

FAGLIG SUNDHEDSKLYNGE BYEN

MØDETIDSPUNKT

17-06-2024 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

Louise Basse Friediger, Leder for tværsektorielt samarbejde, Frederiksberg Kommune

Addie Just Frederiksen, Leder af forebyggelsesområdet, Frederiksberg Kommune

Mette Vingtoft Jacobsen, Specialkonsulent, Frederiksberg Kommune

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

Kristian Antonsen, Hospitalsdirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Sille Arildsen, Vicedirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Christian Worm, Vicedirektør og Centerdirektør, Rigshospitalet

Irene Harboe Brandt, Enhedschef, Rigshospitalet

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

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

Jens Rasmussen, Cheflæge, Akutafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (under punkt 4)

Anne-Mette Andgren, Sundhedsfaglig specialkonsulent, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (under punkt 5)

Dorte Hofland, Centerchef, Københavns Kommune (under punkt 8)

Johan Langelund- Arnstrup, Funktionsleder, Frederiksberg Kommune (under punkt 8)

Thomas Saxild, Praksiskonsulent (under punkt 8)

Tina Kjærgaard, Hjemmeplejeleder, Københavns Kommune (under punkt 8)

Anette Agerholm, Chefsygeplejerske, Afdeling for Lunge- og Infektionssygdomme, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (under punkt 8)

DAGSORDEN

1. VELKOMST OG GODKENDELSE AF DAGSORDEN
2. BESLUTNING: ANVENDELSE AF 1 MIO. KR. I RESERVEREDE KLYNGEMIDLER
3. DRØFTELSE: SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONENS ANBEFALINGER
4. DRØFTELSE: ANVENDELSE AF MIDLER TIL RÅDGIVNING AF KOMMUNALE AKUTFUNKTIONER I 2024
5. BESLUTNING: AFPRØVNING VEDR. SÅRBARE AKUTAMBULANTE PATIENTER
6. ORIENTERING: IMPLEMENTERING AF SUNDHEDSAFTALE 2024-2027 I BYEN
7. ORIENTERING: UNDERAFTALE OM BRUG AF KORRESPONDANCEMEDDELELSEN MELLEM KOMMUNERNES MYNDIGHEDSOMRÅDE INDEN FOR VOKSENSOCIALOMRÅDE OG REGION HOVEDSTADENS PSYKIATRI
8. PRÆSENTATIONER FRA HOLD 2 PÅ DET NATIONALE LEDELSESPROGRAM
9. SKRIFTLIG ORIENTERING: STATUS PÅ SAMARBEJDET OM FØDEOMRÅDET I KLYNGE BYEN
10. 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. BESLUTNING: ANVENDELSE AF 1 MIO. KR. I RESERVEREDE KLYNGEMIDLER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regeringen, KL og Danske Regioner indgik i juni 2021 den nationale 'Aftale om nærhed og sammenhæng' (sundhedsklynger), hvor der blev afsat 80 mio. kr. i centrale midler i hhv. 2022 og 2023 til styrket indsats i sundhedsklyngerne for sammenhæng, nærhed og omstilling.

Sundhedsklynge Byens andel udgør 6,2 mio. kr. årligt i 2022 og 2023, i alt 12,4 mio. kr. Midlerne er udmøntet via bloktilskuddet, hvoraf 6,2 mio. kr. er udmøntet til kommunerne i sundhedsklyngen og 6,2 mio. kr. er udmøntet til regionen.

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte den 28. september 2022 overførsel af klyngemidlerne fra 2022 til 2023 og tilsvarende er midlerne fra 2023 overført til 2024. Via skriftlig votering i april 2023 besluttede den politisk sundhedsklynge følgende fordeling af de 12,4 mio. kr. på klyngens fokusområder:

- Børn og unges mentale trivsel: 2 mio. kr.
- Ældre patienter og den sidste tid: 6 mio. kr.
- Træning før/i stedet for operation: 1,4 mio. kr.
- Udsatte borgeres somatiske sygdom: 2 mio. kr.
- Reserverede midler til kommende fokusområder: 1,0 mio. kr.

Sagen forelægges med henblik på, at faglig sundhedsklynge drøfter anvendelsen af 1 mio. kr. reserverede midler til eksisterende fokusområder/samarbejder eller udbredelse af metoder. Midlerne skal anvendes i 2024.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- at faglig sundhedsklynge Byen drøfter forslag til anvendelse af 1 mio. kr. reserverede midler til eksisterende fokusområder/samarbejder eller udbredelse af metoder.
- at faglig sundhedsklynge Byen godkender, at forslag til anvendelse af midlerne sendes til skriftlig godkendelse i Politisk sundhedsklynge Byen med henblik på anvendelse i 2. halvår af 2024.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen godkendte, at forslaget til anvendelse af 1 mio. kr. reserverede midler sendes i skriftlig votering i Politisk sundhedsklynge Byen.

Det blev bemærket, at arbejdsgrupperne skal have en opmærksomhed på at anvende midlerne i 2024.

Der blev efterspurgt en status på anvendelse af midlerne i sundhedsklyngens øvrige indsatser. Sekretariatet har indhentet status på anvendelse af midler fra arbejdsgrupperne med henblik på, at faglig sundhedsklynge kan tage stilling til eventuelle restmidler på mødet i september.

SAGSFREMSTILLING

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte den 28. november 2023, at faglig sundhedsklynge i løbet af 2024 skulle drøfte og tage stilling til anvendelse af den resterende 1 mio.kr. af de fælles klyngemidler. Politisk sundhedsklynge aftalte, at midlerne foreløbigt blev reserveret til fokusområdet 'Den ældre medicinske patient' med forbehold for, at der med tiden kan vise sig andre opgaver som midlerne kan allokeres til.

På mødet i faglig sundhedsklynge Byen den 11. marts 2024 blev der nedsat to nye arbejdsgrupper som skulle komme med forslag til indsatserne 'Tværsektorielt samarbejde om borgere med kroniske sygdomme' og 'Indsats for skrøbelig faldtruede ældre'. Begge arbejdsgrupper blev bedt om at komme med forslag til økonomi.

Sekretariatet har i dialog med sundhedsklyngens arbejdsgrupper udarbejdet følgende forslag til anvendelse af den resterende 1 mio.

Forslag til anvendelse af 1 mio. kr. i reserverede klyngemidler

Indsats for skrøbelig faldtruede ældre

Faglig sundhedsklynge Byen godkendte den 11. marts 2024 at igangsætte en indsats vedr. skrøbelig faldtruede ældre.

Arbejdsgruppen anslår, at der i 2024 kan anvendes **0,6 mio. kr.** til afdækning af population, tværgående temadag/workshop samt frikøb af medarbejdere til prøvehandlinger.

Tværsektorielt samarbejde om borgere med kroniske sygdomme

Faglig sundhedsklynge Byen godkendte den 11. marts 2024 at igangsætte en indsats vedr. Tværsektorielt samarbejde om borgere med kroniske sygdomme'.

Arbejdsgruppen anslår, at der i 2024 kan anvendes **0,2 mio. kr.** til afholdelse af samskabelsesseminar og tværsektoriel symposieeftermiddag, herunder honorering af almen praksis.

Udsatte borgeres somatiske sygdom

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte den 28. november 2023 forslag til indsatser under fokusområdet 'Udsatte borgeres somatiske sygdom'. Der blev udmøntet 2 mio. fokusområdet heraf ca. 1,8 mio.kr. til 'Samarbejde om socialt udsatte borgere med rusmiddelproblematik' og ca. 0,1 mio.kr. til 'Samarbejde mellem Flexklinikken og socialtandplejen'. De resterende midler på 0,1 mio. kr. skulle fungere som buffer for de to indsatser.

I indsatsen 'Samarbejde om socialt udsatte borgere med rusmiddelproblematik' har det vist sig, at der kan anvendes flere ressourcer til opstart af delindsatsen vedr. det tværsektorielle koordinerende patientteam.

Det foreslås, at de resterende midler til fokusområdet på 0,1 mio. kr. allokeres til Region Hovedstaden Psykiatri til frikøb af medarbejdere fra Psykiatrisk Center København.

Arbejdsgruppen foreslår derudover, at midler svarende til **0,2 mio. kr.** allokeres til frikøb af medarbejdere fra Hjemløse- og Udsatteenheden i Socialforvaltningen i Københavns Kommune.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af drøftelsen i faglig sundhedsklynge sendes forslag til anvendelse af midlerne til godkendelse i Politisk sundhedsklynge Byen i skriftlig votering. Midlerne skal anvendes i 2024.

BILAG:

-

3. DRØFTELSE: SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONENS ANBEFALINGER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsstrukturkommissionen forventes at afslutte sit arbejde og afrapportere til regeringen i juni i uge 24 med forslag til ny struktur for sundhedsvæsenet. Afrapporteringen forventes at ske umiddelbart efter udsendelse af dagsordenmateriale til møde i faglig klynge Byen og er derfor ikke vedlagt sagen, men vil blive eftersendt.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At medlemmerne af faglig sundhedsklynge Byen tager en runde bordet rundt med foreløbige tanker og refleksioner om sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Sekretariatet anbefaler, at drøftelsen tager udgangspunkt i, hvilke muligheder og opmærksomhedspunkter, som medlemmerne ser i modellerne i forhold til et fortsat solidt tværsektorielt samarbejde.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen drøftede foreløbige tanker og refleksioner i forhold til sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

Det blev bemærket, at sundhedsstrukturkommissionens rapport indeholder gode analyser af sundhedsvæsenets udfordringer og de områder, der bør styrkes.

Det blev også bemærket, at forebyggelsesområdet og prioriteringsudfordringen kunne være bedre belyst.

Der var enighed om, at uanset, hvordan en kommende sundhedsreform falder ud, vil der være snitflader mellem sundhedsklyngens parter og et behov for at fortsætte det gode samarbejde.

Der blev spurgt til, om sundhedsklyngerne er høringspart i forhold til sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger. Sundhedsklynge Byen fremgår ikke af høringslisten.

SAGSFREMSTILLING

Regeringen nedsatte i marts 2023 en sundhedsstrukturkommission, der har fået til opgave at opstille forskellige modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Modellerne skal forholde sig til udfordringer med, at der på tværs af landet er forskellige forudsætninger for at levere sundheds- og behandlingstilbud og skal samtidig understøtte en markant omstilling af sundhedsvæsenet, så det nære sundhedsvæsen styrkes og tager større ansvar for flere patienter.

Baggrunden er blandt andet de demografiske forandringer, hvor stadig flere borgere får behov for pleje og behandling, mens der er mangel på medarbejdere samt rekrutteringsudfordringer i store

dele af sundhedsvæsenet. Kommissionen er blevet anmodet om at vurdere inden for hvilke områder og målgrupper, der særligt er potentiale for forbedringer i samspil og øget omstilling af opgaveløsningen, så den i højere grad løses koordineret og i eller tæt på borgerens eget hjem, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet. Vurderingen skal bl.a. omfatte de største kronikergrupper, borgere med multisygdom, herunder samtidig somatisk og psykisk sygdom samt ældre medicinske patienter.

Kommissionen har fået til opgave at se fordomsfrit på strukturen og organiseringen af sundhedsvæsenet og for hver af modellerne afveje fordele og ulemper med afsæt i følgende sigtelinjer for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen:

- Et sundhedsvæsen, der er sammenhængende og samarbejder på tværs af fagligheder, sektorer og geografi
- En opgavefordeling i sundhedsvæsenet mellem sygehuse og det nære sundhedsvæsen, der sikrer, at patienten kommer i centrum og får en sammenhængende plan for behandling, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet.
- Et sundhedsvæsen med ensartet, høj kvalitet, hvor uligheden i sundhed både geografisk og socialt bliver nedbragt, så borgerne har lige adgang til samme høje kvalitet i hele landet og på tværs af sociale skel.
- Et sundhedsvæsen, der understøtter frit valg og patientrettigheder, og sikrer den mest hensigtsmæssige brug af private aktører som en del af det samlede sundhedsvæsen.
- Et nært sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til sundhedstilbud, og langt flere borgere kan blive mødt og behandlet i eller tæt på hjemmet, hvor det nære sundhedsvæsen styrkes, og sygehusene aflastes, bl.a. ved udbredelse af teknologiske løsninger for nye behandlingsformer.
- Et bæredygtigt sundhedsvæsen, hvor ressourcer bruges der, hvor de giver mest sundhed for pengene, hvor flere sygehusophold forebygges gennem en mere forpligtende, datadrevet og systematisk forebyggelsesindsats af høj og ensartet kvalitet, hvor unødigt brug af specialiserede funktioner reduceres, og hvor trækket på medarbejderressourcer på de enkelte opgaver bliver mindre bl.a. ved at potentialer i ny teknologi indfries.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sundhedsstrukturkommissionens forslag sendes i bred høring frem til den 6. august 2024. Regeringen ventes at komme med et sundhedsudspil efter sommerferien med henblik på at følgelovgivning kan behandles i folketingssamlingen 2024/25.

BILAG:

-

4. DRØFTELSE: ANVENDELSE AF MIDLER TIL RÅDGIVNING AF KOMMUNALE AKUTFUNKTIONER I 2024

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Hospitalsdirektørkredsen i Region Hovedstaden har godkendt udmøntning af midler til rådgivning af kommunale akutfunktioner i 2024. Der er lagt op til at det lokale behov for rådgivning drøftes i regi af sundhedsklyngerne.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At faglig sundhedsklynge Byen drøfter anvendelse af midler til rådgivning af kommunale akutfunktioner i 2024
- At faglig sundhedsklynge Byen godkender at der nedsættes en hurtigarbejdende tværsektoriel arbejdsgruppe, som kommer med forslag til afprøvning af rådgivningsmuligheder fra hospitalet til kommunale akutfunktioner

REFERAT

Cheflæge Jens Rasmussen fra Akutafdelingen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital fortalte om den nuværende ordning med mulighed for telefonisk rådgivning til Medicinsk Koordinerende Læge (MedKool) mellem kl. 8-18 på hverdage.

Det blev bemærket, at der er tilfredshed med ordningen, og at en udvidelse af åbningstiden med fordel kunne afprøves.

Der var forslag fra Københavns Kommune om, at hospitalet kan varetage behandlingsansvaret, når forløb strækker sig over flere dage, for at undgå skift i behandlingsansvaret hen over døgnet.

Det blev bemærket, at der er flere initiativer med mulighed for telefonisk rådgivning fra hospitalet, og at der bør være en opmærksomhed på, at der ikke er for mange indgange til rådgivning for kommunerne.

Der var et forslag fra Frederiksberg Kommune om et samarbejde om generel kompetenceudvikling af de kommunale akutteams om fx klinisk lederskab.

Det blev aftalt at nedsætte en hurtigarbejdende arbejdsgruppe, som på baggrund af drøftelsen kommer med anbefalinger til Bispebjerg og Frederiksberg Hospital om anvendelse af midlerne. Sekretariatet kontakter relevante parter i forhold til deltagelse i arbejdsgruppen.

SAGSFREMSTILLING

I aftalen om sundhedsreformen, der blev indgået mellem regeringen, KL og Danske Regioner i juni 2022, er der afsat midler til regionerne til at yde faglig rådgivning af de kommunale akutfunktioner.

Hospitalsdirektørkredsen i Region Hovedstaden besluttede i februar 2024, at midlerne udmøntes dels til 1813 og dels til hospitalerne med henblik på, at de, i samarbejde med sundhedsklyngerne,

aftaler en rådgivningsfunktion, der dækker behovene for generel kompetenceudvikling samt i konkrete forløb i de kommunale akutfunktioner.

Bispebjerg og Frederiksberg Hospitals andel af midlerne udgør 1.996.955 kr. Derudover er der udmøntet 2 mio. til 1813 til at styrke geriatriske kompetencer og rådgivning. Midlerne udmøntes kun for 2024, idet Samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner i Region Hovedstaden er under revision. Når der foreligger en revideret samarbejdsaftale, vil der blive aftalt en varig udmøntning af midlerne.

Midlerne kan anvendes til både generel kompetenceudvikling og rådgivning i konkrete forløb. Der er lagt op til at det lokale behov for rådgivning drøftes i regi af sundhedsklyngerne.

Da midlerne i første omgang kun udmøntes for 2024 kan de med fordel benyttes til at afprøve løsninger inden, der tages stilling til en varige udmøntning. Derfor kan tilbuddet efter 2024 ændre sig og midlerne anvendes anderledes fremover.

Eksisterende muligheder for rådgivning

På nuværende tidspunkt har de kommunale akutteams mulighed for at kontakte Medicinsk Koordinerende Læge (MedKooL) i Akutafdelingen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. MedKooL kan kontaktes mellem kl. 8-18 på hverdage med henblik på rådgivning og eventuelt aftale om indlæggelse eller akut/subakut ambulant tilsyn i regi af Akut Visitationsafsnit eller Ældremodtagelsen. Ved behov for rådgivning om borgere med lungemedicinske problemstillinger har de kommunale akutteams ligeledes mulighed for at kontakte ambulatoriet i Afdeling for Lunge- og Infektionssygdomme kl. 8-15 på hverdage.

For borgere som allerede er i ambulante forløb på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, har flere afdelinger mulighed for specialespecifik rådgivning i dagtiden til kommunalt personale og almen praksis.

Til drøftelse

Der ønskes en drøftelse af kommunernes behov for rådgivning fra hospitalet, herunder

- Erfaringer med de kommunale akutteams anvendelse af de nuværende ordninger med MedKooL og ambulatoriet i Afdeling for Lunge- og Infektionssygdomme.
- Behovet for andre rådgivningsmuligheder og understøttelse af de kommunale akutteams
- Vurdering af behovet for rådgivning i aften/nat og weekend.

BRUGERPERSPEKTIVET

Et godt samarbejde mellem hospitalet og de kommunale akutfunktioner skal medvirke til at forebygge akutte indlæggelser ved, at der lægges en plan for den enkelte borger i akutte situationer som skaber tryk for borgeren og akutteams.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af faglig sundhedsklynges drøftelse vil en mindre arbejdsgruppe med deltagelse fra kommunerne og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, komme med forslag til afprøvning af rådgivningsmuligheder fra hospitalet til kommunale akutfunktioner.

BILAG

-

5. BESLUTNING: AFPRØVNING VEDR. SÅRBARE AKUTAMBULANTE PATIENTER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På mødet i Faglig sundhedsklynge Byen den 27. september 2023 blev det besluttet at igangsætte en afprøvning af 72 timers behandlingsansvar for sårbare patienter, som udskrives til plejehjem, midlertidigt døgnophold eller kommunal sygepleje, og som har haft en akut ambulant kontakt i Ældremodtagelsen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Der blev nedsat en arbejdsgruppe, som skulle konkretisere rammerne og arbejdsgangene for afprøvningen.

Det blev også besluttet at sundhedsklyngens datagrube skulle udarbejde en analyse af de akut ambulante patienter, som ikke er omfattet af afprøvningen.

Punktet indledes med et oplæg fra arbejdsgruppen om erfaringerne fra afprøvningen.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At faglig sundhedsklynge drøfter erfaringerne fra afprøvningen af 72 timers behandlingsansvar for sårbare patienter, som udskrives til plejehjem, midlertidigt døgnophold eller kommunal sygepleje, og som har haft en akutambulant kontakt i Ældremodtagelsen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
- At faglig sundhedsklynge godkender arbejdsgruppens forslag til videre proces

REFERAT

Afdelingsleder Stine Mieth-Waldorff fra Center for Sundhed og Rehabilitering, Københavns Kommune og sundhedsfaglig specialkonsulent Anne-Mette Andgren fra Bispebjerg og Frederiksberg Hospital præsenterede resultater af afprøvningen af aftale om 72 timers behandlingsansvar for sårbare akutambulante patienter.

Der er i afprøvningsperioden registreret to opkald ud af i alt 400 patienter med akutambulant kontakt i Ældremodtagelsen. Det begrænsede antal opkald kan skyldes, dels at Ældremodtagelsen laver gode planer for det videre forløb, som formidles til kommunerne, dels at arbejdsgangen med brug af korrespondancemeddelelsen betyder, at det ikke altid bliver opdaget, at borgeren er omfattet af aftalen.

Faglig sundhedsklynge godkendte arbejdsgruppens forslag til videre proces, herunder at der ikke igangsættes nye afprøvninger før den nye 'udskrivelsesrapport light' for akutambulante patienter er tilgængelig, forventeligt til november 2024. Derudover vil dataanalysen af de akut ambulante patienter blive udarbejdet inden en evt. ny afprøvning.

Det blev bemærket, at der bør være en opmærksomhed på sammenhængen til rådgivning af de kommunale akutfunktioner, som blev drøftet under punkt 4.

SAGSFREMSTILLING

Afprøvning af udvidelse af aftale om 72 timers behandlingsansvar for sårbare akutambulante patienter

For at samle erfaringer om, hvilke problemstillinger det kommunale personale oplever efter borgerens akutambulante kontakt, blev der i perioden 1. november 2023 -31. marts 2024 foretaget en afprøvning af en udvidelse af 72 timers behandlingsansvar for sårbare patienter, der udskrives til plejehjem, midlertidigt døgnophold eller kommunal sygepleje med akut ambulant kontakt i Ældremodtagelsen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Da der ikke afsendes udskrivningsrapporter på akutambulante patienter, blev informationen om at borgeren var omfattet af 72 timers behandlingsansvar sendt via en korrespondancemeddelelse. Derfor har afprøvningen krævet, at der etableres en ny arbejdsgang både på hospitalet og i kommunerne. I løbet af afprøvningsperioden er der indsamlet data om antallet af opkald, og hvilke problemstillinger kommunerne kontakter hospitalet omkring. En arbejdsgruppe med deltagelse fra Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har løbende afholdt statusmøder for at sikre en optimal afprøvning.

Erfaringer fra afprøvningen

Ældremodtagelsen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har sendt korrespondancemeddelelse med aftalen om 72 timers behandlingsansvar, samt sidste journalnotat på de patienter der udskrives til plejehjem, midlertidigt døgnophold eller med kontakt til den kommunale hjemmesygepleje. Opkaldene skulle omstilles til det udgående geriatrik team fra kl. 8-20 og derefter til bagvagten. Ældremodtagelsen har altid sendt korrespondancemeddelelser til kommunen, så det var ikke en udfordring at få den nye arbejdsgang implementeret.

I både Københavns og Frederiksberg Kommuner er der orienteret bredt ud til både medarbejdere og ledere om aftalen og de særlige arbejdsgange for afprøvningen med de akutambulante patienter. Informationen har været lederinformation samt oplæg og understøttelse på enhederne af konsulenter.

Der har særligt været opmærksomhed på, at denne afprøvning ikke understøttes af de etablerede arbejdsgange for 72 timers aftalen. Det betyder blandt andet, at informationen om, at borgeren er omfattet af 72 timers aftalen, skal findes et andet sted i kommunernes omsorgsjournal (EOJ). I Københavns Kommune betyder det samtidig at arbejdsgangen for afprøvningen ikke udløser en registrering på kommunens elektroniske overblikstavler, der viser, hvornår de 72 timer udløber, da der ikke sendes en udskrivelsesrapport, men i stedet en korrespondancemeddelelse. Erfaringer fra afprøvningen har dog vist en stigning i registrering af brug af 72 timers aftalen, særligt for den kommunale hjemmesygepleje og plejehjem for borger udenfor afprøvningen. Det betyder at den øgede information om afprøvningen har medført et øget kendskab og brug af 72 timers aftalen generelt.

Ved afslutningen af afprøvningen er der registreret 2 opkald ud af i alt 400 patienter med akutambulant kontakt i Ældremodtagelsen. Det ene opkald omhandlede vejledning ift. håndtering af natlig dyspnø. Det andet opkald omhandlede et ordineret lægemiddel som var i restordre.

Arbejdsgruppen vurderer, at det begrænsede antal opkald kan skyldes to faktorer:

- Gode udskrivelser fra Ældremodtagelsen – Ældremodtagelsens patienter bliver altid set af en geriatr, som laver gode planer for det videre forløb og får den formidlet til kommunen.

- Brugen af korrespondancemeddelelser – Det kommunale personale er vant til, at aftalen om 72 timers behandlingsansvar fremgår i en udskrivelsesrapport og det har derfor været en ny arbejdsgang at skulle finde den i en korrespondancemeddelelse. Det vurderes, at det ikke altid bliver opdaget, at borgeren er omfattet af aftalen, fordi den ligger i en korrespondancemeddelelse.

Status på dataanalysen

Faglig sundhedsklynge Byen har ønsket at have et stærkt datasamarbejde, og har derfor nedsat en dataarbejdsgruppe som understøtter alle arbejdsgrupperne med data.

På grund af begrænset ressourcer i dataarbejdsgruppen og opgaver fra andre arbejdsgrupper i klyngesamarbejdet, har det ikke været muligt at færdiggøre dataanalysen på nuværende tidspunkt.

Forslag til videre proces:

Kommunikationsaftalen er under revision og forventes at give nye muligheder for kommunikation på det akutte område, herunder mulighed for at sende udskrivelsesrapport efter endt akutambulantbehandling. Den del af den nye kommunikationsaftale, som vedrører akutambulante patienter, forventes godkendt ultimo 2024.

På baggrund af erfaringerne fra afprøvningen og det igangværende arbejde med kommunikationsaftalen foreslår arbejdsgruppen, at nye afprøvninger times i forhold til den nye kommunikationsaftale.

Arbejdsgruppen foreslår, at dataanalysen udarbejdes inden en evt. ny afprøvning.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at en ny afprøvning med udvidelse af aftale om 72 timers behandlingsansvar kan foretages for patienter som efter akutambulant kontakt vurderes at have nyopstået eller yderligere behov for hjælp i hjemmet. Arbejdsgruppen vil på baggrund af dataanalysen vurdere, om der er andre relevante målgrupper.

BRUGERPERSPEKTIVET

Aftalen om 72 timers behandlingsansvar skal øge kvalitet og tilgængelighed i samarbejdet mellem hospital og kommune. Borgeren og dennes eventuelle pårørende skal være informeret om, at hospitalet har udvidet behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsbehandling samt, hvornår behandlingsansvaret påbegyndes og afsluttes. Hospitalet oplyser om, at kontakten til hospitalet foregår via sundhedsprofessionelle i kommunen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af faglig sundhedsklynge drøftelser vil arbejdsgruppen arbejde videre med forslag til ny afprøvning mhp. igangsættelse efter den nye kommunikationsaftale foreligger. Dataanalysen vil blive udarbejdet inden en evt. ny afprøvning.

BILAG

-

6. ORIENTERING: IMPLEMENTERING AF SUNDHEDSAFTALE 2024-2027 I BYEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsaftale 2024-2027 mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen trådte i kraft 1. januar 2024. Politisk Sundhedsklynge Byen har drøftet den lokale implementering af sundhedsaftalen på møde den 26. april 2024.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At faglig sundhedsklynge Byen tager orientering om den lokale implementering af Sundhedsaftale 2024-2027 i sundhedsklynge Byen til efterretning.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen tog orientering om den lokale implementering af Sundhedsaftale 2024-2027 i sundhedsklynge Byen til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsaftalen er den overordnede ramme for det tværsektorielle samarbejde om sundhed i hovedstadsregionen og skal danne fundament og sætte retning for sundhedsklyngerne. Sundhedsaftalens visioner, målsætninger og indsatser tager afsæt i det fælles populationsansvar; det vil sige et fælles ansvar for patienter og borgere på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis. Aftalen fremhæver, at sundhedsklyngerne skal handle differentieret og proaktivt i forhold til borgernes sundhed og at indsatser skal tilrettelægges, så de bedst tilgodeser den population, som de enkelte sundhedsklynger har ansvar for.

Det fremgår af 'Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler' fra 12. januar 2024, at det politiske niveau i sundhedsklyngerne skal sikre den lokale implementering af sundhedsaftalen og inden for rammerne af sundhedsaftalen opstille selvstændige mål for arbejdet i klyngen med udgangspunkt i de lokale udfordringer og behov.

Politisk Sundhedsklynge Byen drøftede på mødet den 26. april den lokale implementering af Sundhedsaftale 2024-2027 og herunder målsætninger for sundhedsklynge Byen arbejde. Der var enighed om, at de igangsatte indsatser i sundhedsklyngen understøtter sundhedsaftalens fokusområder. Der var på den baggrund ikke ønske om yderligere lokale målsætninger for klyngens arbejde inden for rammerne af sundhedsaftalen.

Fokus i sundhedsaftalen og sundhedsklynge Byen

Sundhedsaftalen rummer fire visioner:

- Styrket sammenhæng i borgerens forløb
- Mere lighed i sundhed
- Tættere samspil med borgerne
- Bedre brug af ressourcerne

Sundhedsaftalen er fokuseret på tre områder, hvor der er et særligt stort behov og potentiale for at udvikle det tværsektorielle samarbejde om sundhed. Forebyggelse er et centralt omdrejningspunkt i alle tre fokusområder. Sundhedsaftalen opstiller mål for alle tre fokusområder:

Fokusområde: Sammen om børn og unges sundhed

Sundhedsaftalens mål:

- Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer
- Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.

Sundhedsklynge Byen har udpeget 'Børn og unges mentale trivsel' som et fokusområde og igangsat en række initiativer målrettet særligt sårbare børn og unge, som afrapporteres for politisk klynge i november.

Sundhedsklyngen har også igangsat et arbejde på fødeområdet med henblik på at understøtte anvendelsen af kommunikationsaftalen for gravide og fødende samt udbrede gode erfaringer fra andre klyngers samarbejde om ammeområdet til Byen.

Fokusområde: Sammen om borgere med psykisk sygdom

Sundhedsaftalens mål:

- Alle borgere med psykisk sygdom oplever sammenhæng i behandlingsforløb og et koordineret udskrivningsforløb.
- Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom.

På nuværende tidspunkt har sundhedsklynge Byen ikke et særskilt fokus på borgere med psykisk sygdom, men målgruppen er også borgere med komplekse sociale udfordringer som hjemløshed og rusmiddelbrug. Sundhedsklyngen har udpeget 'Udsatte borgeres somatiske sygdom' som et fokusområde. Der er igangsat et samarbejde om socialt udsatte borgere med rusmiddelproblematik og behov for abstinensbehandling, hvor Region Hovedstadens Psykiatri ved Psykiatrisk Center København deltager samt et samarbejde mellem socialtandplejen og Flexklinikken. Der afrapporteres på indsatserne for politisk klynge i november.

Fokusområde: Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

Sundhedsaftalens mål:

- Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker.
- Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst

Sundhedsklynge Byen har udpeget 'Ældre patienter og den sidste tid' som et fokusområde og igangsat en række indsatser indenfor dosisdispenseret medicin, indlæggelser fra plejehjem og den sidste tid, som afrapporteres for politisk klynge i april og november.

Den faglige sundhedsklynge har desuden igangsat en fælles indsats for faldtruede, skrøbelige ældre patienter samt et arbejde, hvor der ses på hvordan erfaringer og metoder fra eksisterende tværsektorielle samarbejder om borgere med kroniske sygdomme kan udbredes og anvendes fremadrettet i klyngen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sundhedsklyngen skal arbejde med den lokale implementering af sundhedsaftalens fokusområder i hele aftaleperioden. Nye fokusområder inden for rammerne af sundhedsaftalen kan vedtages i løbet af aftaleperioden, som løber indtil udgangen af 2027.

BILAG:

1. Sundhedsaftale 2024-2027

7. ORIENTERING: UNDERAFTALE OM BRUG AF KORRESPONDANCEMEDDELELSEN MELLEM KOMMUNERNES MYNDIGHEDSOMRÅDE INDEN FOR VOKSENSOCIALOMRÅDE OG REGION HOVEDSTADENS PSYKIATRI

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Der er indgået ny aftale mellem kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden om brug af korrespondancemeddelelsen mellem kommunernes myndighedsområde inden for voksensocialområde og Region Hovedstadens Psykiatri. Aftalen er en underaftale til Grundaftale om brug af Korrespondancemeddelelsen i Region Hovedstaden

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At faglig sundhedsklynge Byen tager orientering til efterretning

REFERAT

Line Duelund orienterede om, at implementeringen af underaftalen er gået i gang, og at processen går godt med begge kommuner.

Sille Arildsen bemærkede, at man i forbindelse med indsatsen vedr. socialt udsatte borgere med rusmiddelproblematik er ved at undersøge, om korrespondancemeddelelser kan bruges i kommunikationen mellem Flexklinikken og kommunernes myndighedsområde inden for voksensocialområdet.

SAGSFREMSTILLING

Med en ny underaftale mellem kommunerne beliggende i hovedstadsregionen og Region Hovedstadens Psykiatri er der pr. 4. marts 2024 åbnet for brugen af korrespondancemeddelelser mellem myndighed på voksensocialområdet i kommunerne og de psykiatriske centre. Med korrespondancemeddelelser øges sikkerheden for borgernes data, der indføres en enstrengt model for hovedparten af den ikke-akutte kommunikation og kommunikationen journaliseret automatisk i de respektive fagsystemer.

Der er etableret nye arbejdsgange fra kommunernes side. Her er der enten åbnet lokationsnumre til direkte kommunikation mellem de to parter, eller der er lavet aftale om, at kommunikationsmeddelelserne sendes til kommunens hidtidige lokationsnummer for så at blive videresendt indenfor kommunen.

Der er indsamlet en liste med de relevante kommunale lokationsnumre.

I forbindelse med de nye muligheder er der udarbejdet en forkortet liste med lokationsnumre i psykiatrien. Disse er alle lokationsnumre på overafdelinger. Dette har nedbragt antallet af lokationsnumre til kommunikation med voksensocialområdet til 10. Psykiatrien videresender internt kommunikationsmeddelelserne fra overafdeling til relevante underafsnit.

Den nye, forkortede oversigt over lokationsnumre kan også benyttes af andre end myndighed på voksensocialområdet. Det kan fx være ældre-/plejeområdet praktiserende læger m.fl. Så vil man her opnå de samme fordele, som beskrevet i indledningen. Lokationsnumre foregår af bilag 1

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

I løbet af sommeren 2024 bliver der foretaget en analyse af, hvordan den nye underaftale har medvirket til en ændret praksis for kommunikation mellem kommunernes voksensocialområde og psykiatrien.

BILAG

1. Underaftale om brug af korrespondancemeddelelsen mellem kommunernes myndighedsområde inden for voksensocialområde og Region Hovedstadens Psykiatri
2. Notat til Sundhedsklyngerne vedr. Ny underaftalte om brug af korrespondancemeddelelse

8. PRÆSENTATIONER FRA HOLD 2 PÅ DET NATIONALE LEDELSESPROGRAM

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Faglig sundhedsklynge Byen forelægges præsentationer fra deltagerne på hold 2 af Det Nationale Ledelsesprogram, som har holdt afsluttende konference den 6. juni 2024.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At faglig sundhedsklynge Byen tager præsentationerne fra deltagerne på det nationale ledelsesprogram til efterretning.

REFERAT

Centerchef Dorte Hofland fra Københavns Kommune, Enhedschef Irene Harboe Brandt fra Rigshospitalet, Funktionsleder Johan Langelund- Arnstrup fra Frederiksberg Kommune og Praksiskonsulent Thomas Saxild præsenterede indsatsen 'Styrket sammenhæng på kræftområdet – senfølger og lighed i henvisning til kommunale' rehabiliteringsforløb.

Hjemmeplejeleder Tina Kjærgaard fra Københavns Kommune og chefsygeplejerske Anette Agerholm fra Afdeling for Lunge- og Infektionssygdomme på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital præsenterede indsatsen 'Styrket indsats for KOL-borgere i den sidste tid'.

Faglig sundhedsklynge Byen tog præsentationerne fra deltagerne på Det Nationale Ledelsesprogram til efterretning og anerkendte det flotte samarbejde og resultaterne, der er opnået.

Alle deltagerne bemærkede, at Det Nationale Ledelsesprogram har været en god ramme for samarbejdet om forbedringsinitiativerne, og anbefaler Sundhedsklynge Byen at bruge programmet til at understøtte klyngens indsatser.

Præsentationer fra de to hold udsendes med referatet.

Sille Arildsen orienterede om, at Sundhedsklynge Byen sender to hold afsted til hold 3 af Det Nationale Ledelsesprogram med indsatserne 'Samarbejde om hjemmemonitorering til skrøbelige borgere med hjertesvigt' og 'Fælles indsats for den faldtruede, skrøbelige ældre patient'.

SAGSFREMSTILLING

Det Nationale Ledelsesprogram på Sundhedsområdet er en del af Det Nationale Kvalitetsprogram. Formålet med programmet er at klæde ledere fra sundhedsområdet på til datainformeret ledelse af forbedringsarbejde på tværs af regioner, kommuner og almen praksis med patient og borger i fokus. Deltagelse udpeges gennem sundhedsklyngerne og det forventes, at forbedringsinitiativerne følges i den faglige sundhedsklynge.

Der er plads til 200 deltagere per hold per år, hvoraf de fem klynger i hovedstadsområdet har 62 pladser og kan indgå med ca. 12 deltagere per klynge. Målgruppen er chefer og mellemledere samt repræsentanter fra almen praksis. Det er gratis for deltagerne at deltage på programmet. Almen praksis kan frikøbes for tabt arbejdsfortjeneste, enten som deltager på programmet eller ved frikøb ad hoc lokalt.

Sundhedsklynge Byen har i 2023-24 haft deltagere afsted på hold 2 af Det Nationale Ledelsesprogram med følgende to forbedringsinitiativer:

- Styrket sammenhæng på kræftområdet – senfølger og lighed i henvisning til kommunale rehabiliteringsforløb.
- Styrket indsats for KOL-borgere i den sidste tid.

På mødet i faglig sundhedsklynge Byen vil deltagerne præsentere resultater samt læringspointer fra forbedringsarbejdet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Der er frist i juni for sundhedsklyngernes udpegning af initiativer og deltagere til hold 3 på Det Nationale Ledelsesprogram i 2024-25. Sundhedsklyngen vil blive forelagt præsentationer fra hold 3 på et møde medio 2025.

BILAG:

-

9. SKRIFTLIG ORIENTERING: STATUS PÅ SAMARBEJDET OM FØDEOMRÅDET I KLYNGE BYEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. samarbejdet om fødeområdet under Sundhedsklynge Byen afgiver status på indsatsen.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At faglig sundhedsklynge Byen tager status for samarbejdet vedr. fødeområdet til efterretning

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen tog status for samarbejdet vedr. fødeområdet til efterretning.

Rigshospitalet bemærkede, at der er et internt arbejde i gang i forhold til implementeringen af kommunikationsaftalen for gravide og fødende. Christian Worm bemærkede derudover, at Rigshospitalet har en høj tilfredshed med deres ammerådgivning ifølge den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), og bad i den forbindelse om, at Rigshospitalet bliver involveret i arbejdet med ammeindsatsen.

Københavns Kommune efterspurgte en afklaring af, hvilken betydning forsinkelsen af byggeriet på Bispebjerg Hospital har for flytning af fødsler mellem matrikler.

Winnie Brandt sørger for, at begge forespørgsler videreformidles til relevante parter i Region Hovedstaden.

SAGSFREMSTILLING

På mødet i Politisk Sundhedsklynge Byen d. 10. januar 2023, blev det besluttet at nedsætte en koordinationsgruppe på fødeområdet under Sundhedsklynge Byen ift. at understøtte et ensartet serviceniveau, kommunikation og samarbejde på tværs af hospitalerne. Det velfungerende samarbejde og erfaringer fra Amager og Hvidovre Hospital (Sundhedsklynge Syd) både vedr. ammevejledning og implementeringen af kommunikationsaftalen for gravide og fødende blev særligt fremhævet.

På mødet i politisk sundhedsklynge Byen d. 10. januar 2023 rejste Frederiksberg og Københavns Kommune yderligere et ønske om, at jordemoderkonsultationerne kan foregå på andre matrikler end fødestedet, herunder at det undersøges, om der kan etableres jordemoderkonsultation på Frederiksberg Hospital.

Der blev herefter nedsat tre arbejdsgrupper bestående af medlemmer fra Region H, Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune som skal løse nedenstående arbejdsopgaver:

Arbejdsopgaver:

- at udarbejde et dokument med anbefalinger til, hvordan kommunikationsaftalen for gravide og fødende understøttes med det formål, at borgerne oplever en ensartet service, herunder at kommunerne kan yde ensartet og optimal service til gravide og nybagte forældre uanset fødested. Anbefalingerne kan evt. tage udgangspunkt i erfaringerne fra implementeringen af kommunikationsaftalen fra AHH.
- at undersøge muligheden for jordemoderkonsultationer på andre matrikler, herunder særligt på Frederiksberg Hospital.
- at udarbejde anbefalinger til, hvordan erfaringerne fra samarbejdet om ammeområdet med AHH videreføres til alle hospitaler i sundhedsklynge Byen. Anbefalingerne skal koordineres med igangværende nationale initiativer.

Status på udarbejdelse af anbefalinger til, hvordan kommunikationssaftalen understøttes

Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune oplever, at kommunikationen og omfanget af kommunikation fra fødestederne varierer afhængig af fødested, og i nogle tilfælde også af fagperson. Kommunernes erfaring med udfordringerne er, at det skyldes manglende systematik bl.a. på grund af manuelle tidskrævende arbejdsgange, processer hvor det afhænger af den enkeltes jordemoders vurdering af, hvilken kommunikation der er nødvendig at give sundhedsplejen eller at opgaven er placeret hos sekretærer. Det medfører, at korrespondancemeddelelserne vedr. de gravide og fødende kommer for sent eller slet ikke kommer, hvis medarbejderne ikke er på arbejde.

Implementeringen af kommunikationsaftalen er lykkedes i højere grad på de fødesteder, hvor der har været tæt dialog om opgavefordelingen mellem jordemødre og sundhedsplejersker og et tæt velfungerende samarbejde på ledelsesniveau. I samarbejdet med Amager og Hvidovre Hospital samt Herlev Hospital er fagpersonerne fx gensidigt orienteret om hinandens opgaver ved at sundhedsplejerskerne fra hhv. Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune har været ude på personalemøderne på Amager og Hvidovre Hospital eller afholder 2-3 årlige samarbejds møder med Herlev Hospital. Det har medvirket til at tydeliggøre opgavefordelingen mellem jordemødre og sundhedsplejen samt hvilken kommunikation, der er vigtig for at sundhedsplejerskerne kan give gravide og fødende en oplevelse af et sammenhængende forløb.

Inden anbefalingerne udarbejdes, ønsker Region H at få fødestedernes perspektiv på anvendelse af kommunikationsaftalen, herunder hvad der virker og hvilke udfordringer fødestederne oplever. Regionerne er derfor i gang med at indhente information fra fødestederne, hvorefter anbefalingerne udarbejdes.

Status på at undersøge muligheden for jordemoderkonsultationer på andre matrikler

Regionen er i gang med at undersøge om dette er en mulighed.

Status på at udarbejde anbefalinger til, hvordan erfaringerne fra samarbejdet om ammeområdet med AHH videreføres til alle hospitaler i sundhedsklynge Byen.

Det har været prioriteret at igangsætte arbejdet med samarbejdet vedr. anvendelse af kommunikationsaftalen først. Det første møde i arbejdsgruppen vedr. samarbejdet om ammeområdet afholdes efter sommerferien.

Status på hospitalsbyggeriet på Bispebjerg Hospital

Efter gentagne forsinkelser og usikkerhed om økonomien har Region Hovedstaden valgt at ophæve kontrakt med totalentreprenør Rizzani de Eccher på byggeriet af Nyt Hospital Bispebjerg. Beslutningen om at ophæve kontrakten får konsekvenser for tidsplanen, som forventes at blive yderligere 2-3 år forsinket. Vished om en ny tidshorisont for færdiggørelse af byggeriet forventes at foreligge i slutningen af indeværende år eller primo næste år.

Forsinkelsen af byggeriet på Bispebjerg Hospital har ikke umiddelbart konsekvenser for indsatserne vedr. implementeringen af kommunikationssaftalen for fødende og samarbejdet om ammeområdet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Samarbejdet omkring fødeområdet mellem Region H, Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune fortsætter i efteråret 2024. Politisk Sundhedsklynge Byen får en afrapportering på mødet d. 8. november 2024.

BILAG:

10. EVENTUELT

Sundhedsstruktur- kommissionens rapport Sammenfatning

Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende
og bæredygtigt sundhedsvæsen

Juni 2024

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Telefon: +45 72 26 90 00
E-mail: sum@sum.dk

ISBN 978-87-7601-430-8 (digital version)

Design: Indenrigs- og Sundhedsministeriets kommunikationsenhed
i samarbejde med BGRAPHIC

Publikationen kan hentes på
www.ism.dk

Sammenfatning

Danmark har et godt og på mange måder velfungerende sundhedsvæsen. Set over tid og i international sammenligning er det danske sundhedsvæsen stærkt. Sundhedsydelserne er generelt af høj kvalitet, både indenfor det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Rygraden i sundhedsvæsenet er et veluddannet sundhedspersonale, som på forskellig vis bidrager til at give borgere og patienter den bedst mulige behandling, træning, pleje og omsorg indenfor de mål og rammer, der er fastsat af folkevalgte politikere. Når det danske sundhedsvæsen står stærkt, skyldes det bl.a. de tilpasninger og reformer af sundhedsvæsenet, som er blevet gennemført i årenes løb.

Tilsvarende en række andre vestlige lande står det danske sundhedsvæsen nu og i de kommende år imidlertid overfor markante udfordringer. Først og fremmest vil et stigende antal ældre betyde, at flere får alders- og livsstilsbetingede sygdomme, og flere borgere lever med en eller flere kroniske sygdomme. Det skyldes bl.a. den positive udvikling, hvor mange borgere lever længere, bl.a. som følge af sundhedsvæsenets samlede indsats. Samtidig ses en udvikling, hvor flere børn og unge bliver diagnosticeret med psykiske lidelser. Derudover vil manglen på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere tiltage i de kommende år. Det gælder særligt social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter.

Det er en del af baggrunden for, at regeringen den 28. marts 2023 nedsatte Sundhedsstrukturkommissionen. Hensigten med at nedsætte en kommission blev tilkendegivet i regeringsgrundlaget fra december 2022, hvor det fremgår, at regeringen vil tage initiativ til de beslutninger og grundlæggende forandringer, som er nødvendige for at skabe fremtidens sundhedsvæsen.¹

På den baggrund fik kommissionen til opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller forskellige modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen. Modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering. Modellerne skal samtidig tage højde for, at der på tværs af landet er forskellige forudsætninger for at levere sundheds- og behandlingstilbud, og de skal bidrage til en markant omstilling af sundhedsvæsenet, så det primære sundhedsvæsen bliver styrket og tager større ansvar for flere patienter.²

Sundhedsstrukturkommissionen præsenterer i alt tre modeller for forvaltningsstrukturen og opgaveplacering i sundhedsvæsenet og seks generelle anbefalinger til den fremtidige organisering, som er uafhængige af valget af forvaltningsmodel. Til anbefalingerne knytter sig en række konkrete forslag.

Boks 1

Hvad betyder organisering?

I kommissionens rapport bruges begrebet "organisering" som betegnelse for den struktur eller de styringsinstrumenter, som samlet set rammesætter opgaveløsningen i sundhedsvæsenet, indenfor en sektor eller en given opgave. Begrebet dækker dermed over:

- Forvaltningsstrukturen i form af den forvaltningsmæssige inddeling, opgaveplacering og styreform
- Incitamentsstrukturen i form af finansieringsordninger
- Regulering i form af lovfastsat proces- og indholdsregulering
- Øvrig styring, fx i form af aftaler, benchmarking m.v.

1 Regeringen, "Ansvar for Danmark. Det politiske grundlag for Danmarks regering", 2022.

2 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionen", 2023.

1. Status, udfordringer og pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet

I rapportens første del kortlægges beslutninger og udviklingstræk, som har været med til at forme sundhedsvæsenet gennem årene. Herudover beskrives status og udfordringer for sundhedsvæsenet i dag og de pejlemærker, som Sundhedsstrukturkommissionen har valgt at fokusere på i fremtidssikringen af sundhedsvæsenet (se kapitlerne 3-5).

Udviklingslinjer i organiseringen af sundhedsvæsenet

Den nuværende organisering af det danske sundhedsvæsen er et resultat af en lang række tidligere reformer og løbende ændringer. Senest blev de politisk-administrative enheder med strukturreformen i 2007 reduceret fra 271 til 98 kommuner og fra 14 amter til fem regioner.

Gennem årene er der sket en øget specialisering og centralisering af det sekundære sundhedsvæsen, som har løftet kvaliteten i de sundhedstilbud, borgerne modtager. I psykiatrien er der gennemført en afinstitutionisering, hvor ambulant behandling i høj grad har erstattet langtidsindlæggelse. Organiseringen af det almenmedicinske tilbud og samspillet med det øvrige sundhedsvæsen har været diskuteret længe. Det samme har balancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, hvor der er blevet fremlagt argumenter for, at flere opgaver burde løses i praksissektoren fremfor på sygehusene. Samtidig er kommunerne efter strukturreformen blevet tildelt flere og mere komplekse sundhedsopgaver, og den digitale udvikling har gjort det muligt at dække flere sundhedsbehov end tidligere. Det er nogle af de beslutninger og udviklingstræk, som har formet organiseringen af det danske sundhedsvæsen (se kapitel 3).

Status og udfordringer

Sundhedsstrukturkommissionen har identificeret tre væsentlige tendenser, der ændrer forudsætningerne for opgaveløsningen i fremtiden, og tre væsentlige udfordringer for sundhedsvæsenet. De tre tendenser vedrører 1) det aktuelle og fremtidige sygdomsbillede, 2) mangel på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere og 3) befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet. De tre væsentlige udfordringer er 1) usammenhængende patientforløb, 2) ubalancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen og 3) geografisk og social ulighed i sundhed (se kapitel 4).

Ændrede forudsætninger for det danske sundhedsvæsen

For det første har sygdomsbilledet ændret sig, både for unge og ældre. Den andel af befolkningen, der er 80 år eller ældre, vil stige med 14 pct. frem mod 2035. I 2050 vil andelen være fordoblet sammenlignet med 2023. Dertil kommer, at andelen af ældre varierer på tværs af landet, og derfor vil de geografiske forskelle i behovet for sundhedsydelse blive forstærket i de kommende år. Med en aldrende befolkning følger, at flere udvikler alders- og livsstilsbetingede sygdomme, og flere lever længere med sygdommene. Derudover diagnosticeres flere børn og unge med psykiske lidelser. Siden 2013 er antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser steget med 25 pct.

For det andet er manglen på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere tiltagende. I de kommende år vil et generationsskifte medføre stor medarbejderafgang og en forværret rekrutteringssituation. Det gælder særligt social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, som udgør en stor andel af medarbejderne på det kommunale sundheds- og ældreområde. Tendensen skal ses i lyset af, at Danmark i forvejen er blandt de lande i OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), hvor den højeste andel af den samlede arbejdsstyrke er beskæftiget på sundheds- og ældreområdet.

Den tredje og sidste tendens, som ændrer forudsætningerne for sundhedsvæsenet, er, at borgernes samlede forventninger til, hvad sundhedsvæsenet kan levere, stiger. Årsagen til de stigende forventninger er en kombination af generelt øget velstand og et stigende behov for sundhedsydelser som følge af ændringer i demografien.

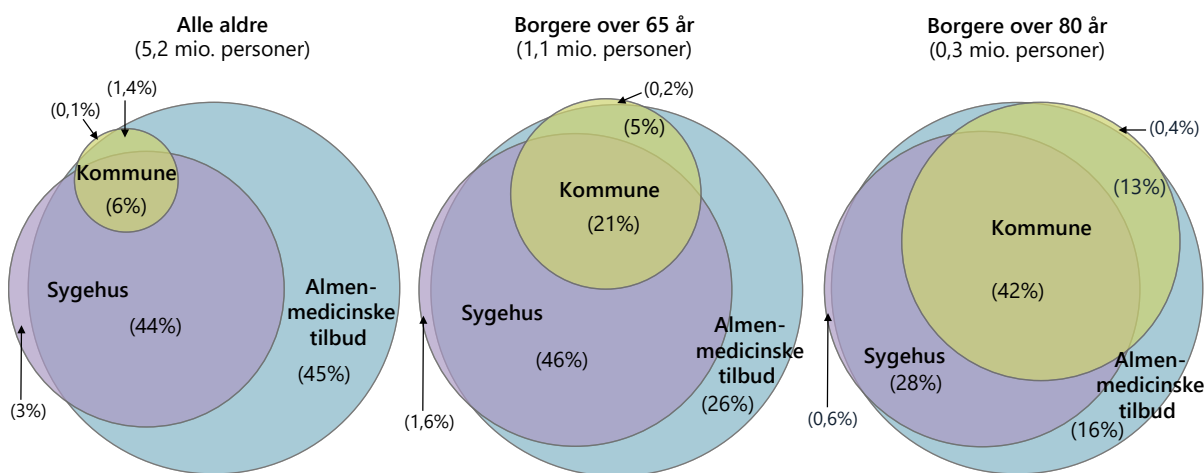
Udfordringer for sundhedsvæsenet

Det er ikke kun forudsætningerne for det danske sundhedsvæsen, der er under forandring. Sundhedsvæsenet står også overfor tre væsentlige udfordringer, som allerede nu påvirker borgernes oplevelse af sundhedsvæsenet.

Den første udfordring er usammenhængende patientforløb. Mange borgere har kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet. I 2022 havde mere end halvdelen af dem, som havde kontakt til sundhedsvæsenet, kontakt med mindst to af de tre hovedsektorer. Jo ældre en person bliver, desto større er kontakten på tværs af sektorerne, jf. figur 1. En aldrende befolkning indebærer derfor, at stadig flere borgere vil få behov for forløb i sundhedsvæsenet, som både involverer alment praktiserende læger, sygehuse og kommunen. De tværgående forløb medfører risiko for et uklart ansvar for borgerens forløb og stiller samtidig store krav til koordinering og vidensdeling på tværs af sundhedsvæsenet, så borgerne oplever sammenhæng og kvalitet.

Figur 1

Borgere med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på sektorer, 2022



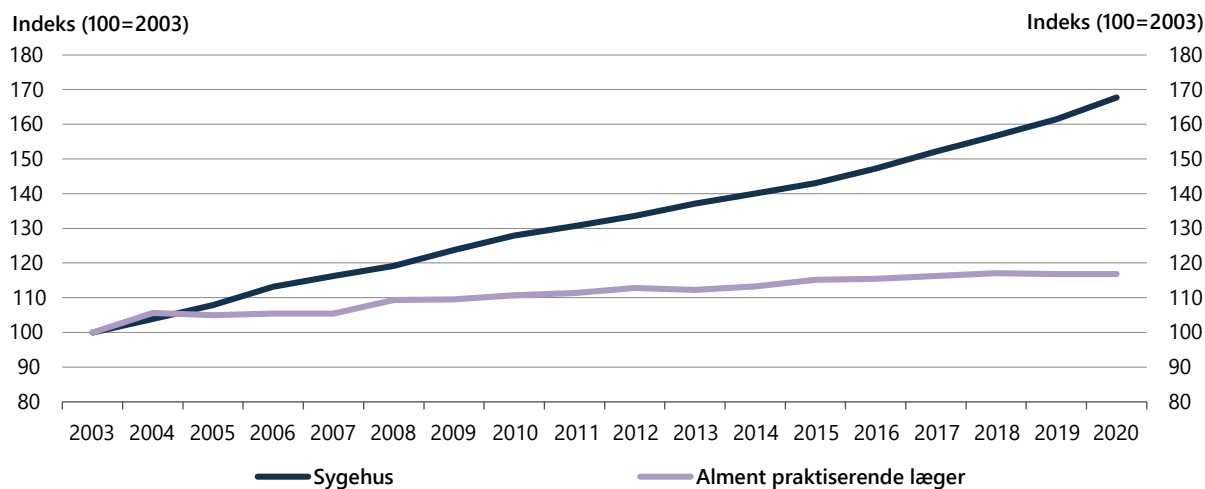
Anm.: Figuren viser andelen af borgere med kontakt til sundhedsvæsenet i 2022, fordelt på de tre sektorer (alment praktiserende læger, kommune og sygehus). Det er ikke muligt at vise en nøjagtig proportional fordeling af overlap i kontakter mellem sektorer, og diagrammet er derfor en approksimation. Derfor kan overlappet mellem sygehus og kommuner ikke vises grafisk i diagrammet. Overlappet mellem sygehus og kommuner udgør hhv. 0,1 pct. for alle ældre, 0,2 pct. for borgere over 65 år og 0,3 pct. for borgere over 80 år.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregisteret, Sygeforsikringsregisteret, Plejehjemsdata, Elektroniske omsorgsjournaler og Det Centrale Personregister).

Den anden udfordring er ubalancen mellem det primære sundhedsvæsen (kommuner, det almenmedicinske tilbud og øvrige praktiserende sundhedspersoner) og det sekundære sundhedsvæsen (sygehuse og praktiserende speciallæger). Der er sket en udvikling og investering i sundhedsvæsenet, som har medført øget specialisering. Specialiseringen har bidraget til betydelige kvalitetsforbedringer, bl.a. i behandlingen af kræft og hjertesygdomme. Der er imidlertid også områder, hvor den høje grad af specialisering medfører ulemper, især for patienter med flere samtidige sygdomme. Herudover har især det primære sundhedsvæsen svært ved at følge med behovet for sundhedsydelser.

Siden 2003 er antallet af alment praktiserende læger steget med 20 pct., mens antallet af læger, der er ansat på sygehusene, er steget med 70 pct., jf. figur 2. Forskellen er særligt vokset frem i årene efter oprettelsen af regionerne. Figuren skal ses i lyset af, at den relative vækst i offentlige udgifter til de to sektorer har været omtrent den samme, og der har derfor bl.a. været mulighed for at ansætte mere ikke-lægeligt sundhedspersonale i det almenmedicinske tilbud.

Figur 2

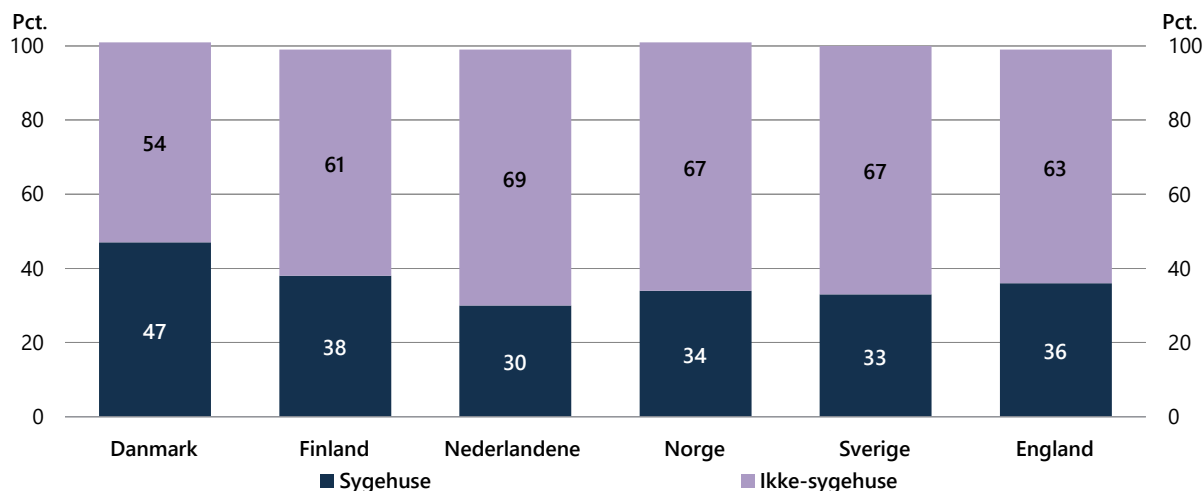
Udvikling i antal læger ansat på sygehusene og alment praktiserende læger, indeks (2003=100)

Anm.: Indeks = 2003. Bemærk, at figuren er opgjort i antal personer beskæftiget i den pågældende sektor og ikke i fuldtidsbeskæftigede/lægekapaciteter. Afgrænsningen af læger ansat ved sygehuse er "Physicians employed in hospitals" og alment praktiserende læger er "General medical practitioners".

Kilde: OECD Health Statistics, Healthcare Resources.

Danmark bruger omkring 10 pct. af BNP på sundhed og er dermed på niveau med mange af de lande, som Danmark normalt sammenligner sig med. Det er altid svært at sammenligne tal på tværs af landegrænser, alene fordi der er forskel på, hvordan lande organiserer sig, og hvordan de indsamler data. Men set i international sammenhæng vejer sundhedsudgifterne til at drive sygehuse i Danmark tungt sammenlignet med de udgifter, der dækker det øvrige sundheds- og ældreområde. I sammenligning med andre relevante lande er det dermed en større andel af sundhedsudgifterne, som går til den mest specialiserede del af sundhedsvæsenet, fremfor fx de alment praktiserende læger, ældrepleje og forebyggelse, jf. figur 3.

Figur 3
Sundhedsudgifter fordelt på funktion, udvalgte lande, 2019



Anm: På grund af afrundinger summer tallene ikke til 100. Fordelingen tager afsæt i OECDs Health Care Functions. Hvor en yderligere segmentering er gjort ved hjælp af OECDs Health Care Providers er det anført nedenfor; Sygehuse er afgrænset til: "Current expenditures on health, inpatient curative and rehabilitative care, all providers", "Outpatient curative and rehabilitative care, hospitals"; Ikke-sygehuse er afgrænset til: "Current expenditures on health, outpatient curative and rehabilitative care, providers of ambulatory health care", "Residential long-term care facilities", og inkluderer bl.a. "medical goods", "preventive care" og "ancillary services"; Alle tal er købekraftsjusteret og omregnet med valutakurs 1,0 EUR = 7,45 DKK. Tal for Storbritannien er brugt som proxy for England. Sammenlignes med en OECD "hospitals" provider-opgørelse undervurderer den anvendte metode sygehusforbruget i bl.a. Norge, Sverige og England, da de præhospitale udgifter fra indlæggelser og ambulante besøg i højere grad indgår som sygehusudgifter i de danske opgørelser. Uanset opgørelsesmetode er andelen af udgifter, der bruges på sygehuse, størst i Danmark.

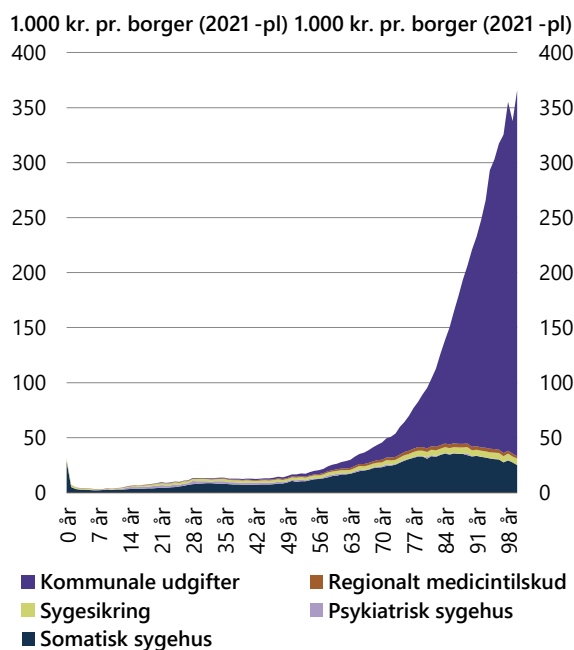
Kilde: BCG, 2023, Sundhedsvæsenets organisering m.v. i udvalgte lande.

Den demografiske udvikling skaber et øget behov for sundheds- og omsorgsydelser indenfor det kommunale sundheds- og ældreområde. Fra borgeren fylder 65 år, stiger det gennemsnitlige behov for sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp. De kommunale udgifter på sundheds- og ældreområdet til personer, som er fyldt 85 år, er ca. 11 gange højere end til personer, der er fyldt 65 år, jf. figur 4.

En del af forklaringen på udviklingen er, at jo tættere en person er på livets afslutning, desto mere hjælp og pleje har personen brug for. Udgifterne til de kommunale sundheds- og plejeindsatser, som en borger modtager, stiger derfor i gennemsnit ganske markant i de sidste tre år inden et dødsfald, jf. figur 5. Det kommer bl.a. til udtryk i udgifterne til plejehjemsophold.

Figur 4

Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person, fordelt på alder, 2022

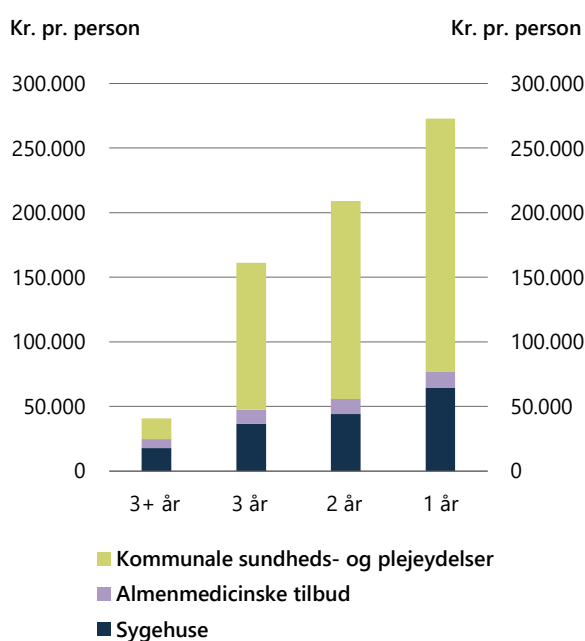


Anm.: I datagrundlaget for de kommunale udgifter indgår 85 kommuner, da datagrundlaget kun er tilstrækkeligt for de kommuner. Opgørelserne for 2021 er påvirket af ændringer i aktiviteten som følge af covid-19 og sygeplejerskestrejken. Udgifterne er angivet i pris- og lønniveau for 2021 (2021-PL).

Kilde: Robusthedskommissionen, 2023, Robusthedskommissionens anbefalinger.

Figur 5

Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år, fordelt på afstand til død, 2019



Anm: Udgifter til sundheds- og plejeydelser er baseret på 95 kommuner. Udgifter til praksissektorer omfatter også receptpligtig medicin. Udgifter i den kommunale sektor omfatter sygepleje, hjemmepleje og plejebolig. Ældre på 100 år og derover er samlet i samme alderskategori. Afstand til død er baseret på 2019-data.

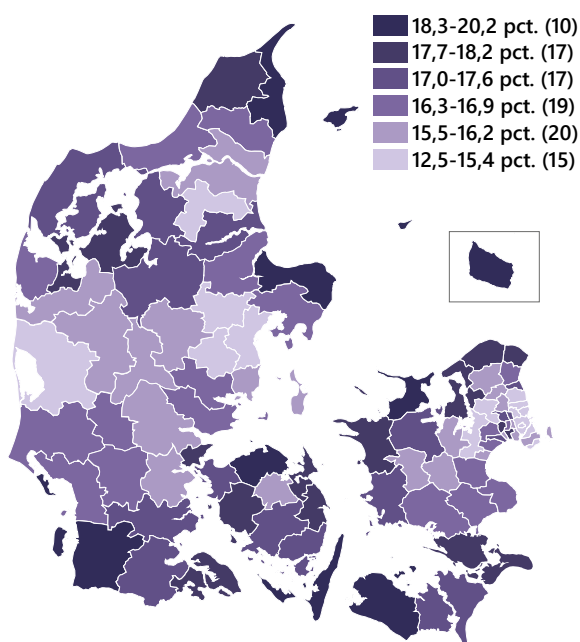
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2023, Geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser.

Endelig er der geografisk og social ulighed i sundhed. Der er væsentlige forskelle i sundhedsbehov og adgang til sundhedstilbud på tværs af landet. Adgangen til sundhedstilbud er oftest udfordret i de dele af landet, hvor sundhedsbehovet er størst. Det gælder fx adgangen til alment praktiserende læger, privatpraktiserende speciallæger og kommunale sundhedstilbud. Omvendt er adgangen til sundhedstilbud bedst i områder, hvor befolkningen som helhed er sundest.

Landkommuner har en markant højere andel af borgere med kroniske sygdomme end bykommunerne. Fx har over 20 pct. af borgerne på Langeland en kronisk sygdom mod 12 pct. af borgerne i København, jf. figur 6. Landkommunerne har også en markant højere andel af ældre og multisyge end øvrige kommuner. Tilsvarende er de områder, som er betegnet som lægedækningstruede, fordi der er vanskeligheder med at tiltrække alment praktiserende læger, typisk at finde i landkommunerne, jf. figur 7. Indenfor de store byer kan der også findes områder med ubalancer mellem sundhedsfaglige behov og ressourcer.

Figur 6

Andel borgere med kronisk sygdom pr. 1.000 borgere i befolkningen, 2022

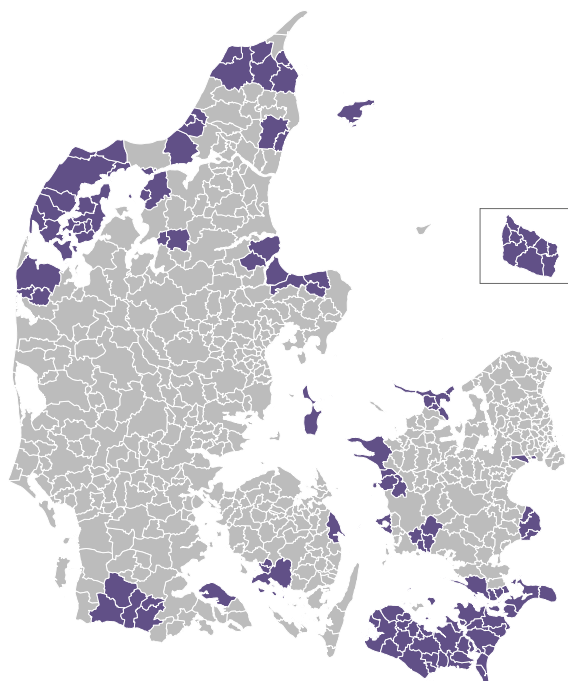


Anm.: De udvalgte kroniske sygdomme: astma, demens, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose, type 1-diabetes og type 2-diabetes.

Kilde: Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 7

Lægedækningstruede områder, 2021-2024



Anm.: Lægedækningstruede områder er fastlagt for hele den indenværende overenskomstperiode 2021-2024. De er kendetegnet ved at have en stor andel borgere tilknyttet, fx udbuds- og regionsklinikker, patientgrundlag med relativt store sundhedsbehov, vanskeligheder ved at sælge en lægepraksis, og de nuværende læger nærmer sig pensionsalderen.

Kilde: PLO, landsdækkende lægedækningstruede områder.

Pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet

Med afsæt i de tendenser og udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor nu og i fremtiden, vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at der særligt er behov for at fokusere på flere forhold i fremtidssikringen af det danske sundhedsvæsen (se kapitel 5).

Sammenhæng, kvalitet og ressourceudnyttelse i patientforløb kan forbedres markant ved at styrke de indsatser, som leveres i det primære sundhedsvæsen. Det kræver, at opgaveløsningen i sundhedsvæsenet gentænkes, og en større andel af ressourcer investeres i at styrke det primære sundhedsvæsen. Ansvar for patienter med længerevarende sygdom skal i langt højere grad varetages af det almenmedicinske tilbud, mens sygehusene i højere grad skal understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen. Det vil også medføre, at færre får behov for en sygehusindsats. Samtidig er der behov for at fastholde og udvikle kvaliteten på sygehusene, så sygehusindsatsen vil være af højeste kvalitet til at behandle borgere, som fx bliver ramt af akut og alvorlig sygdom. Fremtidssikring af sundhedsvæsenet indebærer derfor, at udviklingen særligt fokuserer på tre pejlemærker: 1) sundhed for de mange, 2) lige adgang til sundhed og 3) differentierede indsatser.

Sundhed for de mange handler om, at udviklingen i sundhedsvæsenet skal afspejle, at der kommer flere borgere med almene problemstillinger. Derfor er der behov for et ændret fokus i den ledelsesmæssige og politiske opmærksomhed og i fordelingen af ressourcer mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Samtidig skal opgaveløsningen og rollerne i sundhedsvæsenet løbende omlægges, så mere løses i det primære sundhedsvæsen med fokus på at forebygge forværring af sygdom og understøtte egenomsorg, vel at mærke med opbakning fra specialisterne på sygehuset eller i speciallægepraksis.

Lige adgang til sundhed handler om, at udviklingen i sundhedsvæsenet skal adressere en betydelig og voksende geografisk og social ulighed i sundhed. I fremtidens sundhedsvæsen skal der være lige adgang til stærke sundhedstilbud i hele landet. Det kræver en fordeling af ressourcer i det primære og i det sekundære sundhedsvæsen, som afspejler befolkningssammensætningen og befolkningens behov i alle dele af landet.

Differentierede indsatser handler om at målrette indsatsen til den enkelte borgers behov. På den måde bliver ressourcerne også brugt så effektivt som muligt. Det betyder, at flere skal understøttes i hjælp til selvhjælp, mens andre har behov for mere kontakt med sundhedsprofessionelle. Fx vil borgere med høj sundhedskompetence blive tilbudt digitalt understøttede indsatser og færre kontroller, mens borgere med færre sundhedskompetencer og skrøbelighed tilbydes en mere håndholdt indsats.

2. Den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

I rapportens anden del beskrives og vurderes styrker og svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet. I den sammenhæng opstilles først seks hensyn, som organiseringen af sundhedsvæsenet bør understøtte. Dernæst beskrives den nuværende organisering, og til sidst præsenteres en vurdering af væsentlige svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet set i lyset af de udfordringer og muligheder, sundhedsvæsenet står overfor (se kapitel 6-8).

Centrale hensyn

Sundhedsstrukturkommissionen opstiller seks hensyn, som er centrale for at vurdere (ændringer af) den organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet. De seks hensyn bruges til at vurdere svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet og til at vurdere fordele og ulemper ved de præsenterede anbefalinger, forslag og modeller til en ændret organisering af sundhedsvæsenet i rapportdel 3 og 4.

Det kræver organisatoriske forandringer at realisere de præsenterede pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet. Ændringer i sundhedsvæsenets organisering bør ske i respekt for de hensyn og målsætninger for sundhedsvæsenet, som traditionelt har haft bred politisk tilslutning. Nogle af hensynene hænger tæt sammen med pejlemærkerne, men der er også andre hensyn, som er vigtige i en samlet vurdering af styrker og svagheder ved sundhedsvæsenets organisering.

Ingen organisatorisk indretning af sundhedsvæsenet vil kunne tilgodese alle hensyn i samme grad. Det vil derfor være nødvendigt at afveje hensynene op mod hinanden. Vægtningen af de enkelte hensyn vil i sidste instans være et politisk valg (se kapitel 6).

Sundhedsstrukturkommissionens seks centrale hensyn for organiseringen af sundhedsvæsenet er:



Hensyn 1: Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere i hele landet

Hensynet indebærer, at organiseringen understøtter faglig bæredygtighed i opgaveløsningen og social og geografisk lighed.



Hensyn 2: Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud

Let adgang til relevante sundhedstilbud er bl.a. betinget af graden af fri adgang til sundhedstilbud, tilbuddenes geografiske nærhed og muligheder for frit valg mellem leverandører. Behandling i hjemmet er i stigende grad relevant og muligt i takt med udviklingen af det primære sundhedsvæsen, nye teknologiske muligheder og borgernes stigende ønsker om digital kontakt med sundhedsvæsenet.



Hensyn 3: Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb

Høj kvalitet i sundhedstilbud forudsætter, at borgerne oplever en høj grad af sammenhæng i hele forløbet, fx mellem undersøgelse, udredning og behandling og efterfølgende genoptræning, pleje og rehabilitering. Derfor er det et væsentligt hensyn, at organiseringen af sundhedsvæsenet understøtter en stærk sammenhæng i borgernes forløb.



Hensyn 4: Et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer

Hensynet om at give borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer indebærer, at organiseringen understøtter omkostningseffektivitet og økonomisk robusthed, en stærk sammenhæng mellem opgave- og budgetansvar og effektiv brug af knappe personaleressourcer i sundhedsvæsenet.



Hensyn 5: Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol

Hensynet om effektiv politisk styring og demokratisk kontrol indebærer, at organiseringen giver et klart politisk ansvar for leveringen af sundhedstilbud, understøtter politisk opmærksomhed på væsentlige udfordringer og bidrager til politisk handlekraft og styring.



Hensyn 6: Implementeringsomkostninger

Implementering af større organisatoriske forandringer indebærer både potentialer, risici og omkostninger. Det er derfor vigtigt, at de organisatoriske og strukturelle løsninger for fremtidens sundhedsvæsen også vurderes i et implementeringsperspektiv.

Den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

Det danske sundhedsvæsen er i høj grad decentralt organiseret. I dag er der tre forvaltningsled med ansvar på sundhedsområdet: Stat, regioner og kommuner. Staten udstikker de overordnede rammer for at varetage sundhedsopgaverne via lovgivning, årlige økonomiaftaler, retningslinjer og anden statslig styring indenfor området. Det økonomiske og driftsmæssige ansvar er derimod placeret i regioner og kommuner.

Det danske sundhedsvæsen har en række væsentlige styrker. Sundhedsydelserne er generelt af høj kvalitet og leveres af et veluddannet sundhedspersonale i et overvejende offentligt finansieret sundhedsvæsen med universel adgang til ydelserne. Sygehusstrukturen har over de senere år gennemgået en nødvendig tilpasning, og der er i dag 21 akutsygehuse. Samling af behandlinger på færre sygehusmatrikler har været med til at sikre en højere kvalitet i sygehusbehandlingen, og mange behandlinger er blevet omlagt fra indlæggelser til ambulante behandlinger. På trods af den seneste tids udfordringer med ventetider til sygehusbehandling har ventetiden generelt været faldende over en lang årrække.

Kommunerne har fået en markant større rolle på sundhedsområdet end tidligere. Det gælder fx genoptræning efter indlæggelse, men også indenfor områder, der er opstået som konsekvens af udviklingen i sygehusenes opgavevaretagelse, fx akutfunktioner i den kommunale sygepleje. I praksissektoren er det almenmedicinske tilbud til stede i hele landet, og der er generelt høj tilfredshed hos borgerne med det almenmedicinske tilbud, som også varetager en central rolle som gatekeeper for indsatser i det sekundære sundhedsvæsen (se kapitel 7).

Svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

Set over tid og i international sammenligning er det danske sundhedsvæsen veludbygget, tilgængeligt, og det leverer sundhedsydelser af høj kvalitet til hele befolkningen. Men i lyset af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor, vurderer kommissionen, at der er en række væsentlige svagheder ved sundhedsvæsenets nuværende organisering. Det gælder især den overordnede opgave- og ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet, styring og regulering indenfor de enkelte sektorer og organiseringen af arbejdet med digitalisering og data (se kapitel 8).

Opgave- og ansvarsfordelingen i sundhedsvæsenet

Den nuværende opgave- og ansvarsfordeling er medvirkende til utilstrækkelig sammenhæng i patientforløb, manglende investeringer i de almene sundhedstilbud og udfordringer med faglig bæredygtighed i dele af kommunernes opgaveløsning.

Udviklingen indenfor sundhedsvæsenet vil give flere forløb på tværs af sektorer. Det samme vil den demografiske udvikling og et ændret sygdomsbillede. Det understreger behovet for en organisering, som understøtter sammenhængende patientforløb. Gennem tiden er der blevet iværksat mange gode projekter og initiativer til at styrke sammenhængen. Dog vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at der er behov for markant stærkere tiltag for at skabe sammenhæng, især i de forløb, der går på tværs af det almenmedicinske tilbud, kommuner og sygehuse. Den nuværende konstruktion af sundhedsklyngerne imødekommer ikke i tilfredsstillende grad sundhedsvæsenets udfordringer med at samarbejde på tværs af sektoropdelingen.

Hvad angår investeringerne i de almene sundhedstilbud, medfører opgave- og ansvarsfordelingen, at regionerne har en begrænset økonomisk tilskyndelse til at investere i en udbygning af det primære sundhedsvæsen ved at stille ressourcer til rådighed for den del af sundhedsvæsenet, som kommunerne har ansvaret for. Der er samtidig en risiko for, at kommunerne vil underinvestere i indsatser til at forebygge egne borgeres brug af sygehusene og det øvrige sundhedsvæsen, da dele af gevinsterne tilfalder regionerne. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at der er behov for en organisering, som gør det muligt, at der løbende følger ressourcer med fra det sekundære til det primære sundhedsvæsen, når opgaveløsningen omstilles og udvikles på en måde, som kræver opbygning af nye kompetencer og kapacitet.

Endelig betyder den nuværende opgave- og ansvarsfordeling, at kommunerne har ansvar for en række sundhedsopgaver, hvor nogle kræver et vist borgergrundlag for, at opgaveløsningen er fagligt og økonomisk bæredygtig. Det kan flere kommuner have vanskeligt ved at etablere. Som udgangspunkt understøtter sundhedsvæsenets decentrale organisering tilgængelighed af sundhedstilbud i hele landet og er med til at danne grundlag for indsatser tæt på borgeren. Kommunerne løser imidlertid sundhedsopgaverne under meget forskellige vilkår på grund af forskellene i deres geografiske størrelse, befolkningsantal og geografiske placering. Genoptræning og rehabilitering af små patientgrupper, som kræver særlige kompetencer, er eksempler på opgaver, som er udfordrende at varetage fagligt bæredygtigt i alle kommuner. Derudover kan små kommuner fx vanskeligt etablere og opretholde kommunale akutfunktioner med tilstrækkelig volumen til at fastholde et døgndækket, fagligt bæredygtigt tilbud.

Væsentlige regulerings- og styringsudfordringer

Ifølge Sundhedsstrukturkommissionen er der behov for at ændre den nuværende regulering og styring indenfor de enkelte sektorer i sundhedsvæsenet.

Der er bl.a. brug for at forandre den måde, som de almenmedicinske tilbud reguleres i lovgivningen for at understøtte, at det almenmedicinske tilbud også fremover kan udgøre den primære indgang til udredning og behandling i hele landet. Derudover sikrer den nuværende overenskomstmæssige regulering af de almenmedicinske tilbud ikke en geografisk fordeling af ressourcer, som afspejler den geografiske variation i sundhedsbehovet.

Samtidig vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at den nuværende udformning af overenskomstmodellen for de almenmedicinske tilbud er en væsentlig barriere for den videre omstilling af sundhedsvæsenet. Regionernes grundlag for at indgå i og følge op på forpligtende aftaler i det almenmedicinske tilbud er for begrænset. Kommissionen vurderer dog også, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud er sket for langsomt set i forhold til behovet og de muligheder, som er indenfor den eksisterende organisering.

Reguleringen af sygehusene, bl.a. den nationale styring af placeringen af funktioner, har medført en øget specialisering og en samling af specialiseret behandling på færre sygehuse. Det har været med til at løfte kvaliteten for patienterne, men har også medvirket til en organisatorisk fragmentering, hvor ansvaret for patientforløb er fordelt på flere afdelinger, hvor der er større geografisk afstand for nogle patienter, og hvor der er rekrutteringsudfordringer på nogle sygehuse udenfor de store byer.

Derudover har sygehusene svært ved at rekruttere læger i nogle dele af landet og indenfor visse specialer. Allerede igangsatte initiativer har ikke været tilstrækkelige til at sikre en bedre fordeling af speciallæger.

Strukturelle barrierer for omstilling mod et mere digitalt sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den eksisterende organisering og styring af arbejdet med digitalisering, data og andre teknologiske løsninger ikke er tilstrækkelig til at sikre, at løsninger udvikles og udbredes tilstrækkeligt hurtigt til, at de potentielle gevinster kan blive indfriet.

Den nuværende organisering og styring bærer præg af, at der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering. Flere af aktørerne har ikke de rette forudsætninger for at varetage udvikling, implementering og drift af teknologiske løsninger. Der mangler strukturer for og incitamenter til udbredelse af nye digitale løsninger og datadrevne teknologier. Desuden udfordres sammenhæng, implementerings-tempo og omkostningsniveau af stor leverandørafhængighed og en fragmenteret IT-arkitektur.

Kommissionen vurderer, at en vigtig betingelse for den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet er en stærkere organisering og styring af datadelings- og digitaliseringsindsatsen. Digitale løsninger og øget nyttiggørelse af data rummer potentiale for at effektivisere driften af sundhedsvæsenet, øge kvaliteten af sundhedstilbud og skabe bedre forløb for borgerne og bedre udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

3. Tværgående anbefalinger og forslag

På baggrund af de ændrede forudsætninger og udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor, og på baggrund af vurderingen af styrker og svagheder ved sundhedsvæsenets nuværende organisering, opstiller Sundhedsstrukturkommissionen seks anbefalinger med tilhørende forslag og tre forvaltningsmodeller til den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet.

I rapportens tredje del præsenterer kommissionen fem ud af de seks anbefalinger og tilknyttede forslag til en ændret organisering. De fem anbefalinger er tværgående i den forstand, at de er uafhængige af valget af forvaltningsmodel. Det er kommissionens vurdering, at de fem anbefalinger kan gennemføres uanset hvilken forvaltningsmodel, der kommer til at udgøre sundhedsvæsenets fremtidige struktur.

De fem anbefalinger og tilhørende forslag vedrører det almenmedicinske tilbud, digitaliserings- og dataområdet, fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, psykiatri og private aktører indenfor sundhedsvæsenet (se kapitlerne 9-13).

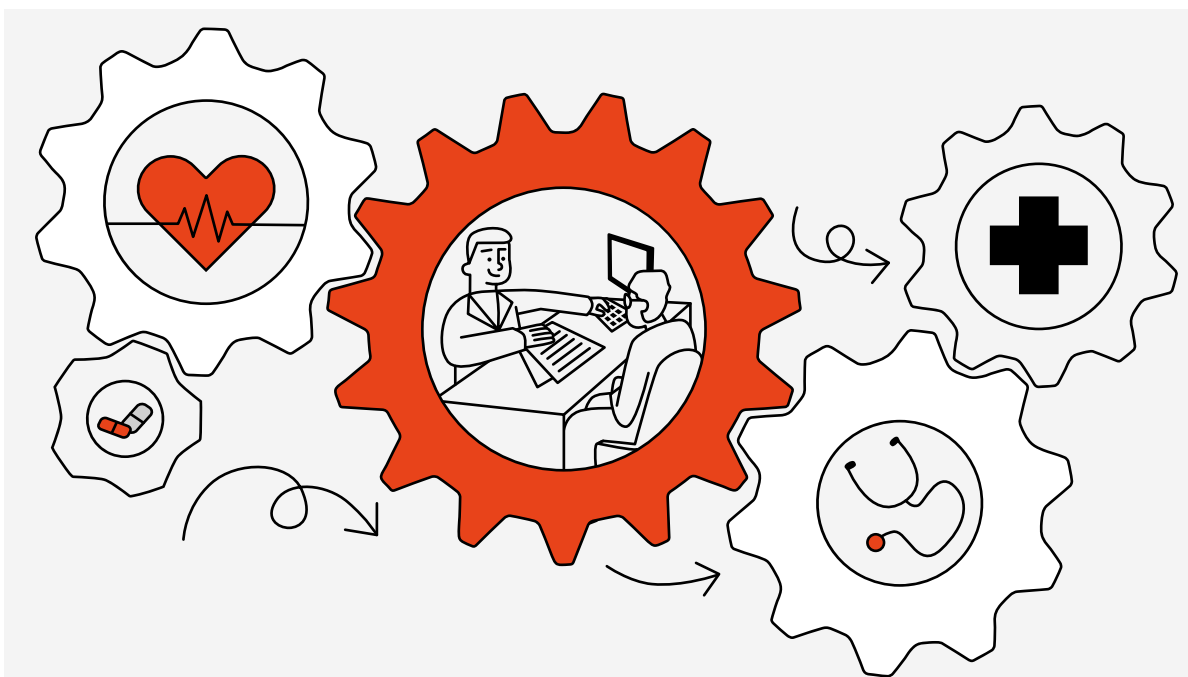
Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Det almenmedicinske tilbud, som overvejende består af alment praktiserende læger, har en nøglefunktion i sundhedsvæsenet og løfter en stor og væsentlig opgave i forhold til at varetage diagnosticering og behandling og i forhold til at afklare, om borgerne skal henvises videre til det øvrige sundhedsvæsen.

Blandt borgerne er der generelt tilfredshed med det almenmedicinske tilbud. Udviklingen i patientsammensætningen, bl.a. med flere ældre og flere mennesker med kroniske sygdomme udfordrer dog allerede i dag det almenmedicinske tilbud. For at imødekomme borgernes behov skal det almenmedicinske tilbud understøtte høj tilgængelighed, varetage flere og mere komplekse opgaver og i højere grad indgå som en integreret og sammenhængende del af det samlede sundhedsvæsen.

Det almenmedicinske tilbud skal styrkes og udvikles og varetage flere opgaver, der i dag løses på sygehusene. Det betyder, at en større andel af de samlede sundhedsudgifter skal anvendes i det almenmedicinske tilbud. Omstillingen af opgavevaretagelsen skal ske i takt med, at kapaciteten og kompetencerne i det almenmedicinske tilbud udvides, og den nødvendige faglige støtte fra det specialiserede sundhedsvæsen bliver stillet til rådighed. Samtidig skal omstillingen ske i takt med, at målsætningen om at uddanne flere speciallæger i almen medicin bliver indfriet.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende organisering, herunder styring og ledelse, af det almenmedicinske tilbud ikke er tilstrækkelig til at understøtte den udvikling og tilpasning, som er nødvendig for, at det almenmedicinske tilbud kan varetage den nøglerolle, det er tiltænkt i fremtidens sundhedsvæsen (se kapitel 9).



Boks 2 Anbefaling 1

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering. Formålet er, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud afspejler patienternes stigende behov for sundhedsydelser og tilgængelighed i det primære sundhedsvæsen. Derfor skal de ansvarlige myndigheders kompetence til at påvirke udviklingen styrkes.

Boks 3 Forslag

1. Kapacitet og kompetencer i det primære sundhedsvæsen skal udbygges. Det kræver, at en større andel af de samlede sundhedsudgifter anvendes i det almenmedicinske tilbud.
2. De ansvarlige myndigheder skal have kompetence til at benytte forskellige klinikformer, bl.a. alment praktiserende læger, offentligt drevne klinikker og udbudsklinikker, hvor det skønnes relevant ud fra lokale forhold og behov. Dermed fjernes de eksisterende lovgivningsmæssige begrænsninger for, at det almenmedicinske tilbud kan udvikles til i fremtiden at bestå af en kombination af alment praktiserende læger og øvrige klinikformer, bl.a. klinikker med ansatte læger.
3. Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal fastlægges af nationale myndigheder med inddragelse af relevante faglige selskaber og skal ses i tæt sammenhæng med en styrket sundhedsplanlægning og styret opgaveudvikling og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet. Samtidig skal beskrivelsen fastlægge, hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud skal understøtte de almenmedicinske tilbud. Ændringen betyder, at fastlæggelsen af opgaveporteføljen i det almenmedicinske tilbud adskilles fra forhandlinger om de økonomiske vilkår, som de alment praktiserende læger og øvrige klinikker virker under.
4. Differentierede patienttal og honorarer skal fastlægges på baggrund af en national model, som estimerer behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik. Effekten vil være, at klinikker med en stor andel af ressourcestærke og raske patienter skal varetage flere patienter indenfor den nuværende honorering, mens klinikker med en stor andel af sårbare borgere og borgere med multisygdom får reduceret patientantallet, så der sikres en omfordeling af ressourcer efter sundhedsbehov.

5. De ansvarlige myndigheders lovmæssige grundlag for at tilrettelægge samarbejdet og følge op på efterlevelsen af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal styrkes.
6. En central rammeaftale skal fastsætte økonomi, vilkår og honorarstruktur for de alment praktiserende læger, men centrale elementer i form af opgavebeskrivelsen, grundlaget for fordeling af lægeressourcer og tvistløsning reguleres fremover udenfor aftalesystemet.
7. Honorarstrukturen skal revideres med fokus på forenkling, sammenhæng mellem patienternes sundhedsbehov og honorering, styrket samarbejde med andre aktører og realisering af løbende produktivitetstiltag til gavn for det samlede sundhedsvæsen. Det vil bl.a. betyde, at hver enkelt, ny opgave ikke forudsætter forhandlinger om økonomi, da en forsimplet honorarstruktur kan rumme nye opgaver.
8. En dansk model for netværksorganisering skal udvikles og udbredes med det formål, at det almenmedicinske tilbud kan møde skærpede krav til opgaver og funktioner indenfor en organisering med relativt mange mindre klinikker, bl.a. ved tværfagligt samarbejde.
9. Databaseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen skal styrkes markant. Det gælder bl.a. i det almenmedicinske tilbud.

Ny organisering af digitalisering og data

Borgerne i Danmark er blandt de mest digitale i verden. En stor del af befolkningen bruger digitale tjenester som en naturlig del af hverdagen. Det gælder også i sundhedsvæsenet, hvor mange – især under og efter covid-19-pandemien – har taget de digitale sundhedstilbud til sig. En digital transformation er derfor en naturlig og central forudsætning for at fremtidssikre sundhedsvæsenet. Samtidig kan endnu bedre brug af digitale løsninger og data være med til at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen for borgere og medarbejdere. Den teknologiske udvikling muliggør den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet fra at levere ydelser på sundhedsvæsenets fysiske matrikler til i højere grad at levere ydelser, som helt eller delvist møder borgeren, hvor vedkommende er, med samme høje kvalitet uafhængig af geografi.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende organisering af sundhedsvæsenets digitaliserings- og dataindsats ikke kan realisere den nødvendige digitale transformation (se kapitel 10).



Boks 4

Anbefaling 2

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. En ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det er nødvendigt for, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed. En ny organisering skal derfor også ses som et middel til at skabe bedre forudsætning for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne.

Boks 5

Forslag

1. Der skal udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet. Mandatet til udarbejdelsen af strategien ligger i staten, men det skal ske i tæt samarbejde med relevante aktører, som varetager arbejdet med de digitale løsninger i sundhedsvæsenet, og de ansvarlige for driften af hele sundhedsvæsenet. Strategien skal forpligte alle parter i sundhedsvæsenet til at arbejde mod fælles mål for den digitale transformation af sundhedsvæsenet. Strategien skal være tæt koblet til sundhedsvæsenets behov og målsætninger for den samlede omstilling, så digitalisering ikke bliver et mål i sig selv men et stærkt redskab til at løse sundhedsvæsenets udfordringer.
2. Der skal etableres en national planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Den nationale planlægningskompetence er baseret på en lovhjemmel, så det bindende kan fastsættes, hvilke digitale løsninger der udvikles og udbredes nationalt, og hvilke løsninger der kan udvikles lokalt. En tydelig planlægningskompetence skal bidrage til at styrke den samlede beslutnings- og eksekveringskraft og understøtte en mere koordineret udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer på digitaliserings- og dataområdet.

3. Der skal etableres en fælles, national service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet. Organisationen får ansvar for fælles digitale løsninger, som er rettet mod borgerne og den sundhedsfaglige opgavevaretagelse, og for en fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. Organisationen skal samtidig understøtte innovation og samle drift af større IT-fagsystemer, bl.a. elektroniske patientjournal- og omsorgsjournalsystemer (EPJ- og EOJ-systemer), og digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen. Kommissionen fremlægger ikke forslag til den konkrete organisering af service- og leveranceorganisationen, men lægger vægt på, at den nye organisation etableres med en tæt kobling til driften og med mulighed for, at staten kan sikre, at organisationens arbejde udføres i sammenhæng med den overordnede nationale retning for sundhedsvæsenet. Digital Sundhed Danmark bør implementeres trinvist med mulighed for at udvide organisationens opgaveportefølje over tid.
4. Finansiering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet skal understøtte realiseringen af kommissionens øvrige tre forslag til en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data, bl.a. for at skabe forpligtelse blandt de decentrale aktører til de fælles strategiske mål og de fælles digitale løsninger.

I forlængelse af forslaget om en strategi for digitalisering og data (forslag 1 i boks 5) foreslår kommissionen fem strategiske mål for den digitale transformation af sundhedsvæsenet: 1) Digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne; 2) borgerne skal let og overskueligt kunne tilgå sundhedsvæsenet digitalt; 3) en national dataplatform og den digitale infrastruktur skal understøtte sundhedspersonalet i at samarbejde om borgerne på tværs af sundhedsvæsenet; 4) en sammenhængende og forpligtende digital arkitektur på sundhedsområdet skal skabe rammer for udvikling og fleksibel tilpasning til den lokale opgavehåndtering; 5) styrket koordination og samarbejde om optag og udbredelse af innovative løsninger skal understøtte, at teknologiens potentiale til at frigøre arbejdskraft og løfte kvalitet kan komme flere medarbejdere og borgere til gavn.

Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Fordelingen af ressourcer mellem det primære sundhedsvæsen og det sekundære sundhedsvæsen skal afspejle befolkningens behov for sundhedsydelser. Mange flere borgere vil i fremtiden have gavn af at blive behandlet i det primære sundhedsvæsen. Det kræver en tilpasset ressourcefordeling, hvor en større andel af ressourcerne skal målrettes det primære sundhedsvæsen. Samtidig er der behov for en omstilling af sygehusene, hvor væksten skal reduceres, og sygehusene skal have et stærkere fokus på at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen.

Det indebærer, at de sygehusansvarlige myndigheder har et stærkt fokus på kun at tilbyde sygehusindsatser, som har en reel sundhedsfaglig værdi for patienter. Sundhedsstyrelsen har i et notat til Sundhedsstrukturkommissionen peget på, at flere undersøgelser viser, at 20 pct. eller mere af sygehusaktiviteten vurderes at være unødvendig.

Den geografiske fordeling af ressourcer og sundhedsfagligt personale skal afspejle befolkningens sundhedsbehov forskellige steder i landet. I de områder, hvor borgerne har et relativt stort behov for sundhedsydelser som følge af høj sygelighed, bør der også være relativt flere ressourcer til rådighed. Det er ikke tilfældet i dag. Adgangen til sundhedstilbud er generelt bedre i de områder af landet, hvor befolkningen som helhed er sundest, mens den er dårligere i de områder, hvor behovet for sundhedsydelser er størst. Der er geografiske forskelle i adgangen til almenmedicinske tilbud, og der er udfordringer med at sikre læger på sygehusene udenfor de store byer. Tiltagene til bedre fordeling af sundhedsfagligt personale på tværs af landet og den forventede udvikling i de geografiske forskelle i sundhed og sygdomsbyrde kan ændre på udgiftsbehovet på tværs af landet. Derfor vil der potentielt være konsekvenser for, hvordan økonomien på sundhedsområdet skal fordeles.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende fordeling af ressourcer bidrager til en geografisk og social ulighed i sundhed. Det er en ulighed, der risikerer at blive forstærket i de kommende år, bl.a. som følge af udviklingen i demografien (se kapitel 11).



Boks 6

Anbefaling 3

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

Formålet med anbefalingen er at sikre en mere hensigtsmæssig balance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, som skal muliggøre den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere borgere har forløb i det primære sundhedsvæsen. Formålet er også at understøtte, at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud og dermed nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed.

Boks 7

Forslag

1. Ressourcefordelingen mellem det primære sundhedsvæsen og sygehusene skal tilpasses. Forslaget indebærer en styrket prioritering af det primære sundhedsvæsen, som ledsages af en tilsvarende reduceret vækst for sygehusene. Sygehusene skal samtidig have en stærkere rolle i at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen.
2. Fordeling af læger geografisk og på tværs af sygehuse og det primære sundhedsvæsen skal tilpasses. Forslaget indebærer en incitamentsmodel i form af et vækstloft for sygehuslæger indenfor udvalgte geografiske områder og eventuelt specialer, som skal understøtte, at flere læger søger mod sygehuse udenfor de store byer.
3. Kvalitetsstandarder skal udvikles mod at kunne gå på tværs af sektorer, stille krav til samarbejde i det primære sundhedsvæsen og styrke monitorering og eventuelt kombinere kravene med økonomiske incitamenter.

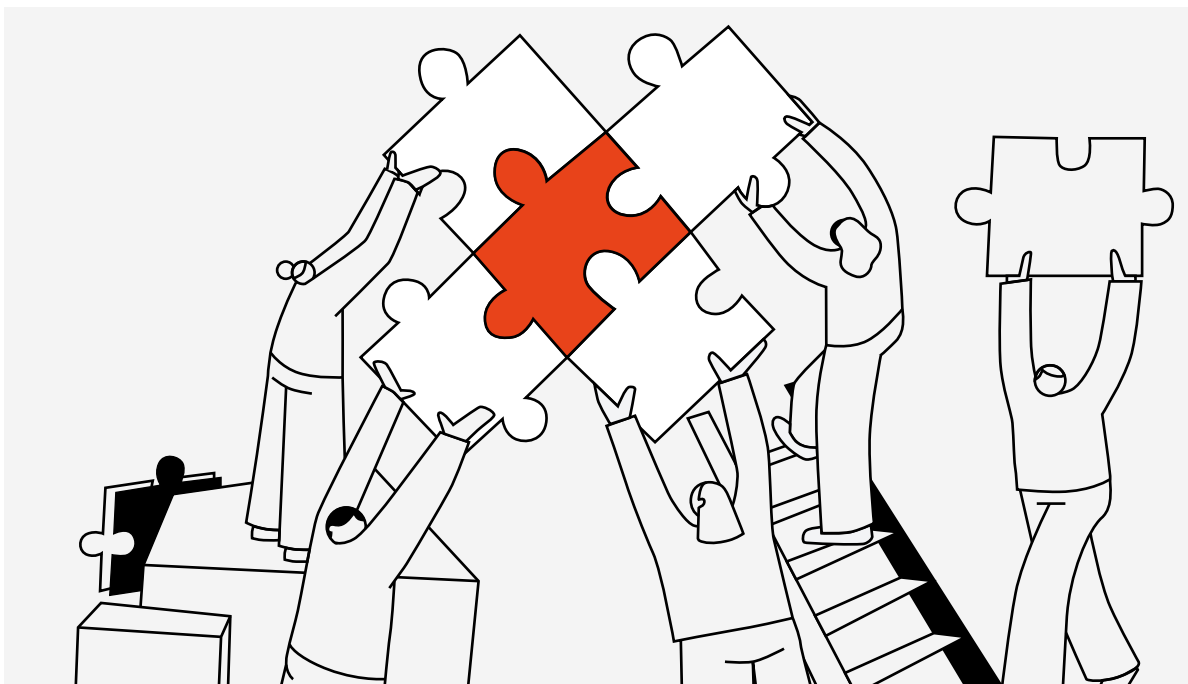
4. Styring af den lægelige videreuddannelse skal styrkes, og medicinuddannelsen skal tilpasses. Forslaget indebærer bl.a., at uddannelseslæger skal bruge en større del af deres uddannelsesforløb udenfor universitetshospitalerne i de større byer, og der skal være et større fokus på faglig bredde og generalistkompetencer i speciallægeuddannelsen. Dimensioneringen af medicinuddannelsen skal understøtte en hensigtsmæssig vækst af læger fremover, og der skal på uddannelsen være et større fokus på de almene sundhedsindsatser.
5. Sundhedsfaglig forskning skal i højere grad målrettes sundhedstjenesteforskning med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen og i mindre grad specialiserede indsatser på sygehusene. Ph.d.-forløb skal i højere grad besættes af andre sundhedsfaglige grupper end læger.
6. Styring af det højt specialiserede sygehusområde skal ændres, så de sygehusansvarlige myndigheder får redskaber til at sikre et balanceret ressourceforbrug på tværs af det specialiserede og almene sygehusområde.
7. Sundhedscentre i form af fleksible og innovative tilbud skal styrke det primære sundhedsvæsen, særligt de almenmedicinske tilbud, og skabe rammer for bedre sammenhæng og samarbejde lokalt. Forslaget har særlig relevans i områder med langt til sygehuset.

Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Psykiatrien er en væsentligt del af det samlede sundhedsvæsen. Flere af de udfordringer, som patienter oplever i det øvrige sundhedsvæsen, gælder i høj grad også i psykiatrien. Når Sundhedsstrukturkommissionen har valgt at præsentere en særskilt anbefaling og forslag for psykiatrien, skyldes det, at kommissionen ser det som en helt afgørende opgave for sundhedsvæsenet at skabe bedre rammer for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Der er behov for, at kvaliteten af behandlingen løftes, og sammenhængen i indsatsen på tværs af sektorerne styrkes. Samtidig er kapaciteten i både behandlingspsykiatrien, og i de kommunale indsatser udfordret. Stadig flere efterspørger udredning og behandling for psykiske lidelser, ligesom det stigende antal ældre vil medføre, at stadig flere udvikler demenssygdomme, som kræver samtidig behandling, pleje og hjælp i forhold til at håndtere både somatiske og psykiske udfordringer. Herudover står den psykiske lidelse sjældent alene, idet den ofte følges af samtidige somatiske udfordringer.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at tiltag, der kan styrke sammenhæng og kvalitet i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser, har et betydeligt potentiale for at løfte sundheden og livskvaliteten for borgere med psykiske lidelser. Samtidig vurderer kommissionen, at der er et betydeligt potentiale i tidlige og forebyggende indsatser, som kan hjælpe borgere, inden en psykisk mistrivsel bliver til en egentlig psykisk lidelse (se kapitel 12).



Boks 8

Anbefaling 4

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, herunder at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen, for at understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser.

Boks 9

Forslag

1. Psykiatrien skal integreres organisatorisk i det samlede sygehusvæsen. Formålet er at sikre bedre sammenhæng for patienter med psykiske lidelser, styrke muligheden for at somatiske lidelser opdares og behandles mere effektivt hos mennesker med psykiske lidelser, sikre nemmere adgang til psykiatriske kompetencer for somatiske patienter og bidrage til et styrket ledelsesmæssigt fokus og tættere samarbejde mellem psykiatrien og somatikken om forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceopbygning.
2. Det tværsektorielle samarbejde om borgere med psykiske lidelser skal styrkes. Forslaget involverer krav om fasttilknyttede læger på botilbud, nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien og overvejelser om tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet. Tiltagene skal bl.a. sikre en langt stærkere forebyggende indsats på de sociale botilbud og løfte og ensarte kvaliteten i de sundhedsfaglige indsatser for borgere, som modtager samtidige indsatser indenfor sundheds- og socialområdet. Samtidig skal tiltagene understøtte den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet, hvor flere forløb varetages i det primære sundhedsvæsen og bidrage til bedre sammenhæng for borgeren ved at tydeliggøre ansvars- og opgavefordelingen mellem relevante aktører.
3. Udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien skal styrkes. Formålet er at sikre hurtigere udbredelse og bedre udnyttelse af digitale løsninger, som kan skabe bedre tilgængelighed, sammenhæng og hurtigere hjælp på rette niveau. Det gælder generelt for sundhedsvæsenet. Udvikling af digitale løsninger har dog et særligt potentiale indenfor psykiatrien, hvor de kan være med til at afhjælpe, at en psykisk lidelse udvikler sig eller forværres og kræver mere specialiseret behandling.

Forslagene skal også ses i lyset af og gennemføres i sammenhæng med igangværende og kommende initiativer. Det omfatter bl.a. 10-årsplanen for psykiatrien og anbefalingerne i det faglige oplæg til 10-årsplanen om løbende kapacitetsopbygning, hvor både indsatsen i kommuner, på sygehusene og i det almenmedicinske tilbud prioriteres.

Private aktører og rettigheder

I Danmark er der en lang tradition for at bruge private aktører som leverandører i dele af det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Sundhedsstrukturkommissionen har – i tillæg til private leverandører i det almenmedicinske tilbud, som behandles i kapitel 9 – fokuseret på to yderligere kategorier af private aktører, nemlig praktiserende speciallæger og private kommercielle sygehuse. Derudover har kommissionen drøftet brugen af patientrettigheder og private sundhedsforsikringer (se kapitel 13).

Sundhedsstrukturkommissionen har diskuteret de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger i lyset af den udvikling, som sundhedsvæsenet står overfor. Den samlede efterspørgsel på sundhedsydelser er stigende som følge af, at antallet af borgere med en eller flere sygdomme stiger. Samtidig har en større andel af patienterne behov for behandlingsforløb, som er forankrede i det almenmedicinske tilbud med støtte fra det sekundære sundhedsvæsen. Kommissionen bemærker, at aftalesystemet for de praktiserende speciallæger generelt set fremstår velfungerende. Det er dog Sundhedsstrukturkommissionens overordnede vurdering, at den nuværende organisering af de praktiserende speciallæger ikke i tilstrækkeligt omfang understøtter en optimal udnyttelse af de praktiserende speciallægers samlede ressourcer.



Boks 10 Anbefaling 5

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger tilpasses for at understøtte en effektiv brug af de samlede speciallægeressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.

Boks 11

Forslag

1. Planlægning af det praktiserende speciallægetilbud skal ske indenfor en styrket national ramme, som understøtter en ændret geografisk fordeling og effektiv brug af speciallægetilbuddet i det samlede sundhedsvæsen.
2. Det lovmæssige grundlag for ledelse af samarbejde med speciallægepraksis skal styrkes, og der skal ske en skærpelse af den ansvarlige myndigheds organisatoriske fokus på ledelse af samarbejde og kvalitetsudvikling.
3. Der skal skabes bedre grundlag for, fx via en fælles indgang, at patienter med størst behov prioriteres først, og der opnås en samlet set mere effektiv anvendelse af ressourcerne.

Kommissionen har gjort sig en række overvejelser om brugen af private sygehuse, sundhedsforsikringer og patientrettigheder, men har ikke fundet anledning til at komme med anbefalinger om organisatoriske ændringer indenfor områderne.

I drøftelsen af brugen af private sygehuse lægger kommissionen vægt på, at de sygehusansvarlige myndigheder fortsat skal anvende den private sygehuskapacitet strategisk, bl.a. for at understøtte sammenhæng i patienternes forløb. Hos de sygehusansvarlige myndigheder bør der også være opmærksomhed på, at brug af privat kapacitet ikke må medføre en sårbarhed for det offentlige sundhedsvæsen på de områder, hvor private sygehuse varetager en forholdsvis stor del af den offentligt finansierede aktivitet.

Sundhedsstrukturkommissionen har desuden drøftet, om forsikringsselskaberne selv bør ansætte egne læger til at visitere patienter til indsatser, der kræver lægeerklæring. Det er dog kommissionens vurdering, at det almenmedicinske tilbud fortsat bør varetage rollen som gatekeeper, også for patienter med en sundhedsforsikring, med henblik på at henvisning til og træk på sundhedsfaglige ressourcer sker på sundhedsfaglig indikation. På den måde mindskes risikoen for et u hensigtsmæssigt træk på knappe personaleressourcer i sundhedsvæsenet. Det vil dog være hensigtsmæssigt, hvis der er en dialog og et løbende samarbejde mellem det offentlige sundhedsvæsen og forsikringsselskaberne om brugen af sundhedsforsikringer.

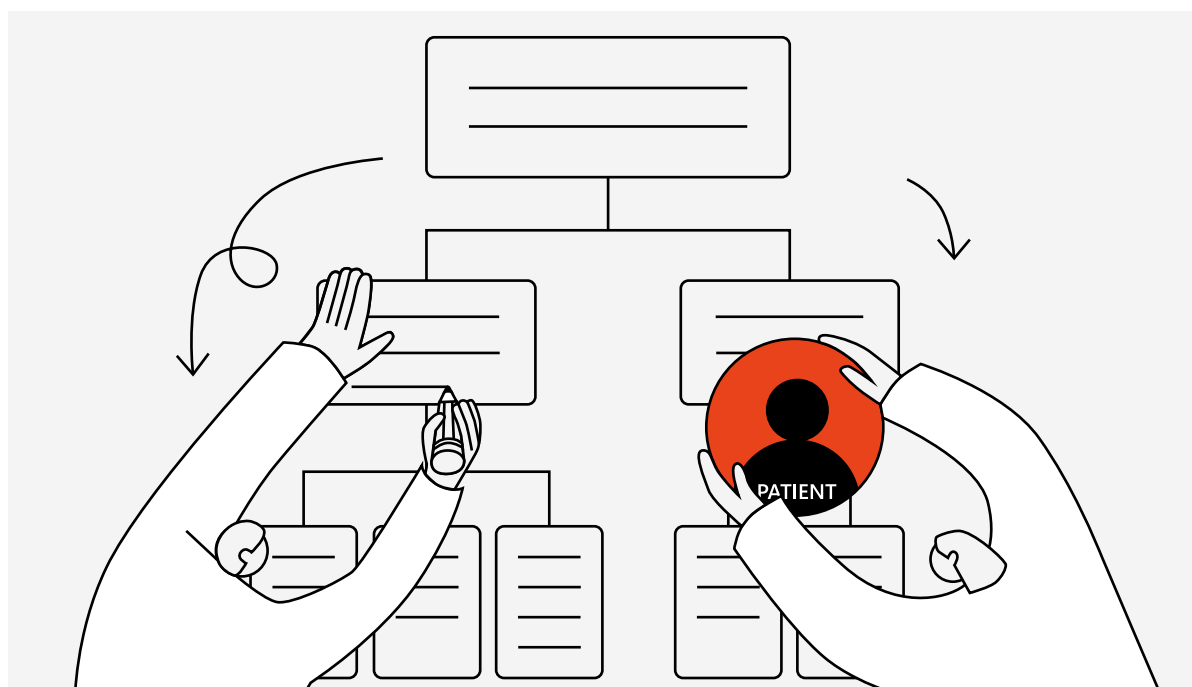
Endelig vurderer Sundhedsstrukturkommissionen, at patientrettigheder om frit valg og hurtig udredning, behandling og genoptræning generelt udgør en positiv drivkraft i sundhedsvæsenet, som er med til at løfte kvaliteten og forbedre patienternes oplevelser i sundhedsvæsenet. Kommissionen er dog opmærksom på, at patientrettigheder også kan have u hensigtsmæssige konsekvenser for sundhedsvæsenet. Robusthedskommissionen har bl.a. peget på, at patientrettigheder kan vanskeliggøre mulighederne for at foretage faglige skøn og prioriteringer i sundhedsvæsenet. Ved overvejelser om eventuel indførelse af nye rettigheder eller ved tilpasninger af eksisterende patientrettigheder bør et væsentligt hensyn være, at rettighederne ikke fører til en øget prioritering af sygehussektoren på bekostning af det primære sundhedsvæsen (se også kapitel 13).

4. Opgavesamling, forvaltningsmodeller, implementering og økonomi

I rapportens fjerde del opstiller og vurderer kommissionen tre modeller for den fremtidige forvaltningsstruktur i sundhedsvæsenet, som i varierende grad også berører områder, der er nærtliggende til sundhedsområdet. Desuden præsenteres kommissionens anbefaling om at understøtte implementering af en reform og en række overvejelser om de ledelsesmæssige udfordringer, som omstillingen af sundhedsvæsenet indebærer. I rapportens fjerde del gives der også en vurdering af de økonomiske og finansieringsmæssige konsekvenser af kommissionens samlede anbefalinger, forslag og modeller (se kapitlerne 14-17).

Forvaltningsmodeller

Sundhedsstrukturkommissionen har fået til opgave at opstille og vurdere modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen, som understøtter et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen, præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering. Sundhedsstrukturkommissionen opstiller tre forvaltningsmodeller for sundhedsvæsenet. Kommissionen anbefaler ikke én konkret forvaltningsmodel, men i overensstemmelse med kommissoriet afvejer kommissionen for hver af modellerne fordele og ulemper (se kapitel 14-15).



De tre modeller adskiller sig indbyrdes i forhold til, om sundhedsvæsenet har en decentral eller en national politisk ledelse, og i forhold til, om der sker en større samling af opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet eller en mindre eller ingen opgavesamling.

To af de tre forvaltningsmodeller indebærer en større samling af ansvaret for opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet under én myndighed. Det er opgaver, hvor ansvaret i dag er fordelt på regioner og kommuner. I den ene af de to modeller, model 1, er det politiske ansvar forankret decentralt med etablering af sundheds- og omsorgsregioner, der ledes af regionsråd med direkte valgt politisk ledelse. I den anden model, model 2, ligger det politiske ansvar på det nationale niveau, og der er i den model ingen decentral politisk ledelse af sundhedsvæsenet. Rationalet i de to forvaltningsmodeller er at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet ved at samle det politiske ansvar for sygehuse, det almenmedicinske tilbud, den øvrige praksissektor og en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag bliver løst af kommunerne.

I den tredje forvaltningsmodel, model 3, sker en mindre – eller ingen – samling af de opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet, som i dag er henholdsvis kommunernes og regionernes ansvar. Udgangspunktet for model 3 er at styrke nærhed, bæredygtighed, lighed og sammenhæng i sundhedsvæsenet uden en større samling af opgaver under én myndighed. Det skal ses i lyset af, at der også vil være ulemper forbundet med at flytte mange og tunge opgaver ud af kommunerne. Model 3 fastholder et decentralt politisk ansvar for sundhedsvæsenet, men indebærer ændringer i regionernes politiske styreform, tiltag til at udbygge det primære sundhedsvæsen og styrkede krav til den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet.

Kommissionen har ved opstillingen af forvaltningsmodeller lagt til grund, at der ikke bør være flere myndighedsniveauer end de tre, der eksisterer i dag (kommuner, regioner og stat). Opstillingen af modeller er desuden afgrænset af, at det ligger udenfor kommissoriet at forholde sig til kommunernes styreform og geografiske afgrænsning (se kapitel 15).

I kapitel 14 opstiller og vurderer kommissionen tre niveauer af opgavesamling, der beskrives som henholdsvis en stor opgavesamling, en mellemstor opgavesamling og en mindre opgavesamling. Som det fremgår af anbefalingerne, ser kommissionen ikke samling af opgaveansvaret under én myndighed som den eneste måde, hvor der kan skabes stærkere sammenhæng og omstilling i sundhedsvæsenet. Sammenhæng ved opgavesamling har dog nogle klare fordele, som gør det vigtigt at afsøge de potentialer, der knytter sig til en reform af opgaveansvaret. For det første giver det reel mulighed for at skabe sammenhængende patientforløb, hvis hele patientforløbet ligger under én myndigheds ansvar, fremfor hvis det er delt mellem to eller flere myndigheder. For det andet styrker det muligheden for at bruge ressourcerne mere effektivt – både økonomiske, teknologiske og personalemæssige ressourcer – hvis det er samme myndighed, der har ansvaret for sammenhængende opgaver.

Den store og den mellemstore opgavesamling knytter sig til forvaltningsmodel 1 og 2. I hovedtræk indebærer den store opgavesamling, at størstedelen af det kommunale ældre- og træningsområde, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed. I den mellemstore opgavesamling bevarer kommunerne ansvaret for plejehjem og plejeboliger.

I kapitel 14 beskrives tilsvarende en mindre opgavesamling, som knytter sig til den tredje forvaltningsmodel, model 3. Den opgavesamling indebærer bl.a., at dele af den kommunale sygepleje, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræningsindsatsen og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed. Derudover indgår overvejelser om, hvordan ændret regulering af hjælpemidler/behandlingsredskaber og midlertidige pladser/akutpladser bl.a. kan understøtte bedre sammenhæng for borgerne i et sektoropdelt sundhedsvæsen.

Sundhedsstrukturkommissionen anser den store opgavesamling for at have det største potentiale for at understøtte sammenhæng og omstilling. Alle niveauer af opgavesamling vil dog i forskellig grad medføre ulemper, da der samtidig skabes nye snitflader til andre dele af det kommunale område, fx indsatser på social- og beskæftigelsesområderne, ved ændret ansvarsplacering.

Ingen model for organiseringen af sundhedsvæsenet vil fuldt ud leve op til alle væsentlige hensyn. Alle modeller vil have indbyggede svagheder, som må afvejes i forhold til de styrker, der knytter sig til den pågældende model. Vurderingen af modellernes fordele og ulemper sker på baggrund af de hensyn, kommissionen opstiller i kapitel 6, og som også dækker de sigtelinjer, der er formuleret i kommissoriet.

Model 1 – Regionalt enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner

I forvaltningsmodel 1 nedlægges de nuværende regioner, og der etableres et nyt forvaltningsled i form af 8-10 sundheds- og omsorgsregioner. Antallet af sundheds- og omsorgsregioner afspejler en samlet afvejning af hensynet til nærhed til de opgaver, som sundheds- og omsorgsregionerne overtager fra kommunerne, og hensynet til bæredygtighed i opgaveløsningen på tværs af de opgaver, som sundheds- og omsorgsregionerne får ansvaret for. Hver sundheds- og omsorgsregion ledes af 21-25 direkte valgte politikere, og det foreslås, at der oprettes nærudvalg, som skal understøtte politisk og administrativ opmærksomhed på omstilling til og udvikling af det primære sundhedsvæsen og på de lokale problemer og behov indenfor sundheds- og omsorgsregionerne.

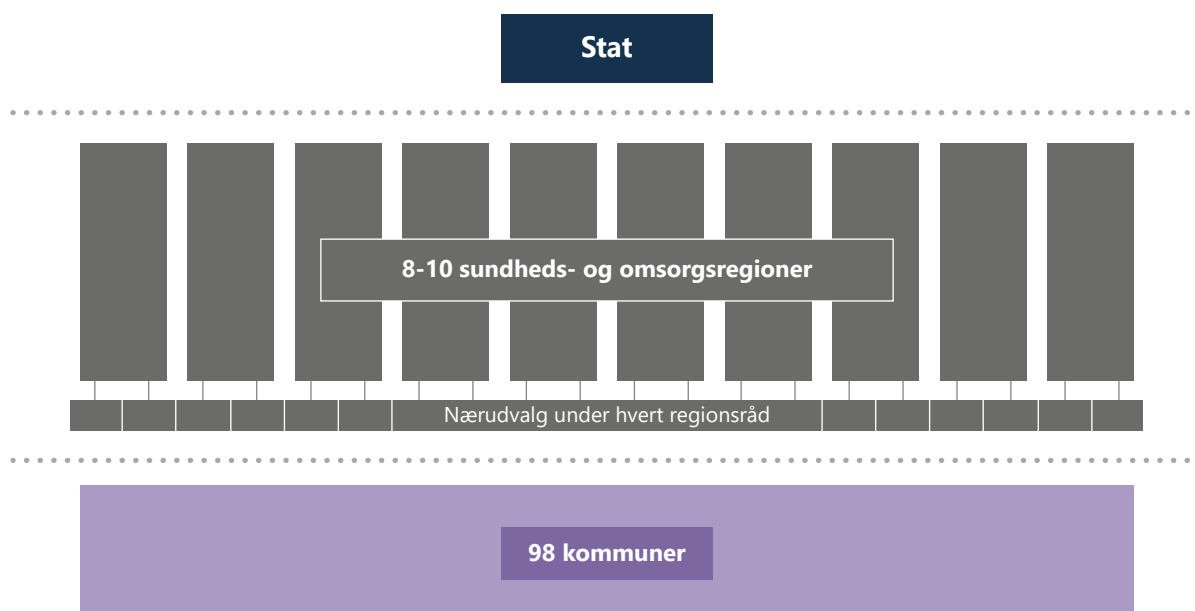
De nye sundheds- og omsorgsregioner får det samlede ansvar for sygehuse, almenmedicinske tilbud og den øvrige praksissektor. Samtidig får de ansvaret for en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag bliver løst af kommunerne. De nuværende regioner nedlægges, og deres sundhedsopgaver overgår til de nye sundheds- og omsorgsregioner sammen med de opgaver, der overdrages fra kommunerne. De nye sundheds- og omsorgsregioner får dermed et bredt ansvar for sammenhængende opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag er delt mellem regioner og kommuner.

De eksisterende sundhedsklynger nedlægges, da de ikke er relevante i en model, der samler opgaver på sundheds- og ældreområdet under samme myndighed.

Sundhedsstrukturkommissionen har i forhold til model 1 overvejet en variant (model 1a), hvor medlemmerne af regionsrådene ikke vælges ved direkte valg, men i stedet udpeges af kommunalbestyrelserne i de kommuner, som ligger i de enkelte sundheds- og omsorgsregioner. Varianten af model 1 opstilles og vurderes selvstændigt i kapitel 15.

Model 1

Enhedssundhedsvæsen med 8-10 sundheds- og omsorgsregioner



Boks 12

Fordele og ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn**Fordele sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn**

- Modellen tilvejebringer en reel og markant styrkelse af et entydigt politisk ansvar for en række sammenhængende opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i den nuværende struktur er underlagt delt politisk ansvar.
- Samlingen af en række sammenhængende opgaver i de nye sundheds- og omsorgsregioner skaber øget klarhed om ansvarsfordelingen, bedre rammer for at skabe sammenhængende patientforløb og stærkere tilskyndelser til at investere i omkostningseffektive og forebyggende indsatser udenfor sygehusmatriklerne.
- Modellen vil øge regionernes prioriteringsrum og dermed understøtte effektiv brug af de tilgængelige ressourcer.
- Modellen styrker den faglige bæredygtighed i det primære sundhedsvæsen, især i de områder af landet, hvor opgaverne i dag varetages af mindre kommuner.
- Etableringen af et samlet politisk ansvar for sundhedsvæsenet reducerer behovet for kompenserende statslige styringstiltag.
- Modellen fastholder en stærk demokratisk kontrol med sundhedsvæsenet, og det hensyn får større vægt, desto flere og tungere opgaver den pågældende myndighed får ansvaret for.

Ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

- Afstanden mellem den politiske ledelse og borgerne vil blive større for så vidt angår de opgaver, der overtages fra kommunerne.
- Modellen vil reducere kommunernes prioriteringsrum på tværs af velfærdsområder, fordi en væsentlig del af de kommunale opgaver flyttes til sundheds- og omsorgsregionerne.
- En opdeling af de nuværende fem regioner i 8-10 nye sundheds- og omsorgsregioner kan medføre mindre faglig bæredygtighed i varetagelsen af sygehusopgaver og risiko for tab af de senere års opnåede centraliserings- og specialiseringsgevinster i sygehussektoren.
- Etableringen af flere regionale enheder end i dag kan isoleret betragtet medføre øgede geografiske forskelle, og der vil som følge af flere patientstrømme på tværs af de nye regioner være risiko for suboptimering i brugen af de samlede ressourcer.
- Der vil være tale om en markant reform, som flytter et stort antal medarbejdere og mange ressourcer fra kommunal ledelse til en regional ledelse med deraf afledte omstillings- og implementeringsomkostninger.

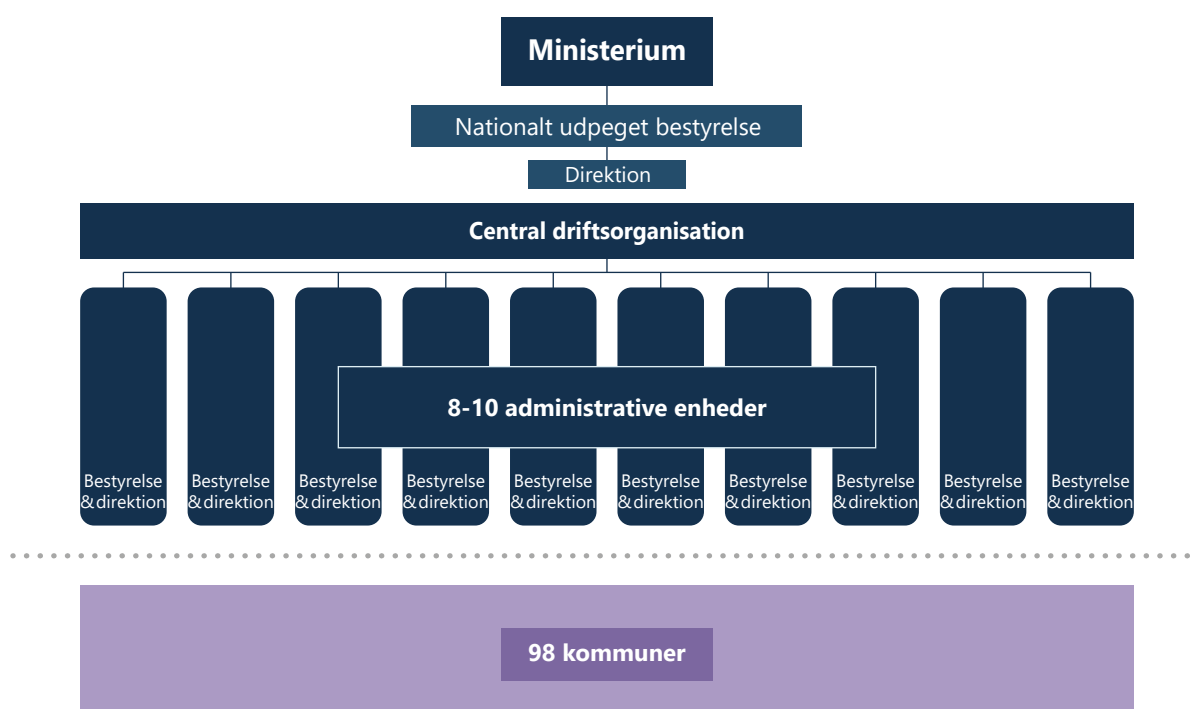
Model 2 – Statsligt enhedssundhedsvæsen

I kommissionens anden model nedlægges regionerne, og staten overtager myndigheds- og driftsansvaret for sygehuse, almenmedicinske tilbud og den øvrige praksissektor. Derudover får staten ansvaret for en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag bliver løst af kommunerne.

”Sundhed og Omsorg Danmark” er en fællesbetegnelse for det opgaveområde, som staten overtager ansvaret for. Det politiske ansvar er placeret hos ministeren for området, som fastsætter den overordnede strategi og udviklingsplan for sundhedsvæsenet. Der etableres en central bestyrelse og driftsorganisation under det ansvarlige ministerium, som har det overordnede driftsansvar med ansvar for den samlede økonomi (drift og anlæg) og centrale HR-funktion. Den daglige drift varetages af 8-10 decentrale, administrative enheder med en decentral bestyrelse for hver enhed.

Model 2

Statsligt enhedssundhedsvæsen med 8-10 administrative enheder



Boks 13

Fordele og ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn**Fordele sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn**

- Modellen tilvejebringer en reel og markant styrkelse af et entydigt politisk ansvar for en række sammenhængende opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i den nuværende struktur er underlagt delt politisk ansvar.
- Samlingen af en række beslægtede opgaver under samme myndighed skaber øget klarhed om ansvarsfordelingen, bedre rammer for at skabe sammenhængende patientforløb og stærkere incitament til at investere i omkostningseffektive og forebyggende indsatser udenfor sygehusenes matrikler.
- Modellen styrker den faglige bæredygtighed i det primære sundhedsvæsen, især i de områder af landet, hvor opgaverne i dag varetages af mindre kommuner.
- Modellen understøtter den samlede kvalitet i opgaveløsningen i kraft af en tættere integration af det primære og det sekundære sundhedsvæsen.
- Modellen skaber potentiale for øget geografisk lighed, fordi staten gennem et samlet arbejdsgiveransvar i princippet har bedre mulighed for at flytte ressourcer derhen, hvor behovet er størst.
- Modellen skaber grundlag for en styrket national beslutnings- og eksekveringskraft, fx indenfor data og digitalisering.

Ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

- Modellen indebærer en markant centralisering af det politiske ansvar for sygehuse og en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag er kommunernes eller regionernes ansvar.
- Modellen indebærer etablering af et statsligt driftsområde, som i udgifter, kompleksitet og antal medarbejdere klart overstiger alle andre statslige driftsområder. Det kan give væsentlige styringsudfordringer.
- Der er betydelig risiko for manglende politisk kapacitet til stillingtagen til løbende prioriteringer, reformer og tilpasninger på sundhedsområdet. Risikoen forstærkes af, at mange enkeltsager vil ende hos den ansvarlige minister.
- Modellen svækker borgernes mulighed for lokalt eller regionalt at øve indflydelse på opgavevaretagelsen på sundheds- og ældreområdet, og modellen forringer mulighederne for at tilpasse opgaveløsningen til lokale forskelle i borgernes ønsker og behov.
- En stor statslig sundhedsforvaltning giver risiko for interne forvaltningsmæssige barrierer, der kan minde om de nuværende sektorgrænser, og risiko for stor ledelseskompleksitet og lange beslutningsveje og en deraf afledt svækket politisk kontrol med forvaltningen.
- Det er en udfordring for det nuværende sundhedsvæsen, at fem regioner skal koordinere med i alt 98 kommuner. Udfordringen bliver ikke mindre, hvis én statslig myndighed skal koordinere med 98 kommuner.

Model 3 – Sundhedsregioner

I kommissionens tredje model tages der udgangspunkt i den nuværende opgavefordeling indenfor sundheds- og ældreområdet. Det vil sige, at regionerne fortsat har ansvaret for sygehuse og praksissektoren, og kommunerne har fortsat ansvaret for deres nuværende opgaver på sundheds- og ældreområdet.

I modellen kan der ske en mindre samling af opgaver på sundheds- og ældreområdet, men modellen bygger på et rationale om en væsentlig mindre opgavesamling sammenlignet med model 1 og 2. Modellen indeholder til gengæld en række andre forslag, som skal understøtte bedre sammenhæng for borgerne og styrke en omstilling af sundhedsvæsenet.

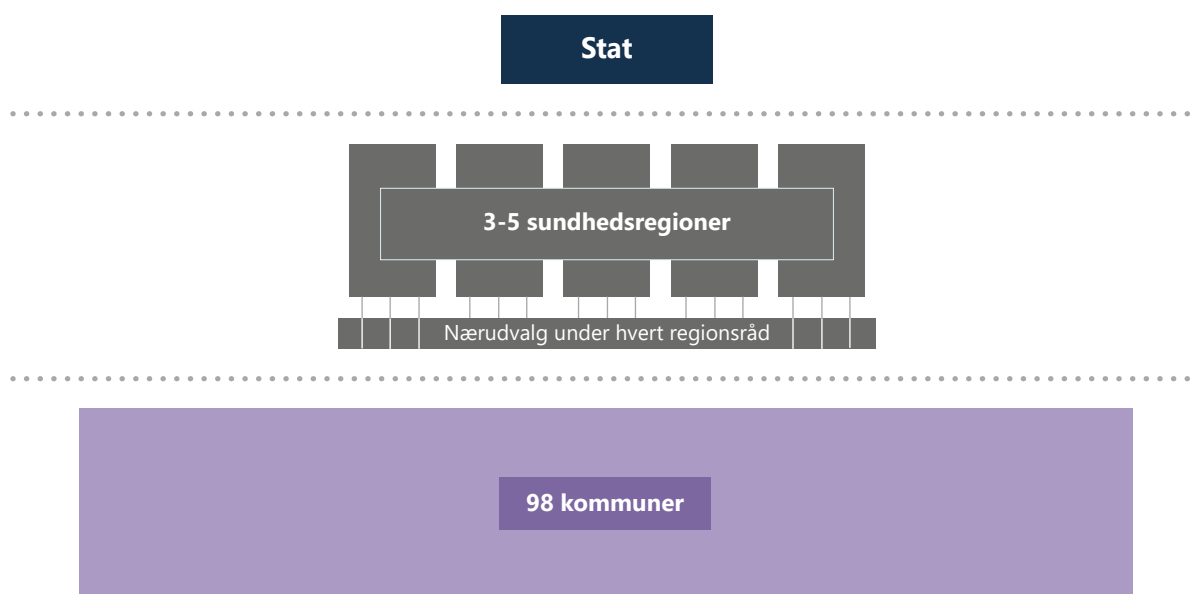
Modellen indebærer bl.a., at en del af regionernes økonomi målrettes indsatser i det primære sundhedsvæsen. Formålet er at sikre et øget regionalt fokus på en ændret opgaveløsning, hvor en større del af opgaveløsningen sker i det primære sundhedsvæsen fremfor på sygehusene. Modellen indeholder også et forslag, der skal styrke kommunernes incitament til at prioritere effektive forebyggelses- og plejeindsatser til gavn for borgerne.

Herudover indeholder modellen forslag om styrkede statslige krav til den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet. Desuden indebærer modellen en grundlæggende forandring af de nuværende sundhedsklynger og forslag til ændringer af regionernes politiske styreform med bl.a. oprettelse af geografisk forankrede nærudvalg.

Hvad angår antallet af sundhedsregioner, indeholder modellen to varianter: En variant, hvor antallet af regioner reduceres fra de nuværende fem til tre regioner, og en variant, hvor de nuværende fem regioner bevares. Der er både hensyn, der taler for en variant med tre regioner, og hensyn, der taler for en variant med de nuværende fem regioner.

Modellen skal desuden ses i sammenhæng med de af kommissionens anbefalinger, som er uafhængige af forvaltningsstrukturen (se kapitlerne 9-13).

Model 3 Sundhedsregioner



Boks 14

Fordele og ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn**Fordele sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn**

- Modellen indeholder en række nye styringstiltag, som understøtter opbygning og udvikling af det primære sundhedsvæsen.
- Den nationale målretning af midler til det primære sundhedsvæsen udgør et betydeligt økonomisk løft i form af varige midler, som skal udmøntes årligt. Sammenlignet med i dag vil regionerne få et stærkere incitament til at prioritere indsatser i det primære sundhedsvæsen, som kan reducere behovet for sygehusaktivitet.
- Styrkede statslige krav til den kommunale opgavevaretagelse, bl.a. med indførelse af et resultat-afhængigt tilskud for kommunerne, vurderes at kunne medvirke til øget politisk opmærksomhed på sundheds- og ældreområdet i kommunerne og generelt større og mere ensartet kvalitet på tværs af landet.
- Oprettelsen af nærudvalg i de nye sundhedsregioner vurderes at styrke grundlaget for tværsektorielt samarbejde, fx om sammenhængende indsatser for borgere.
- Modellen sigter på at udvikle sundhedsvæsenet uden at ændre grundlæggende ved den nuværende opgave- og ansvarsfordeling, og den indebærer derfor begrænsede omstillings- og implementeringsomkostninger.
- Varianten med tre regioner giver øget faglig bæredygtighed i forhold til sygehusdrift.

Ulemper sammenlignet med den nuværende organisering ud fra de centrale hensyn

- Det foreslåede styringstiltag om målretning af midler til det primære sundhedsvæsen indebærer en risiko for, at kommunerne sammenlignet med i dag har svagere tilskyndelse til at prioritere indsatser på sundheds- og ældreområdet. Risikoen forsøges imødegået ved at indføre et særskilt resultat-afhængigt tilskud for kommunerne og ved en udvidet kvalitetsplan og forpligtende kvalitetsstandarder.
- Sammenlignet med den nuværende styring og organisering forudsætter det foreslåede styringstiltag om målretning af midler til det primære sundhedsvæsen et øget behov for løbende at forhandle og indgå aftaler på tværs af myndigheder.
- Modellen indebærer en stærkere statslig styring af særligt den kommunale opgavevaretagelse på sundheds- og ældreområdet og dermed i udgangspunktet et reduceret prioriteringsrum for kommunerne.
- I modellen vil der fortsat være behov for en række kompenserende statslige styringstiltag for at sikre det nødvendige tempo og den nødvendige fremdrift i omstillingen af sundhedsvæsenet.

Boks 15

Sammenligning af de tre modeller ud fra de centrale hensyn**Model 1 – Regionalt enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner**

Model 1 har den væsentlige fordel, at den skaber et enhedssundhedsvæsen, hvor der er en klar politisk ansvarsfordeling, og hvor der skabes gode betingelser for at give patienten et sammenhængende behandlingsforløb. Det er også den model, der indeholder de stærkeste tilskyndelser til at investere i de primære sundhedsopgaver, som ligger udenfor sygehusene, og som vil kunne understøtte, at der kan ske en løbende udvikling og tilpasning af opgaveløsningen mellem faggrupper, som i dag er adskilte på tværs af sektorer. Det er dermed også den model, der på sigt vurderes at have størst potentiale for at realisere den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet og dermed gavne de patienter, som bør håndteres udenfor sygehusene.

Sammenlignet med de øvrige modeller indebærer model 1 en ulempe i styringen af det specialiserede sygehusvæsen, da sygehusdriften skal forvaltes af flere, mindre regionale enheder end i dag. Det kan reducere den faglige bæredygtighed på sygehusområdet. Ved direkte valg til de nye sundheds- og omsorgsregioner vil den demokratiske kontrol være høj i modellen, imens den politiske nærhed til de opgaver, der tidligere blev løst i kommunerne, vil blive svækket. Model 1 indebærer betydelige omstillings- og implementeringsomkostninger, fordi der skal oprettes nye regionale enheder og et stort antal medarbejdere, både på tværs af regioner og på tværs af regioner og kommuner, vil skifte ledelse og flytte arbejdssted. Dertil kommer afledte konsekvenser for kommunernes økonomi og prioriteringsrum.

Model 2 – Statsligt enhedssundhedsvæsen

Model 2 skaber ligesom model 1 et enhedssundhedsvæsen. I model 2 forankres det øverste politiske ansvar for driften af sundhedsvæsenet hos den ansvarlige minister. Det vil på den ene side skabe en klar ansvarsfordeling, incitament til sammenhæng i patientforløb og tilskyndelser til at investere i indsatser udenfor sygehusene, som særligt vil gavne de patienter, der bør håndteres udenfor sygehusene. Det er dog kommissionens vurdering, at potentialet for sammenhængende patientforløb og omstilling reelt er svagere i model 2 end i model 1, da der i et statsligt sundhedsvæsen vil være større politisk afstand til de indsatser, som skal investeres og udbygges lokalt. På digitaliseringsområdet og i forhold til den geografiske omfordeling af ressourcer, bl.a. fordeling af lægeressourcer til de områder af landet, hvor der er størst behov, er det kommissionens vurdering, at det entydige arbejdsgiveransvar i model 2 gør, at modellen på de dimensioner fremstår stærkest af de tre modeller. Omvendt vurderes modellen at have væsentlige svagheder, når det gælder udgiftsstyring og løbende tilpasninger og reformer af sundhedsvæsenet. Her kan det entydige driftsansvar hos den ansvarlige minister svække det nationale politiske niveauets evne og vilje til at gennemføre svære men nødvendige reformer og omstillinger.

Modellen vurderes at stå svagere end model 1 og 3 i forhold til at sikre nærhed og demokratisk forankring i opgaveløsningen, fordi model 2 vil indebære, at det på grund af kapacitetsproblemer og flaskehalse på det nationale politiske niveau reelt vil være udpegede bestyrelser, som varetager ledelsen af den store og vigtige velfærdsopgave, som sundhedsvæsenet udgør.

Model 3 – Sundhedsregioner

Model 3 står stærkt i forhold til styring af sygehusvæsenet, hvor både en variant med tre eller fem regioner vil omfatte enheder med en høj selvforsyningsgrad. Varianten med tre regioner vurderes at være den, der har det bedste potentiale i forhold til sygehusdrift og fordeling af ressourcer til de områder, hvor der i dag er færrest lægelige ressourcer. Det vil gavne de patienter, der i dag har lang afstand til lægen. Dog kan varianten med tre regioner samtidig svække den relative demokratiske repræsentation for de nuværende mindre regioner. Varianten med fem regioner vil skulle sikre en bedre ressourcefordeling i kraft af de tværgående anbefalinger om tilpasset fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet (se kapitel 11).

Den væsentlige ulempe ved model 3, uanset variant, er, at den på trods af en eventuel mindre opgavesamling er den model, hvor ansvaret for opgaver på sundheds- og ældreområdet stadig vil være mest delt på tværs af regioner og kommuner. Derfor vurderes modellen, i sammenligning med model 1 og 2, at have svagere tilskyndelser til at sikre sammenhæng i patientforløb og til at sikre en investering og omstilling til det primære sundhedsvæsen. Et fortsat sektoropdelt sundhedsvæsen vurderes også at udgøre en barriere for en løbende nødvendig tilpasning af opgavefordelingen mellem faggrupper, bl.a. mellem læger og sygeplejersker. En række styringstiltag i model 3 skal kompensere for det og understøtte sammenhæng, men modellen forudsætter under alle omstændigheder et betydeligt fokus i sundhedsregionerne på at omstille sygehusene og prioritere en udvikling af det primære sundhedsvæsen, herunder det almenmedicinske tilbud.

Derudover vurderes model 3 at give gode muligheder for en effektiv styring af udgifterne til sundhedsvæsenet, og den indebærer, sammenlignet med model 1 og 2, langt færre omstillings- og implementeringsomkostninger. Ses der bort fra en mindre opgavesamling og en eventuel reduktion fra fem til tre regioner, kan de nye styringstiltag iværksættes umiddelbart.

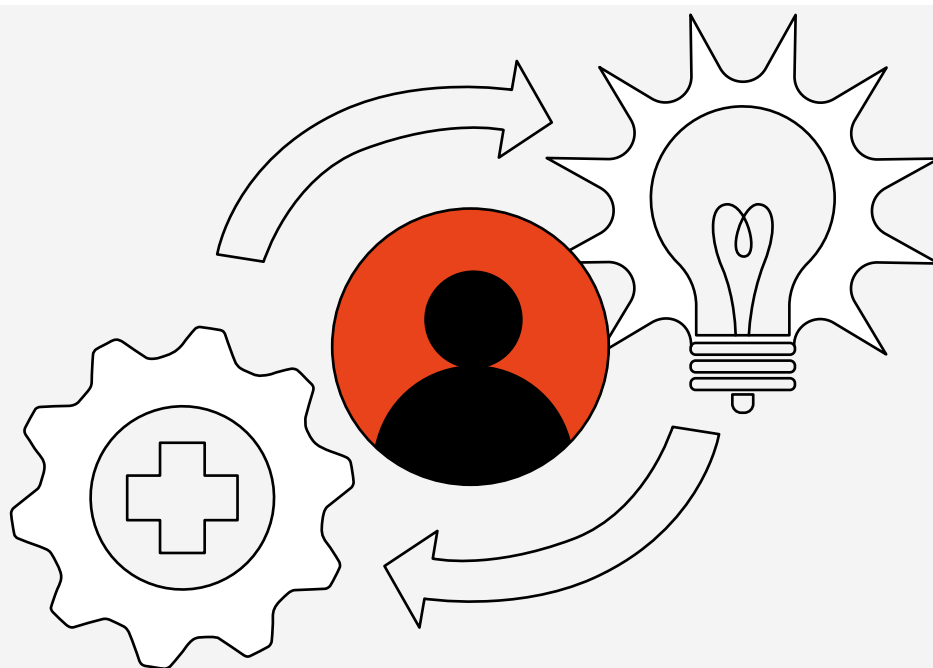
Sundhedsstrukturkommissionen har indenfor model 3 overvejet alternative modeller med ingen eller mindre opgavesamling. Kommissionen har overvejet en model med national politisk ledelse i et sundhedsvæsen, hvor der ikke sker en væsentlig opgavesamling. En sådan model vil i hovedtræk indebære, at de nuværende regioner bliver nedlagt, og deres opgaver flyttes til staten. Det betyder, at staten får ansvaret for sygehus- og praksissektoren, imens kommunerne fastholder deres nuværende opgaver på sundheds- og ældreområdet. Det er kommissionens vurdering, at en sådan model, sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet, ikke vil understøtte et mere nært, sammenhængende og forebyggende sundhedsvæsen. Derfor har kommissionen ikke medtaget den model.

Desuden har Sundhedsstrukturkommissionen overvejet en model, hvor medlemmerne af regionsrådet udpeges af kommunalbestyrelserne i det scenarie, hvor kommunerne fastholder deres nuværende opgaver. Dog vurderer kommissionen, at den variant vil indebære en betydelig risiko for, at de kommunalt udpegede repræsentanter vil søge at tilgodese deres egen kommunes interesse, og kommunerne vil underinvestere i de opgaver, der er nært beslægtede med de opgaver, som er under regionernes ansvar, og derfor vil varianten ikke styrke nærhed og sammenhæng sammenlignet med den organisering, der gælder i dag. Derfor har kommissionen ikke medtaget modellen.

Ledelse og implementering af omstillingen af sundhedsvæsenet

Der er en stor ledelsesopgave forbundet med at omstille og fremtidssikre sundhedsvæsenet. Ledelser på alle niveauer skal sikre prioritering af det primære sundhedsvæsen og sætte skub i den digitale omstilling. Tre tværgående ledelsesopgaver er afgørende i omstillingsprocessen. For det første skal politisk lederskab mobilisere tilslutning til en reform og bakke ledere og medarbejdere op i at gennemføre reformen og bidrage til reformens bæredygtighed. For det andet kræver det enorm ledelseskraft at bevare et vedvarende fokus på omstillingen og styrkelsen af det primære sundhedsvæsen. For det tredje er der en strategisk ledelsesopgave i at balancere og prioritere mellem udfordringer på kort og lang sigt i en periode, hvor der er kortsigtede omkostninger udløst af omstillingen, samtidig med at der skal arbejdes for de langsigtede mål for sundhedsvæsenet.

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og modeller vil indebære ændrede rammer for lederne i sundhedsvæsenet som følge af de organisatoriske forandringer. De organisatoriske forandringer er ikke tilstrækkelige til at sikre den nødvendige udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet. Hvis de organisatoriske forandringer skal føre til reelle forbedringer i de sundhedstilbud, som gives til borgerne, skal de føre til forandringer i den måde, der arbejdes og samarbejdes på i sundhedsvæsenet, og det kræver dedikeret ledelse på alle niveauer af ledelseskæden (se kapitel 16).



Boks 16

Anbefaling 6

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der på baggrund af de politiske beslutninger om den fremtidige struktur for sundhedsområdet oprettes et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren, som med afsæt i en national implementeringsplan følger implementeringen af de enkelte initiativer og understøtter den decentrale implementering. En national implementeringsplan skal indeholde ambitiøse mål, tydeliggøre implementeringsansvaret hos relevante aktører og opstille tidsrammer for implementeringen af de forskellige dele af reformen af sundhedsvæsenet.

Økonomi og finansiering

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og modeller har alle som sigte, at de skal understøtte en bedre brug af de ressourcer, der prioriteres til sundhedsområdet, både økonomiske ressourcer og personaleressourcer.

Kommissionen har i sine overvejelser lagt vægt på, at den ønskede udbygning af det primære sundhedsvæsen skal ske gennem en modsvarende mindre vækst på sygehusområdet. Det fordrer en tæt integration af ansvaret for udbygning af det primære sundhedsvæsen med ansvaret for tilpasning af sygehusvæksten. Samtidig bør tiltag til en mere hensigtsmæssig fordeling af ressourcer medvirke til, at der flyttes ressourcer fra større byområder til de områder, der mangler ressourcer, så den ændrede fordeling realiseres inden for de samlede forudsatte økonomiske rammer for sundhedsvæsenet i de kommende år.

Kommissionen vurderer, at der på kort sigt kan være grund til at prioritere konkrete investeringer i opbygningen af det primære sundhedsvæsen i form af en styrket udbredelse af nye digitale løsninger, etablering af en national dataplatform, og etableringen af lokale "sundhedscentre", der danner en sundhedsfaglig ramme om lokale sundheds- og plejeindsatser. Kommissionen peger på de prioriteter i forbindelse med en prioritering af de tidligere afsatte midler til nærhospitaler (3,5 mia. kr. frem til 2030). Derudover har kommissionen noteret, at den nuværende regering har varslet en ny sundhedsfond. Foruden fokus på vedligeholdelse og modernisering af sygehuse, omfatter fondens fokus også teknologi og digitalisering, som reducerer arbejdskraftsudfordringen, og nem og lige adgang til forebyggelse og sygdomsbehandling, vel at mærke i sammenhæng med udfasningen af de nuværende kvalitetsfondsinvesteringer i nye sygehuse.

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og modeller er fremlagt indenfor kommissoriets forudsætning om samlet udgiftsneutralitet og indebærer dermed ikke varige merudgifter samlet set for sundhedsområdet og de nærliggende opgaver (se kapitel 17).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Telefon: +45 72 26 90 00
E-mail: sum@sum.dk

www.ism.dk



Sundhedsaftale 2024 – 2027

for Region Hovedstaden,
kommunerne og almen praksis

Gældende fra 1. januar 2024

Indhold

Indledning	3
Rammen for vores sundhedsaftale	4
Vores visioner - Sammen om sundhed	5
Styrket sammenhæng i borgerens forløb	5
Mere lighed i sundhed	5
Tættere samspil med borgerne	5
Bedre brug af ressourcerne	6
Vores principper for samarbejdet	7
Samme høje kvalitet	7
Borgernes perspektiv	7
Effektiv ressourceudnyttelse	7
Rekruttering, fastholdelse og fælles kompetenceudvikling	7
Klar opgave- og ansvarsfordeling	8
Helhedssyn	8
Sammenhængskraft	8
Datadeling	8
Sundhedsaftalens fokusområder	9
Sammen om børn og unges sundhed	10
Sammen om borgere med psykisk sygdom	11
Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom	12
Fra aftale til handling	13
Sundhedsklyngerne	13
Sundhedssamarbejdsudvalget	13
Tværsektoriel strategisk styregruppe	14
Underaftaler og andre bilag til sundhedsaftalen	14
Opfølgning	15

Indledning

Et sammenhængende sundhedsvæsen til gavn for borgerne. Det skal karakterisere vores fælles sundhedsvæsen.

Et sammenhængende sundhedsvæsen skal sørge for, at alle borgere føler sig trygge i mødet med sundhedsvæsenet og styrke sundheden i regionen. Vores sundhedsvæsen skal være tæt på borgerne med behandlingsmuligheder i borgernes nærmiljø. Det er et fælles ansvar på tværs af kommuner, region og almen praksis at løfte denne opgave, så vi sammen bevæger os hen mod ét fælles sundhedsvæsen til større gavn for borgerne.

Omstillingen til det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er i fuld gang. Kommunerne, almen praksis og regionen arbejder i dag mindre silo-opdelt og med et mere helhedsorienteret syn på borgernes behov og deres vej gennem sundhedsvæsenet. Intravenøs behandling i kommunalt regi, Aftale om udvidet behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling og samarbejde om lægedækning på botilbud er eksempler på, hvordan vi med tværsektorielle aftaler og samarbejde er i fuld gang med at skabe bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb for vores borgere.

Vi er kommet langt! På trods heraf står vi imidlertid stadig over for store udfordringer.

Udviklingen i samfundet og inden for sundhedsvæsenet betyder, at der hele tiden er nye aspekter, som vi må forholde os til. Frem mod 2035 kan vi forvente at blive mere end 100.000 flere borgere i regionen – cirka 25 pct. af befolkningen vil til den tid være over 60 år, og flere vil leve i mange år med én eller flere kroniske sygdomme. Denne udvikling sker samtidig med, at alle dele af sundhedsvæsenet i dag står med svære udfordringer med at rekruttere og fastholde medarbejdere. Desuden ses en tendens til, at det kan blive vanskeligt at få uddannet tilstrækkeligt sundhedspersonale i fremtiden. Sammenlagt skaber dette et stort pres på sundhedsvæsenet og dets medarbejdere, mens patienter oplever lange ventelister, udskudt behandling og usammenhængende forløb. Det er derfor helt nødvendigt, at vi sikrer den bedst mulige udnyttelse af sundhedsvæsenets samlede kapacitet, og at vi fokuserer på at skabe gode og attraktive arbejdspladser samt uddannelse af arbejdskraft til hele sundhedsvæsenet. Samtidig betyder de knappe personaleressourcer, at vi er nødt til at samarbejde og organisere os på nye måder.

Vi ser også en udvikling, hvor nye behandlingsformer, ny teknologi og omlægning af opgaver betyder, at sundhedsvæsenet rykker tættere på borgerens hjem. Det er i sig selv en positiv udvikling, men det stiller nye krav til den måde, som kommunerne, praksissektoren og regionen samarbejder på.

Vi ved også, at sygdom rammer socialt skævt – både med hensyn til, hvem der bliver ramt af sygdom, og hvilke konsekvenser sygdommene har. Der er stadig alt for mange borgere, som oplever mangel på sammenhæng i deres forløb eller får tilbudt indsatser, der ikke modsvarer deres ressourcer, behov og ønsker.

Sammen skal vi derfor tænke nyt – til gavn for borgerne!

Rammen for vores sundhedsaftale

Sundhedsaftalen er den fælles ramme for udviklingen af vores samarbejde om sundhed i Region Hovedstaden.

Som noget nyt er denne sundhedsaftale skabt inden for rammerne af den nye politiske samarbejdsstruktur på sundhedsområdet med et sundhedssamarbejdsudvalg og fem lokale sundhedsklynger. Det fælles populationsansvar er overliggeren i denne nye samarbejdsstruktur.

Sundhedsaftalens visioner, målsætninger og indsatser tager afsæt i det fælles populationsansvar; det vil sige et fælles ansvar for patienter og borgere, som vi møder på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis.

Sundhedsaftalen skal danne fundament og sætte retning for sundhedsklyngerne. Samtidig betyder ansvaret for populationen, at sundhedsklyngerne skal handle differentieret og proaktivt i forhold til borgernes sundhed og at indsatser skal tilrettelægges, så de bedst tilgodeser den population, som de enkelte sundhedsklynger har ansvar for. Sundhedsklyngerne kan gøre dette ved at tage afsæt i konkrete data om populationen. I arbejdet med konkrete indsatser vil det være væsentligt at indtænke yderligere relevante aktører (eksempelvis civilsamfundet) og områder (eksempelvis beskæftigelsesområdet).

Med afsæt i populationen skal sundhedsaftalen i de næste år danne rammerne for videreudviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, så vi også i fremtiden sikrer, at borgere, uanset hvor i regionen de bor, modtager den rette behandling.



Vores visioner - Sammen om sundhed

Borgerne i Region Hovedstaden skal møde et sundhedsvæsen, hvor sammenhæng, høj faglig kvalitet og nærhed er i fokus. Der skal være lige muligheder for at leve et godt og sundt liv, og alle borgere skal inddrages aktivt i egen sundhed. Samtidig er det helt nødvendigt, at vi sikrer bedst mulig brug af vores fælles ressourcer.

Sundhedsaftalen skal derfor være en stærk katalysator for et samarbejdende sundhedsvæsen, hvor vi i og på tværs af vores fem sundhedsklynger tager fælles ansvar for at løfte sundheden i regionen.

Styrket sammenhæng i borgerens forløb

Vi vil have mere sammenhæng for alle borgere, især for dem med mange kontakter i sundhedsvæsenet, og i overgangene mellem sektorerne. Derfor skal vi styrke vores samarbejdskultur og sammenhængskraft for at skabe grobund for mere helhedstænkning og mindre silotænkning.

Det vil vi, fordi sundhedsvæsenet bliver stadigt mere komplekst, hvilket kan gøre det svært for både borgeren selv, pårørende og fagpersoner at bevare overblikket over borgerens forløb. Men kompleksiteten i sundhedsvæsenet må ikke blive til ulempe for borgeren og blive en undskyldning for uhensigtsmæssige handlinger i mødet med borgere, der er ramt af sygdom.

Mere lighed i sundhed

Vi vil nedbryde de barrierer, som begrænser mulighederne for lige og let adgang til sundhed. Vi vil handle proaktivt og sammen prioritere forebyggelse, fordi sundhed er helt afgørende for det enkelte menneskes trivsel og muligheder for at forme sit liv på egne præmisser. Og vi vil fortsætte vores arbejde med at skabe flere muligheder for fleksible løsninger, der tilpasses borgernes ønsker, behov og ressourcer. Det betyder også, at vi åbner op for at differentiere vores tilbud.

Det gør vi, fordi mange borgere oplever store barrierer i deres møde med sundhedsvæsenet på grund af sociale, fysiske eller psykiske forhold. Uligheden i sundhed påvirkes af mange forhold – også uden for sundhedsvæsenet. Men i sundhedsvæsenet har vi et stort medansvar, som vi vil gå sammen om at løfte.

Tættere samspil med borgerne

Borgere og pårørende er helt centrale, når vi sammen udvikler nye indsatser og sundhedstiltag. Vi vil derfor skabe det nødvendige rum for et aktivt samspil med borgerne.

I de individuelle forløb vil vi møde borgerne, der rammes af sygdom, og deres pårørende i en respektfuld og åben dialog, hvor vi lytter og handler i overensstemmelse med deres viden, ressourcer og ønsker.

Det vil vi, fordi et afsæt i borgerens og de pårørendes behov, ønsker og ressourcer både giver højere brugertilfredshed, men også bedre behandlingsresultater og dermed en mere effektiv ressourceudnyttelse.

Bedre brug af ressourcerne

Vi tror på, at vi kan spille hinanden gode på nye måder og hjælpe hinanden mere, så vi kan skabe mere sundhed for de ressourcer, som vi råder over. Vi vil sætte ind på at finde de områder, hvor opgaverne kan løses mere effektivt gennem helhedssyn, velbeskrevne samarbejdsflader, tydelig ansvarsfordeling, brug af ny teknologi og fortsat kompetenceudvikling.

Det er nødvendigt, da hele sundhedsvæsenet er under stigende pres, og ressourcerne – ikke mindst personaleressourcerne – er knappe. Opgaveløsningen skal derfor gentænkes på måder, der løbende sikrer effektiv ressourceudnyttelse og giver mest værdi for borgerne.



Vores principper for samarbejdet

Vores visioner skal omsættes til handlinger. Det kræver fælles forståelse af den måde, som vi vil samarbejde på inden for det samlede sundhedsvæsen.

Derfor har vi aftalt en række principper for, hvordan vi vil arbejde sammen om de dele af borgernes liv, som vi er fælles om.

Samme høje kvalitet

Vi vil arbejde for, at alle borgere i hele regionen møder et sundhedsvæsen med ensartet og høj kvalitet i sundhedstilbuddene. Samtidig skal der være rum til udvikling af lokale løsninger, fordi der i de enkelte sundhedsklynger kan være forskelle i de udfordringer og muligheder, der er i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor. Vi arbejder ud fra fælles mål, men vi skal samtidig være opmærksomme på, at der kan være lokale variationer i valg af metoder.

Borgernes perspektiv

Vi skal invitere borgerne med fra start, når vi udvikler og konkretiserer vores fokusområder, og når vi aftaler konkrete indsatser. Borgerens perspektiv skal altid være udgangspunkt for vores samarbejde. Deres unikke viden og perspektiv skal bidrage til, at vi fastholder fokus på at sikre værdi og kvalitet for borgerne. Borgerperspektivet kan udfordre vores sprog, kultur og rammer, så vi bliver bedre til at tilrettelægge forløb på borgernes og deres pårørendes præmisser.

Effektiv ressourceudnyttelse

Vi skal tilrettelægge opgaveløsningen til gavn for borgerne og efter princippet om effektiv ressourceudnyttelse frem for traditionelle sektor- og faggrænser. Ved ændringer i opgavevaretagelsen mellem kommuner, region og praksissektor skal de økonomiske konsekvenser være klarlagt. Det skal give gennemsigtighed og en rimelig balance i økonomien sektorerne imellem. Vi skal være opmærksomme på, at kapacitetsændringer i én sektor ofte kan have stor betydning for de øvrige sektorer i sundhedsvæsenet og for de mål, som vi har sat i sundhedsaftalen. Vi drøfter derfor kapacitetsændringer med hinanden med fokus på, hvordan vi kan understøtte målene og sikre en effektiv ressourceudnyttelse. For at opnå den mest effektive ressourceudnyttelse skal vi samtidig have blik for, hvordan vi kan frigøre tid til kerneopgaverne for eksempel gennem øget brug af sundhedsteknologiske løsninger.

Rekruttering, fastholdelse og fælles kompetenceudvikling

Når vi udfolder vores indsatser, skal vi have blik for, hvordan vi skaber attraktive arbejdspladser inden for det samlede sundhedsvæsen. Det betyder blandt andet, at vi skal sørge for medarbejdernes medindflydelse, faglige udvikling og fokus på kerneopgaverne. Mangel på sundhedsfagligt personale er en fælles udfordring. Derfor skal vi have en samlet tilgang til de medarbejderressourcer, der er til rådighed, og have blik for, hvordan de forskellige fagligheder samlet set bedst anvendes på tværs af kommuner, region og almen praksis til gavn for borgerne.

Desuden vil vi sammen arbejde for at tiltrække flere til sundhedsuddannelserne for at sikre den nødvendige arbejdskraft i det samlede sundhedsvæsen. Samtidig stiller udviklingen i sundhedsvæsenet og de aftaler, vi indgår i Sundhedsaftalen, nye og store krav til vores medarbejdere. Vi skal derfor have fokus på medarbejdernes behov for kompetenceudvikling og efteruddannelse.

Klar opgave- og ansvarsfordeling

Det skal være tydeligt for medarbejderne i sundhedsvæsenet, hvor ansvaret for de enkelte opgaver ligger, og vi skal sikre, at det sundhedsfaglige og socialfaglige personale ved, hvem der skal gøre hvad og hvornår. Det gælder både for den organisering, vi har i dag, og ved implementering af nye løsninger, der nedbryder de eksisterende organisatoriske skel. Ved flytning af opgaver indgår vi samarbejdsaftaler, der tydeligt beskriver det lægelige behandlingsansvar, ansvarsfordeling og økonomi.

Helhedssyn

Vi vil sikre helhedssyn, når vi igangsætter nye initiativer. Det betyder, at vi har blik for både de sundhedsmæssige, brugeroplevede og ressourcemæssige konsekvenser af sundhedsindsatserne. Det skal bidrage til at forbedre effekten af sundhedsvæsenets ydelser. Helhedssyn betyder samtidig, at vi skal tage afsæt i borgernes – især sårbare borgeres – samlede behov og livssituation, når vi udvikler indsatser. Vi skal udvikle og udbrede nye organisatoriske tilgange og samarbejdsformer, når vi kan se, at det vil skabe mest værdi for borgerne og fremme lighed i sundhed.

Sammenhængskraft

Vi vil styrke vores sammenhængskraft på tværs ved at øge kendskab til hinandens opgaver, arbejdsgange, handlemuligheder, sprog og kultur. På den måde understøtter vi fælles forventningsafstemning i borgernes forløb. Samtidig skaber vi et fælles afsæt for det fortsatte arbejde med at styrke tværsektoriel kommunikation og sammenhængende patientforløb.

Datadeling

Vi skal arbejde for, at mere viden og flere data kan deles på tværs af klynger og sektorgrænser. På den måde kan vi understøtte, at nye initiativer igangsættes på de områder, hvor der er størst behov og potentiale for udvikling af samarbejdet.

Samtidig betyder lettere adgang til data på tværs også mere sammenhængende patientforløb og bedre grundlag for at sikre trygge overgange.

Sundhedsaftalens fokusområder

Vi er ambitiøse på borgernes vegne og ønsker en dynamisk sundhedsaftale til gavn for både den enkelte borger og det samlede sundhedsvæsen. Vi vil derfor samle kræfterne om tre fokusområder, hvor vi ser et særligt stort behov og potentiale for at udvikle det tværsektorielle samarbejde om sundhed.

I foråret 2022 udkom Sundhedsprofil 2021. Den tegner på mange områder et bekymrende billede af helbredstilstanden blandt borgerne i Region Hovedstaden. Det gælder både den fysiske og mentale sundhed. Udviklingen kalder i høj grad på et tættere og bredere tværsektorielt samarbejde om forebyggelse på flere niveauer. Lige fra primær forebyggelse af risikofaktorer til forebyggelse af, at kroniske sygdomme forværres. Forebyggelse er derfor et centralt omdrejningspunkt for samarbejdet inden for alle vores fokusområder.

Samtidig vil vi fortsætte vores samarbejde om de borgere, der er blevet ramt af sygdom. De skal sikres tryghed og sammenhængende forløb med den rette behandling på rette sted.



Sammen om børn og unges sundhed

Det er vores mål, at:

- Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer.
- Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.

Den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet, og derfor skal vi have langt større fokus på tidlige forebyggelsesindsatser.

Vi ved, at den rette støtte til forældrene allerede under graviditeten og i barnets første leveår kan fremme barnets trivsel og udvikling. For gravide og familier med sociale problemstillinger eller psykiske udfordringer er det en særlig udfordring at få den støtte, som de har behov for. Det handler om at sikre en tidlig, koordineret, tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Vi ved også, at stadigt flere børn og unge mistrives i deres hverdag. Det er en udvikling, vi tager meget alvorligt, og vi vil derfor gå sammen om at finde løsninger, så der kan blive sat tidligt og relevant ind, når børn og unge viser tegn på mistrivsel.



Sammen om borgere med psykisk sygdom

Det er vores mål, at:

- **Alle borgere med psykisk sygdom oplever sammenhæng i behandlingsforløb og et koordineret udskrivningsforløb.**
- **Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom.**

40 – 50 pct. procent af alle borgere får i løbet af deres liv en psykisk sygdom.

Hverdagslivet er for mange borgere med psykisk sygdom præget af mange og komplekse udfordringer.

Flere borgere med psykiatriske diagnoser har samtidig somatisk sygdom og har derfor brug for flere indsatser – ofte på tværs af de kommunale forvaltningsområder, den regionale behandlingspsykiatri, hospitaler og almen praksis.

I målgruppen er også borgere med komplekse sociale udfordringer som hjemløshed og rusmiddelbrug. Mange oplever et behandlingsforløb, der ikke hænger sammen eller tager højde for deres individuelle behov. Vi skal derfor have opmærksomhed på borger- og patientforløb, der går på tværs af psykiatrisk center, hospital, kommune og almen praksis, og som omhandler både psykiske og somatiske problemstillinger.

Vi skal desuden arbejde målrettet for, at mennesker med psykiske sygdomme har flere gode leveår.

Gennem de seneste år er der sket en positiv udvikling i samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunernes botilbud og socialpsykiatri. Der er dog fortsat brug for at styrke samarbejdet blandt andet om implementering af eksisterende aftaler og udbredelse af veldokumenterede indsatser. Vi skal indrette os bedre for at sikre en sammenhængende og rettidig indsats for den enkelte borger.



Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

Det er vores mål, at:

- Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker.
- Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.

Sammen om ældre og borgere med kroniske sygdomme

For ældre og borgere med en eller flere kroniske sygdomme er sammenhæng i indsatsen ofte en særlig udfordring.

Borgere med kroniske sygdomme er oftere i kontakt med sundhedsvæsenet, og antallet af kontakter stiger eksponentielt med borgernes alder.

Samtidig ved vi, at ældre og borgere med kroniske sygdomme er i stor risiko for at blive indlagt eller genindlagt af grunde, der kunne være forebygget gennem tidligere indsatser og mere koordinerede forløb.

For alle borgere skal vi sikre, at de oplever en tryk behandling og pleje af høj kvalitet, og, når det er muligt, sætte ind med en tidlig og hurtig indsats lokalt eller i borgerens eget hjem. Og når livet nærmer sig sin afslutning, er det vigtigt at understøtte det enkelte menneskes ønsker til en værdig afslutning på livet.



Fra aftale til handling

Borgerne skal opleve, at sundhedsaftalen gør en forskel. Det sker først, når aftalen kommer ud at leve i hverdagen hos vores medarbejdere på hospitalerne, i kommunerne og i praksissektoren.

Det er vigtigt for Sundhedssamarbejdsudvalget, at vejen fra aftale til handling bliver så kort som muligt. Men det er samtidig afgørende, at vi udfolder fokusområderne på en måde, som afspejler vores bærende principper for samarbejdet, og som tager afsæt i borgernes ønsker og helheds-tænkning. Derfor inviteres borgere altid med, når konkrete indsatser skal udvikles.

Sundhedsaftalens visioner og fokusområder skal konkretiseres og implementeres i de organisatoriske rammer for det tværsektorielle samarbejde om sundhed i regionen. Det vil først og fremmest sige i sundhedsklynger, Sundhedssamarbejdsudvalget og Tværsektoriel strategisk styregruppe.

Grundpillerne i vores organisering er:

Sundhedsklyngerne

Sundhedsklyngerne er etableret med udgangspunkt i planområder, det vil sige et hospital og de kommuner, der primært benytter hospitalet, samt psykiatrisk center. Sundhedsklyngerne består af et politisk niveau og et fagligt niveau. I sundhedsklyngerne indgår repræsentanter fra regionen, kommunerne og almen praksis. Disse parter er også repræsenteret i de faglige sundhedsklynger, hvor der desuden er repræsentanter for brugerne.

Sundhedsklyngerne har et indgående kendskab til både lokale udfordringer og muligheder og et tæt samarbejde, der giver en unik mulighed for at udforske nye veje i det samlede sundhedsvæsen, der kommer såvel borgere som sundhedsvæsenet til gavn.

Sundhedsklyngerne har en drivende rolle i udviklingen af et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen. En væsentlig opgave for sundhedsklyngerne er derfor at udvikle lokale løsninger inden for sundhedsaftalens fokusområder, ligesom de skal sikre implementering af tværgående indsatser.

Sundhedssamarbejdsudvalget

Sundhedssamarbejdsudvalget består af politiske repræsentanter fra regionen, kommuner og almen praksis, herunder formandskaberne for de fem politiske klynger i regionen. Sundhedssamarbejdsudvalget samler dermed de primære parter bag sundhedsaftalen i hele regionen. Vi vil i Sundhedssamarbejdsudvalget have fokus på at skabe en fælles retning og nye tværgående muligheder, når det gælder om at finde gode løsninger for udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Og vi vil igangsætte konkrete initiativer, når det vurderes, at det er hensigtsmæssigt med ensartede løsninger inden for hele regionen.

Temaer og problemstillinger inden for sundhedsaftalen vil løbende blive drøftet, og vi vil følge arbejdet i sundhedsklyngerne med stor opmærksomhed, så gode lokale løsninger kan blive understøttet, når der er behov for det, og udbredt, når de er klar til det.

Tværasektoriel strategisk styregruppe

Tværasektoriel strategisk styregruppe er en administrativ styregruppe, som er sammensat af repræsentanter fra kommunerne, almen praksis, regionen og det regionale Patientinddragelsesudvalg.

Styregruppen har det overordnede administrative ansvar for arbejdet med sundhedsaftalen, herunder de praktiske opgaver med at sikre overblik over arbejdet med sundhedsaftalens fokusområder og mål.

Herudover varetager styregruppen koordinering af de opgaver, som vi i øvrigt arbejder sammen om på sundhedsområdet.

Underaftaler og andre bilag til sundhedsaftalen

Der er i forbindelse med de tidligere sundhedsaftaler udarbejdet en række bilag, der blandt andet indeholder vores fælles vejledninger, forløbsprogrammer og konkrete underaftaler om håndtering af specifikke opgaver og overgange mellem sektorerne. Disse eksisterende vejledninger, aftaler mm. videreføres til denne sundhedsaftale, indtil der eventuelt træffes andre beslutninger herom.

Bilagene kan hentes på www.regionh.dk/sundhedsaftale

Opfølgning

Vi følger op på arbejdet med sundhedsaftalen med afsæt i indikatorer, som vi aftaler, når vi igangsætter arbejdet med de enkelte fokusområder og mål.

Vi anvender i videst muligt omfang eksisterende og landsdækkende datakilder – det vil sige data fra de otte nationale mål om sundhed samt data fra for eksempel Sundhedsprofilen og Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). På den måde kan vi følge udviklingen over tid, og vi får mulighed for at sammenholde vores resultater med de resultater, der opnås i de andre regioner.

Ved igangsættelse af nye indsatser aftales det, om der er brug for at finde eller udvikle yderligere indikatorer for at sikre en relevant monitorering og evaluering, da det er vigtigt for os at afdække, om indsatser virker, og at bidrage til generering af datafunderet viden på det tværsektorielle område. Det er vigtigt, at vi hele tiden forsøger at svare på, om vores indsatser gavner borgerne, og om de har en positiv betydning for vores samarbejde og samlede ressourcetræk.

Et centralt mål for vores opfølgning er også at sikre konkret læring og videndeling. Vi vil derfor supplere med andre former for opfølgning, hvor vi sætter fokus på at dele de gode lokale erfaringer fra samarbejdet.

Derudover udarbejder vi en samlet midtvejsstatus for arbejdet med alle vores fokusområder og mål. I forbindelse hermed drøfter vi også behovet for justeringer i vores aftale.

Ved udgangen af aftaleperioden følger vi op på vores erfaringer og resultater i en slutstatus.





Til sundhedsklyngerne

Ny underaftalte om brug af korrespondancemeddelelse

Med en ny underaftale mellem kommunerne beliggende i hovedstadsregionen og Region Hovedstadens Psykiatri er der pr. 4. marts 2024 lukket op for brugen af korrespondancemeddelelser mellem myndighed på voksensocialområdet i kommunerne og de psykiatriske centre. Med korrespondancemeddelelser øges sikkerheden for borgernes data, der indføres en enstrengt model for hovedparten af den ikke-akutte kommunikation og kommunikationen journaliseret automatisk i de respektive fagsystemer.

Der er etableret nye arbejdsgange fra kommunernes side. Her er der enten åbnet lokationsnumre til direkte kommunikation mellem de to parter, eller der er lavet aftale om, at kommunikationsmeddelelserne sendes til kommunens hidtidige lokationsnummer for så at blive videresendt indenfor kommunen. Der er indsamlet en liste med de relevante kommunale lokationsnumre.

I forbindelse med de nye muligheder er der udarbejdet en forkortet liste med lokationsnumre i psykiatrien. Disse er alle lokationsnumre på overafdelinger. Dette har nedbragt antallet af lokationsnumre til kommunikation med voksensocialområdet til 10. Psykiatrien videresender internt kommunikationsmeddelelserne fra overafdeling til relevante underafsnit.

Den nye, forkortede oversigt over lokationsnumre kan også benyttes af andre end myndighed på voksensocialområdet. Det kan fx være ældre-/plejeområdet praktiserende læger m.fl. Så vil man her opnå de samme fordele, som beskrevet i indledningen.

I løbet af sommeren 2024 bliver der foretaget en analyse af, hvordan den nye underaftale har medvirket til en ændret praksis for kommunikation mellem kommunernes voksensocialområde og psykiatrien.

Dato: 7. juni 2024

Links til

[Underaftaleaftale](#)

[Psykiatriens lokations nr.](#)

Nedenfor er overblik over lokations nr. der pt skal benyttes til kommunikation med voksenmyndighedsområderne i kommunerne,

Planområde	By	Lokationsnummer	Navn på enhed
Nord	Allerød	5790002633836	Myndighed, handicap og psykiatri, Allerød Kommune
	Fredensborg	5790002007866	Handicap og psykiatri, Fredensborg Kommune
	Frederikssund	5790000122844	Social, sundhed og omsorg, Frederikssund Kommune
	Gribskov	5790000124282	Sygepleje, Omsorg, Handicap & Psykiatri, Gribskov Kommune
	Halsnæs	5790000122578	Pleje og omsorg, Halsnæs Kommune
	Helsingør	5790002632884	Myndighed på voksensocialområdet
	Hillerød	5790002633713	Myndighed- Voksensocialområdet, Hillerød Kommune
	Hørsholm	5790000123681	Sygepleje og omsorg, Hørsholm Kommune
	Ballerup	5790002277290	Handicap og psykiatri, Ballerup Kommune
Midt	Egedal	5790002410963	Handicap og psykiatri, Egedal Kommune
	Furesø	5790000123148	Social sundhed og omsorg Furesø kommune
	Gentofte	5790002624568	Social og Handicap Myndighed Gentofte Kommune
	Gladsaxe	5790000123827	Social, sundhed og omsorg, Gladsaxe Kommune
	Herlev	5790001348120	Myndighed Handicap og Psykiatri, Herlev
	Lyngby-Taarbæk	5790000123605	Sundhed og omsorg, Lyngby-Taarbæk Kommune
	Rudersdal	5790002632471	Myndighed - Voksensocialområdet, Rudersdal Kommune
	København	5790002510939	Handicap, psykiatri og hjælpemidler, Københavns Kommune
	Frederiksberg	5790002633225	Myndighed, Handicap og psykiatri, Frederiksberg kommune
Syd	Bornholm	5790002628498	Myndighed Psykiatri og Handicap, Bornholms Regionskommune
	Albertslund	5790002619427	Socialenheden for voksne (myndighed), Albertslund Kommune
	Brøndby	5790002275890	Myndighed - Handicap, Psykiatri og Misbrug, Brøndby Kommune
	Dragør (med Tårnby)		
	Glostrup	5790002625091	Team voksne med særlige behov, Myndighed, Glostrup Kommune,
	Hvidovre	5790002632549	Myndighed, Handicap & Psykiatri, Hvidovre Kommune
	Høje-Taastrup	5790002633478	Myndighed for Handicap og Psykiatri, Høje-Taastrup Kommune
	Ishøj	5790000159123	Social, sundhed og omsorg, Ishøj kommune
	Rødovre	5790001379155	Sygepleje, omsorg, handicap & psykiatri, Rødovre Kommune
	Tårnby (inkl. Dragør)	5790002027604	Rådgivning og Sociale Indsatser, Tårnby Kommune
	Vallensbæk	5790000159468	v

Med venlig hilsen

Conni Christiansen

Underaftale om brug af Korrespondancemeddelelsen (KM) mellem kommunernes myndighedsområder inden for voksensocialområdet og Region Hovedstadens Psykiatri

Indledning

Denne underaftale sikrer digitalisering af [Samarbejdsaftale om voksne borgere med psykisk sygdom](#) ved brugen af KM mellem myndighedsområdet i kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstadens Psykiatri.

Aftaleparter

Kommunernes myndighedsområder inden for voksensocialområdet og Region Hovedstadens Psykiatri.

For kommunikation mellem øvrige parter henvises til [Grundaftale om brug af Korrespondancemeddelelsen](#).

Formål

KM skal bidrage til:

- At borgeren oplever et sammenhængende forløb
- At styrke patientsikkerhed, dokumentation og rettidig information
- At effektivisere arbejdsgange og kommunikation
- At sikre en tydelig opgave- og ansvarsfordeling

Samtykke

Afsender af KM har ansvar for at udveksling af personfølsomme oplysninger følger gældende lovgivning. Borgere eller værge orienteres om indholdet i KM.

Målgruppe for anvendelse

Kommunalt personale med myndighedsansvar inden for voksensocialområdet og personale i Region Hovedstadens Psykiatri.

Emneord

Emneordet "Myndighed, voksensocialområdet" skal anvendes for at tydeliggøre, for modtageren af KM, at den omhandler voksensocialområdet, samt sikre at der handles efter gældende underaftale.

Indhold i KM

Indholdet i KM skal være entydigt, specifikt og relevant.

KM må ikke anvendes til akutte henvendelser, her benyttes telefon.

Anvendelsesområde

KM ved behov for vurdering af ændrede eller nye sociale indsatser

I et behandlingsforløb i Region Hovedstadens Psykiatri, skal psykiatrisk afdeling sende KM til myndighed i borgerens kommune, hvis borger og Region Hovedstadens Psykiatri vurderer, at der er behov for at myndighed tager stilling til nye eller ændrede sociale indsatser. KM skal indeholde beskrivelse af hvilken situation borgeren befinder sig i.

Ved igangværende samarbejde mellem myndighed og Region Hovedstadens Psykiatri, orienteres myndighed i borgerens kommune via KM, når borgerens behandling afsluttes. Dette gælder også hvis behandling afsluttes ved borgerens initiativ.

For indlagte patienter, hvor Region Hovedstadens Psykiatri vurderer at borgerens udskrivelse er betinget af, at kommunale indsatser er iværksat, sendes KM til myndighed med varslings om udskrivning så tidlig som muligt og senest 8 dage før borgeren forventes at være færdigbehandlet.

KM ved behov for tværsektorielle netværksmøder

I tilfælde, hvor der er behov for en koordineret indsats i forbindelse med et behandlingsforløb, kan både Region Hovedstadens Psykiatri og myndighed tage initiativ til at invitere til et netværksmøde. Den initierende part sender en KM til samarbejdsparten med beskrivelse af de problemstillinger, der ønskes drøftet på mødet. Der skal tages udgangspunkt i indholdet i den fælles skabelon for afholdelse af netværksmøder. Netværksmødet skal afholdes indenfor 5 hverdage jf samarbejdsaftalen.

Den initierende part står for bookning af mødedato og den aftalte deltagerkreds via mail eller telefon.

Efter afholdelse af netværksmøde sender den initierende part referat fra mødet som KM til samarbejdsparten.

KM ved behov for Tværsektorielle møder til udarbejdelse af udskrivningsaftale eller

koordinationsplan Hvis Region Hovedstadens Psykiatri har behov for at mødes med myndighed i forbindelse med, at der skal udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, sender Region Hovedstadens Psykiatri en KM til myndighed med beskrivelse af de problemstillinger, der ønskes drøftet på mødet.

Region Hovedstadens Psykiatri står for bookning af mødedato og den aftalte deltagerkreds via mail eller telefon.

Efter afholdelse af møde sender Region Hovedstadens Psykiatri udskrivningsplan/koordinationsplan fra mødet via KM til myndighed.

Responstid

KM læses og behandles løbende i hverdage.

Hvis henvendelsen kræver svar fra den anden part, skal svaret sendes indenfor 5 hverdage.

Hvis henvendelsen kræver besvarelse hurtigere end 5 hverdage, skal der tages telefonisk kontakt.

Tekniske problemer

Hvis KM ikke kan anvendes pga. tekniske problemer, anvendes sikker mail og/eller telefon.

KM efter telefonisk kontakt

Telefonisk kontakt om borgerens situation skal altid følges op med en KM, hvor der står beskrevet, hvad henvendelsen drejede sig om.