ændret syn på operation

Flere borgere har - efter eget udsagn - oplevet, at de gennem en aktiv træningsindsats og undervisning i sygdomsmestring har opnået forbedring og dermed ændret deres syn på behovet for en operation.



Eksterne samarbejdspartnere

Der er i projektet igangsat en række forskellige brobygningsinitiativer. Blandt andet er dele af træningen gennemført i PureGym med positive resultater.

Brobygning til lokale foreninger er en ressourcekrævende opgave, der kræver tæt og løbende dialog med foreninger og andre samarbejdspartnere.



Ny terapeutrolle

Et øget fokus på brobygning og fastholdelse er en ny opgave for terapeuterne. Der er behov for at øge fokus på terapeuternes kompetencer i forhold til at understøtte vaneændringer hos borgerne.



Baggrund

I baggrundsafsnittet gives en beskrivelse af baggrunden for projektet *‘træning før eller i stedet for operation’*. Desuden gives en beskrivelse af de seks igangsatte prøvehandlinger samt den inkluderede målgruppe og det aktuelle udfordringsbillede.

Projektet er gennemført i regi af Sundhedsklynge Byen i perioden fra januar til august 2024.

BAGGRUND

Projektet 'træning før eller i stedet for operation' er igangsat og gennemført i Sundhedsklynge Byen.

På denne side beskrives indledningsvis baggrunden for projektet.



FÆLLES POPULATIONSANSVAR

Med oprettelsen af sundhedsklyngerne følger et fælles populationsansvar, der skal skabe sammenhæng på tværs af sektorer og øge lighed i sundhed.



FOKUSOMRÅDE

Ét af fokusområderne for Klynge Byen var "træning før eller i stedet operation" for borgere med artrose i knæ og hofter og borger med claudicatio intermittens (CI).



OPGAVE

At udvikle og gennemføre modige prøvehandlinger, der kan bidrage til at øge ligheden i sundhed for de to målgrupper og dermed understøtte klyngens populationsansvar.

I en samskabelsesproces mellem relevante interessenter, blev der i efteråret 2023 beskrevet seks prøvehandlinger.

DE SEKS PRØVEHANDLINGER

Prøvehandlingerne blev igangsat mhp. at afprøve nye løsninger på målgruppens udfordringer (se næste side).

De seks prøvehandlinger er beskrevet i overskrifter herunder. I bilag A findes en uddybet beskrivelse.

1

Tryk henvisning af sårbare borgere med artrose fra almen praksis til kommunalt træningstilbud

2

Direkte henvisning af borgere med CI fra almen praksis til kommunalt træningstilbud

3

Direkte henvisning af borgere med artrose fra almen praksis til vægtindsats på Parker Instituttet

4

Etablering af træningsnetværk ifm. det kommunale tilbud

5

Forpligtende aftaler med borgeren om fortsat træning efter endt kommunalt tilbud

6

Træning i lokalt fitnesscenter og lokale foreninger som en del af det kommunale tilbud

MÅLGRUPPERNE

Der er i projektet fokuseret på to udvalgte målgrupper - borger med artrose i knæ og/eller hofter og borgere med claudicatio intermittens.

ARTROSE I KNÆ OG/ELLER HOFTER



For borgere med artrose i hofte og/eller knæ har det siden 2014 været en del af de nationale kliniske retningslinjer, at borgerne ikke skulle tilbydes operation medmindre der først var gennemført et træningsforløb. En lang række kommuner i Danmark har implementeret dette i form af diagnosespecifik og led fokuseret træning.

CLAUDICATIO INTERMITTENS



Borgere med CI er en relativ ny målgruppe inden for træningsområdet i kommunalt regi. I 2020 anmodede Dansk Karkirurgisk Selskab de danske kommuner om at etablere forebyggende tilbud og i 2021 udkom nye danske studier, der viser gavnlige effekter af kommunale trænings- og forebyggelsestiltag til målgruppen (1).

ET FÆLLES UDFORDRINGSBILLEDE

Der er for borgere med kroniske lidelser, herunder artrose og CI et fælles udfordringsbillede:

REKRUTTERING;
mange borgere kommer meget sent i gang med de forebyggende indsatser

UDSLUSNING;
der er behov for styrket brobygning til civilsamfundets tilbud, ift. at understøtte livslang træningsindsats



KONKURRERENDE LIDELSER;
mange borgere har flere kroniske lidelser og/eller livsstilsudfordringer

FASTHOLDELSE;
sygdoms- og behandlingsbyrden kan blive så stor for borgeren, at der skal skabes ganske særlige rammer for fastholdelse



Evaluering

Metode og datagrundlag

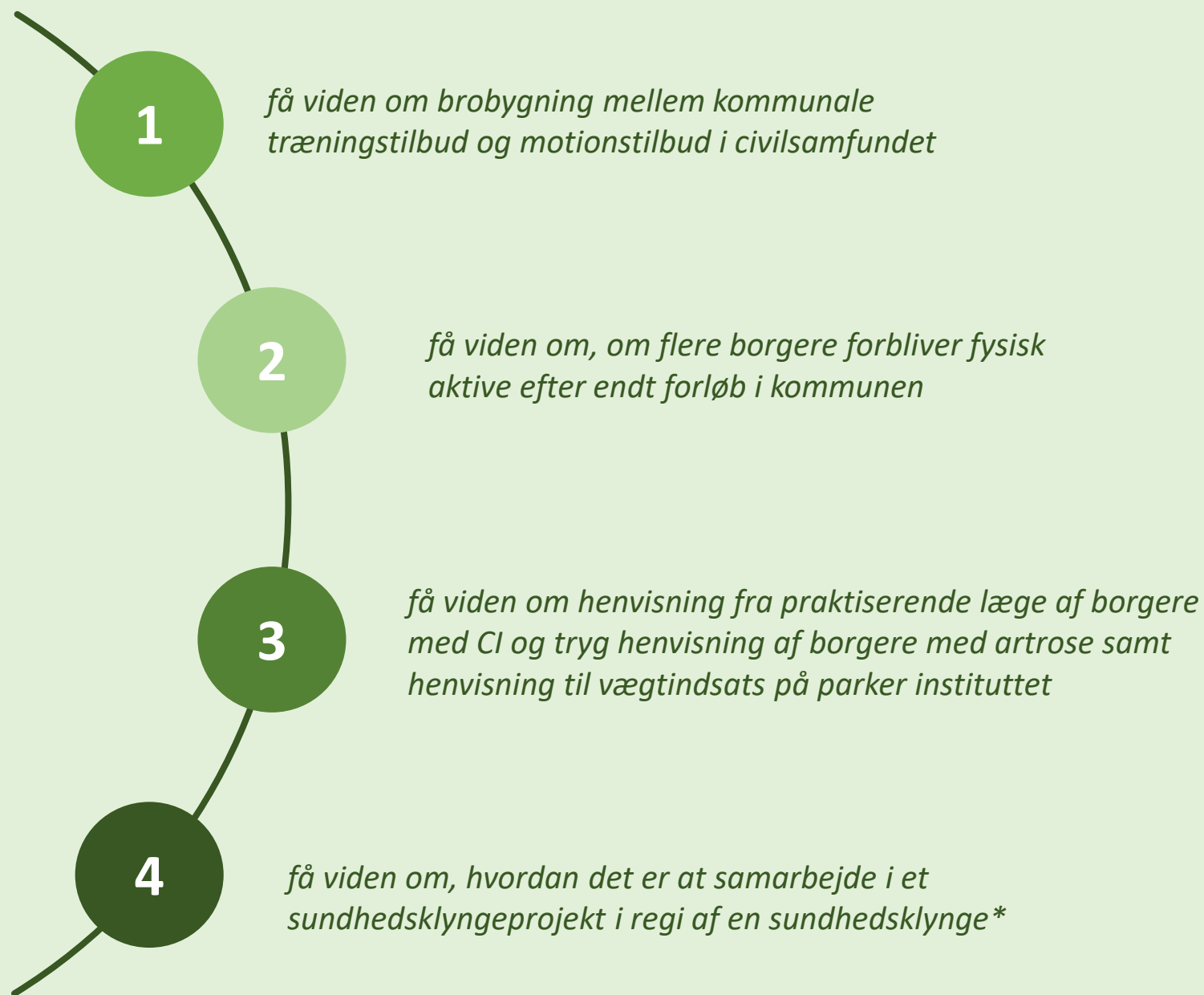
På de kommende sider gives en beskrivelse af, hvordan projektet er evalueret, herunder de anvendte metoder og datagrundlaget. Endelig gives der i dette afsnit en opsummering af baggrundsdata for de borgere, der er interviewet i forbindelse med evalueringen.

FORMÅL MED EVALUERINGEN

De seks prøvehandling er gennemført i perioden fra januar til august 2024, hvorefter projektet er evalueret og opsummeret i denne rapport.

Der er udarbejdet en procesevaluering, hvor fokus har været at følge udviklingen i afprøvningernes potentialer og muligheder. Der er anvendt både kvantitativ og kvalitativ metode til at besvare evalueringens overordnet formål.

Projektets mål med at øge ligheden i sundhed for de to målgrupper og fastholde borgernes træningsindsats efter endt kommunalt forløb samt det fælles udfordringsbillede ift. sen opstart af træningsindsats, konkurrerende lidelser, fastholdelse af vaneændringer og udslusning/brobygning til andre aktører i civilsamfundet, har medvirket til, at evalueringen har haft til formål at:



**Det fjerde formål belyses til et gå-hjem-møde, hvor projektet parterne samles til en præsentation af evalueringen, samt en drøftelse af samarbejdet. Mødet afholdes ultimo november.*

METODE OG DATAGRUNDLAG

Som beskrevet på forrige side, er der anvendt både kvantitativ og kvalitativ metode til at besvare evalueringens overordnet formål, herunder interviews og spørgeskemaer. På denne side gives en beskrivelse af det metode- og datagrundlag, der ligger til grund for de konklusioner, der træffes på baggrund af evalueringen af projektet. For uddybet beskrivelse af den anvendte metode henvises til bilag B.



Borgerperspektiv

Der er gennemført i alt 20 telefoninterviews med borgere fra begge målgrupper i begge kommuner. Desuden er der udfyldt et spørgeskema, med baggrundsdata, motionsvaner mv.

FOKUS: træningsvaner efter endt forløb, forenings-tilknytning, forpligtende aftaler og mål samt motionsaktiviteter i foreninger og/eller fitnesscenter.



Almen Praksis

Der er afholdt telefoninterview med 3 af de 12 deltagende praktiserende læger.

FOKUS: oplevelse af samarbejdet om at henvise de to målgrupper til forløb i Frederiksberg eller Københavns Kommune og/eller til Parker instituttet.



Terapeutperspektiv

Der er afholdt 3 fokusgruppeinterview med terapeuter fra begge kommuner.

FOKUS: oplevelse af samarbejdet med foreninger og fitnesscentre, de praktiserende lægers mulighed for at anvende nye henvisningsveje til de kommunale tilbud samt deres oplevelse af borgernes fastholdelse af fysisk aktivitet efter endt forløb.

Eksterne samarbejdspartnere

Der er udsendt spørgeskemaer til de eksterne samarbejdspartnere i projektet. Der er modtaget svar fra én forening og én repræsentant fra PureGym.

Gå-hjem-møde

Der afholdes desuden et gå-hjem-møde, hvor projektdeltagernes oplevelse af samarbejdet i et sundhedsklyngeprojekt evalueres. Mødet afholdes ultimo november 2024.



BORGER KARAKTERISTIKA

Der er gennemført interview og indhentet svar på spørgeskemaer på i alt 20 borgere, 10 fra Frederiksberg og 10 fra Københavns kommune. På denne side gives en opsummering af baggrundsdata på de interviewede borgerere, herunder borgernes karakteristika, motionsvaner og aktivitetsniveau. For yderligere beskrivelse af borgernes baggrundsdata henvises til bilag C.



Karakteristika

DIAGNOSE

Artrose: 15 borgere

CI: 5 borgere*

KØN

15 Kvinder

5 Mænd

ALDER

50-59 år: 3 borgere

60-69 år: 4 borgere

70-79 år: 8 borgere

80-89 år: 5 borgere

Se bilag C



Motionsvaner

Borgerne blev spurgt ind til deres motionsvaner efter afslutningen af deres forløb i kommunen. Størstedelen af de adspurgte borgere vurderer deres motionsvaner som værende nogenlunde, gode eller virkelig gode (90%). Mens en mindre andel vurderer deres motionsvaner som værende mindre gode eller dårlige (10%).

Halvdelen af borgere er blevet mere fysiske aktive, efter deres deltagelse i det kommunale træningsforløb, mens den anden halvdel ikke er blevet mere aktive.

Se bilag C



Aktivitetsniveau

Borgerne blev desuden spurgt ind til deres deltagelse i motionsaktiviteter efter afslutning af deres kommunale træningsforløb.

Næsten en 1/3 af borgerne har ikke deltaget i motionsaktiviteter inden for den seneste måned (29 %), mens næsten 2/3 har deltaget i aktiviteter i enten fitnesscenter, idrætsforening, ældreklub eller lign (71%).

Det skal her bemærkes, at interviewene er gennemført i august og september, hvor flere af borgerne holdt pause fra motionstilbud pga. sommerferie.

Se bilag C

* Der var indgået interviewaftaler med yderligere 5 borgere med CI, som det ikke lykkedes at få kontakt til. Årsag ukendt.



Analyse

Data fra de afholdte interview med borgere, praktiserende læger og kommunal medarbejdere samt data fra de udsendte spørgeskemaer er analyseret og kondenseret til fem overordnede temaer, som belyses på de kommende sider.

ANALYSE - FEM TEMAER

Der er på baggrund af analyse af interview- og spørgeskemadata (beskrevet på side 9) identificeret nedenstående fem temaer. Det enkelte tema vil blive uddybet på de følgende sider. For beskrivelse af, hvordan data er behandlet og kondenseret til temaer, henvises til bilag B.



ÆNDRET SYN PÅ OPERATION

- Borgernes syn på behov for operation

NYE HENVISNINGSVEJE

- Tryk henvisning af sårbare borger med artrose
- Direkte henvisning af borger med CI
- Direkte henvisning af borgere med artrose til vægtindsats på Parker Institut

MOTIVATION/BARRIERE FOR FYSISK AKTIVITET

- **Motivation:** det sociale aspekt, oplevet effekt af træning, erfaringsudveksling og terapeut støtte
- **Barriere:** komorbiditet, egenbetaling samt tilgængelighed og tid

FATSHOLDELSE AF FYSISK AKTIVITET

- Træningsnetværk
- Sygdomsmestring
- Forpligtende aftaler
- Brobygning/udslusning

EKSTERNE SAMARBEJDSPARTNERER

- Foreningssamarbejde
- Samarbejde med Puregym



Ændret syn på operation

Projektets overordnede fokus har været, træning før eller i stedet for operation hos de to målgrupper. Dette belyses som det første tema i analysen.

De interviewede borgere er blevet spurgt ind til, om deres forløb har været med til at ændre deres syn på operation og det er således borgerens egne vurderinger af deres behov for operation, der sammenfattes i dette afsnit.

ÆNDRET SYN PÅ OPERATION

Flere borgere har efter deres deltagelse i et kommunalt træningsforløb ændret deres syn på behovet for en operation.

Flere borgere har oplevet, at de gennem en aktiv træningsindsats og undervisning i sygdomsmestring, har fået det bedre og er ikke længere sikker på, at en operation bliver nødvendig.



Borger med CI, kvinde 77 år

"På karkirurgisk fik jeg at vide at en operation var sidste udvej, men at jeg skulle træne først. Jeg kan mærke, at træningen har hjulpet så jeg håber på at jeg kan udskyde en operation – i bedste fald forhindre den"



Borger med artrose, mand 71 år

"Træningen har forbedret min situation i forhold til knæet, så jeg har fået højere forventninger til, at det nok skal gå (red. uden en operation)"



Borger med CI, kvinde 87 år

"Før jeg startede var jeg sikker på, at en operation var nødvendig men i dag, tror jeg ikke længere det er nødvendigt. Jeg har fået de værktøjer jeg havde behov for, for at kunne fortsætte et aktivt liv"



Borger med artrose, kvinde 74 år

Jeg vil allerhelst undgå og i hvert fald udskyde det (red. en operation) så længe som muligt, og det har det her forløb ændret mit syn på. Jeg ved, at jeg ved at træne og styrke mine muskler, kan udskyde det så længe som muligt"



Borger med artrose, kvinde 81 år

"Forløbet har vist mig, at det kan ændre sig til det bedre når jeg laver mine øvelser."



Nye henvisningsveje

Det andet tema, der belyses i analysen er nye henvisningsveje. Der er i projektet arbejdet med nye henvisningsveje fra almen praksis til kommunale og regionale tilbud. På de kommende sider gives en opsummering af de erfaringer, der har været fra både praktiserende læger og medarbejdere i region og kommune med afprøvningen af nye henvisningsveje.



Tryk henvisning

Den første nye henvisningsvej der belyses er Tryk Henvisning. Tryk henvisning har været anvendt til sårbare borgere med artrose i knæ og/eller hofte og på denne side belyses fund fra interviews med almen praktiserende læger og terapeuter fra genoptræningstilbud om henvisningsmetoden.

Praktiserende læger

Opsporing af borgere

Der er generelt henvist få borgere på Tryk henvisning (4 i Frederiksberg og ingen i Københavns kommune). De praktiserende læger nævner, at årsager til dette er mange konkurrerende borgertilbud, som de skal finde rundt i, samt projektets korte tidsramme. Desuden er det deres indtryk, at de sårbare borgere er svære at fange, da de har mange andre udfordringer, der gør, at de ikke søger læge.

"Hvis man skulle lykkedes skulle prøveperioden have været længere (...) essensen i problemet er, at de sårbare er svære at fange, ikke at de ikke findes"

Praktiserende læge

Der er stor enighed blandt de praktiserende læger om, at Tryk henvisning er en vigtig henvisningsvej, som også bør være en mulighed til andre målgrupper.

"Tryk henvisning er god til flere forskellige målgrupper. Jeg har også været ude selv og fiske de sårbare borgere"

Praktiserende læge

Nyhedsbrev

Der er i projektperioden udsendt nyhedsbrevet fra projektledelsen til de deltagende praktiserende læger. Lægerne oplever, at nyhedsbrevet har fungeret som påmindelse på henvisningsvejen med mulighed for at finde hjælp og informationer for projektet. Lægerne peger på, at indholdet skal holdes relevant og koncist, hvis det ikke skal blive et forstyrrende element.

Terapeuter

Differentierede forløb

På grund af manglende Tryk henvisninger har terapeuterne i Københavns kommunes selv været ude og opspore sårbare borgere (i alt er der fundet 6 borgere i projektperioden).

I både Frederiksberg og Københavns kommune har de sårbare borgere haft mere differentierede forløb, modtaget individuel træning, og der har været større accept af aflysninger/udeblivelser.

"Terapeuterne har fået at vide, at de skal være mere large i forhold til afbud/udeblivelser – og være ekstra obs. på disse borgere"

Terapeut

"Vi skal have en meget individuel tilgang til borgerne og hjælpe borgerne til at blive mere selvhjulpne"

Terapeut

Forløbsbeskrivelser og kompetencer

Terapeuterne er enige om, at Tryk henvisning er en vigtig henvisningsvej, men ofte kan de sociale og/eller psykiske udfordringer overskygge deres mulighed for træning. Terapeuterne påpeger, at der er behov for, at der udarbejdes forløbsbeskrivelser på denne type forløb, så der er konsensus om, hvad et Tryk forløb skal indeholde.

"Almen praksis skal være bedre til at screene på psykosociale faktorer. Der er for stor fokus på de fysiske"

Terapeut

Desuden er der behov for kompetenceudvikling hos terapeuterne for at kunne understøtte denne type borgere.

"Terapeuterne er ikke godt nok klædt på til at tage denne gruppe af borgere (...) der er manglende fokus og kompetence hos terapeuterne"

Terapeut



Direkte henvisning

Med Direkte Henvisning har udvalgte læger i projektperioden har haft mulighed for at sende borgere med CI direkte til kommunal træning. Der har været henvist 11 borgere i projektperioden. På denne side belyses fund fra interviews med almen praktiserende læger og terapeuter fra genoptræningstilbud.

Praktiserende læger

For at imødekomme eventuelle bekymringer hos de deltagende praktiserende læger, blev der ved opstart af projektet afholdt et informationsmøde med deltagelse af læge fra kirurgisk afdeling på Rigshospitalet. Dette har bidraget til at skabe tryghed hos de praktiserende læger i forbindelse med direkte henvisning.

Ny arbejdsopgave

Der er blandede erfaringer med direkte henvisning blandt de praktiserende læger. På den ene side peger lægerne på, at det er en fordel for borgerne, fordi de hurtigere kommer i gang med et træningsforløb, og at det ikke gør en forskel for lægen, om der henvises til karkirurgisk eller direkte til kommunalt træningsforløb.

"Om man skal henvise til karkirurgisk eller kommunal træning, det er lige meget. Hvis der er en, der var så dårlig at jeg var i tvivl, ville jeg konferere eller sætte reminder om at tjekke op på borgeren"

Praktiserende læge

På den anden side mener en enkelt af de adspurgte læger at karkirurgens opgave lægges over på den praktiserende læges bord.

"Det har været svært at henvise og få øje på gevinsten for borgeren (...) jeg føler, jeg skal være karkirurg"

Praktiserende læge

Lægerne understreger, at der er behov en aftale med PLO om honorering for henvisning af borgere med CI, hvis dette skal være en permanent henvisningsvej.

Terapeuter

Variation i målgruppe

Terapeuterne oplever, at målgruppen generelt har mange andre udfordringer end CI, men at dette ikke har noget at gøre med, hvor de henvises fra.

"Der er stor variation i gruppen. Det er ikke nødvendigvis det, at de kommer fra almen praksis, der skaber denne udfordring. Der er bare mange i målgruppen, der har mange andre udfordringer"

Terapeut

Den væsentligste forskel mellem borgere der henvises ved direkte henvisning, og borgere der kommer fra karkirurgisk afdeling er forskelle i informationsniveau om CI.

"Den eneste forskel er informationsniveauet. Dem der kommer fra karkirurgisk afdeling kan have fået en del patientundervisning"

Terapeut

Tidlig opsporing

Det er terapeuternes indtryk at direkte henvisning har reduceret ventetiden for borgerne, og at borgerne er glade for at komme hurtigt i gang.

"Flere har gået med det i mange år, og er meget glade for at komme i gang"

Terapeut

Desuden ser terapeuterne potentiale i forhold til tidlig opsporing af borgere hos de praktiserende læger, og eventuelt ved at skabe større opmærksomhed på tilbuddet.

"Man skal også overveje at skabe mere awareness hos borgerne, så de kommer og efterspørger et forløb"

Terapeut



NYE HENVISNINGSVEJE

Parker instituttet

Den tredje nye henvisningsvej, der er afprøvet i projektet er direkte henvisning af borgere med artrose og BMI 30+ til vægtindsats på Parker instituttet. Behandlingen har bestået af deltagelse i holdundervisning ved diætist én gang om ugen i 8 uger samt opfølgning efter 3 måneder. Holdundervisningen har fokuseret på undervisning i kostplanlægning.



15 henvisninger i
projektperioden

8 patienter blev ikke fundet egnede til deltagelse, da disse enten:

- Alligevel ikke var motiveret for deltagelse på diæthold
- Sideløbende fik ordineret Wegovy af egen læge
- Ikke kunne opstarte hold før 2025 bl.a. pga. igangværende behandling i andet speciale.



1 borger er afsluttet med
vægttab på 2 kg

6 patienter er fortsat i forløb, da disse enten:

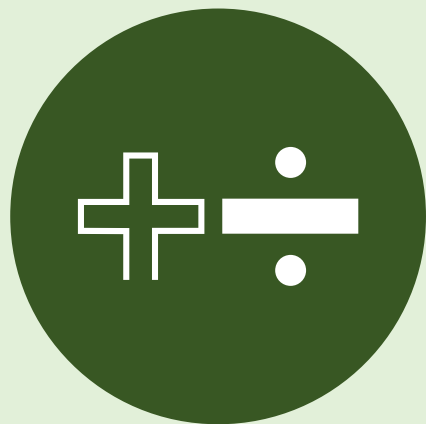
- ikke har gennemført al diætundervisningen
- fortsat behandles medicinsk for knæ smerter
- er overgået til fysioterapeutisk træningsforløb
- er overgået til forskningsprojekt



Ingen af de henviste patienter
er overgået til
ortopædkirurgisk vurdering

Succeskriterierne var: Vægttab på mindst 5 %, færre smerter og øget funktion. Ingen af disse er mødt, hvilket primært skal tilskrives manglende deltagelse i diætundervisning fra patienternes side, samt i visse tilfælde uafsluttede forløb i perioden og overførsel til fysioterapi på baggrund af lægeligt skøn og patientønsker.

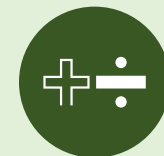
Samlet set er det svært at evaluere på prøvebehandlingen - dog skal det nævnes, at ingen patienter er overgået til ortopædkirurgisk vurdering, hvilket er positivt set i lyset af det overordnede tema – træning før eller i stedet for operation.



Motivation/barriere for fysisk aktivitet

Det tredje tema, der belyses i analysen, er motivation og barrierer for fysisk aktivitet hos borgerne. I interviews med borgere og terapeuter er der identificeret en række faktorer, der har medvirket til at motivere til fysisk aktivitet, samt en række barrierer, der påvirker borgernes aktivitetsniveau, så det ikke er lige så højt, som de selv ønsker.

MOTIVATION FOR FYSISK AKTIVITET



Der er i interviewene med borgerne identificeret fire nedenstående faktorer, der har bidraget til at øge deres **motivation** for fysisk aktivitet. De fire temaer er udvalgt, da de er gennemgående på tværs af borgergruppen. Der kan således være enkeltstående faktorer, der ikke er medtaget her, da de er udtryk for enkelte individers unikke oplevelser og præferencer.



Det sociale aspekt

En række af de adspurgte borgere peger på det sociale som et væsentligt aspekt i forhold til deres motivation for fysisk aktivitet.

"Der er motiverende at træne med andre og få noget socialt med. Det er motiverende at vide, at der er nogen der venter på jeg dukker op"

Borger med artrose, kvinde 83 år

Andre borgere fortæller, at de foretrækker at træne alene, da det giver mere fleksibilitet i hverdagen.

"Jeg har det fint med at træne med andre, men jeg kan bedre lide at træne alene – der er mere selvstændighed og frihed"

Borger med artrose, mand 63 år



Oplevet effekt af træning

Flere borgere fortæller, at en stor motivationsfaktor for dem har været at mærke effekten af den træningsindsats de har ydet.

"Jeg har kunne mærke en forskel og jeg ved, hvor vigtigt det er at træne. Derfor er jeg motiveret for at fortsætte"

Borger med CI, kvinde 77 år

Det at have oplevet en effekt, for derefter at holde pause og mærke en tilbagegang, er også med til at påvirke motivationen hos borgerne.

"Træningen har hjulpet på mine smerter i knæ og hofter. I en periode, hvor jeg ikke har kunne træne har jeg fået flere smerter og derfor vil jeg gerne i gang igen"

Borger med artrose, kvinde 50 år



Erfaringsudveksling

Borgerne fortæller, at det har haft stor betydning for deres motivation for fysisk aktivitet at mødes i træningsfællesskaber med andre, med samme eller lignende problematik.

"Det har været positivt at træne sammen med andre, fordi man har kunne relatere til hinandens problemer og sygdom"

Borger med artrose, mand 71 år

Det har også påvirket deres motivation at erfaringsudveksle med andre, der har haft det bedre eller værre end dem selv.

"Det har hjulpet mig at træne med andre og se, at man ikke er den der har det værst"

Borger med artrose, kvinde 83 år



Terapeutstøtte

Endelig peger borgerne på terapeutstøtte som værende af betydning for deres motivation for fysisk aktivitet. Det handler dels om den forpligtigelse de oplever ved, at der står en terapeut og venter på dem, men i lige så høj grad også den kompetente vejledning de har fået i at kunne varetage deres træning på egen hånd efter deres forløb.

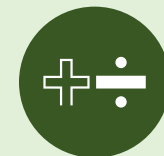
"Terapeuterne var gode til at hjælpe og rette, så man lavede øvelserne ordentligt, og var sikre i dem efter træningsforløbet"

Borger med artrose, mand 63 år

"Det var dejligt at blive sat i gang af medarbejdere, der ved hvad der skal gøres"

Borger med artrose, kvinde 83 år

BARRIERE FOR FYSISK AKTIVITET



Størstedelen af de adspurgte borgere vurderer deres egne motionsvaner som værende gode (se side 10). Der er dog identificeret tre overordnede **barriere** hos borgerne, der har betydning for deres fysiske aktivitetsniveau.



Komorbiditet

Tilstedeværelsen af flere samtidige komorbiditeter har, for flere borgere, været en barriere i forhold til at være forsat fysisk aktiv efter afsluttet forløb.

”Jeg træner i det omfang jeg kan, men det er svært når der er så mange andre problematikker, der også fylder”

Borger med artrose, kvinde 66 år

Her har terapeuterne været gode til at forsøge at facilitere fysisk aktivitet på borgerens præmisser. Som denne borger, der er blevet opfordret til at anskaffe en motionscykel.

”Min lungesygdom forhindrer mig i at komme ud og deltage i motionsaktiviteter, men jeg har købt en motionscykel, som jeg er glad for at bruge derhjemme”

Borger med Artrose, mand 82 år



Egen betaling

For enkelte borgere har det betydning om der er egenbetaling på et motionstilbud. Størstedelen af de adspurgte siger dog, at de er villige til at betale over 200 kr. for et motionstilbud om måneden. Men borgere der er uden for arbejdsmarkedet, peger dog på, at det er svært at finde økonomien til at betale for et motionstilbud.

”Jeg fik en liste med en masse forskellige tilbud, men de kostede alle sammen penge. Det kan jeg ikke betale fordi jeg er på kontanthjælp”

Borger med artrose, kvinde 55 år

Terapeuterne oplever også, at egen betaling kan være en barriere for borgernes ønske om at fortsætte i et motionstilbud, ligesom de adspurgte foreninger oplever, at prisen kan være en barriere for pensionisternes muligheder for at deltage i deres tilbud.



Tilgængelighed og tid

Flere borgere oplever tilgængeligheden af motionstilbud som en barriere. Flere oplever, at deres sygdom begrænser dem i deres mulighed for at komme rundt, og det bliver således en barriere for at deltage i et motionstilbud.

”Jeg er ikke forsat i PureGym, det er for besværligt at komme derhen fordi jeg kun kan gå korte distancer”

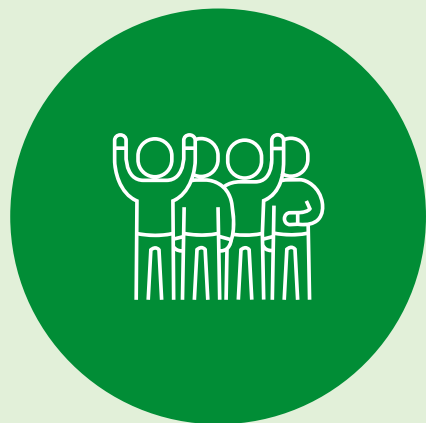
Borger med artrose, mand 82 år

De adspurgte terapeuter peger også på tilgængeligheden som en barriere.

Flere borgere peger også på, at manglen på tid kan være en barriere for at være fysisk aktiv.

”Den største barriere for at jeg har fået lavet øvelserne derhjemme er andre planer og sommerferien”

Borger med artrose, kvinde 81 år



Fastholdelse af fysisk aktivitet

Det fjerde tema der er identificeret i analysen er 'fastholdelse af fysisk aktivitet'. Træningsnetværk, sygdomsmestring, forpligtende aftaler og brobygning vil blive belyst på de kommende sider. Resultaterne er baseret på både terapeut- og borgerinterview.

FASTHOLDELSE AF FYSISK AKTIVITET



TRÆNINGSNETVÆRK

I forbindelse med projektet er der arbejdet med etableringen af træningsnetværk for borgere med artrose. Netværket har trænet udendørs ved Frederiksberg Sundhedshus. Terapeuterne vurderer, at et træningsnetværk kan være et godt tilbud til de borgere, der vægter det sociale højt og motiveres af forpligtelsen overfor et netværk. De understreger dog, at det kræver en indsats at få netværket i gang og også kræver løbende støtte og opfølgning, hvis borgerne skal fastholdes i netværket. Et træningsnetværk er desuden sårbart over for afbud og kan derfor være svære at opretholde.

"Netværket bestod af 6 borgere og derfor er det meget sårbart i forhold afbud"

Terapeut

De borgere, der har været tilknyttet netværkstræning, har oplevet det som positivt at træne med andre og kunne holde hinanden op på aftalen. Både borgere og terapeuter udtrykker en bekymring for, hvordan det skal lykkes at fastholde udendørstræningen, når vejret bliver dårligere. En borger peger dog på, at netværket kan støtte hinanden i at finde et alternativ, fx mødes i et fitnesscenter i måneder med dårligt vejr.

"Jeg er nervøs for når det bliver dårligt vejr. Men måske er der andre fra netværket, der gerne vil med i fitness og så kan vi jo gøre det sammen"

Borger med artrose, mand 76 år

Endelig peger terapeuterne på, at det har været vanskeligt at rekruttere frivillige til at drive netværket. De foreslår også, at man fremadrettet bør overveje, om der skal stilles krav til tovholderen, fx førstehjælp.

SYGDOMSMESTRING

Et gennemgående tema i de afholdte interviews med borgerne har været sygdomsmestring. Flere borgere fortæller, at de i forbindelse med deres sygdom og de smerter, der kan være forbundet hermed, er blevet bange for at bevæge sig, da de frygter, at det vil forværre deres tilstand.

"Jeg havde i en længere periode været nervøs for at bevæge mig, da det har givet mange smerter i benene. Jeg var derfor meget nervøs inden jeg startede for, om jeg kunne komme tilbage og være aktiv igen"

Borger med CI, kvinde 87 år

Det har derfor haft stor betydning for disse borgere at modtage patientundervisning, hvor de har fået viden om sygdom og smerter samt betydningen af fysisk aktivitet. For flere af de borgere, der var motionsvante, har denne undervisning været afgørende for deres fastholdelse af fysisk aktivitet efter deres forløb.

"Det vigtigste budskab jeg har taget med mig er, at det godt må gøre ondt når jeg træner og at det ikke er farligt. Det har givet mig ro og tryghed"

Borger med artrose, kvinde 81 år

FASTHOLDELSE AF FYSISK AKTIVITET



FORPLIGTENDE AFTALER

I projektet er der arbejdet med forpligtende aftaler med borgerne om fortsat træning efter afslutningen af det kommunale forløb. Terapeuterne vurderer, at arbejdet med forpligtende aftaler har bidraget positivt til dialogen med borgerne om deres mål. Det har også været et godt værktøj til at facilitere dialog mellem borgerne, som har kunnet inspirere hinanden og understøtte relationsdannelsen.

Terapeuterne påpeger, at der er behov for at overveje, hvornår i borgerens forløb det er mest hensigtsmæssigt at introducere værktøjet. De bemærker, at borgerne i begyndelsen af deres forløb kan have svært ved at forholde sig til, hvad de skal bagefter.

Flere borgere fortæller, at det har været positivt at arbejde med forpligtende aftaler, da det har hjulpet dem med at fastholde fokus på deres mål og hvad de gerne vil opnå med deres forløb. De oplever, at planen har bidraget til, at de har haft en større forpligtelse over for sig selv og tænkt mere over, hvad de gerne vil opnå.

"Det har været et godt værktøj at arbejde med, og jeg kan stadig huske hvad jeg skrev"

Borger med CI, kvinde 87 år

"Det er ikke papiret, der har været afgørende. Det er mere samtalerne med terapeuterne, hvor jeg forpligtede mig på de mål jeg ville opnå, der har været med til at motivere og hjælpe mig til at fastholde mine mål"

Borger med artrose, kvinde 78 år

BROBYGNING/UDSLUSNING

Borgerne har generelt oplevet, at terapeuterne har haft stort fokus på, hvordan de skulle fastholde deres træningsvaner efter deres forløb. Borgerne oplever også, at terapeuterne har gjort en stor indsats for at støtte dem i fastholdelsen.

Terapeuterne understreger vigtigheden af at snakke brobygning med borgeren fra starten af forløbet, så vigtigheden af livslang træningsindsats italesættes fra start. En af terapeuterne omtaler det som et paradigmeskifte og flere terapeuter italesætter det som en ny rolle for dem.

"Det er en investering, fordi der går tid fra træningen – så det er noget vi skal prioritere"

Terapeut

Terapeuterne fremhæver også behovet for at tænke differentiering ind i brobygningsindsatsen. De borgere, der er motionsvante og ressourcestærke, har ikke det samme behov for understøttelse. Denne oplevelse har borgerne også haft i deres forløb, hvor flere nævner, at de kort har snakket med terapeuten om hvordan de skulle fortsætte efter forløbet, men at det ikke har fyldt så meget.

"Jeg tror terapeuten kunne mærke at jeg var meget motiveret for at fortsætte med at træne i fitnesscenteret, så han brugte ikke så meget tid på at snakke med mig om det"

Borger med artrose, kvinde 74 år



Eksterne samarbejdspartnere

Der er i projektet igangsat en række initiativer til at styrke brobygning fra kommunale tilbud til civilsamfundets aktører, dette belyses som analysens femte og sidste tema.

På de kommende sider gives en sammenfatning af de erfaringer, der er gjort i forbindelse med samarbejdet mellem kommunerne og eksterne samarbejdspartnere, herunder foreninger og fitnesscenter.

EKSTERNE SAMARBEJDSPARTNERE



Foreningssamarbejde

Der har i de to kommuner været forskelle i måden afprøvningen om samarbejdet med lokale foreninger er gennemført på. Forskellene er belyst i nedenstående figur.



Frederiksberg kommune

I Frederiksberg kommune har man gennem en årrække arbejdet med at etablere samarbejdsaftaler med lokale foreninger, herunder idrætsforeninger, patientforeninger og aftenskoler. Træningen rykkes ud i foreningerne i en uge i løbet af forløbet. Dette forenings-samarbejde har projektet bygget videre på.

Da Frederiksberg Kommune har bygget videre på deres eksisterende foreningssamarbejde, har det ikke givet mening at spørge de foreninger de samarbejder med ind til samarbejdet i projektet. Der har ikke været behov for at gøre noget anderledes i samarbejdet, som Frederiksberg Kommune løbende følger op på og evaluere.



Københavns kommune

Københavns kommune samarbejder med lokale foreninger, der låner lokaler i sundhedshusene. Der har dog ikke været et formaliseret samarbejde vedr. brobygning og der har således i regi af projektet været arbejdet på etableringen af det.

Der har været dialog med flere patient- og idrætsforeninger, mens der blev indgået konkret samarbejde med én forening og udarbejdede en pjece med relevante foreningstilbud til borgerne.

I Københavns Kommune er foreningen, der er etableret samarbejde med i projektet, blevet spurgt ind til samarbejdet. Foreningen har følt sig godt klædt på til at kunne træne begge målgrupper, da de har kvalificeret personale til at undervise på deres hold.

EKSTERNE SAMARBEJDSPARTNERE



Foreningssamarbejde

Trods forskelle i tilgangen til foreningssamarbejdet, er der identificeret to fælles temaer: 1) etablering af samarbejde og 2) brobygning til foreninger. På denne side præsenteres terapeuternes erfaringer med at samarbejde med lokale foreninger samt borgernes oplevelse med brobygningsindsatsen.

Etablering af samarbejde med foreninger

Terapeuter i begge kommuner har understreget, at det er et stort arbejde at etablere nye samarbejder. Det kræver en løbende dialog og forventningsafstemning med foreningerne.

"Det kræver noget implementering og igangsætning, hvis man skal lykkes med at få et velfungerende samarbejde"

Terapeut

De peger også på, at foreningssamarbejdet er afhængigt af, hvilken type forening der samarbejdes med ift. muligheden for at rekruttere undervisere og oprette nye hold til målgruppen.

Endelig peger terapeuterne på at det er en barrierer ift. samarbejdet at finde en forening, der har ledig kapacitet til at optage nye medlemmer og kan rekruttere kvalificerede undervisere til træningsholdene.

"Det tog lang tid at lande en aftale (med foreningen). Det var svært at få en pris og at finde undervisere, der kunne træne holdene"

Terapeut

Brobygning til foreninger

Terapeuterne peger på, at en god modtagelse i et foreningstilbud er vigtig. Derfor har Københavns Kommune valgt at brobygge til et foreningstilbud i Sundhedshuset, som borgerne kender og Frederiksberg Kommune har arbejdet med besøg i foreningerne. Nogle borgere har haft en positiv oplevelse med at komme ud i foreningerne og prøve forskellige motionstilbud, mens andres oplevelse var mindre positive.

"At lade en flok pensionister løbe rundt og lave motion langt over deres evne, det var lidt mislykket"

Borger med artrose, kvinde 82 år

Terapeuterne i begge kommuner oplever, at foreningerne er godt klædt på og gode til at tage imod borgerne - særligt de borgerdrevne motionsfællesskaber. Terapeuterne i Københavns Kommune har givet information om foreningens tilbud og kontaktperson. Dog er de beviste om, at de selv kunne have gjort mere ift. brobygningsarbejdet til foreningen.

"Vi er af den overbevisning, at vi kunne have gjort mere fra vores side." ... "Tættere kontakt begge veje. Inviterer foreningerne til personalemøder eller have dem med på holdtræning"

Terapeut

Det synspunkt deler foreningen, der vurderer, at informationen fra kommunen har været sparsom og efterlyser således en bedre koordinering i det fortsatte samarbejde.

Endeligt peger terapeuterne på, at der er behov for at tænke i andre motionstilbud til erhvervsaktive borgere, da der er flere foreningstilbud som i højere grad henvender sig til pensionister.

EKSTERNE SAMARBEJDSPARTNERE



Samarbejde med PureGym

Foruden samarbejdet med lokale foreninger er der i projektet også etableret samarbejde med fitnesskæden PureGym. På denne og næste side præsenteres parternes oplevelse med samarbejdet.



Samarbejdet

Både terapeuter og personale i PureGym vurderer, at samarbejdet har fungeret upåklageligt.

”Høj grad af samarbejdsvillighed. PureGym har kunne se værdien af samarbejdet”

Terapeut

Personalet i PureGym har været involveret fra start i dialogen om samarbejdet. Det har været vigtigt for PureGyms ledelse, at personalet i det enkelte center har været godt informeret om samarbejdet, så de var godt klædt på til at tage imod borgerne og terapeuterne fra begge kommuner. Terapeuterne fortæller, at personalet har været gode til at hjælpe med oprettelse af medlemskab, ved glemt adgangskort, manglende udstyr og lign.

”Det har kørt upåklageligt med oprettelse af medlemskaber mv.”

Terapeut



Faciliteter og tilgængelighed

De fysiske faciliteter har haft stor betydning for gennemførelsen af træningen i PureGyms lokaler. Det har krævet en indsats at tilpasse træningsprogrammerne til de faciliteter, der var tilgængelige i det enkelte center. Fx har manglende holdsal i det ene center betydet, at hele træningsprogrammet blev tilrettelagt i maskiner. Det har dog været vigtigt for terapeuterne, at træningen blev så overførbar som muligt, således at borgerne fik den bedste forudsætning for at forsætte træningen på egen hånd.

Tilgængeligheden har også stor betydning for gennemførelsen af træningen. Fx har det ene center træningsmaskiner på flere etager, hvilket har udfordret borgere med gangbesvær.

Endelig peger terapeuter og borgere på, at det er vigtigt, at der er et sted at mødes og drikke kaffe og snakke før eller efter træningen, da det sociale aspekt, som tidligere beskrevet har stor betydning for motivationen.



Barriere

Terapeuterne fremhæver følgende som de væsentligste barrierer i forhold til at gennemføre træningen i PureGyms lokaler:

- Patientuddannelse/gruppebaseret undervisning er svært i fitnesscentrenes rammer.
- Individuel samtale med borgeren er svært, da der kan være mange mennesker i centeret på samme tid, og der ikke er mindre rum, hvor terapeuten og borgeren kan have en samtale
- Det har været forstyrrende, at det ikke er muligt at ændre på musikken eller hvad der vises på skærmene i det enkelte center.

Flere borgere peger også på musikken som et forstyrrende element. Desuden er der flere der nævner fraværet af det sociale som en barriere.

”De andre der kommer i et fitnesscenter er meget fokuseret på det individuelle og man snakker ikke med hinanden”

Borger med artrose, kvinde 87 år

EKSTERNE SAMARBEJDSPARTNERE

Samarbejde med PureGym



MATCH AF MÅLGRUPPE

Afprøvningen i PureGym har vist, at det ikke er alle borgere i de to målgrupper, der har gavn af at blive introduceret til tilbuddet. Det er faktorer som alder, komorbiditet, smerter, psykosociale udfordringer, træningserfaring og BMI terapeuterne peger på, har haft betydning for oplevelsen.

"Jeg synes det var alt for hårdt at træne i PureGym. Jeg havde smerter i flere dage efter"

Borger med artrose, mand 82 år

Har borger fx slidgigt i fingrene og derfor ikke kræfter til at indstille maskinerne, eller har borger et højt BMI og derfor svært ved at sidde i maskinerne, anbefaler terapeuterne, at disse borgere ikke introduceres til fitnesscenter.

Omvendt har flere af borgerne haft stor glæde af at træne i fitnesscenteret og har oplevet en positiv effekt af træningen.

"Jeg er sikker på, at træningen i maskinerne har haft en bedre effekt end hvis jeg havde fået det sædvanlige forløb og trænet med elastikker"

Borger med artrose, kvinde 77 år

EN ANDEN SETTING

Endelig fortæller terapeuterne, at det har været interessant i forbindelse med afprøvningen, at se målgrupperne i en anden setting. De er taget ind i en anden kontekst, hvor der har været mindre fokus på sygdom og mere fokus på træning og fastholdelse.

"De er blevet taget lidt ud af den kliniske setting, der er i et sundhedshus"

Terapeut

Borgerne, særligt de yngre og erhvervsaktive, har været glade for at træne i PureGym. Træningsformen har for denne gruppe borgere været meningsfuld og de har gennem vejledning af terapeuterne fået sammensat et træningsprogram, som de ønsker at fortsætte med efter forløbet.

"Jeg var glad for at træningen var i PureGym, så jeg kunne passe mig selv. Havde træningen været i sundhedshuset, så var jeg nok sprunget fra endnu tidligere"

Borger med artrose, kvinde 61 år

Også borgere i den ældre målgruppe har fået noget ud af, at træne i en anden setting end sundhedshuset.

"Det har været meget motiverende at træne i fitnesscenter. Særligt at se de andre der trænede der og hvad de kunne – også dem der var ældre end mig"

Borger med artrose, kvinde 74 år



Konklusion og anbefalinger

De seks prøvehandlinger blev igangsat for at imødekomme målgruppens udfordringsbillede; herunder sen opstart af forbyggende indsatser, fastholdelse af vaneændringer samt brobygning til andre aktører i civilsamfundet (se side 6).

Formålet med evalueringen har således været at besvare, om de igangsatte prøvehandlinger har bidraget til at imødekomme disse udfordringer. Konklusionen tager udgangspunkt i de opstillede evalueringsspørgsmål, som besvares på næste side.

Afslutningsvis gives der på baggrund af konklusionen en række anbefalinger til det videre arbejde.

KONKLUSION

1

Brobygning mellem kommunale træningstilbud og motionstilbud i civilsamfundet

- Det har været muligt at arbejde med forskellige tilgange til brobygning (besøg i foreninger eller foreninger i sundhedshus). Det er ikke muligt at vurdere, hvorvidt den ene tilgang har været bedre end den anden.
- Brobygning er en ressourcekrævende opgave for terapeuterne, der kræver løbende dialog og tæt kontakt med foreningerne - Arbejdet kræver en fast kommunal tovholder
- Det kræver tid og ressourcer at etablere nye foreningssamarbejder
- Det er en udfordring at finde egnede foreninger med ledig kapacitet eller mulighed for at oprette målrettede hold
- Brobygning er en ny opgave for terapeuterne

Samarbejdet med PureGym

- Har fungeret som et godt supplement til kommunernes nuværende tilbud
- Tilbuddet egner sig i højere grad til den yngre og erhvervsaktive borger, der ønsker mere fleksibilitet
- Tilbuddet egner sig mindre til ældre med konkurrerende lidelser og mentale udfordringer

2

Borgernes fastholdelse af fysisk aktivitet efter endt forløb i kommunen

- Størstedelen af borgerne har ændret deres syn på operation
- Træningsnetværk er sårbart og en ressourcekrævende opgave for terapeuterne, særligt hvis man ikke kan finde frivillige tovholdere til at drive netværket
- Der er således stor risiko for, at netværket ikke kan opretholde sig selv
- De igangsatte brobygningsinitiativer har ikke haft afgørende betydning for de adspurgte borgere i forhold til fastholdelse af fysisk aktivitet. Det hænger formentlig sammen med, at størstedelen af de adspurgte borgere var motionsvante
- For målgruppen har det haft større betydning at få viden om sygdomsmestring samt oplevet effekt af deres træningsindsats
- Forpligtende aftaler er et godt dialogredskab til at snakke fastholdelse med borgeren, men det væsentligt at overveje både format og timing i forhold til hvornår i borgers forløb det introduceres

3

Nye henvisningsveje fra almen praksis til kommunale og regionale tilbud

- De nye henvisningsveje har været meningsfulde for både læger og terapeuter. Det har dog været svært at opnå et stort antal henvisninger, hvilket kan skyldes den korte afprøvningsperiode
- Det er svært at opspore de sårbare borgere i forhold til tryk henvisning. Ændrede interne arbejdsgange i Københavns Kommune har sikret opsporing af sårbare borgere
- De trygge artroseforløb har krævet individuelt tilpassede forløb og stort fokus på konkurrerende lidelser, der kan hindre deres evne og overskud til at træne
- Borgere med CI, der er direkte henvist, har ikke adskilt sig fra de borgere der henvises fra karkirurgisk
- De borgere, der henvises fra karkirurgisk afdeling, kan dog have et bedre informationsgrundlag
- Både læger og terapeuter ser potentialet for tidlig opsporing af borgere med CI

ANBEFALINGER

Det anbefales at:



Nye henvisningsveje



- opsporingen af sårbare borgere udbredes, så opgaven ikke kun ligger hos praktiserende læge*
- muligheden for selvhenvendelse til patientrettet forebyggelsestilbud i højere grad udnyttes
- der udarbejdes forløbsbeskrivelse for tryk henvisninger
- der fortsat er fokus på opsporing af sårbare borgere ift. at sikre differentiering i henvisning fra praktiserende læge og region
- direkte henvisning bliver en permanent henvisningsvej for borgere med CI (forudsætter at der indgås aftale med PLO)
- der fortsat arbejdes med forpligtende aftaler med borgere om fastholdelse af vaneændringer
- formatet af værktøjet overvejes samt hvornår i borgerens forløb værktøjet introduceres



Forpligtende aftaler



Brobygning



- der i kommunen er en fast tovholder, der varetager brobygningsopgaven
- der løbende evalueres på effekten af brobygningsindsatsen i forhold til borgernes fastholdelse



Træningsnetværk



- der arbejdes videre med etableringen og understøttelsen af træningsnetværk, for at opnå flere erfaringer



Fitnesscenter



- der arbejdes videre med et formaliseret samarbejde med et fitnesscenter
- der er en særlig opmærksomhed på den målgruppe der evt. introduceres til tilbuddet

*eksempelvis i form af interne kommunale arbejdsgange som er afprøvet i dette projekt, eller som et samarbejde med hospitalet, hvor informationen om sundhedskompetencer noteres i borgers genoptræningsplan (pilotprojekt, Amager/Hvidovre hospital)

BILAG

Bilag A: Uddybet beskrivelse af de seks prøvehandlinger.....	side 34
Bilag B: Uddybet metodeafsnit.....	side 39
Bilag C: Baggrundsdata.....	side 41

BILAG A

Uddybet beskrivelse af de seks prøvehandlinger

BILAG A: De seks prøvehandlinger

- 1 Tryk henvisning af sårbare borgere med artrose fra almen praksis til kommunalt træningstilbud
- 2 Direkte henvisning af borgere med CI fra almen praksis til kommunalt træningstilbud
- 3 Direkte henvisning fra almen praksis til vægtindsats på Parker Instituttet
- 4 Etablering af træningsnetværk ifm. det kommunale tilbud
- 5 Forpligtende aftaler med borgeren om fortsat træning efter endt kommunalt tilbud
- 6 Træning i lokalt fitnesscenter og lokale foreninger som en del af det kommunale tilbud

TRYG HENVISNING

af sårbare borgere med artrose fra almen praksis til kommunalt træningstilbud

FORMÅL

Tryk henvisning er inspireret af den løsning som almen praksis anvender ved henvisning af sårbare gravide.

Tryk henvisning giver kommunen en mulighed for, fra starten at have fokus på, at der er tale om en borger med særlige behov.

Prøvehandlingen inkludere borgere med artrose i knæ og/eller hofter og som lægen vurderer kan have gavn af en særlig indsats.

BESKRIVELSE

Tryk henvisning bruges til særligt udsatte borgere, herunder borgere med begrænsede sundhedskompetencer.

Udvalgte læger i Klynge Byen har i projektperioden anvendt tryk henvisning og på den måde øge kommunens opmærksomhed på, at der er tale om en borger med særlige behov.

Denne afprøvning er tæt koblet til de erfaringer der er gjort i pilotprojektet om sundhedskompetencer på Amager/Hvidovre hospital

DIREKTE HENVISNING

af borgere med CI fra almen praksis til kommunalt træningstilbud

FORMÅL

Alle borgere med CI, der i dag henvises til kommunal træning i København og Frederiksberg kommune, henvises på

genoptræningsplan fra Karkirurgisk ambulatorie på Rigshospitalet.

Det vurderes dog at op mod 1/3 af disse borgere kunne henvises direkte til kommunal træning uden sundhedsrisiko.

I projektet er denne henvisningsvej afprøvet.

BESKRIVELSE

Udvalgte læger i Klynge Byen har i projektperioden haft mulighed for at sende borgere med CI direkte til træning i København eller Frederiksberg kommune. Borgerne har modtaget skræddersyet tilbud med undervisning i sygdomsmestring og risikofaktorer samt superviseret gangtræning.

DIREKTE HENVISNING

af borgere med artrose fra almen praksis til vægtindsats på Parker Instituttet

FORMÅL

Overvægt er en betydelig risikofaktor for artrose i både vægtbærende og ikke vægtbærende led.

Med denne afprøvning fik praktiserende læge mulighed for at henvise borgere med artrose i vægtbærende led og BMI 30+ direkte til vægtindsats på Parker instituttet.

Det var en forudsætning at borgeren var motiveret for vægttab og kunne transportere sig selv.

BESKRIVELSE

Udvalgte læger i Klynge Byen har i projektperioden kunne henvise patienter direkte til artroseambulatoriet på Parker Instituttet til vægtindsats.

Her har de deltaget i et målrettet 8 ugers forløb med henblik på vægttab, herunder deltagelse i holdundervisning ved diætist én gang om ugen i 8 uger samt opfølgning efter 3 måneder. Holdundervisningen har fokuseret på undervisning i kostplanlægning.

ETABLERING AF TRÆNINGSNETVÆRK

i forbindelse med det kommunale tilbud

FORMÅL

Der er i projektet arbejdet med etableringen af træningsnetværk.

Formålet har været at støtte borgere i fastholdelse af fysisk aktivitet efter endt kommunal forløb.

Netværket understøttes i etableringsfasen, men ambitionen er at det efterfølgende skal kunne være selvkørende.

BESKRIVELSE

Der er arbejdet med etableringen af et træningsnetværk bestående af borgere med artrose i Frederiksberg kommune. Borgerne har i forlængelse af deres forløb fortsat deres træning i sundhedshusets træningshave.

Målet er at netværket fremover kan være en fast del af det kommunale tilbud, så der løbende kan etableres kontakt mellem netværk og nye deltagere.

FORPLIGTENDE AFTALER

med borgeren om fortsat træning efter endt kommunalt tilbud

FORMÅL

I denne prøvehandling er der arbejdet med forpligtende aftaler med borgeren. Formålet er at støtte borgerne i at fastholde en fysisk aktiv hverdag efter endt kommunalt forløb. Derudover afprøves det, om forpligtende aftaler om fortsat træning kan bidrage til fastholdelse af gode træningsvaner.

BESKRIVELSE

Der er arbejdet med værktøjet 'MIN PLAN' der er udviklet af Center for Diabetes og Hjertesygdomme i Københavns kommune. Med 'MIN PLAN' sætter borgeren egne personlige mål. Dette gøres gennem en synliggørelse og italesættelse samt løbende 'følgen op' på udviklingen i egne mål og plan for vedligeholdelse.

EKSTERNE SAMARBEJSPARTNERE

Træning i lokalt fitnesscenter og lokale foreninger som en del af det kommunale tilbud

FORMÅL

For at styrke brobygning til forskellige aktører i civilsamfundet og dermed understøtte borgerne i fastholdelse af gode træningsvaner efter endt kommunalt forløb er der etableret samarbejde til lokale foreninger og fitnesscentre. Formålet med at flytte dele af det kommunale træningsforløb ud er, at styrke brobygningen til motionstilbud i civilsamfundet

BESKRIVELSE

Træningen eller dele heraf, er i projektperioden gennemført i lokale foreninger eller fitnesscentre. Der har i de to kommuner været enkelte forskelle i måden denne afprøvning er gennemført (se side 26). Fælles er, at terapeuterne har været sammen med borgerne ude i de lokale foreninger og fitnesscenter, for at skabe mest mulig tryghed for borgerne.

BILAG B

Uddybet metodeafsnit

METODE

Interviewmetoden

De gennemførte interviews er indsamlet ved brug af den kvalitative metode i form af både enkelt og fokusgruppeinterviews. Metoden har til formål at få beskrevet informanternes oplevelser. Igennem det semistrukturerede interview er der indhentet åbne og nuancerede beskrivelser af borgernes muligheder for at forblive fysisk aktive efter endt forløb i de to kommuner samt om samarbejdet om brobygning mellem det kommunale træningstilbud og motionstilbud i civilsamfundet. Derudover har det også givet beskrivelser om, hvordan de nye henvisningsveje fra almen praksis til de to kommuner har fungeret. Samtidig har det semi-strukturerede interview givet mulighed for at gå i dybden og spørge ind til nye pointer og temaer, der dukker op undervejs i interviewet.

Der er gennemført 20 telefoninterviews med borgere, 3 fokusgruppeinterviews med terapeuter og 3 interviews med praktiserende læger. Et gå-hjem om samarbejdet i et sundhedsklyngeprojekt i november. Interviewene med borgerne har haft en varighed på 30-45 min. Fokusgruppeinterviewene har haft en varighed på 1,5-2 timer.

Udvælgelse af respondenter og informanter

Borgerne er udvalgt på baggrund af samtykke og er efterfølgende blevet ringet op, hvor der er indgået aftale om interview. Der er udvalgt 10 borgere fra hver kommune. Dvs. 20 borgere i alt. Ud af de 10 borgere fra hver kommune, er der 5 borgere med artrose og 5 borgere med CI. Udvælgelsen er ikke repræsentativ ift. alder og øvrige baggrundsinformationer, da det har afhængt af borgernes samtykke til at indgå i evalueringen. Baggrundsdata for de interviewede borgere viser, at der er en overvægt af kvinder med mellemlang uddannelse (45 %). Dog er det lykkedes at få repræsentation af borgere med ungdomsuddannelse (15%) og kort videregående uddannelse (30%).

METODE

I interviewene er der fokuseret på følgende emner:

- Telefoninterviews med borgerne: deres træningsvaner efter endt kommunalt forløb, støttebehov, foreningstilknytning, forpligtende aftaler og mål samt motionsaktiviteter i foreninger og/eller fitnesscenter
- Fokusgruppeinterviews med terapeuterne i begge kommuner: oplevelse af samarbejdet med foreninger og fitnesscentre. Herunder informationsniveauet mellem parterne, matching af målgruppens behov og de aktuelle tilbud, medarbejdernes kompetencer i foreningerne og i fitnesscentrene. Derudover terapeuternes oplevelse af de praktiserende lægers mulighed for at anvende nye henvisningsveje til de kommunale tilbud.
- Interviews med de praktiserende læger: deres oplevelse af samarbejdet med at henvise de to målgrupper til Frederiksberg eller Københavns Kommune.
- Gå-hjem-møde: projektdeltagernes oplevelse af samarbejdet i et sundhedsklyngeprojekt

Interviewene er foretaget fra august til september 2024 og evalueringen er skrevet fra september til oktober 2024.

Metode til analyse af interviews

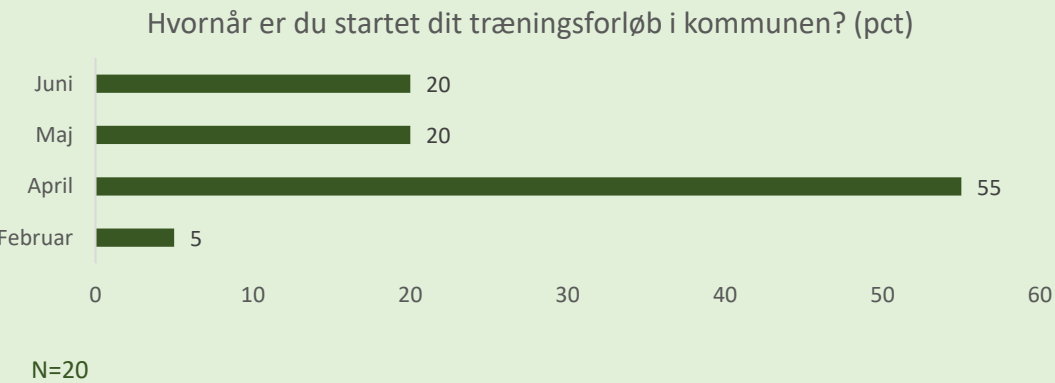
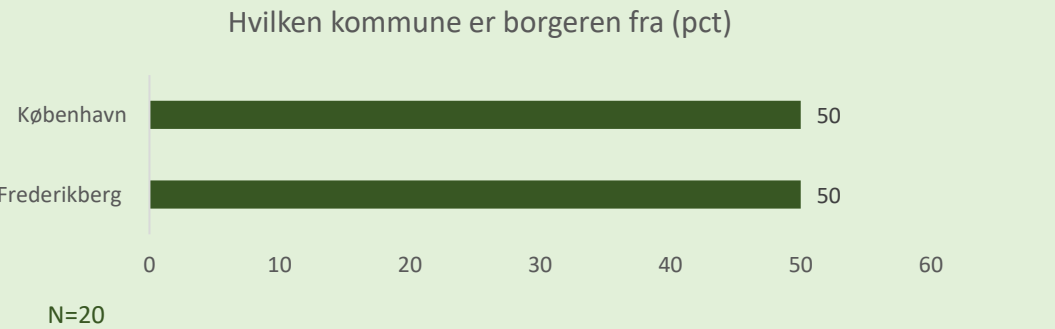
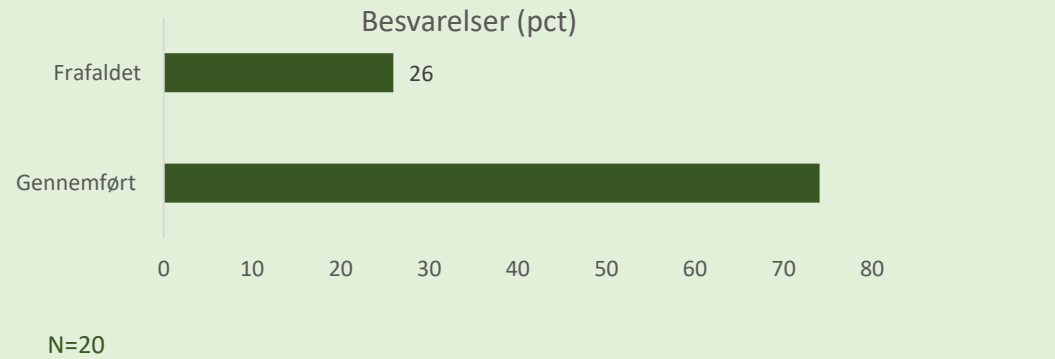
Den valgte analysemetode er baseret på metoden 'skabelse af mening ad hoc', hvor man anvender forskellige metoder og teknikker til at analysere de gennemførte interviews. Der er således brugt flere teknikker under analysen. Hovedvægten har været på meningskondensering, hvor informanternes udsagn sammenfattes til kortere udsagn, og hovedbetydningen af informanternes udsagn om formuleres i få ord. Der er også lagt vægt på at læse interviewene igennem for at få et helhedsindtryk, for derefter at gå tilbage til særlige afsnit og foretage en dybere fortolkning af informanternes specifikke udsagn (2).

(2) Kvale, Steiner (1999). Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzelz forlag.

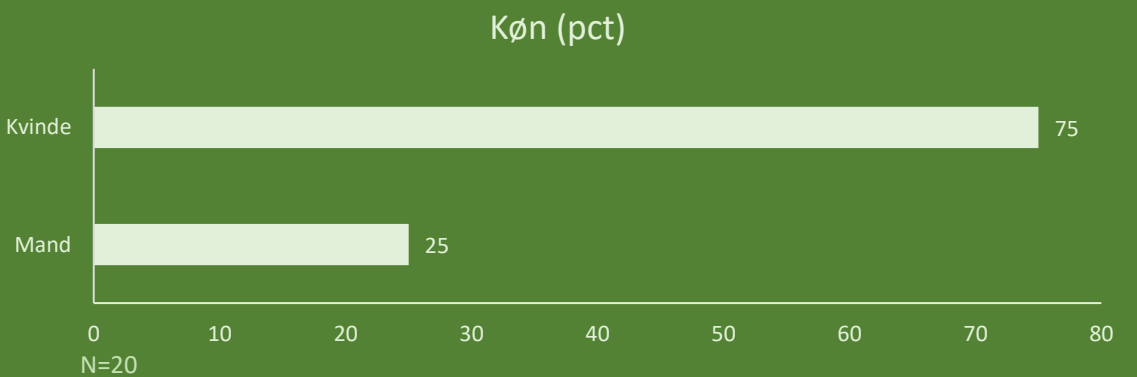
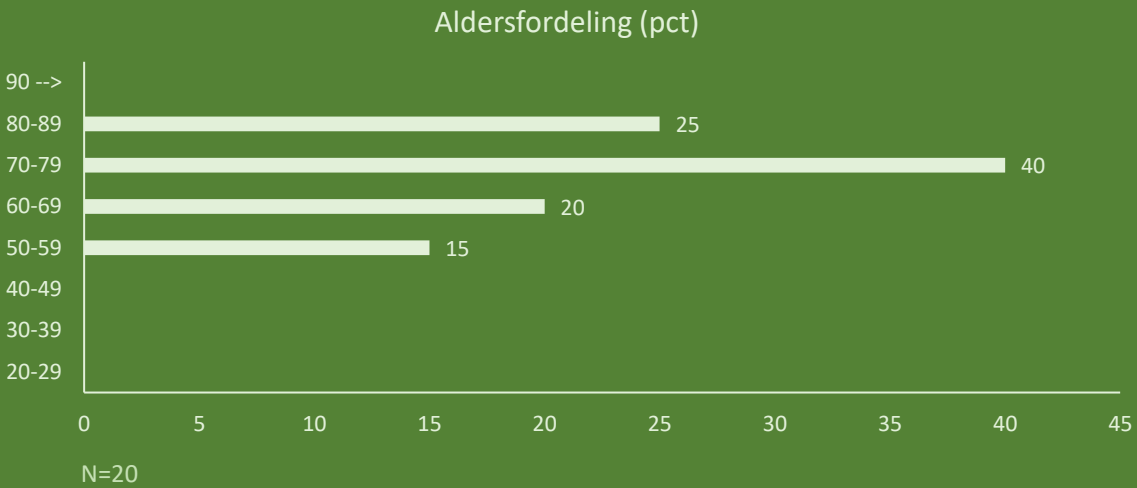
BILAG C

Baggrundsdata og tabeller

BAGGRUNDSDATA

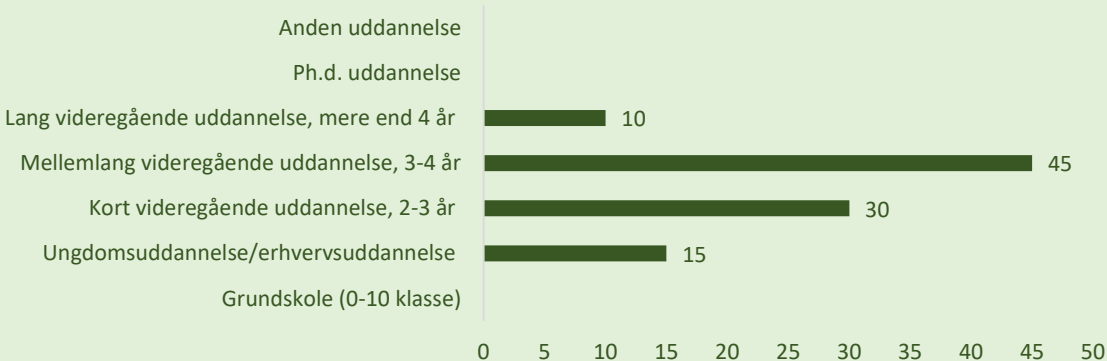


BAGGRUNDSDATA



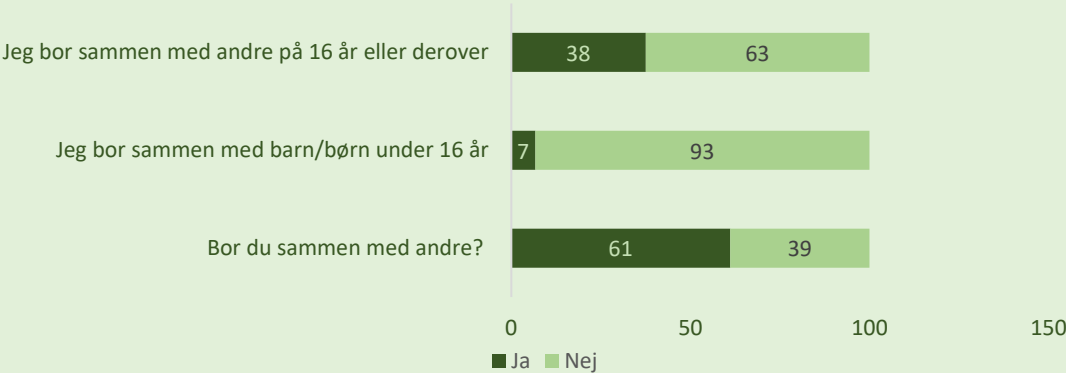
BAGGRUNDSDATA

Uddannelsesniveau (pct)



N=20

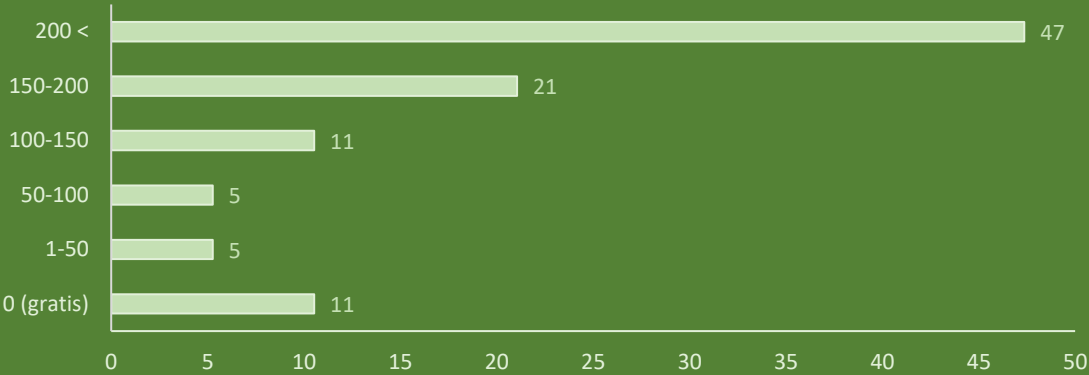
Boligsituation (pct)



N=20

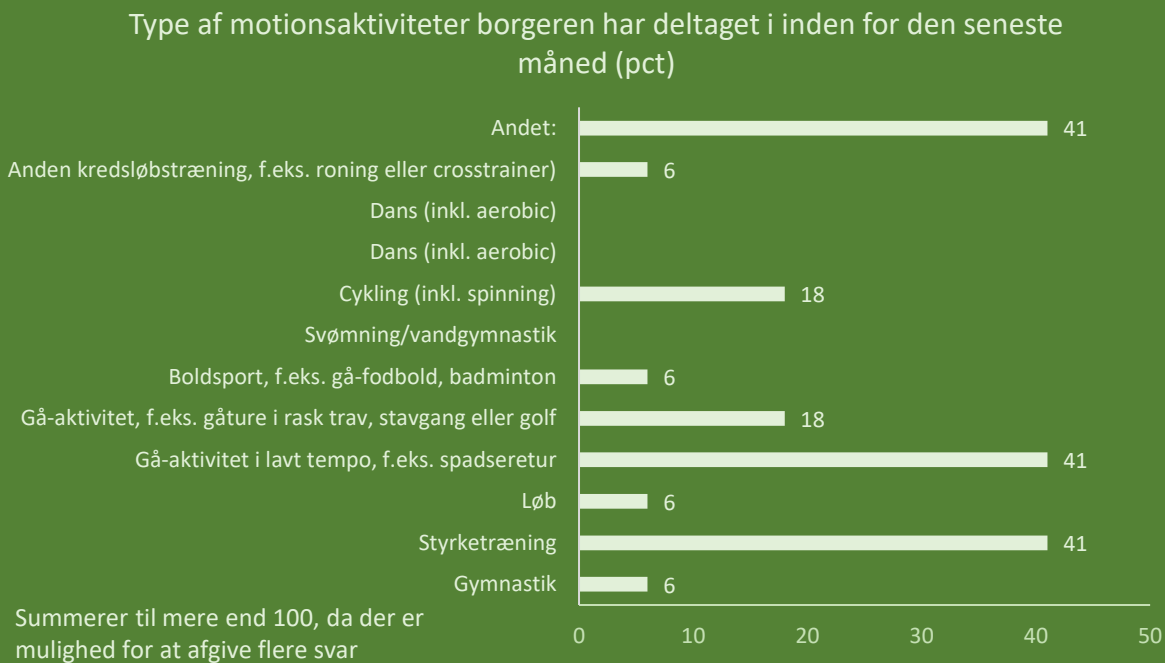
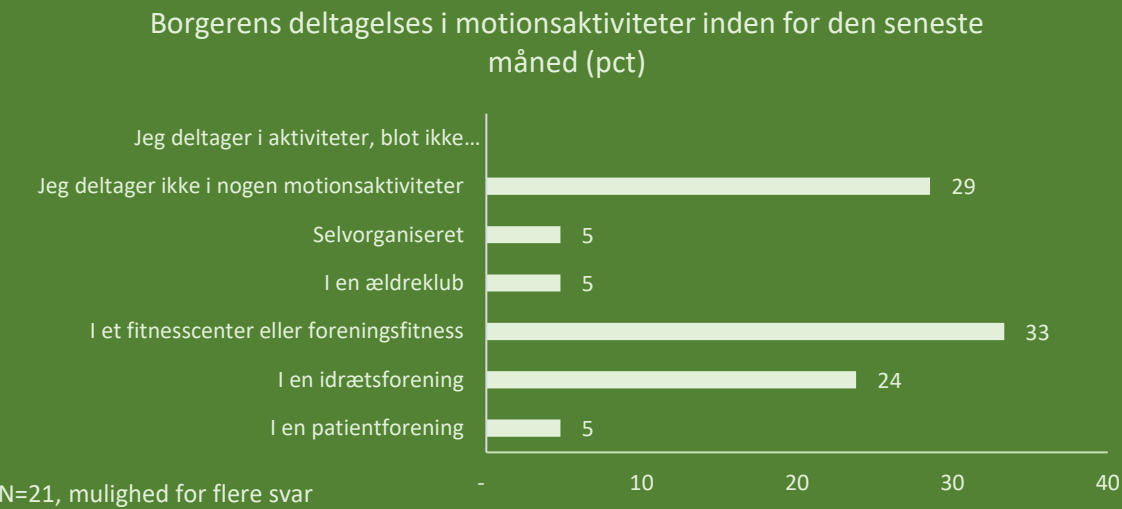
BAGGRUNDSDATA

Borgerens betalingsvillighed for træningstilbud i foreninger/fitnesscenter (pct)

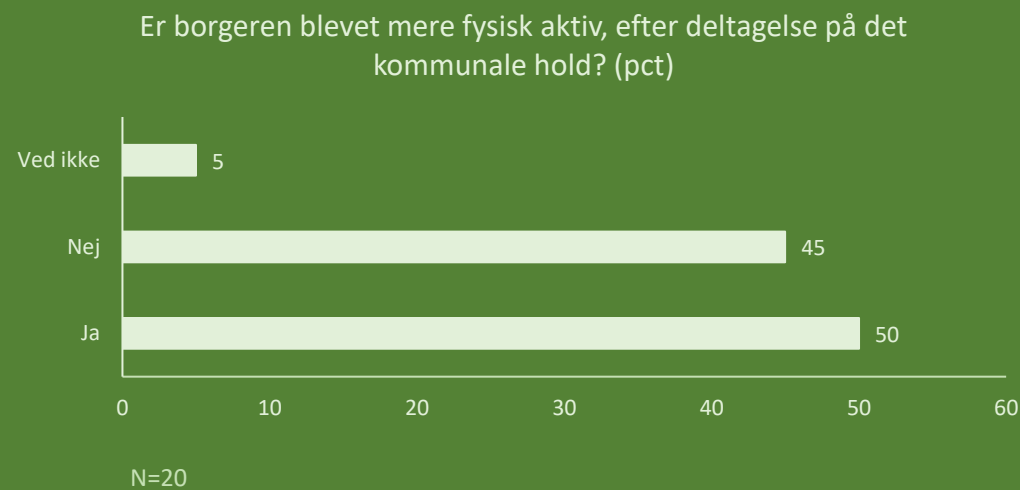
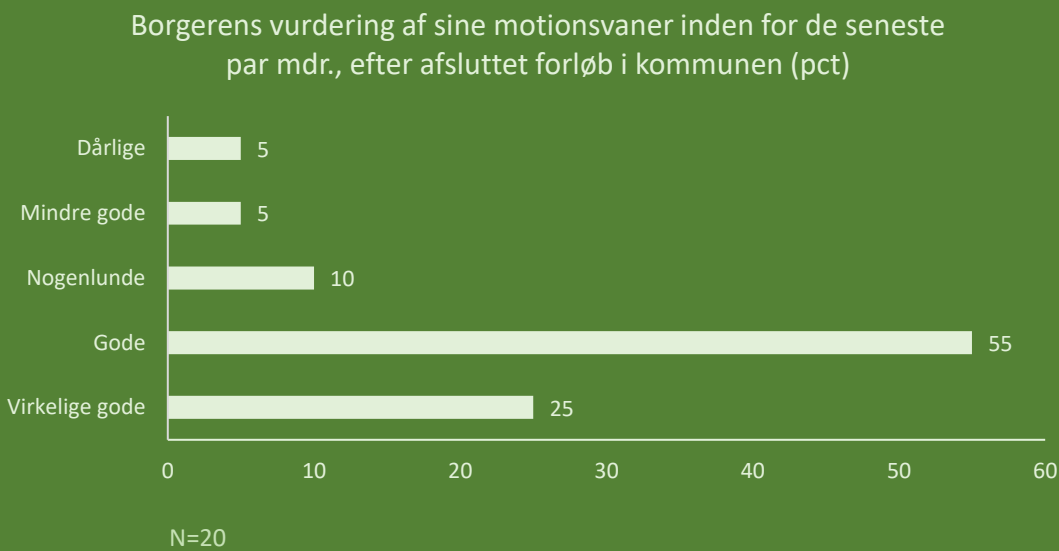


N=20

BORGERNES AKTIVITETSNIVEAU



BORGERENS MOTIONSVANER



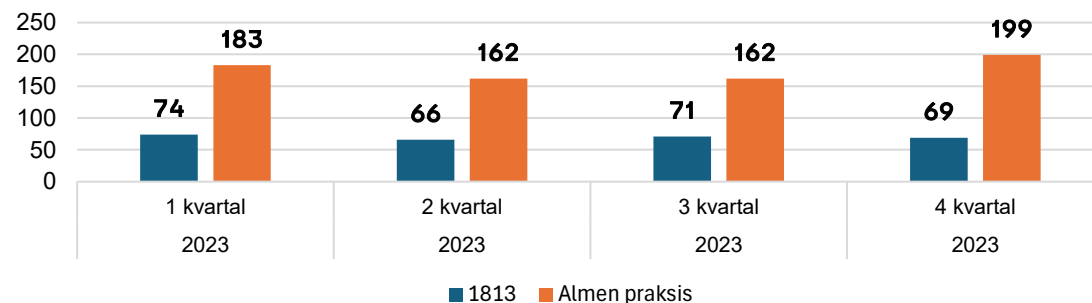
Hvem indlægger de borgere som har været i kontakt med akutteamet?

**Tine Bjerregaard Kryger
Charlotte Demant**

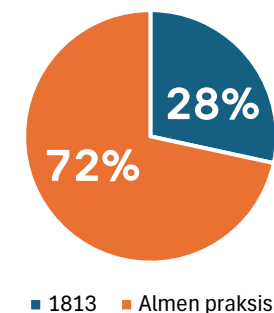


28% af borgere som i 2023 afsluttes af akutteamet pga. indlæggelse, indlægges af 1813 - 72% indlægges af almen praksis

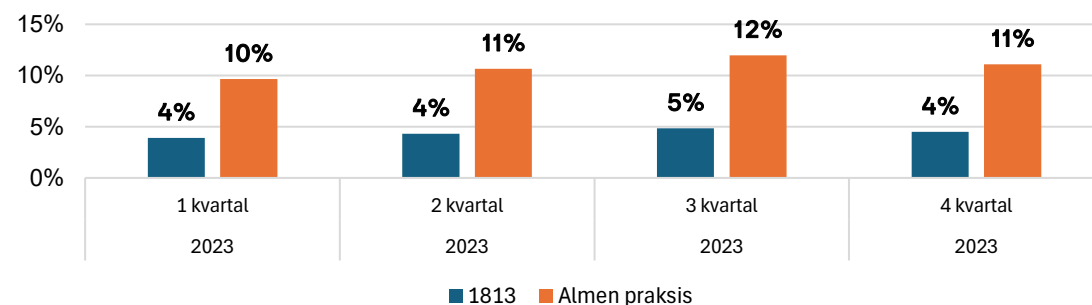
Figur 1. Antal indlæggelser af hhv. 1813 og almen praksis*



Figur 2. Andelen af indlæggelser af hhv. 1813 og almen praksis i 2023*



Figur 3. Andelen af indlæggelser ift. antal totale henvendelser til akutteamet**



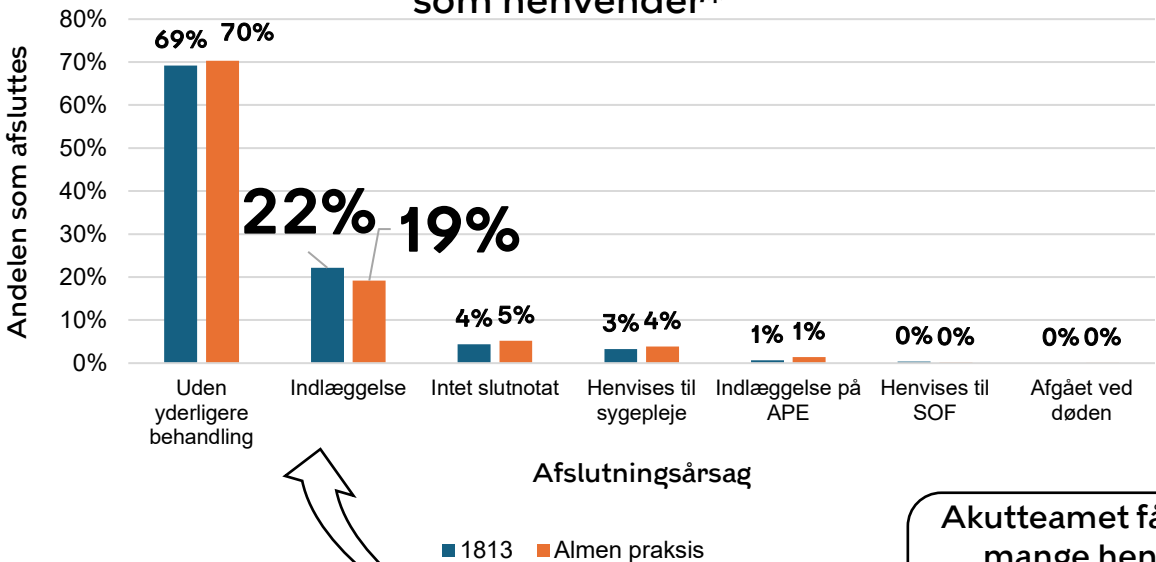
*En borger kan godt gå igen flere gange i løbet af ét kvartal og optræde i flere kvartaler da en borger godt kan blive genindlagt eller indlagt på ny

**Andelen af indlæggelser er beregnet ud fra total antal henvendelser til akutteamet for borgere i alle aldre

Indlæggelse er defineret ud fra tidspunkt på døgnet dvs. indlæggelser i tidsrummet kl.8-16 er lig almen praksis og øvrige tidspunkter på døgnet er lig 1813. Data er trukket ud fra det tidspunkt hvor akutteamet registrerer at forløbet afsluttes. Dvs. at tidspunktet for hospitalets afsendelse af avis ikke er inkl. i data.

22% af de borgere, hvor 1813 henvender sig til akutteamet, indlægges - resten afsluttes af andre årsager

Figur 4. Andel som afsluttes (ud af total antal afslutninger) fordelt på de forskellige afslutningsårsager for hhv. 1813 og almen praksis som henvender*



Tabel 1. Afslutningsårsag når 1813/almen praksis henvender sig til akutteamet*

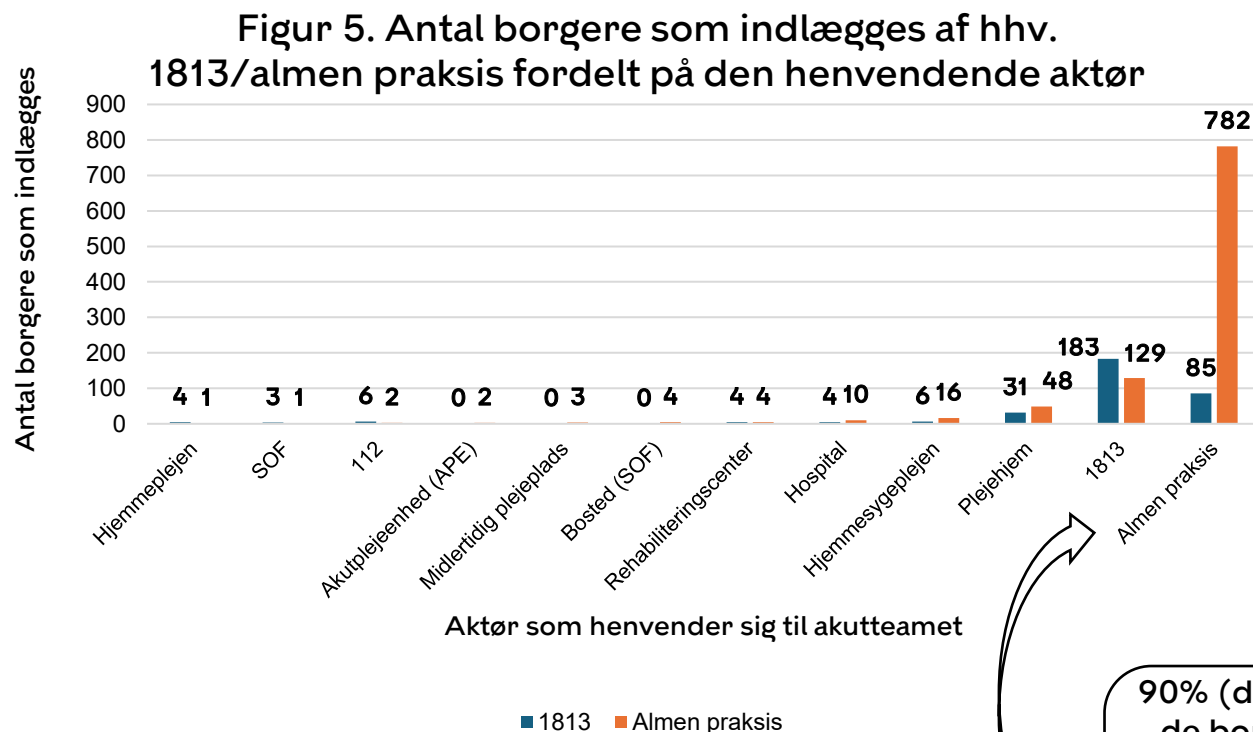
Afslutningsårsag	Henvender	
	1813	Almen praksis
Uden yderligere behandling	975	3179
Indlæggelse	312	867
Intet slutnotat	62	234
Henvises til sygepleje	46	173
Indlæggelse på APE	9	63
Henvises til SOF	5	5
Afgået ved døden	0	2
Total	1409	4523

Akutteamet får omkring tre gange så mange henvendelser fra almen praksis som fra 1813. I de tilfælde hvor 1813 henvender sig indlægges en lidt større andel af borgerne.

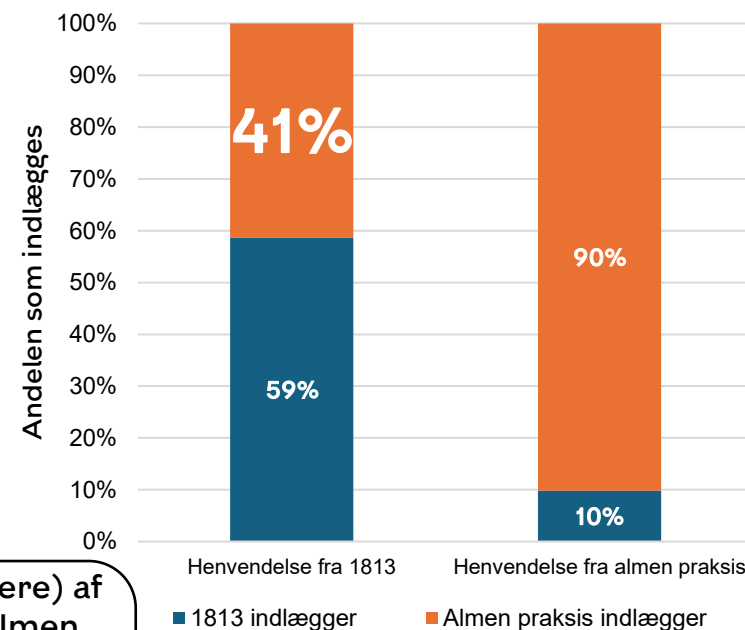
*Data er baseret på perioden 1. januar 2023 til og med 31. maj 2024

Indlæggelse er defineret ud fra tidspunkt på døgnet dvs. indlæggelser i tidsrummet kl.8-16 er lig almen praksis og øvrige tidspunkter på døgnet er lig 1813. Data er trukket ud fra det tidspunkt hvor akutteamet registrerer at forløbet afsluttes. Dvs. at tidspunktet for hospitalets afsendelse af avis ikke er inkl. i data.

41% af de borgere, hvor 1813 henvender sig til akutteamet om aftenen/natten, og som ender med at blive indlagt, bliver indlagt af almen praksis i dagtimerne



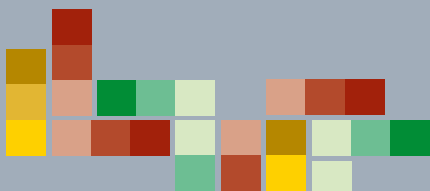
Figur 6. Andelen som indlægges af 1813/almen praksis



90% (dvs. 782 borgere) af de borgere, hvor almen praksis har henvendt sig til akutteamet i dagtimerne, og som ender med at blive indlagt, bliver indlagt af almen praksis

*Data er baseret på perioden 1. januar 2023 til og med 31. maj 2024

Indlæggelse er defineret ud fra tidspunkt på døgnet dvs. indlæggelser i tidsrummet kl.8-16 er lig almen praksis og øvrige tidspunkter på døgnet er lig 1813. Data er trukket ud fra det tidspunkt hvor akutteamet registrerer at forløbet afsluttes. Dvs. at tidspunktet for hospitalets afsendelse af avis ikke er inkl. i data.



Sundhedsklynge
Byen



AFRAPPORTERING DEN SIDSTE TID OG PALLIATIVE INDSATSER TIL BORGERE MED KOL

FREDERIKSBERG
KOMMUNE



Bispebjerg og Frederiksberg
Hospital

Indhold

1.	Resume.....	1
2.	Baggrund	4
3.	Organisering af arbejdet i Sundhedsklyngeregi	7
4.	Proces	8
	Afdækning	9
	Målgruppe	10
	Fælles samtaler	10
	Workshop	11
	Afprøvninger	12
	Kompetencer	14
	Data	15
	Model	16
5.	Konklusion.....	17
	Pointer fra arbejdet med "Den sidste tid"	18
	Anbefalinger til videre arbejde:	18
6.	Litteratur	19
	Bilag 1: Afdækning af allerede eksisterende tilbud i henholdsvis primær og sekundær sektor	20
	Bilag 2: KOL-Livet	21
	Bilag 3: Invitation til temadag i forbindelse med afprøvningen af "Fælles hjemmebesøg"	22
	Bilag 4: Opsamling på drøftelser omkring afholdelse af fælles samtaler	23
	Bilag 5: Evalueringsskemaer fælles hjemmebesøg	24
	Bilag 6: Program for workshop og tidsplan for opfølgning	27
	Bilag 6: Program for workshop og tidsplan for opfølgning	27
	Bilag 7: Struktur for fælles hjemmebesøg	28
	Bilag 8: Proces i udvikling af model	29

1. RESUME

BAGGRUND:

Der er i dag et misforhold mellem borgere med svær/meget svær KOL's palliative behov og den pleje og behandling målgruppen modtager.

Politisk Sundhedsklynge Byen udpegede den 28. september 2022 "Den sidste tid" som et af klyngens fokusområder.

Valget af fokusområdet er truffet på baggrund af, at borgere med kroniske sygdomme ofte har mange kontakter til sundhedsvæsenet i deres sidste leveår. Der er dokumenteret, at tidlig afklaring af behandlings- og plejeønsker kan forbedre livskvaliteten, men der mangler en systematisk tværsektoriel tilgang til samarbejdet om borgeren.

Indsatsen "Den sidste tid og palliative indsatser" har til formål at udvikle et tværsektorielt samarbejde og implementere strukturer, der kan støtte borgere med svær KOL i deres sidste tid. Det er vigtigt at sikre, at disse borgere får en individuel og sammenhængende plan for deres forløb, der respekterer deres ønsker og behov. Udviklingen er sket i et samarbejde mellem Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune og Afdeling for Lunge- og Infektionssygdomme (Afd. L), Bispebjerg Hospital.

INDHOLD:

Forbedringsprojektets omdrejningspunkt har været at organisere sig på tværs af sektorer for at styrke den tidlige opsporing af palliative behov med henblik på at øge livskvaliteten for svært syge borgere med KOL.

I den afdækning, der indledte forbedringsprojektet, blev det tydeligt, at indsatsen kunne inddeles i to områder. Første område kunne betegnes som den stabile fase med fokus på lindring og sygdomsmestring i hverdagslivet. Det andet område knyttede sig op på håndtering af en helbredsmæssig forværring af borgerens KOL i form af symptomer som smerter, immobilitet, angst, åndenød, tilstødte infektioner og deraf muligheder for behandling i hjemmet og eventuel død i hjemmet.

Projektet har arbejdet indsatser inden for tre områder: 1) Kompetencer på tværs af primær og sekundær sektor 2) Lindring og livskvalitet 3) Tværsektoriel infrastruktur for at bedre borgerens sidste tid og styrke de palliative indsatser borgeren med KOL har behov for i den sidste tid.

MÅLGRUPPE:

Borgere tilknyttet "KOL-livet" på Afd. L. Det vil sige den gruppe af borgere med KOL, som har meget svær nedsat LFU (Fev1< 30% af forventet), høj symptombyrde, herunder åndenøds-/angstproblematik, hyppige forværringer og/eller evt. iltbehandling/noninvasiv ventilation (NIV) i hjemmet og en forventet begrænset levetid på 1-2 år.

METODE:

Efter den indledende afdækning og opnået fælles forståelse for målgruppen blev der, med afsæt i Forbedringsmodellen, afholdt en fire dages workshop med deltagelse af 20 medarbejdere fra begge sektorer og fem opfølgende workshops dage, hvor indsatser blev idégenereret, planlagt, afprøvet, analyseret, tilpasset og evalueret.

RESULTATER:

Der har været arbejdet med følgende indsatser:

Kommunikation på tværs af sektorerne via korrespondancemeddelelser: Udvikling af relevant, standardiseret fagligt indhold leveret rettidigt med relevant indhold.

Fælles hjemmebesøg: Der blev afprøvet 16 fælles hjemmebesøg hvor begge sektorer deltog. Undervejs blev der udviklet struktur og rollefordeling i det fælles besøg.

Intentionen med fælles hjemmebesøg er at skabe et professionelt image, hvor vi er fælles om og med borgeren, herunder bidrage til et mindre sektoropdelt borgerforløb. Evalueringen af disse besøg er, at borgerne følte sig inddraget, set og understøttet i deres sygdomsforløb. Desuden blev det fremhævet, at der er store fordele for de sundhedsprofessionelle i de tværsektorielle besøg. Eksempelvis opstod der fælles forståelse blandt de professionelle for borgerens behov for at opnå symptomlindring i hjemmet, undgå hospitalsindlæggelser og generelt øget livskvalitet i hjemmet. Gennem den fælles forståelse blev det tydeligt og håndterbart, hvilke indsatser begge sektorer skal bidrage med.

Udfordringerne med det ovenstående er at få de organisatoriske strukturer til at følge de faglige vurderinger og beslutninger, der er truffet i et fælles hjemmebesøg med borgeren og deres pårørende. Den del af projektet er tidskrævende og kræver kompetencer og villighed fra ledelserne i begge sektorer.

Rådgivningstelefon til sundhedsprofessionelle: Rådgivningstelefonen er afprøvet som en del af kompetenceudvikling og tværsektoriel tilknytning. Telefonen er testet med otte praksisnære opkald med generelle problemstillinger. Gennemsnitligt tidsforbrug pr. opkald var 4 min 45 sek. (2-9 min).

Håndtering af forværringer i eget hjem: Projektet har også arbejdet med en systematisk indsats for at håndtere forværring af helbredstilstanden hos borgeren med svær KOL. Der er udarbejdet og afprøvet arbejdsgange for samarbejde mellem den kommunale akutfunktion og Afd. L for at sikre muligheden for tilsyn og behandling i hjemmet.

De afprøvninger, der er gennemført, viser stor værdi for borgeren i at kunne blive vurderet og tilbudt behandling i vante omgivelser over dage, og dermed "slippe" for den relative store belastning der er ved at blive indlagt på en hospitalsafdeling.

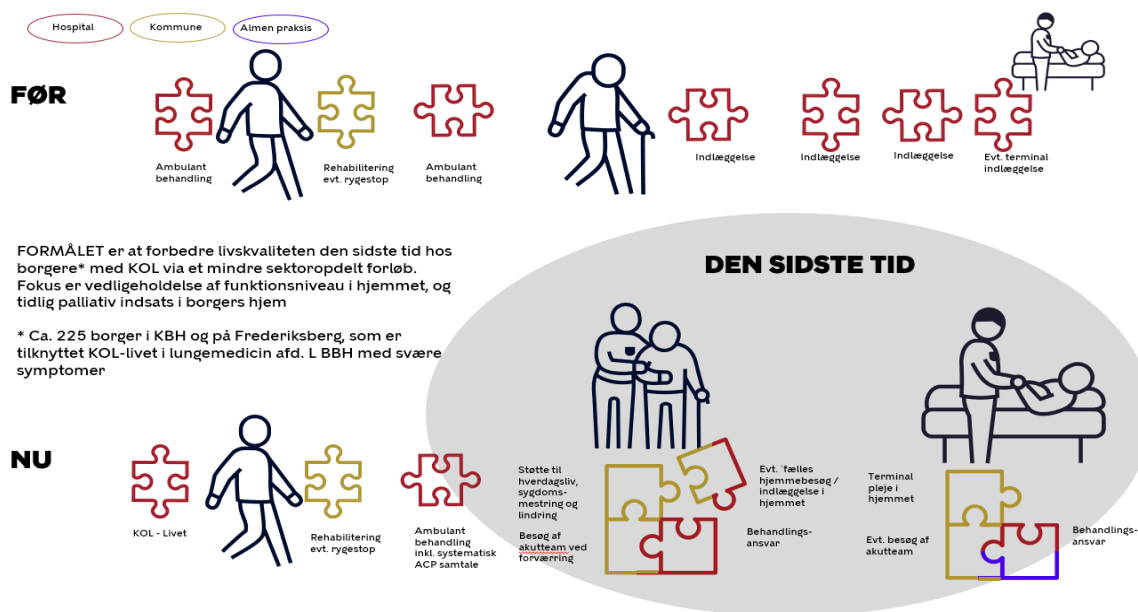
I dette samarbejde ligger der stor tillid mellem faggrupperne og sektorerne i at sikre, at de rette tegn og symptomer bliver set og handlet korrekt på. Samarbejdet kræver et stort "set up" og meget stor velvillighed i begge sektors ledelsesstreng for, hvad der organisatorisk kan lade sig gøre, for at borgeren kan få individuelle forløb og indsatser i hjemmet.

DATA:

Projektet har desuden haft mulighed for at arbejde med et fælles datasæt omkring målgruppen. Der har været et meget stort behov for at kunne sammenkøre de to sektors data således, at det fulde billede for borgernes behov blev synligt. Der er indsamlet data via Sundhedsplatformen for 225 KOL-livs borgere i projektet. Dertil kommer at der for de 163 borgere i Københavns Kommune yderligere er indhentet data i det kommunale omsorgssystem Cura. Data viser blandt andet, at 43,6% af målgruppen ikke modtager hjælp fra kommunen, trods en høj symptombyrde og hyppige indlæggelser.

MODEL:

Nedenfor ses den generiske model, som sideløbende med afprøvningerne er blevet udviklet for at illustrere, hvordan tidligere fragmenterede indsatser ved hjælp af nye relationer og samarbejdsflader bidrager til nye sammenhængende tilbud og indsatser i den sidste tid, noget der bidrager til øget livskvalitet hos borgerne.



KONKLUSION:

Arbejdet i projektet "Den sidste tid og palliative indsatser" har fokuseret på at afdække, rammesætte og strukturere samarbejdet mellem sygehus og kommune for en udvalgt gruppe af borgere med KOL, med særlig store behov for palliative tiltag, i de sidste 1-2 år af deres liv.

Mange af afprøvninger bygger på, udefra set, "simple tiltag", men som ved at blive set i en kliniknær, tværsektoriel sammenhæng kan få stor betydning for det samlede patientforløb. Det er derfor også en væsentlig pointe, at det måske ikke er en masse nye store tiltag, der skal iværksættes for at lykkes med at imødekomme borgernes behov, men i stedet et fokus på eksisterende indsatser og samarbejdsflader i et tværsektorielt og tværfagligt perspektiv. Det er blandet blevet tydeligt i projektet, at hvis indsatserne ikke kan individualiseres, så takker borgene nej til hjælpen.

Det har været unikt at opnå mulighed for at kunne kæde de kommunale og hospitalsmæssige data sammen for den enkelte borger og derigennem få et sammenhængende billede af borgernes sygdom og hverdagsliv, hvilket vil danne afsæt for det videre arbejde.

2. BAGGRUND

Borgere med kroniske obstruktiv lungesygdom (KOL) har i deres sidste leveår mange kontakter til sundhedsvæsenet. Ofte sker disse kontakter i forbindelse med kritiske situationer og forværringer (1).

Ifølge tidligere opgørelser fra Lungeforeningen har de fleste, der dør af KOL, være indlagt én eller flere gang indenfor de sidste tre leveår, mens 6,4% aldrig har været indlagt (1).

Ifølge Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL) årsrapport 2022 (2) genindlægges 18 % af patienter med KOL i Region Hovedstaden (15% BBH) inden for 30 dage, svarende til 647 forløb ud af 3631. På BBH svarede det til 93 genindlæggelser ud af 609 forløb i 2022. I forhold til unikke cpr-numre er det 64 patienter ud af 483. Det laveste antal indlæggelser ses i aldersgruppen 39-59 år, men procentmæssigt har de den højeste andel genindlæggelser på 22% (67/304). Den laveste andel genindlæggelser rate er på 16% og findes hos borgere + 80 år (186/1177).

Data trukket via Sundhedsplatformen viser, at der i år 2022 var i alt 412 KOL patientforløb (udskrevne) fordelt på 284 unikke cpr-numre. Af disse havde 127 patienter (45%) i forvejen et ambulant forløb i Afdeling for Lunge-og Infektionssygdomme (Afd L). Patienter udskrevet fra Akutvurderingsafsnit (AVA) var der i alt 115 patient forløb fordelt på 103 unikke cpr-numre. Heraf havde 45 (44%) patienter (54 forløb) i forvejen et forløb i ambulatoriet.

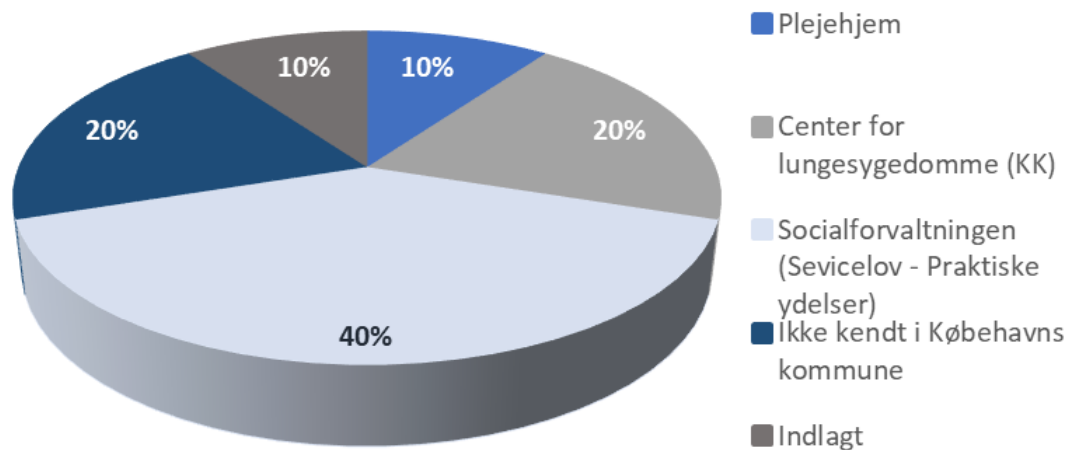
På genindlæggelsesfrekvensen på disse specifikke patientforløb ses, at fra sengeafdelingerne blev 123 patienter genindlagt inden for 30 dage (30%), heraf 49 patienter (12%) inden for 7 dage. Fra AVA blev 24 patienter (21%) genindlagt inden for 30 dage, heraf 8 (7%) inden for 7 dage.

Udover risikoen for at blive genindlagt ses også en høj mortalitets rate hos borgere indlagt med en forværring i KOL. I Region Hovedstaden dør 17% af patienterne (BBH 16%) inden for 30 dage efter en indlæggelse med KOL i forværring. For patienter i alderen 30-59 år er dødeligheden 7%, mens den for + 80-årige er 24 %. I absolutte tal dør der på BBH, ifølge DrKOL, 76 patienter med KOL om året.

Karakteristika for mennesker med KOL er oplevelsen af faldende livskvalitet gennem fysiske, psykiske, sociale og åndelige forringelser. En utilstrækkelige symptomkontrol og øget funktionsbegrænsning skaber en nedadgående spiral af svækkelse, træthed og social isolation, hvilket medvirker til at skabe angst, panik og depression. Dette øger igen risikoen for forværringer og indlæggelser (1). KOL er en sygdom med høj grad af uforudsigelighed og mange er samtidig multisyge, hvilket også påvirker det samlede sygdomsforløb. Ifølge DrKOL har 33% tre eller flere andre konkurrerende sygdomme (2).

Trods denne høje symptombyrde viste en lille stikprøve blandt 10 tilfældige KOL-livs borgere i Københavns kommune, at hver femte slet ikke var kendt i kommunen.

KOL-liv borgere i Københavns Kommune



Studier beskriver, hvordan en manglende afklaring om fremtiden kan skabe bekymring hos mennesker med KOL. For nogle kommer det til udtryk ved, at fremtiden ikke eksisterer for dem, og de derfor ikke gør sig tanker om fremtidig behandling/ palliation, mens det for andre kommer til udtryk i en frygt for fremtiden og for, hvordan døden vil finde sted. Mange lever med usikkerhed og frygt for den næste forværring og for døden, som de frygter, vil indtræffe ved kvælning (1). Svært syge mennesker med KOL oplever at være overladt til sig selv. Både med svære symptomer, manglende socialt fællesskab og oplevelsen af at være efterladt alene uden hjælp og omsorg samt overladt til selv at klare angsten for døden (3).

Udviklingen af KOL er uforudsigelig og i samspil med den høje mortalitet i forbindelse med forværringer og høj grad af symptombyrde, er det nødvendigt med systematisk fokus på palliative behov hos denne gruppe mennesker for at sikre de rigtige indsatser iværksættes til at imødekomme palliative behov og øge mestringsevnen. Betydningen af et systematisk fokus understreges af, at både borgere med KOL og pårørende oplever, at kontakt med sundhedspersonale er motiverende, anvisende, støttende og bidrager til at opretholde håb (4,5).

European Respiratory Society foreslår i deres nyeste anbefalinger (6), at behovet for opstart af palliative indsatser aktivt undersøges og iværksættes sideløbende med sygdomsmodificerende behandling, frem for at vente til den terminale fase af sygdomsforløbet.

Dette sundhedsklyngesamarbejde "Den sidste tid og palliative indsatser" skal undersøge, om en fælles indsats på tværs af sektorer kan opspore palliative behov. Dette skal bidrage til, at den sidste del af livet kan leves med størst mulig livskvalitet, at behandling og pleje planlægges og koordineres, hvilket herved også kan bidrage til et bæredygtigt samlet ressourceforbrug på tværs af region og kommuner.

Målgruppen for indsatsen er borgere tilknyttet "KOL-livet", som i henhold til KOL-Forløbsprogrammet (7), er stratificeret til behandlingsansvar på hospitalet. "KOL-livet" er en særlig ambulant tilgang til behandling og opfølgning hos den gruppe af borgere med KOL, der har størst sygdomsbyrde og dårligst prognose. Gruppen er karakteriseret ved: Hyppige eksacerbationer/indlæggelser, meget svært nedsat LFU ($Fev1 < 30\%$ af forventet), høj symptombyrde, svære åndenøds-/angstproblematikker og/eller evt. iltbehandling/noninvasiv ventilation (NIV) i hjemmet samt forventet restlevetid på 1-2 år.

Der er for nuværende ikke nogen systematisk tilgang til at behovsafdække palliative behov og tværsektorielt imødegå disse.

FORMÅL:

Denne sundhedsklyngeindsats skal bidrage til, at borgerne oplever en større livskvalitet i deres sidste tid. Det skal ske ved at afprøve og beskrive en fælles tværsektoriel indsats med fokus på systematisk at afdække palliative behov hos borgere med svær/meget svær KOL og sikre fælles individualiserede indsatser, blandet andet muligheden for at blive i eget hjem i forbindelse med forværringer.

Sideløbende skal dokumentation og deling af information understøtte sammenhæng i den palliative indsats og gensidig kompetenceudvikling.

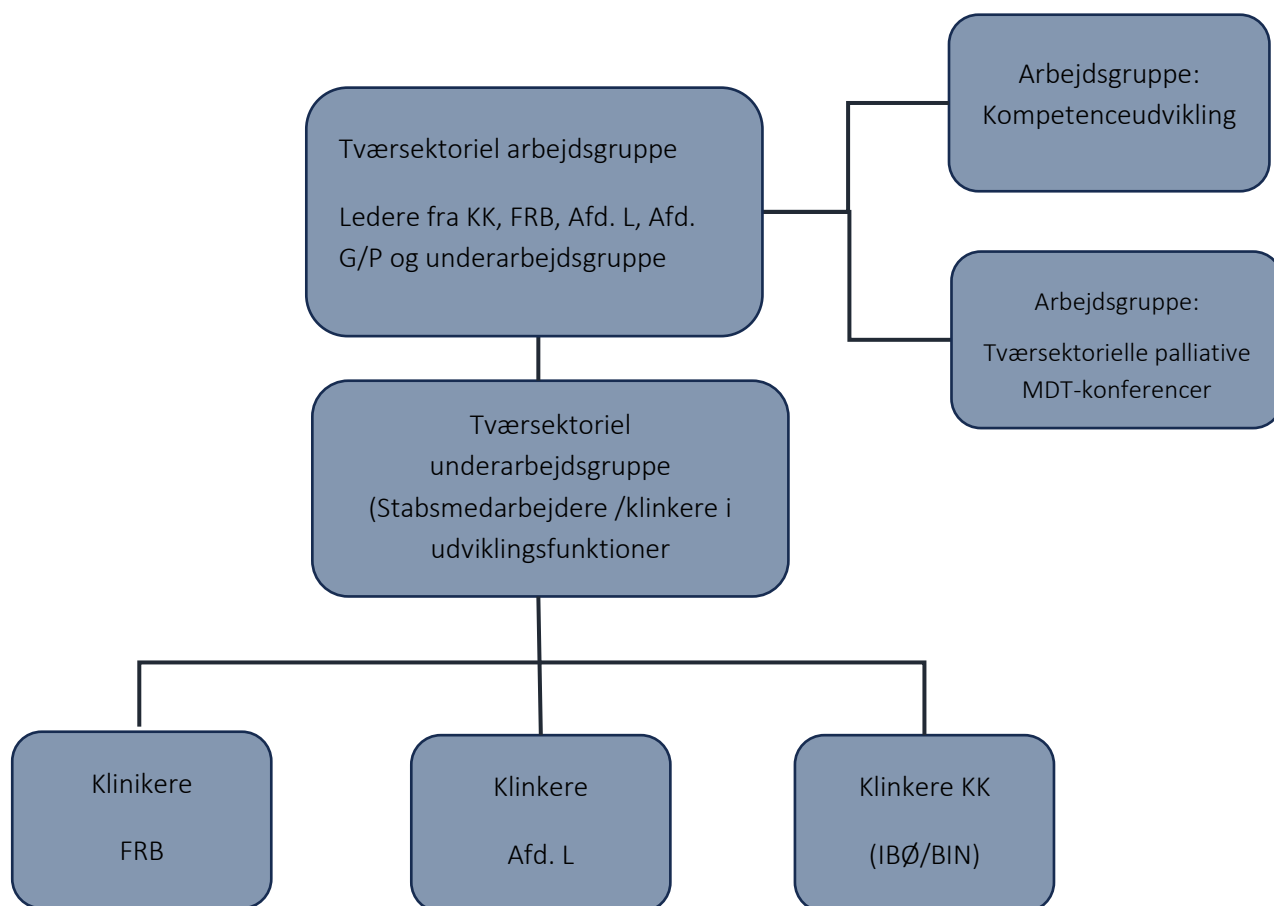
Projektet er af eksplorativ karakter og skal bidrage til at genere ny viden, som kan danne afsæt for yderligere kommende afprøvning af forskellige indsatser og samarbejdsflader også inden for andre sygdomsgrupper.

Denne afrapportering vil beskrive, hvordan projektet det sidste år har været grebet an, herunder organisering af arbejdet, processen, afprøvningerne og endelig anbefalinger for det fremtidige arbejde samt en model for fremtidigt arbejde på baggrund af de opnåede erfaringer.

3. ORGANISERING AF ARBEJDET I SUNDHEDSKLYNGEREGI

Den Faglige Sundhedsklynge nedsatte en arbejdsgruppe bestående af ledere og stabsmedarbejdere fra Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og Afdeling for Lunge-og Infektionssygdomme (Afd L) på Bispebjerg Hospital. Desuden er der deltagere fra KAP-H og Palliativ Afdeling fra Bispebjerg Hospital og Rigshospitalet.

Derudover blev en underarbejdsgruppe med stabsmedarbejdere nedsat for at sikre udvikling og fremdrift i projektet bl.a. gennem dialog og afstemning med eget bagland samt igangsættelse af relevante og klinisknære tiltag. Senere i processen blev nedsat to arbejdsgrupper i forhold til videre arbejde omkring palliativ kompetenceudvikling.



Figur 1: Organisationsdiagram for sundhedsklyngearbejdet

Projektet har arbejdet med afsæt i Forbedringsmodellen. Der har undervejs været afholdt workshops og opfølgende dage med deltagelse af 20 klinikere, som i fællesskab har afdækket indsatsområder, der kan fremme palliative indsatser i den sidste tid og som efterfølgende har dannet afsæt for afprøvninger.

Sideløbende med projektet i Sundhedsklyngeregiet har der været andre aktiviteter, som har understøttet projektet. Fem deltagere fra arbejdsgruppen har deltaget i det Nationale Ledelsesprogram og klinikere har deltaget i BYG-Bro initiativet "KOL på tværs" med fælles studiebesøg og et fælles læringsstræf, hvilket indledningsvis har bidraget til afdækning af muligheder og barrierer i samarbejdet.

4. PROCES

Udviklingen i arbejdet og præcisering af indsatser kan beskrives ud fra nedenstående proces og temaer.



Afdækning

- Afdækning af nuværende tilbud, indsatser og kendte udfordringer
- Indtænke indsatser i forhold til både stabil fase og fase i forhold til begyndende forværring



Målgruppe

- Stratificering behandlingsansvar hospitalsregi (Meget svær nedsat LFU (Fev1 < 30% af forventet) med høj symptombyrde, iltbehandling/noninvasiv ventilation (NIV) i hjemmet, Åndenøds/angstproblematik)
- Tilknyttet KOL-Livet på BBH
- Identificere palliative behov med afsæt i SPCIT
- Forventet begrænset levetid 1-2 år



Fælles samtaler

- Opnå fælles indsigt i og forståelse for målgruppen
- Afprøvning af 10 tværsektorielle fælles samtaler i hjemmet med afsæt i systematisk behovsafdækning (PRO-Basal) mhp. iværksættelse af rette indsatser
- Temadag: Viden om KOL, kommunikation med afsæt i PRO-Basal og drøftelser af afprøvning



Workshop

- Gennemgang af borger/patientforløb
- Øge kendskab til forskellige muligheder gennem forskellige oplæg
- Idégenerering og tilpasning i forhold til kommende afprøvning



Afprøvning

- Tværsektoriel kommunikation
- Fælles hjemmebesøg
- Selvhjælpsplan
- Rådgivningstelefon
- Håndtering af forværringer i eget hjem



Kompetencer

- Indsatser mhp øge palliative kompetencer (begge tager afsæt i eksisterende tilbud)
 - a) "Vidensløft i palliation" med tværsektoriel deltagelse
 - b) Multidisciplinær team konference (MDT) med virtuel tilkobling af kommunale samarbejdspartnere



Data

- Arbejde med data omkring denne valgte population på tværs af sektorer med henblik på at opnå større indsigt og kendskab



Model

- Udarbejde en generisk model i forhold til samarbejde omkring palliative indsatser

Processen startede op september 2023 og forventes at fortsætte hen over efteråret 2024.

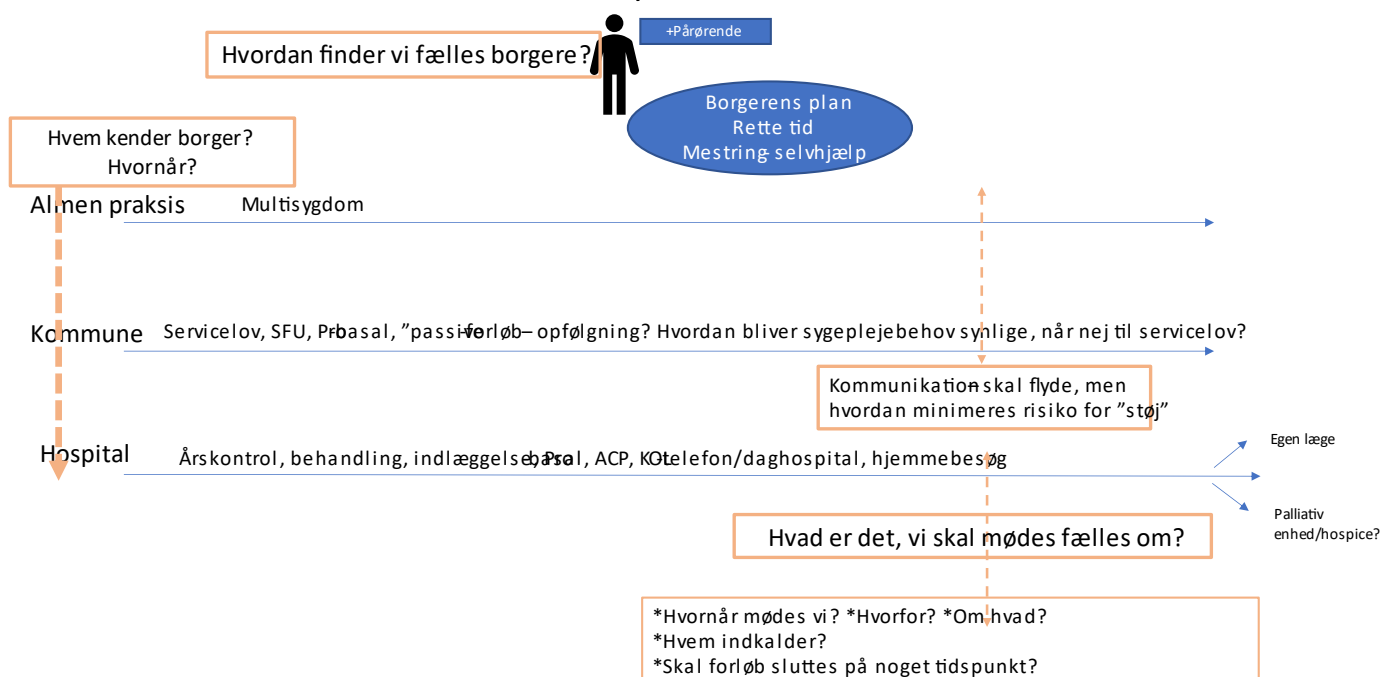
AFDÆKNING

Indledningsvist blev det afdækket, hvilke tilbud der aktuelt fandtes til borgere med KOL i både kommunal og hospitalsregi (bilag 1). Det blev tydeligt, at der var gode enkeltstående indsatser, men ofte manglede sammenhæng og samarbejde, der forhindrede synergi i allerede igangsat arbejde og i at udnytte ressourcer bedst muligt.

Grundet KOL sygdommens natur og uforudsigelighed, både i forhold til symptomer og forværringer, var det nødvendigt ikke kun at varetage indsatser i en stabil fase, men også indtænke handlemuligheder for at forebygge u hensigtsmæssige/unødvendige indlæggelser, som f.eks. kunne skyldes angst problematikker eller for sen reaktion på forværring i symptomer.

Det videre arbejde tog afsæt i, hvordan indhold og koordination kunne skabe bedst muligt forløb.

Vi er alle en del af forløbet – men hvordan?



Figur 2: Aktører og roller i borgerens forløb

MÅLGRUPPE

Fra kommunal side var der en særlig opmærksomhed på og behov for at få defineret og afgrænset målgruppen for at sikre, at den ekstra indsats og opmærksomhed blev givet til de rigtige. I Afd. L var allerede igangsat en proces omkring reorganisering af det ambulante tilbud til bl.a. symptomatiske patienter med meget svær KOL. I stedet for traditionelle planlagte kontroller blev der arbejdet henimod langt højere grad af behovsrettet og palliativt tilbud (KOL-livet) (bilag 2) med bl.a. systematisk behovsafdækning, Advance Care Planning (ACP-samtaler) og tildeling af patientansvarlig sygeplejerske. Der er aktuelt tilknyttet ca. 250 patienter til KOL-livet. Patienterne i KOL-livet er netop den afgrænsede gruppe patienter, der er de sværest syge og har de største palliative behov. De blev derfor valgt, som en oplagt målgruppe.

Med afsæt i kliniske erfaringer understøttet af data fra LKT-projekt i Planområde Syd er denne målgruppe af svært syge borgere ofte ikke fulgt i den kommunale sygepleje. Næste skridt blev derfor, på tværs af sektorer, at arbejde med en fælles indsigt og forståelse for den valgte gruppe.

FÆLLES SAMTALER – INDLEDENDE AFPRØVNING SOM AFSÆT FOR FORSTÅELSE FOR MÅLGRUPPE

For at opnå denne indsigt og forståelse på tværs blev det besluttet indledningsvist at afholde fælles samtaler med deltagelse af en kommunal sygeplejerske og en KOL-livssygeplejerske. Gennem en eksplorativ tilgang med brug af behovsvurderingsskemaet PRO-Basal var ønsket at afdække, hvilke muligheder en fælles samtale på tværs af sektorer kunne give og i hvilken grad det var et afsæt til i højere grad systematisk at afdække og imødekomme borgerens palliative behov. Samtidig kunne de valgte borgere bidrage til at få et indblik i, i hvilket omfang kommunale ydelser og tiltag var iværksat. Kommunernes data ikke er baseret på lægefaglige diagnoser og dermed var det ikke muligt ved simple datatræk at få et indblik.

AFPRØVNING

- 10 fælles samtaler med afsæt i det generiske behovsvurderingsskema PRO-Basal Palliation. Fordelt på 4 borgere fra Frederiksberg Kommune udpeget af hospitalet og 6 borgere fra Bispebjerg/Nørrebro heraf 1 udpeget af kommunen. Deltagere: Borger, (eventuelt pårørende), patientansvarlig sygeplejerske fra hospital og kommunal sygeplejerske samt en observatør. Samtalen forventes at vare ca. 60 min + ca. 10 minutters evaluering.
- Afholdelse af temadag som forberedelse for de sygeplejersker, som skulle varetage samtalerne. Temadagen indeholdt både faglige oplæg og drøftelser om, hvordan de fælles samtaler skulle gribes an (bilag 3 og 4).
- Udarbejdelse af evalueringsskema af fælles samtaler både fra et borger- og sundhedsprofessionelt perspektiv (bilag 5). Herunder evaluering i forhold til et organisatorisk perspektiv, roller og afdækning af "huller" i forhold til at skabe bedst mulige samarbejde. Ligeledes afdækning af om der er særlige emner, som går igen.

ERFARING

Otte ud af ti planlagte besøg blev afholdt. En borger var indlagt og én orkede ikke at have besøg. I seks ud af otte besøg blev PRO-Basal Palliationsskemaet brugt, som afsæt for samtalen.

Opsummering og pointer fra de fælles samtaler er beskrevet herunder.

Borgernes perspektiv	• Meningsfuldt for borger med fælles møder • Hverdagslivet/livskvalitet – det centrale for borgeren • Flere borgere frasiger sig praktisk hjælp f.eks. bad (stressende, mange forskellige hjælpere) • Der er ikke kommunal sygepleje i hjemmene • Hyppige problemstillinger – ernæring, smerter, angst, åndenød, nedsat funktion, manglende træning • Borgerne ønsker ikke at komme på hospital, indsatser skal foregå i hjemmet
Organisatorisk perspektiv	• Mere struktur på ramme for samtale og roller • Sygeplejerskerne har svært ved at finde deres rolle og bidrage ind i samtale (paradigmeskift?) • Nogle problemstillinger favnes hurtigere og mindre administrativt tungt - hvordan koordineres opgaverne efterfølgende?

Tabel 1: Perspektiver afdækket ved fælles samtaler

WORKSHOP

For yderligere at bidrage til gensidigt kendskab, relations dannelse og idégenerering blev det besluttet, at der med fordel kunne afholdes en workshop inspireret af Region Syds model for forbedringsarbejde.

Workshoppen bestod indledningsvist af fire dage fulgt af efterfølgende 6 opfølgingsdage til afprøvninger og yderligere justering (bilag 6). Facilitering blev varetaget af to konsulenter fra Regionen. Planlægning af workshoppen foregik i samarbejde med de tre sektors ledere, underarbejdsgruppen og to konsulenter fra Region Hovedstadens Center for HRU, som også varetog facilitering. I selve workshoppen deltog i alt 20 sygeplejersker, læger, kvalitetsmedarbejdere og deltagere fra underarbejdsgruppen.

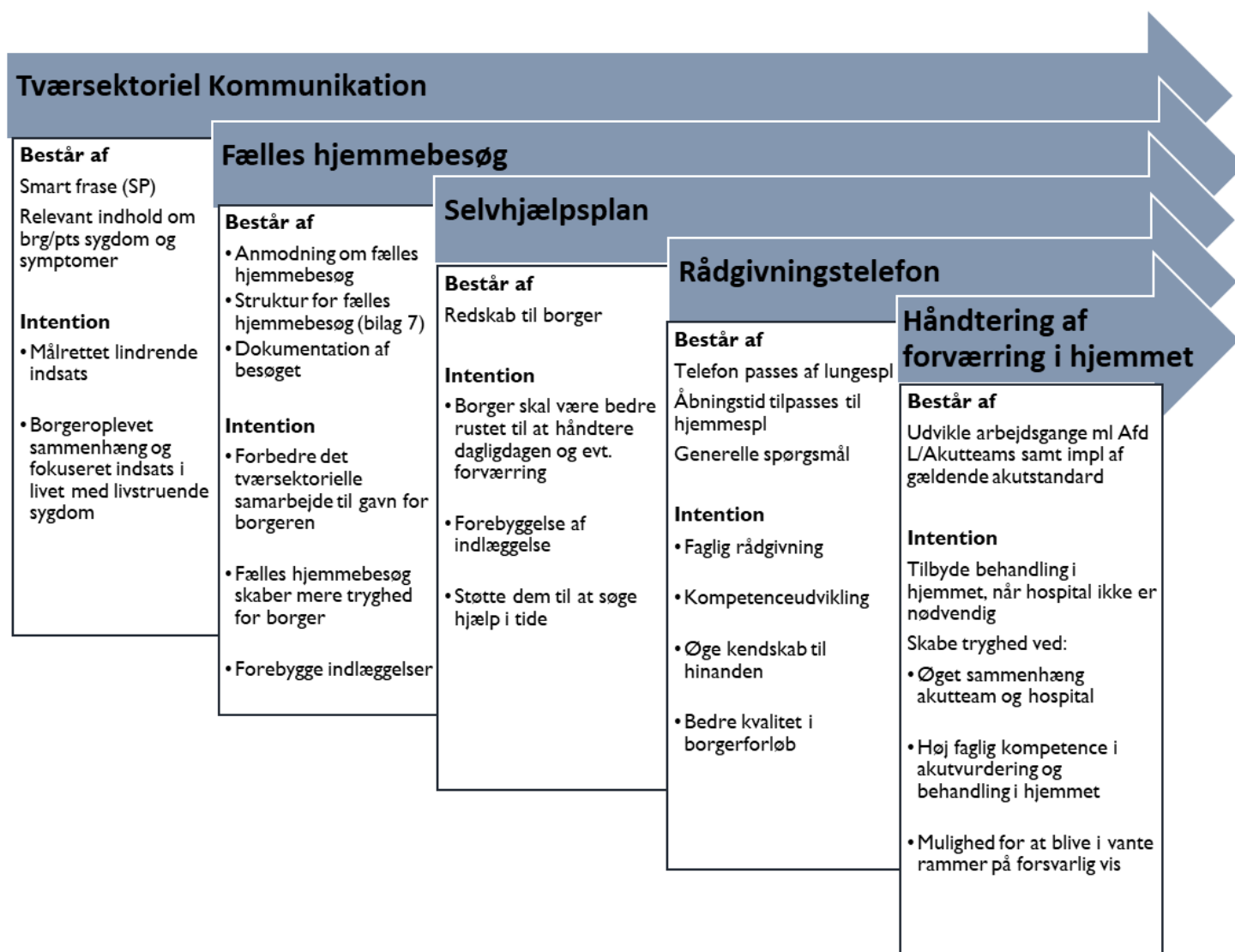
Undervejs i forløbet var det tydeligt at se, hvordan forståelsen for og indsigten i hinandens hverdag, arbejdsgange og faglighed voksede. Alle arbejdede med ønsket om at give KOL borgeren en mere systematisk indsats i de sidste leveår. Der blev også løbende givet forskellige oplæg i takt med et ønske om kendskab til forskellige tilbud, der kunne understøtte det eksisterende arbejde. Der var bl.a. oplæg fra Center for Mental Sundhed, forløbskoordinator for KOL, og visitationens viden om terminalt tilskud/terminal erklæring.

På dag 4 i den indledende workshop blev 7 forslag til PDSA'er præsenteret, som efterfølgende blev samlet til 5 afprøvninger.

- Tværsektoriel Kommunikation
- Fælles hjemmebesøg
- Selvhjælpsplan
- Rådgivningstelefon
- Håndtering af forværringer i eget hjem

AFPRØVNINGER

Nedenstående figur viser, hvad de fem afprøvnninger består af og intentionen med dem. De fleste afprøvnninger har været gennemført, dog udestår der afprøvnningen omkring håndtering af forværringer i hjemmet, som først starter op i efteråret 2024.



EVALUERING

TVÆRSEKTORIEL KOMMUNIKATION

Der er udviklet en smartphrases til SP, hvor der hos klinikere på tværs af sektorer er opnået konsensus om hvilke informationer, der er brug for og hvornår der sendes kliniske korrespondancer. Bl.a. foregår der et igangværende arbejde med at systematisere ACP samtaler på Afd. L. I afprøvningerne har der været arbejdet med, hvad der er relevant indhold og hvorledes det videreformidles på tværs af sektorer. Afsendelse af korrespondancer med aftalt information er afprøvet for at se, hvordan de blev håndteret, når de blev modtaget i den anden sektor. Derudover er der besluttet en ny arbejdsgang for, hvorledes den kommunale sygeplejerske besvarer en henvendelse fra en KOL-livs sygeplejerske. Disse to tiltag skal understøtte begge siders indsatser, så parallelle forløb og dobbeltarbejde undgås.

FÆLLES HJEMMEBESØG

De indledende fælles samtaler, som beskrevet i 3.3. blev evalueret som ikke værende den rigtige ramme for samarbejdet. I stedet blev der under workshopen afprøvet og udviklet en struktur for fælles hjemmebesøg, hvor der var en tydeligere og mere ligelig rollefordeling (bilag 7). Dertil blev der udarbejdet en smartphrase i SP til brug ved anmodning om fælles hjemmebesøg. Det blev besluttet, at disse fælles hjemmebesøg kan initieres af begge parter, når der har været en behovsafdækning, som kræver tværsektorielle indsatser, eller hvis der er har været to eller flere genindlæggelser inden for 3 måneder.

Sygeplejerskerne på tværs af sektorer oplevede de fælles hjemmebesøg meget værdifulde og relevante. I fællesskab med borger og evt. pårørende afdækkes behov og indsatser i et samarbejde mellem de to sektorer. Det giver en oplevelse af effektivitet og tidsbesparelse, da mængden af skriftlig kommunikation reduceres og risikoen for parallelle indsatser minimeres. Mødet bidrager også til gensidig kompetenceudvikling og øget indsigt i hinandens arbejdsområder og arbejdsgange. Fælles hjemmebesøg er allerede blevet en integreret del af samarbejdet og der er et stort ønske fra klinikernes side om at fortsætte dette samarbejde. Københavns Kommune arbejder videre med at udvide de fælles hjemmesøg til, at Center for Lungesygdom også skal deltage som en part i hjemmebesøgene, da det er vanskeligt at sikre de rigtige kompetencer til en lille målgruppe af borgere med KOL i en kommunal kontekst.

Der blev også undervejs i workshopen lavet en audit på alle de borgere, der undervejs var blevet besøgt. (Henholdsvis de otte borgere, som indgik i de indledende besøg med fælles samtaler med afsæt i PRO-Basal palliation og de otte, som blev besøgt under strukturen for fælles hjemmebesøg). Audit kunne hermed også bruges som en pejling på, om det var den rette målgruppe, der var blevet valgt. Som det ses af nedenstående karakteristika, er det en gruppe med meget svær KOL og høj symptombyrde.

Audit marts 2024 (N=16)	
Køn (Mand/kvinde)	11 mænd/5 kvinder
Alder	76 år* (65 -85)
BMI	22,7* (14,7 -29,3)
Rygestatus	11 exrygere/5 aktive rygere
Klassifikation	
Fev1 i % af forventet	24*(12 -43)
Antal indlæggelser	ingen
	1 indlæggelse
	2 eller flere
Moderate forværringer (n=11)	6
Symptombyrde	
MRC (1-5) (n=15)	4,5* (3 -5)
CAT (0-40) (n=14)	27* (17 -40)
PRO-basal(1-7) livskvalitetsscore (n=12)	3* (1 -5)

*median

Tabel 2: Karakteristik ved de 16 borgere, som indgik i afprøvningen af fælles samtaler/fælles hjemmebesøg

SELVHJÆLPSPLAN

Der blev også arbejdet med muligheden for at lave en selvhjælpsplan til borgeren med KOL, hvilket af de kommunale sygeplejersker også kunne ses som et godt redskab for de øvrige medarbejdere, som kommer i

hjemmet. Der arbejdes fortsat med at udvikle, optimere og afprøve selvhjælpsplaner i efteråret 2024, ligesom der også skelnes til det arbejde, der pågår i TeleKOL omkring brugen af selvhjælpsplaner.

RÅDGIVNINGSTELEFON

En rådgivningstelefon til generelle faglige spørgsmål for personale i primær sektor blev afprøvet. Der blev foretaget otte opkald fra kommunale sygeplejersker, assistenter og en farmakonom. Det var faglige relevante spørgsmål og svarene blev vurderet brugbare. Tiden for disse opkald blev registeret. I snit tog hvert opkald 4 minutter og 45 sekunder med en variation på 2-9 minutter. Der arbejdes på, at rådgivningstelefon kan etableres i løbet inden udgangen af 2024.

HÅNDTERING AF FORVÆRRINGER I HJEMMET

Indledningsvis blev det afdækket, at hvis der skal sikres en bedre og mere systematisk indsats til borgeren med KOL i deres sidste leveår er det vigtigt med en tværsektoriel indsats, når borgeren oplever symptomer på en begyndende forværring. Mange borger ønsker ikke indlæggelse og har ikke kræfter eller overskud til at komme i det nystartede daghospital i Afd. L. I disse situationer kunne et tæt samarbejde med de kommunale akutteams imødekomme behovet for en vurdering/behandling i hjemmet. Der er derfor påbegyndt et målrettet samarbejde med de to kommunale akutteams. Der har der været afholdt 3 temaeftermiddage, hvor alle sygeplejersker fra de kommunale akutteams i både Københavns Kommune og på Frederiksberg har fået undervisning i KOL, forværringer, inhalationsmedicin og fået vist maskinerne, som kan være i hjemmet i forbindelse med High-flow og hjemme-NIV behandling. Der vil i løbet af november laves audit på nogle af de patientforløb, der har været samarbejdet om.

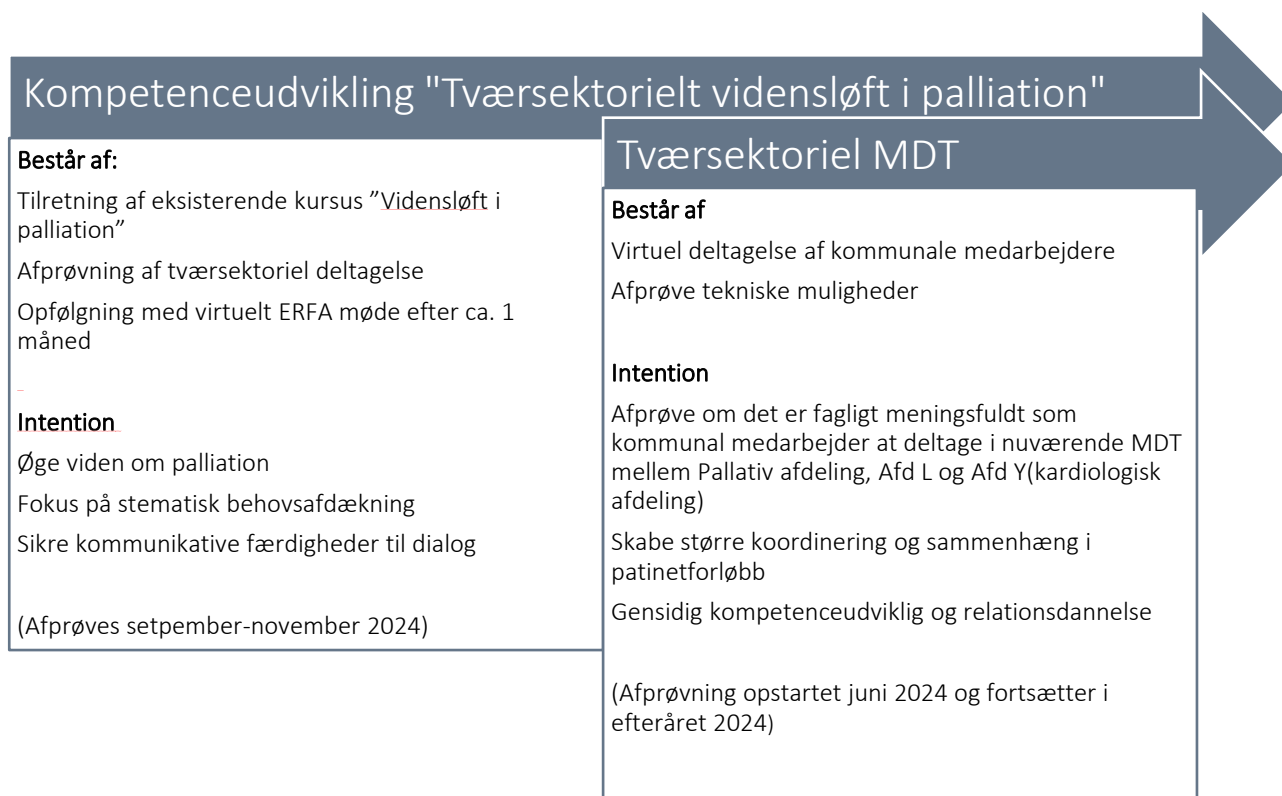
Udover de ovenstående afprøvninger er der i Sundhedsklyngen også givet midler til kompetenceudvikling af medarbejdere på det basale palliative niveau. I dette arbejde har også Palliativ Afdeling fra Bispebjerg Hospital været inddraget.

KOMPETENCER

Arbejdet med kompetenceudvikling blev indledningsvist pauseret, da det blev besluttet, at afprøvninger skulle bidrage til at afdække det aktuelle behov hos klinikerne, og hvordan en fortløbende kompetenceudvikling kunne sikres. Da Afdeling P allerede har igangværende kompetenceudviklings tilbud, blev det besluttet, at disse skulle indtænkes. Der er således arbejdet videre med dels kompetenceudvikling for at sikre personale særlig viden, dels muligheden for fortløbende kompetenceudvikling gennem drøftelser og forslag til indsatser i konkret patientforløb, som led i afholdelse af Multidisciplinære konferencer (MDT). I forhold til at opkvalificere udvalgt personale er der planlagt to tværsektorielle eftermiddage med videns løft i palliation (september 2024). Tanken er, at dette skal følges op af et teams møde ca. 1 måned efter for at understøtte fortsat implementering af viden i praksis. Kurset har også givet viden om, hvordan kommunikation kan bruges til at starte en dialog om livet med svær sygdom. Derudover er der en igangværende afprøvning, hvor Frederiksberg Kommune deltager virtuelt i de allerede eksisterende MDT mellem Palliativ afdeling og Afd. L. På dette møde er der også mulighed for at drøfte, hvorvidt der er

behov for palliative indsatser på specialiseret niveau, så det sikres, at det tilbydes de borgere, som har behov.

Der arbejdes fortsat med afprøvning inden for disse to områder.



DATA

Udover den viden, der er opbygget i det kliniske arbejde med målgruppen, har der også været en interesse i at opnå en øget helhedsorienteret og detaljeret databeskrivelse af denne gruppe af borgere, både i forhold til symptombyrde, hospitalkontakter og kommunale indsatser.

Projektet ansøgte om tilladelse til at igangsætte et samarbejde mellem Afd. L og Københavns kommune om at fremfinde fælles data. Der er fundet data på 225 KOL-livs borgere i perioden 1.7.23-30.6.24 fra Sundhedsplatformen. På 163 borgere fra Københavns Kommune er der yderligere indhentet data fra det kommunale omsorgssystem Cura i perioden 27. november og et halvt år frem.

Blandt de 225 borgere i KOL-livet er 123 kvinder (54,7%) Gennemsnits alderen er 73,3 år (47-96 år). Data viser, at ca. 70% af borgerne har en MRC-dyspnø score (graden af åndenød), der er så højt, at de stopper for at få vejret efter ca. 100 meter, har så meget åndenød, at de ikke forlader hjemmet eller får åndenød, når de tager tøj af eller på. I forhold til symptombyrde ses, ved brug af det validerede PRO-Basal palliations skema, at målgruppen har en livskvalitetscore på 3 (målt på en skala fra 1-7, hvor 1 er meget dårlig og 7 er særdeles god).

De fælles datatræk viser desuden, at målgruppen (n=225) over et år har haft 432 indlæggelser og 2233 indlæggelsesdage. 151 borger i gruppen havde mindst en indlæggelse og 26 borger havde fem eller flere (disse svare til 34% af total antal indlæggelsesdage). I forhold til kommunale akutbesøg leveret af akutteamet

har der været 30 borgere, som har generet 70 besøg. Flertallet 17 har generet et besøg, mens en borger har generet 14 akutbesøg over perioden på seks måneder.

Ud af de 163 borgere fra Københavns Kommune er 30 borgere (18%) tilknyttet Socialforvaltningen (SOF), mens 133 (82%) er i sundhedsforvaltningen (SUF), heraf modtager 43,6% ikke hjælp fra SUF. En gruppe frasiger sig hjælp, da de ikke føler, at deres behov kan imødekommes. Det drejer sig blandt andet om hjælp til bad, psykisk støtte, angsthåndtering og stor symptombyrde. De borgere som får hjælp fra SUF (92 borgere) fordeler sig således at 42% får praktisk hjælp, 23% får personlig pleje og 29 % får sygepleje.

Det har været enestående at opnå mulighed for at kunne kæde de kommunale og hospitalsmæssige data sammen for den enkelte borger, således at de indsatser, der skal arbejdes videre med, er på baggrund af viden om målgruppen. Blandt andet er det meget tydeligt i projektet, at hvis indsatserne ikke kan individualiseres, så takker borgene nej til hjælpen.

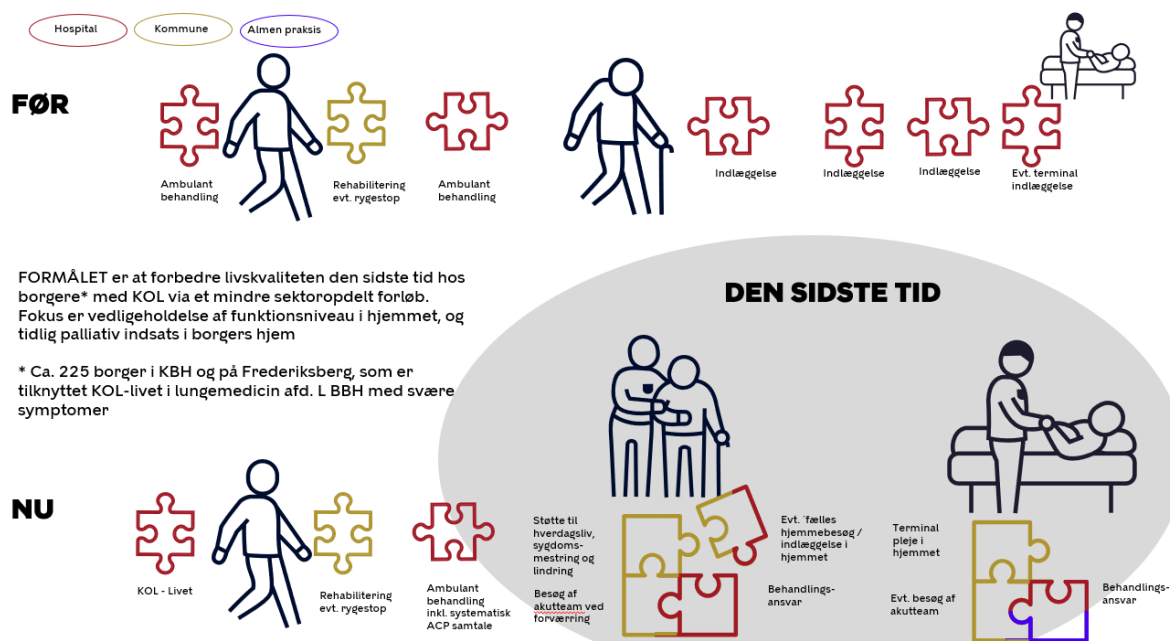
Arbejdsgruppen har et ønske om at arbejde yderligere med data, med særligt fokus på mønstre og karakteristika i forhold til borgere med mange indlæggelser.

MODEL

I opdraget fra den politisk sundhedsklynge lå et ønske om at udforme en model omkring den sidste tid, som kunne overføres til andre kroniske sygdomme end KOL.

Der har i forløbet været arbejdet med forskellige modeller (bilag 8). Arbejdet er endt ud i nedenstående model, som bygger på og forudsætter implementering af flere af de afprøvninger, som har været iværksat. Herunder en præcist defineret målgruppe, forløbsansvarlige sygeplejersker både i hospital/kommunal regi, let tilgængelighed i forhold til sparring, mulighed for indsatser i forbindelse med forværring i symptomer både i kommunalt og regionalt regi.

Modellen, som er tænkt generisk, skal illustrere, hvordan forløbet før var karakteriseret af enkelt stående indsatser uden sammenhæng. Mens det nu gennem nye relationer, arbejdsgange og samarbejdsflader bidrager til sammenhængende tilbud og indsatser i den sidste tid, som kan bidrage til øget livskvalitet hos borgerne.



5. KONKLUSION

Arbejdet i projektet "Den sidste tid og palliative indsatser" har fokuseret på at afdække, rammesætte og strukturere samarbejdet mellem sygehus og kommune for en udvalgt gruppe af borgere med KOL med særlig store behov for palliative tiltag, i de sidste 1-2 år af deres liv.

Undervejs blev der afdækket mange eksisterende tilbud i begge sektorer, som ikke udnyttes i tilstrækkelig høj grad. Ofte lappede sektorernes indsatser ind over hinanden og førte til parallelle indsatser, andre gange blev problemet ikke identificeret og løst hverken i region eller i kommune.

Det blev også tydeligt, at hver sektor ikke nødvendigvis behøver kende alle detaljer i hinandens tilbud. Det er vigtigere at kende de rigtige samarbejdsflader, arbejdsgange for kommunikation og have et fælles sprog for de palliative udfordringer og løsningen af disse. Samtidig var det værdifuldt at se borgerens problemer og behov fra både en regional og kommunal vinkel. Herved udnyttes synergien ved, at de to sektorer har hver deres spidskompetencer indenfor to forskellige områder, henholdsvis de afledte symptomer fra grundsygdommen KOL og de problemer det medfører i "det levede hverdagsliv". Kommunikation og koordinering er centralt for at skabe et sammenhængende meningsfyldt forløb for både borgere og personale, så de rigtige indsatser sættes ind på en rationel og ressourcemæssig bæredygtig måde.

I projektet er det blevet tydeligt, at hvis de kommunale indsatserne ikke kan individualiseres, så takker borgene nej til hjælpen og dermed lever alene med mestringen af høj symptombyrde og mange fysiske begrænsninger

Der er ingen tvivl om det tætte samarbejde på tværs af sektorer har givet gensidig forståelse hos de sygeplejersker og læger, som har deltaget og indsigt i, hvordan mange ting kan lykkes ved fælles indsats. I kommunalt regi er der kommet fokus på, at palliation skal indtænkes tidligere bl.a. gennem systematisk behovsafdækning. Personalet i hospitalsregi har fået større forståelse for de mange muligheder, der findes i primær sektor.

Der har i det forgangne år været arbejdet meget med rammerne og indsatserne er stadig kun evalueret i lille skala.

Mange af afprøvninger bygger på ude fra set "simple tiltag", men som ved at blive set i en klinisk nær, tværsektoriel sammenhæng kan få stor betydning for det samlede patientforløb. Det er derfor også en væsentlig pointe, at det ikke nødvendigvis er en masse nye store tiltag, der skal iværksættes, men i stedet fokus på eksisterende indsatser og samarbejdsflader, men i et tværsektorielt og tværfagligt sammenhængende perspektiv.

Dette sammenhængende perspektiv er nødvendigt, hvis det skal lykkedes for KOL-livs borgeren at modtage den rette pleje og behandling i hjemmet, og herved understøtte muligheden for at dø i eget hjem, som mange ønsker. Det kræver, at alle organisationer fortsat udviser stor villighed og giver råderum til medarbejderne, via tid og mulighed for fortsat tilretninger af de løsninger, som der allerede er arbejdet med i projektet. Så der skabes rum til, efter projektets afslutning, fortsat at arbejde detaljeret videre med løsningerne og mulighederne som det kræves, hvis fortsat implementering og skalering skal finde sted. Almen praksis har ikke direkte været involveret i afprøvningerne, men der er et ønske om fremadrettet at arbejde med, hvordan almen praksis kan involveres.

POINTER FRA ARBEJDET MED "DEN SIDSTE TID"

- Det har været meget værdifuldt at se ind i et konkret borgere/patientforløb både i forhold til klinisk nære erfaringer og i forhold til data. Det giver et helt andet afsæt for at hjælpe og understøtte indsatser på tværs af sektorer til glæde for borgerne med KOL
- Behov for forløbsansvarlige sygeplejersker, da relation og tryghed er af betydning for håndtering af angst og åndenød
- Behov for mere fleksible forløb i den kommunale hjemmesygepleje, som kan tilpasse til variationer i sygdomsforløbet
- Hvis indsatser ikke individualiseres, takker borgerne nej
- Trods svær symptombyrde er der en stor del, som ikke er kendt af kommunes sygepleje
- Et mindre antal borgere forbruger mange kommunale ydelser
- Hospitalet skal være til rådighed for rådgivning, igangsættelse af behandling, samarbejde omkring behandlingsansvar og behandlingsniveau.
- Opmærksomhed på, at borgere, der har behovet, skal henvises til specialiserede palliation

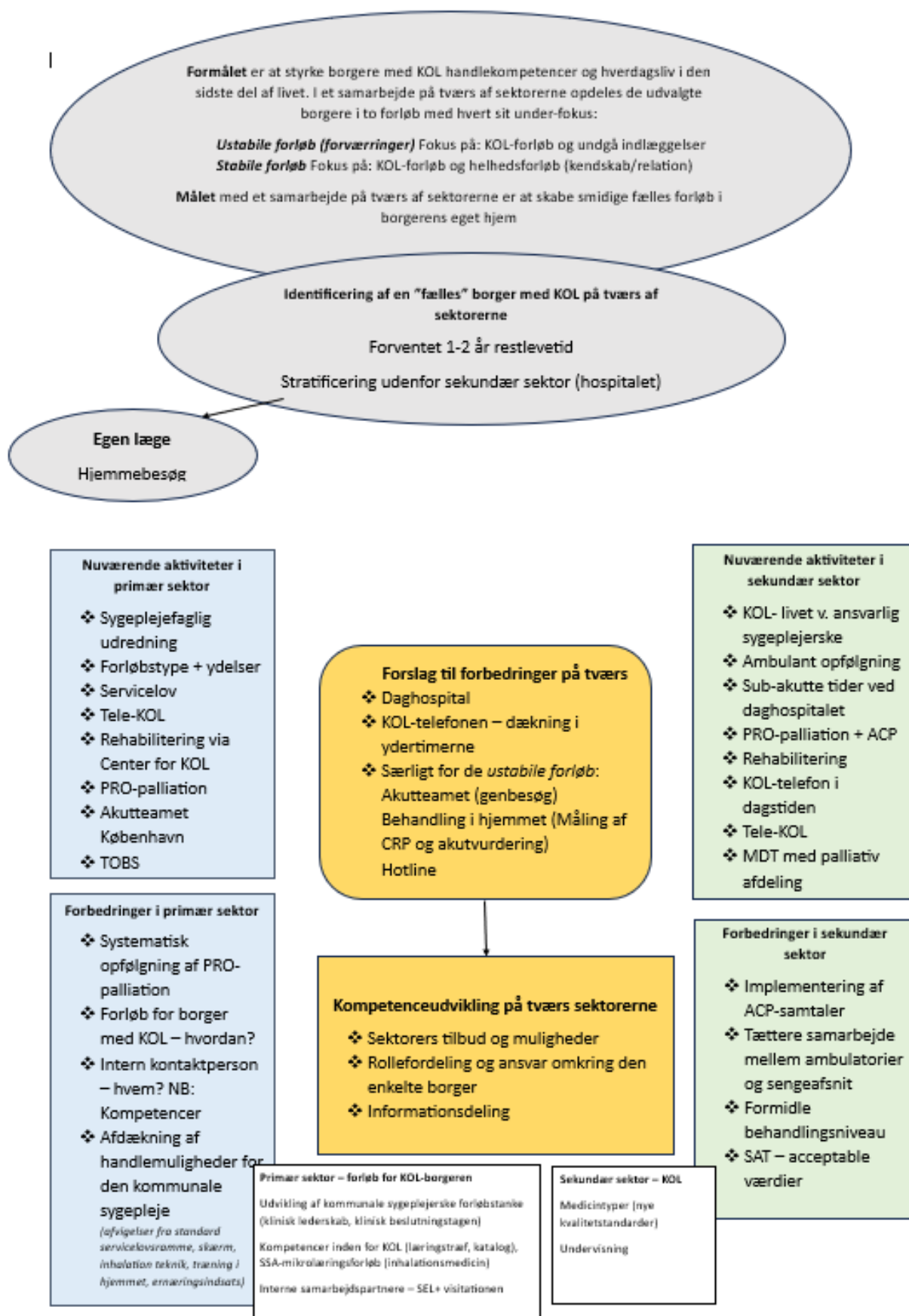
ANBEFALINGER TIL VIDERE ARBEJDE:

- Fortsat udbredelse af fælles hjemmebesøg, som giver værdi for både borgere og personale
- Udbrede samarbejde til borgere fra SOF, herunder bosteder
- Afdække, hvilken rolle almen praksis kan have i det beskrevne samarbejde
- Fortsat udvikling af samarbejde med de kommunale akutteams/kommunale sygeplejersker om behandlingsindsatser i hjemmet
- Nedsættelse af ny styregruppe til videre driftskoordinering
- Yderligere arbejde med bearbejdelse af data

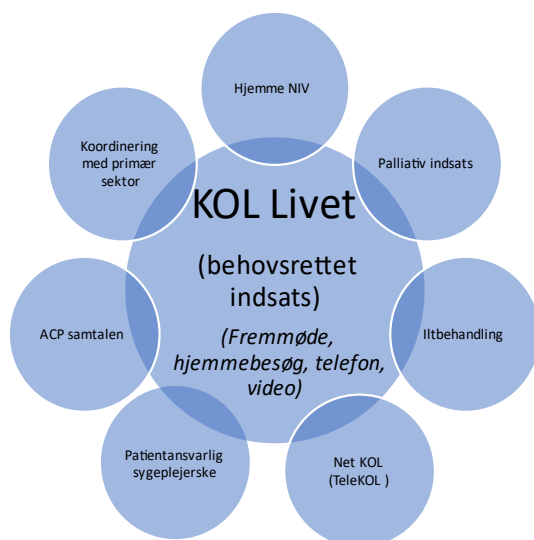
6. LITTERATUR

- (1) Danmarks Lungeforening og Palliativt Videnscenter: Palliativ indsats til KOL-patienter En deskriptiv undersøgelse af danske KOL-patienters sygdomsforløb og behov for palliativ indsats. 2013
- (2) Dansk Register for KOL. Årsrapport 2022 https://www.sundhed.dk/content/cms/90/4690_drkol-aarsrapport-2022_offentlig.pdf
- (3) Husted, Marie Gade og Timm, Helle: Hvem tager sig af mennesker med KOL i deres sidste tid? KOL, hverdagsliv, manglende hjælp, ensomhed, skyld og ansvar, palliation. *Omsorg nr. 3*, 2015
- (4) Smorawski et al. Lyt til Borgere med svær KOL og deres pårørende. *Fag og Forskning nr. 2*, 2021 s. 24-33
- (5) Andersen et al. Between hope and hopelessness: COPD patients' and their family members' experience of interacting with healthcare providers – a qualitative longitudinal study. *Scand J Caring Sci* 2018; 32(3): 1197-1206
- (6) <https://erj.ersjournals.com/content/early/2023/06/01/13993003.02014-2022>
- (7) Region Hovedstaden, Forløbsprogram for KOL 2020, https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/Forl%C3%B8bsprogrammer/Documents/RH_KOL_Program_rev_2020_FINAL-a.pdf

BILAG 1: AFDÆKNING AF ALLEREDE EKSISTERENDE TILBUD I HENHOLDSVIS PRIMÆR OG SEKUNDÆR SEKTOR



Hvad indeholder KOL-Livet?



Indikationer for KOLLivet

Patienter med KOL, som også har:

- 2 eller flere indlæggelseskrævende exacerbationer
og/eller
- behov for palliation i hospitalsregi (høj symptombyrde og lav FEV1)
og/eller
- Hjemme-NIV
og/eller
- Behov for hjemmeilt

Samarbejde med primær sektor

BILAG 3: INVITATION TIL TEMADAG I FORBINDELSE MED AFPRØVNINGEN AF "FÆLLES HJEMMEBESØG"

Sted: Bispebjerg Hospital. bygning 20D, 1. sal, lokale 7 (se kort)

<https://www.bispebjerghospital.dk/praktisk-information/transport-og-kort/PublishingImages/Sider/kort-over-bispebjerg-hospital/Kort%20over%20Bispebjerg%20Hospital.pdf>

Tid: Tirsdag d. 10.10. 23 kl. 08.30-14.30

Program

Kl. 08.30- 08.45	Velkomst, præsentation og introduktion	
Kl. 08.45-10.00	Den svært syge borger med KOL, herunder -inhalationsmedicin -pep-fløjte -åndenødshåndtering	<i>Marie Lavesen, Maria Lorentz Christensen og Lene Nissen, sygeplejersker Afdeling for Lunge-og Infektionssygdomme</i>
Kl. 10.00-10.15	Pause	
Kl. 10.15-10.45	"Patienter med svær eller meget svær kronisk obstruktiv lungelidelse oplever af, at få lindret fysisk, psykisk, social og eksistentiel lidelse fra specialiseret palliativ sygeplejerske i eget hjem – resultater og refleksioner fra sygeplejefagligt kandidatspeciale"	Sofie Rud Nielsen Faglig leder for sygeplejen og hjemmeplejen, Hjemmeplejen/Sygeplejen Indre by/Østerbro, Københavns Kommune Sygeplejerske, cand.cur.
Kl. 10.45-11.00	Pause	
Kl. 11.00-12.30	Pro-Basal – systematisk behovsafdækning og afsæt for samtale med borgere med KOL	<i>Merete Paludan, Ledende overlæge</i> Nanna Kronborg Siomka, Klinisk sygeplejespecialist Palliativ og Geriatrisk Afdeling
Kl. 12.30-13.00	Frokost med sandwich	
Kl. 13.00- 14.15	Workshop og drøftelser på tværs. Eksisterende erfaringer med brug af Pro-Basal og tværsektorielt samarbejde omkring denne gruppe borgere Fælles hjemmebesøg – hvordan afprøver vi dette i praksis	
Kl. 14.15– 14.30	Afrunding på dagen og videre plan	

BILAG 4: OPSAMLING PÅ DRØFTELSE OM KRING AFHOLDELSE AF FÆLLES SAMTALER

Udvalgt 10 borgere, som er en del af KOL-Livet eller falder i gruppen. Ud fra SPICT er de vurderet til at have palliative behov. (4 borgere fra Frederiksberg og 6 fra Nørrebro/Bispebjerg bydelen, heraf en udpeget af hjemmesygeplejen)

Telefonisk kontakt med borgere mhp på indhentning af samtykke til fælles besøg, herunder præsentation af formål, indhold (afsæt i PRO-basal) og ramme for besøg med to sygeplejersker og en observatør, samt efterfølgende evaluering med borger.

Marie sikrer, at borgerne indkaldes og får PRO-basal enten elektronisk, pr. brev, bringes ud eller medtages på dagen. (Hvis skemaet skal bringes ud, kontakter Marie de kommunale sygeplejerske mhp om det kan lade sig gøre)

Marie informerer kommunale sygeplejersker omkring udvalgte patienter og koordinerer besøg og tidspunkter de forskellige dage.

(ønske fra KK, afventer tilbagemelding fra Linda om det kan lade sig gøre - KM sendes til hjemmesygeplejen med informationer om borgeren og opfordring til afholdelse af fælles besøg)

Observatørens rolle ved besøg

Har en eksplorativ tilgang til hvad sker mødet, emner, der drøftes, problemstillinger af organisatorisk karakter, der dukker op.

Medbringer: Ekstra Pro- Basal skemaer, evalueringsskemaer til sygeplejersker og borgere

Før besøg:

- Alle møder 10 minutter før planlagt besøgstid (sygeplejerskerne har alternativt haft telefonisk kontakt inden)
- Afklare rollefordeling (Forslag fra workshop: Første samtale er det hospital, der er styrende. Eventuelt bytte efter evaluering)

Hos borgeren:

- Ramme for besøget italesættes (tidsramme, formål med besøget, samtalen tager afsæt i PRO-basal og borgerens behov)
- Inden besøg afsluttes summeres op sammen med borger omkring konklusioner, hvilke ting, der evt. iværksættes af hvem og hvordan der eventuelt samles op.

Evaluering: Observatør: Evalueringer kort mundtlig med borger, som også udfylder evalueringsskema. Sygeplejerskerne udfylder selvstændigt evalueringsskemaet umiddelbart efter besøg.

Sygeplejerskerne drøfter herefter den konkrete samtale, hvad fungerede godt/hvad kunne gøres anderledes næste gang (skriv gerne ned i stikord, så vi har noget til fælles evaluering) – OBS tavshedspligt i forhold til, hvor denne drøftelse foregår. Evt. i borgerens hjem, mens observatøren snakker med borgeren.

Efter besøg: Sygeplejerskerne dokumenteres i begge journalsystemer efter gældende regler.

BILAG 5: EVALUERINGSSKEMAER FÆLLES HJEMMEBESØG

Tilbage melding om fælles samtale dato for samtale _____

Vi er interesseret i din mening om den afholdte samtale. Hvad har du fået ud af den og det at der deltog en sygeplejerske fra både hospital og kommune.

	Spørgsmål	Svar	Uddyb evt. svar her
1.	Spørgeskemaet hjalp mig med at blive opmærksom på mine symptomer og problemer	☐ 1 Meget enig ☐ 2 Enig ☐ 3 Hverken eller ☐ 4 Uenig ☐ 5 Meget uenig	
2.	At besvare spørgeskemaet var en god måde at forberede mig til samtalen med sygeplejersken/lægen på	☐ 1 Meget enig ☐ 2 Enig ☐ 3 Hverken eller ☐ 4 Uenig ☐ 5 Meget uenig ☐ 6 Ikke relevant/ved ikke	
3.	Min besvarelse af spørgeskemaet blev anvendt i samtalen	☐ 1 Meget enig ☐ 2 Enig ☐ 3 Hverken eller ☐ 4 Uenig ☐ 5 Meget uenig ☐ 6 Ikke relevant/ved ikke	
4.	At besvare spørgeskemaet fik mig til at føle mig inddraget i min behandling	☐ 1 Meget enig ☐ 2 Enig ☐ 3 Hverken eller ☐ 4 Uenig ☐ 5 Meget uenig ☐ 6 Ikke relevant/ved ikke	
5.	Føler du, at der blev talt om det der var vigtigst for dig?	☐ 1 Meget enig ☐ 2 Enig ☐ 3 Hverken eller ☐ 4 Uenig ☐ 5 Meget uenig	

Skriv gerne andre indtryk fra samtalen gode som dårlig på bagsiden af papiret

Tilbage melding fra sundhedsprofessionel efter fælles samtale, hvor PRO-skema-svar har været anvendt

Dato for samtale: _____

Sundhedsprofessionel: ☐ Kommunal spl ☐ L-amb spl ☐ Andet: _____

☐ Privat bolig ☐ Plejebolig ☐ Andet: _____

☐ Udfyldt PRO-basal digitalt ☐ Udfyldt PRO-basal printet ☐ Udfyldt PRO-basal ved samtale

	Spørgsmål	Svar	Uddyb svar her
1.	Identificerede du nogle behov hos patienten ved hjælp af spørgeskema-svarene, som ikke i forvejen var dækket?	☐ Ja ☐ Nej	Hvis ja, uddyb hvilke?
2.	Foretog du eller andre fagpersoner nogle handlinger på baggrund af besvarelsen?	☐ Ja ☐ Nej ☐ Ikke relevant	Hvis ja, hvilke?
3.	Mangler du spørgsmål i skemaet til afdækning af patientens palliative behov?	☐ Ja ☐ Nej	Hvis ja, hvilke?
4.	I hvor høj grad anvendte du patientens PRO-svar i samtalen?	☐ 1 (Slet ikke) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (I meget høj grad)	Obligatorisk besvarelse af, hvad årsagen var, hvis der svares 1 eller 2
5.	Hvordan vurderer du, at brug af patientens PRO-svar påvirkede kvaliteten af samtalen?	☐ 1 (Meget negativt) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (Meget positivt)	
6.	Udtrykte patienten behov for tale om symptomer/problemstillinger, fra besvarelsen?	☐ 1 (Slet ikke) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (I meget høj grad)	

	Spørgsmål	Svar	Uddyb svar her
7.	Oplevede du problemer eller udfordringer i samtalen på grund af brug af patientens PRO-svar?	☐ Ja ☐ Nej	Hvis ja, uddyb gerne
8.	I hvor høj grad oplevede du, at borgers behov blev imødegået?	☐ 1 (Slet ikke) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (I meget høj grad)	Hvis ja, uddyb hvilke?
9.	I hvor høj grad oplevede du, I kom frem til en fælles plan?	☐ 1 (Slet ikke) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (I meget høj grad)	Hvis ja, hvilke plan kom I frem til? / Hvis nej, hvorfor ikke?
10.	I hvor høj grad kunne I supplere hinanden?	☐ 1 (Slet ikke) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (I meget høj grad)	På hvilken måde? / Hvorfor ikke?
11.	I hvor høj grad oplevede du det meningsfuldt at have samtalen på tværs?	☐ 1 (Slet ikke) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (I meget høj grad)	Uddyb gerne
12.	Oplevede du, at der i samtalen var det rigtige set-up eller manglede der nogle faggrupper	☐ Ja ☐ Nej	Hvis nej, hvilke faggrupper kunne være relevante?

Skriv gerne andre kommentarer her til det at have en samtale på tværs

Tak for dine svar, som er vigtige input til det videre samarbejde på tværs

BILAG 6: PROGRAM FOR WORKSHOP OG TIDSPLAN FOR OPFØLGNING

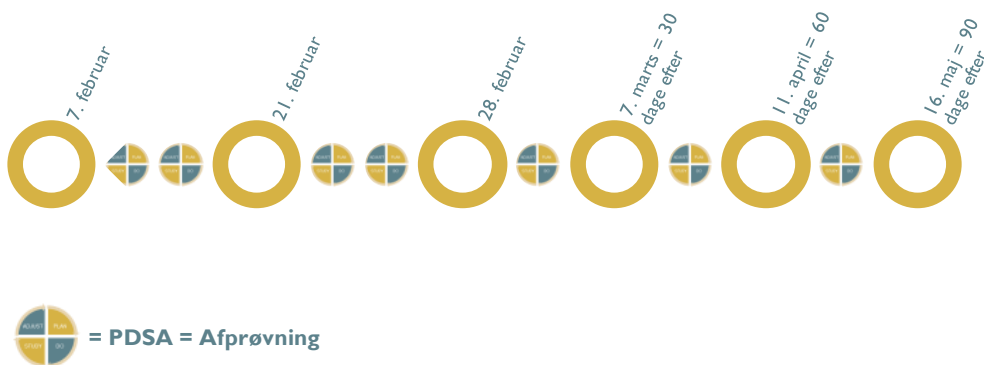
BILAG 6: PROGRAM FOR WORKSHOP OG TIDSPLAN FOR OPFØLGNING

DET NATIONALE LEDELSESPROGRAM 

Alle dage fra kl. 8-15	Mandag Opstart	Tirsdag Borgerens forløb	Onsdag Handle/selvhjælpsplaner	Torsdag Fælles kompetence udvikling og den videre plan
Formiddag del I	Kl. 8.00 Velkomst, formål og ugeplan Præsentation af deltagere og proces	Kl. 8.00 Intro og godmorgen Borgerens forløb	Kl. 8.00 Intro og godmorgen Hvilke planer har vi allerede, og hvad vil gerne udvikle og afprøve sammen	Kl. 8.00 Intro og godmorgen Fælles kompetenceudvikling, hvad har vi behov for?
Formiddag del II	Erfaringer fra interviews med afsæt i PRO-basal, drøftelser og fælles syn borgerens behov	Rundvisning på afd. L Borgerens forløb fortsat arbejdsgangsoversigt	Ide-generering	Klargøring til besøg af proces ejerne og interessenter- hvad har vi brug for at afklare med dem
Frokost 11.30				
Eftermiddag del I	Observatørens observationer: Fund på pt. niveau, spl. niveau og organisatorisk niveau	Borgerens forløb fortsat- Fælles arbejdsgangsoversigt Kvalificering af PDSA-areaf gæster og eventuelle yderligere undersøgelser	Påbegynde PDSA-optegning Kvalificering af PDSA-areaf gæster og eventuelle yderligere undersøgelser	Drøftelse med procesejere og andre interessenter
Eftermiddag del II	Hvad kunne vi lave afprøvninger på? Næste dags program tilpasses	Hvad kunne vi lave afprøvninger på? Og samle data på? Næste dags program tilpasses	Hvad kunne vi lave afprøvninger på? Og samle data på? Næste dags program tilpasses	Hvad vil vi lave afprøvninger på? Og samle data på? Aftaler indgås indtil første opfølgningsdag 7. 2.

DET NATIONALE LEDELSESPROGRAM 

Opfølgningsdage



2

BILAG 7: STRUKTUR FOR FÆLLES HJEMMEBESØG

Før besøget:

- Der er identificeret et eller flere sygeplejefaglige behov, som kræver en tværfaglig indsats.
- Patient/borger har haft gentagne genindlæggelser indenfor en 3 mdrs. periode grundet KOL i EXA
- Patients kontakt sygeplejerske på Lunge- og infektions medicinsk ambulatorium indhenter samtykke til at foretage fælles hjemmebesøg
- Lunge og infektionsmedicinsk ambulatorium sender en KM til kommune og beskriver et behov for en koordinerende indsats i hjemmet og tidspunkt for dette, planlagt med borger/patient. Samt et telefonnummer til kontaktsygeplejerske.

Under besøget:

Rollefordelingen er at "behovsafdækkeren" har teten, anden part supplerer

Besøget tager udgangspunkt i følgende emner:

- Respiration/dyspnø
- Medicin
- Angst/bekymringer
- Ernæring
- Træning/funktionsniveau
- Hjælpemidler/hjemmets indretning

Ambulatoriesygeplejerske tager teten på de første tre emner, hjemmesygeplejerske tager teten på de sidste tre emner.

Pro basal og selvhjælpsplan anvendes hvis det findes relevant.

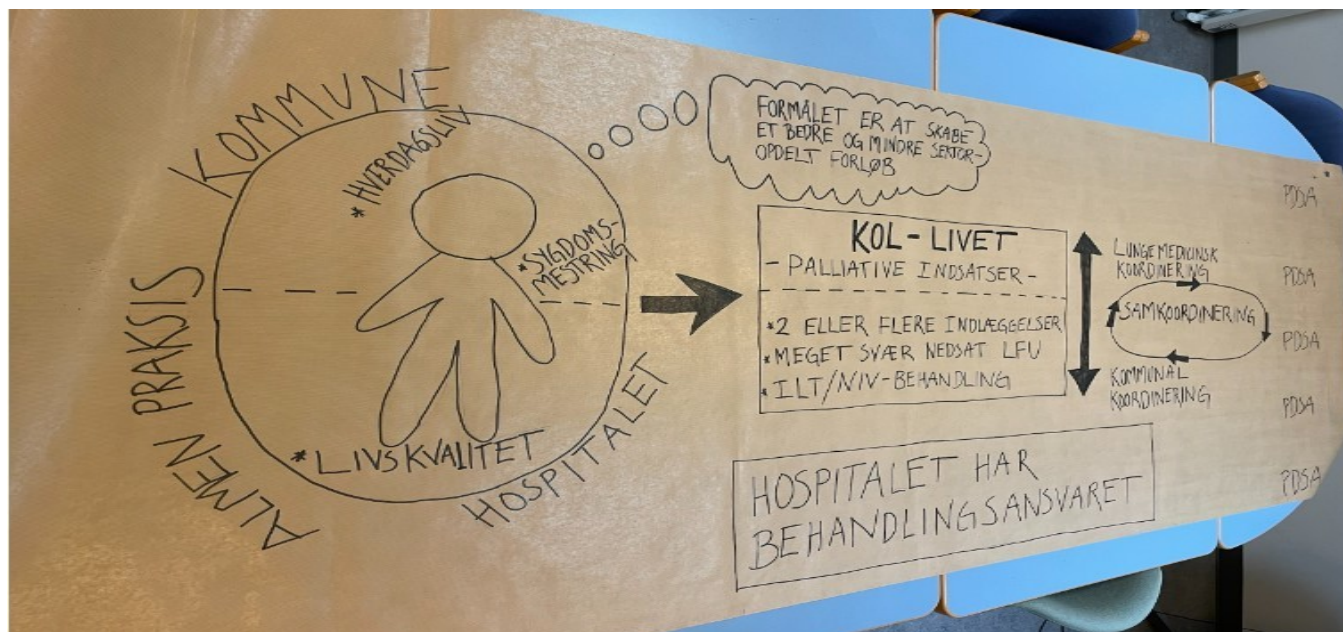
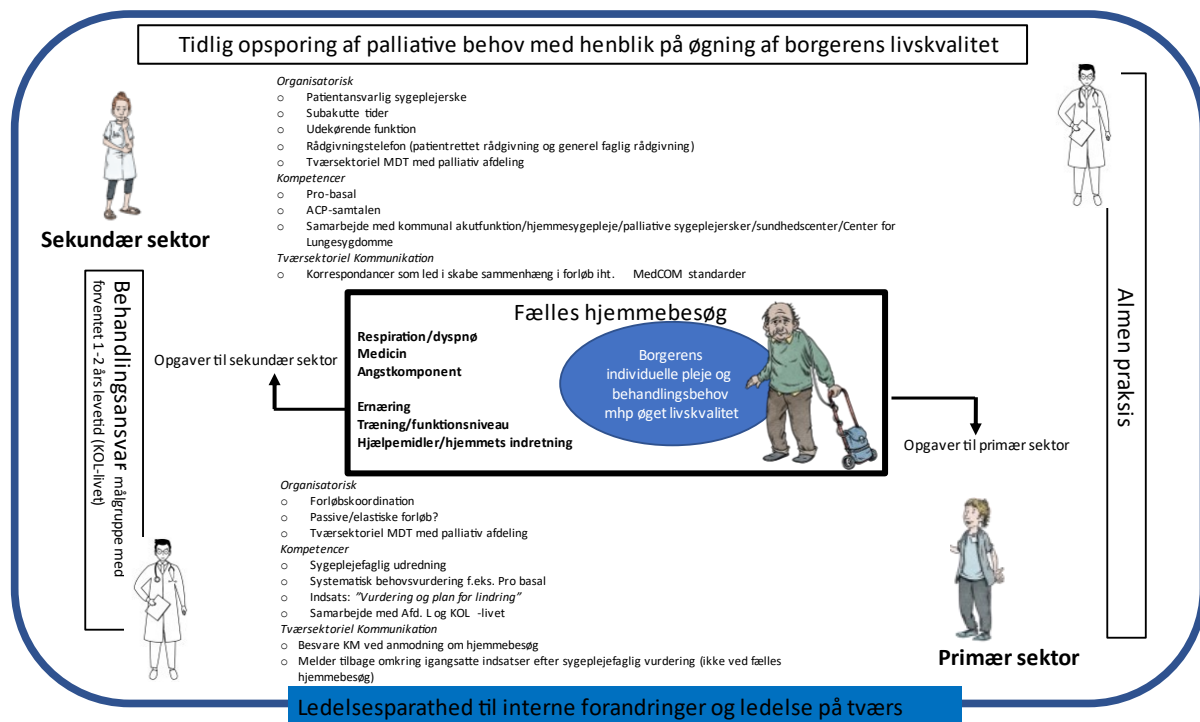
Borger inddrages i plan og fremtidige aftaler

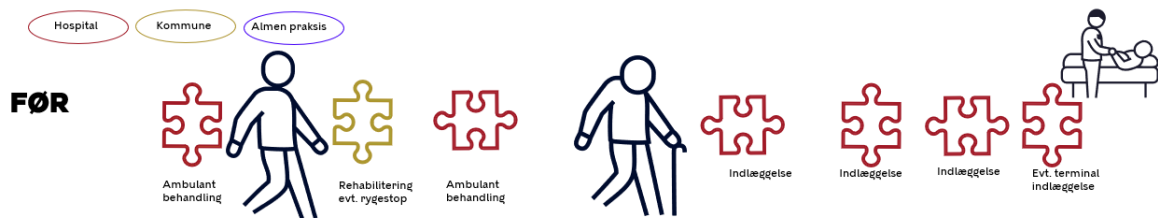
Efter besøget:

Opsummering af besøget og opgavefordeling.

Sygeplejersker dokumenterer relevant i henholdsvis CURA og SP.

BILAG 8: PROCES I UDVIKLING AF MODEL





FORMÅLET er at forbedre livskvaliteten den sidste tid hos borgere* med KOL via et mindre sektoropdelt forløb. Fokus er vedligeholdelse af funktionsniveau i hjemmet, og tidlig palliativ indsats i borgers hjem

* Ca. 225 borger i KBH og på Frederiksberg, som er tilknyttet KOL-livet i lungemedicin afd. L BBH med svære symptomer

NU



DEN SIDSTE TID