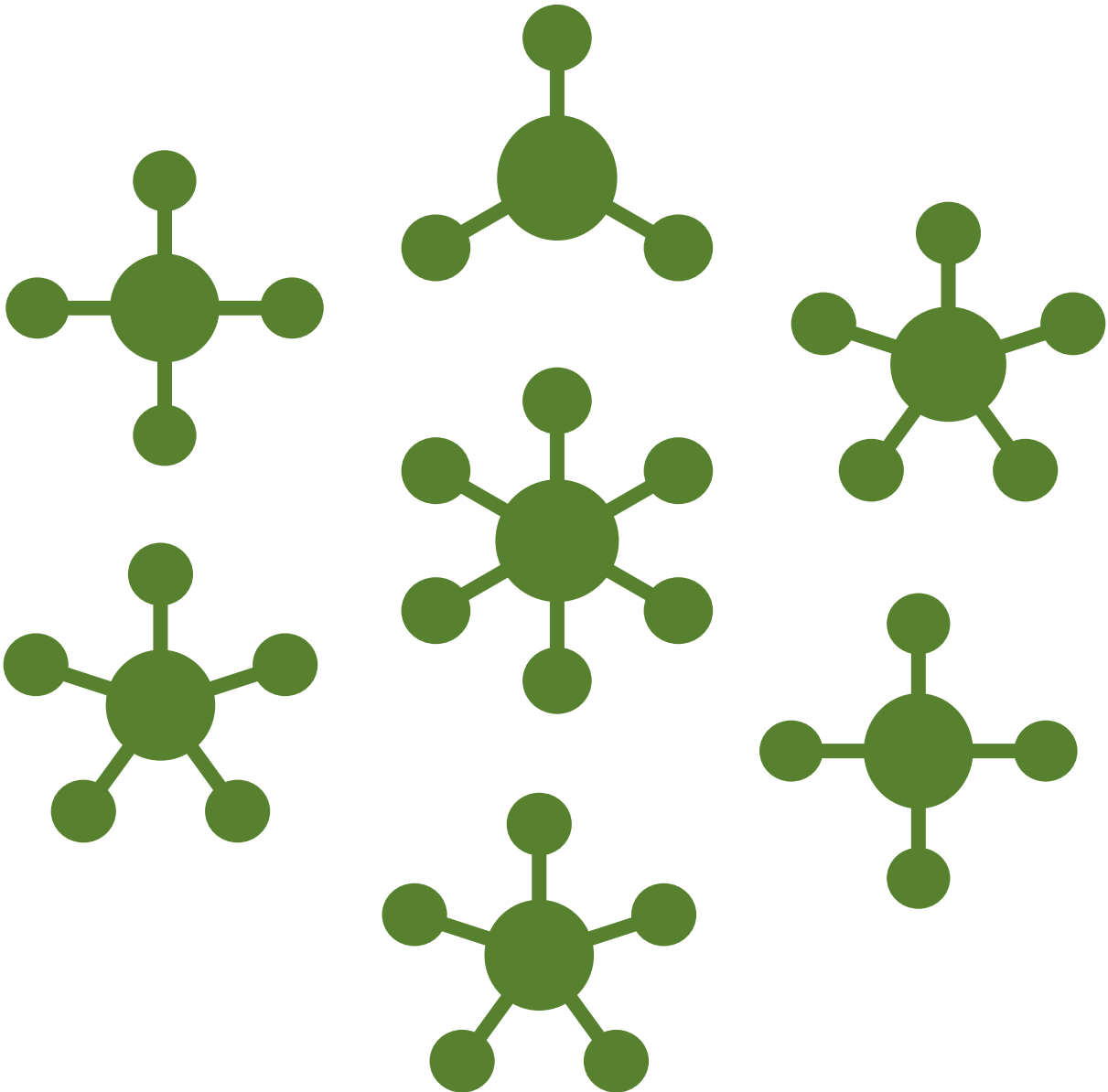


# Håndbog om sundhedsklynger





## Indhold

1. Hvad er sundhedsklynger?.....	3
2. Hvorfor skal vi have sundhedsklynger og hvem har besluttet det? .....	3
3. Hvem er repræsenteret i sundhedsklyngerne og hvor ofte mødes de? .....	5
4. Hvilke opgaver skal sundhedsklyngerne løse?.....	6
5. Har sundhedsklyngerne nogen penge?.....	8
6. Hvad er sundhedssamarbejdsudvalg? .....	9
7. Hvem er repræsenteret i sundhedssamarbejdsudvalgene og hvor ofte mødes de? .....	9
8. Hvad skal sundhedssamarbejdsudvalgene lave?.....	10
9. Hvordan ser den nye struktur på sundhedsområdet ud? .....	11
10. Hvad ved vi om ”de fælles patienter”? .....	12
11. Hvilke kommuner er med i hvilke klynger? .....	13
12. Hvad sker der med de sundhedsaftaler, som kommuner og regioner indgår hvert 4 år? .....	16
13. Hvad sker der med praksisplanerne?.....	16
14. Hvad sker der med de eksisterende udvalg? .....	17
15. Hvem sekretariatsbetjener klyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene? .....	18
16. Hvornår skal klyngerne holde møder og hvad skal på dagsordenen? .....	19
17. Hvilke data har klyngerne adgang til? .....	20



## 1. Hvad er sundhedsklynger?

**Sundhedsklynger** er et samarbejde mellem kommuner, hospital og almen praksis, som pr. 1. juli 2022 skal etableres omkring hvert akuthospital.

**Sundhedsklyngerne** skal først og fremmest samarbejde om de borgere/patienter, som kommuner, almen praksis og hospitaler er fælles om. Det vil især sige:

- ældre medicinske borgere
- borgere med kronisk sygdom
- borgere med psykiske lidelser

Der vil være 4-5 klynger i hver region.

Myndighedsansvaret på sundhedsområdet ligger som hidtil i regioner og kommuner. **Sundhedsklyngerne** er ikke nye myndigheder.

## 2. Hvorfor skal vi have sundhedsklynger og hvem har besluttet det?

Regeringen, KL og Danske Regioner har d. 11. juni 2021 indgået en politisk aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger), som bl.a. indebærer etablering af **sundhedsklynger** og **sundhedssamarbejdsudvalg**.

Sundhedsministeriet har fredag den 18. februar 2022 udsendt et lovforslag om etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg i høring. Loven forventes fremsat i april og forventes at træde i kraft 1. juli 2022. Det betyder, at denne publikation, skal læses med forbehold for den endelige lovgivning, men er tilrettet ift. høringsversionen af lovforslaget.

Nedenstående tekst er klippet fra den politiske aftale om sundhedsklynger:

---

*”Sundhedsvæsenet står over for en betydelig udfordring som følge af den demografiske udvikling, der betyder flere ældre og flere patienter med kroniske lidelser. Det kræver styrket samarbejde og sammenhæng og en fortsat, gradvis omstilling, så flere borgere kan få behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud i nærmiljøet i stedet for at skulle på et af de specialiserede sygehuse, når det ikke er nødvendigt.*

*Mere behandling og opfølgning skal fremadrettet løses i praksissektoren, i kommunerne og i hjemmet, herunder gennem udgående og virtuel understøttet sygehusbehandling. Det skal sikre bedre sammenhæng og nærhed for patienten og samtidig aflaste sygehusene.*

*Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om, at en del af løsningen er forenkling og styrkelse af den nuværende politiske struktur i hver region og etablering af nye forpligtende og formaliserede ‘Sundhedsklynger’ omkring hvert af de 21 akuthospitaler.”*

---

Som det fremgår af citatet, så er parterne enige om, at etablering af sundhedsklynger er *en del af løsningen*, på sundhedsvæsenets udfordringer.

Hvis vi laver en voldsom forenkling og siger at sundhedsvæsenet har følgende to hovedudfordringer:

- 1) Demografi, herunder mangel på arbejdskraft og
- 2) Sammenhæng,

så skal sundhedsklyngerne især bidrage til at løse nr. 2) Sammenhæng.

KL lægger i sin interessevaretagelse overfor Christiansborg meget vægt på, at **sundhedsklyngerne ikke er hele løsningen** på sundhedsvæsenets udfordringer. Derfor er der fortsat behov for en sundhedsreform, som forholder sig til det store demografiske pres, som flere ældre, flere kronisk syge borgere betyder, samtidig med at der er et begrænset arbejdsudbud på området.

Når det er sagt er forventningen til **sundhedsklyngerne**, at de skal sætte ekstra skub i det i forvejen tætte samarbejde, der flere steder eksisterer mellem kommuner, hospital og almen praksis. Der findes i forvejen mange klyngesamarbejder på fagligt niveau, og disse samarbejder bliver nu formaliseret. Der hvor samarbejderne ikke findes endnu, bliver de skabt.



Den politiske overbygning med borgmestre i front fra kommunernes side og regionsrådsformanden mfl. i front fra regionernes side skal skabe et mere forpligtende og højere prioriteret samarbejde mellem parterne og internt i organisationerne.

KL har en ambition om, at **sundhedsklyngerne** får et manøvrerum, der giver et reelt lokalpolitisk ejerskab og en reel prioritering af sundhedsvæsenet kommunalt, hvilket sammen med nationale initiativer skal skabe en samlet reformering af sundhedsvæsenet.

Etablering af **sundhedsklyngerne** og den nye organisering skal fra et kommunalt perspektiv bl.a. bidrage med:

- En organisering, hvor regioner, hospitaler, kommuner og almen praksis i fællesskab skal samarbejde om at sikre den bedste mulige behandling af de patienter, man er fælles om.
- Give kommunerne bedre muligheder for at øve indflydelse på udviklingen af sundhedsområdet og de opgaver, som skal varetages fremadrettet.

Når **sundhedsklyngerne** har eksisteret i 1 år, kunne en kommunal ambition fx være at:

- borgerne kan mærke, at deres samlede forløb er mere sammenhængende.
- hospitaler, kommuner og almen praksis er blevet bedre til at løse problemer sammen
- medarbejdere oplever bedre rammer for at skabe sammenhæng for borgerne
- politikere har taget ejerskab til og skabt sig indflydelse på samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet.

### 3. Hvem er repræsenteret i sundhedsklyngerne og hvor ofte mødes de?

**Sundhedsklyngerne** har to niveauer; et politisk og et fagligt/strategisk niveau. Figuren neden for viser, hvem der er repræsenteret på de to niveauer. Dog er nedenstående med forbehold for den endelige lovgivning.

## Politisk niveau

Regionsrådsformand og 1-2 regionsrådsmedlemmer\*

Borgmestrene\*\* fra klyngens kommuner

## Fagligt / strategisk niveau

3 repræsentanter fra region/sygehus, herunder det psykiatriske område

Én repræsentant for hver af de deltagende kommuner

2 repræsentanter for almen praksis\*\*\*

2 repræsentanter for patient- og pårørendeorganisationer\*\*\*\*

\* Lovforslaget lægger op til, at den nærmere sammensætning på det politiske niveau kan aftales lokalt mellem regionsrådet og borgmestrene i klyngen. KL forudsætter at muligheden for at supplere op med kommunale eller regionale repræsentanter gælder begge veje, med det formål at opnå balance i antallet af regionale og kommunale medlemmer.

\*\* I Aalborg, Aarhus, Odense og København, kan rådmænd eller fagborgmestere ifølge lovforslaget repræsentere kommunen i klyngen.

\*\*\* Almen praksis er repræsenteret på fagligt / strategisk niveau samt skal inddrages i arbejdet på det politiske niveau i relevant omfang.

\*\*\*\* Patient- og pårørendeorganisationer er repræsenteret på fagligt / strategisk niveau samt skal inddrages i arbejdet på det politiske niveau i relevant omfang. Patientinddragelsesudvalget udpeger ifølge lovforslaget de to repræsentanter, men KL overvejer mulighederne for at tænke mere fleksibelt ift. én af pladserne.

Ifølge aftalen mødes **Sundhedsklyngerne** på *politisk niveau* som to gange årligt, med mulighed for flere møder efter behov. Ifølge lovforslaget mødes de som udgangspunkt kvartalsvist. KL vil arbejde for at der bliver frihed til at fastsætte mødekadencen, som forudsat i aftalen. *Formandskabet* er delt mellem region og kommuner. Der udpeges én medformand blandt regionens medlemmer og én medformand blandt borgmestrene.

Det politiske niveau kan opstille selvstændige mål for deres arbejde med udgangspunkt i de lokale udfordringer og behov, fx ift. i forhold til særlige indsatser for at imødegå sammenhængsproblematikker i sundhedsklyngens population og evt. lokale folkesundhedsmæssige udfordringer eller sygdomsbyrder.

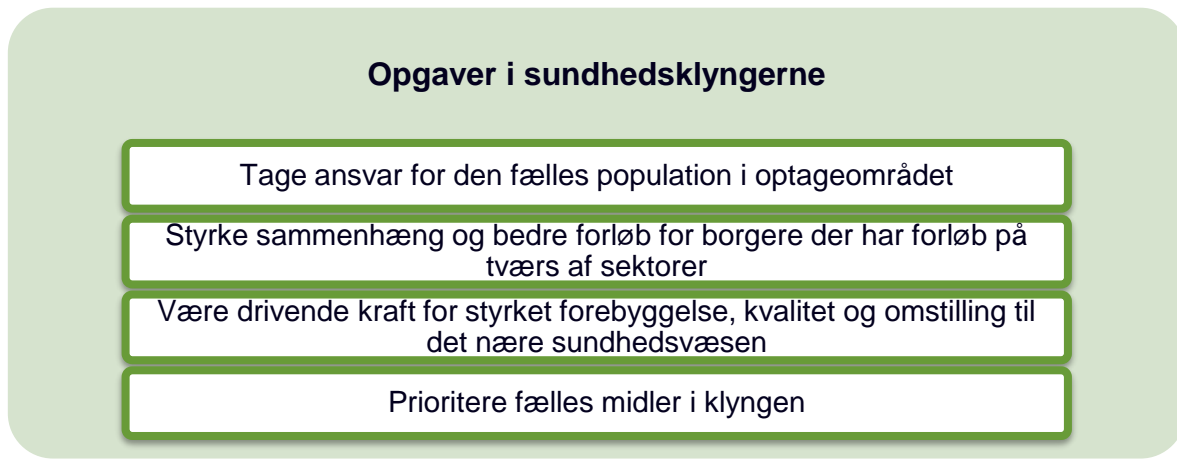
**Sundhedsklyngerne** fastsætter selv mødekadencen på *fagligt / strategisk niveau*, dvs. det er ikke fastsat i lovgivningen. Forventningen er en relativt hyppig mødekadence, idet ønsket er, at det strategiske/faglige niveau kan være operationelt og handlekraftigt.

## 4. Hvilke opgaver skal sundhedsklyngerne løse?

**Sundhedsklyngerne** skal være drivkraft og "motor" for nogle af de forandringer i sundhedsvæsenet, som er nødvendige for at fremtidssikre sundhedsvæsenet. **Sundhedsklyngerne** skal bl.a. igangsætte konkrete samarbejdsprojekter om de fælles borgere, implementere og følge op på lokalt og nationale aftalte initiativer, aftale modeller for bedre patientforløb med fokus på kvalitet,

omkostningseffektivitet og nærhed for borgeren samt følge nøgletal og data for borgerne i sundhedsklyngen, herunder ved at sætte mål for udviklingen.

Figuren neden for beskriver **sundhedsklyngernes** opgaver i helt kort form.



Lovforslaget beskriver opgaverne således:

- **Løfte det fælles populationsansvar** og prioritere indsatser, der imødekommer de lokale behov og som sikrer bedre og mere sammenhængende patientforløb.
- Varetagelse af det fælles populationsansvar sker gennem løbende drøftelse og **bedre indsigt i hinandens udfordringer og behov**, fx ved at følge og drøfte centrale nøgletal og data for populationen inden for sundhedsklyngen, så data kommer til at understøtte et tæt samarbejde.
- Sætte fælles retning for og sikre **lokal implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer**, fx kvalitetstiltag, handlingsplaner, forløbsprogrammer mv.
- Drøfte initiativer, herunder **omstilling af behandling** til det primære sundhedsvæsen eller større ændringer i regionens eller kommunernes opgaver, som har politisk eller økonomisk betydning.
- Beslutte **udmøntning af fælles midler** til udvikling og afprøvning af nye samarbejdsformer og indsatser.
- Drøfte og aftale **lokale modeller** for bedre patientforløb, med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed (omstilling), fx for udvalgte patientgrupper.
- Igangsætte relevante **samarbejdsprojekter**, fx samarbejde om akutpladser, forløb for patienter med psykiske lidelser eller kronisk sygdom og fælles forebyggelsesindsatser.

- Bidrage med klyngens **indspil til sundhedsaftalen og praksisplanen** for almen praksis.
- Bidrage til retning for Sundhedssamarbejdsudvalgets prioritering ift. **implementering af nationale handleplaner**.

## 5. Har sundhedsklyngerne nogen penge?

Ja. Der er prioriteret **80 mio. kr. som fælles midler i 2022** til understøtte opstart af sundhedsklyngernes arbejde i anden halvdel af 2022(halvårseffekt). KL og Danske Regioner arbejder for, at der fremadrettet afsættes permanente midler til klyngerne.

Midlerne skal finansiere tværsektorielle indsatser, som skal hjælpe samarbejdet i gang med konkrete indsatser målrettet klyngens population/borgere. Konkrete forsøg med tværsektorielle indsatser og omstilling til det nære sundhedsvæsen i de enkelte klynger finansieres med fælles midler, mens drift og/eller implementering ikke skal finansieres med fælles midler. KL arbejder for, at generelle opgaveflytninger og/eller udmøntning af nationale aftaler derimod finansieres med nationale midler.

Midlerne fordeles med halvdelen til regionerne og halvdelen til kommunerne. De fælles midler er "ægte fælles", og det er derfor **klyngen som helhed, der disponerer over de fælles midler** – ikke sygehus/region eller de enkelte kommuner i klyngen.

Kommuner og region i den enkelte klynge forventes at kunne aftale at tilføre yderligere lokale midler til de fælles midler, hvis der måtte være enighed om det. KL arbejder for, at klyngerne skal kunne anvende de fælles midler til at løse opgaver, uden at tage hensyn til, om betalingen går fra kommune til kommune, kommune til regioner eller region til kommune.

Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL arbejder på at få fastlagt en **nærmere model for hvordan eksisterende og eventuelt fremtidige midler til sundhedsklyngerne udmøntes og fordeles**. Det er afgørende for KL, at modellen ikke medfører betydelige byrdemæssige konsekvenser for kommunerne.

Ovenstående skal derfor læses med det forbehold for den endelige model for udmøntning af midlerne.



## 6. Hvad er sundhedssamarbejdsudvalg?

[Sundhedssamarbejdsudvalg](#) erstatter de nuværende Sundhedskoordinationsudvalg og Praksisplanudvalg. Sundhedssamarbejdsudvalg skal etableres pr. 1. juli 2022, hvorved den nuværende politiske struktur forenkles. Sundhedssamarbejdsudvalg forkortes ofte som "SSU".

Der vil være ét [sundhedssamarbejdsudvalg](#) i hver region. Udvalget drøfter forhold, som går på tværs af sundhedsklyngerne, og udarbejder bl.a. hvert fjerde år en sundhedsaftale mellem regionen og kommunerne i regionen. Derudover vil sundhedssamarbejdsudvalget skulle forelægges en praksisplan inden denne vedtages. Drøftelser omkring almen praksis' rolle i samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis vil skulle foregå i sundhedssamarbejdsudvalget i relation til udformning af sundhedsaftaler.

## 7. Hvem er repræsenteret i sundhedssamarbejdsudvalgene og hvor ofte mødes de?

[Sundhedssamarbejdsudvalgene](#) er i lovforslaget beskrevet med et politisk niveau. Imidlertid vil det være oplagt at etablere/opretholde et forberedende administrativt niveau, som det også kendes i dag under sundhedskoordinations- og praksisplanudvalgene.

[Sundhedssamarbejdsudvalget](#) (SSU) mødes på *politisk niveau* 4 gange årligt og efter behov.

Formanden udpeges blandt regionsrådets repræsentanter, mens næstformanden udpeges blandt de borgmestre der er repræsenteret i SSU. Lovforslaget fastlægger, at kommunernes medlemmer i [Sundhedssamarbejdet](#) udgøres af medformændene fra de respektive klynger. Således vil næstformanden for sundhedssamarbejdsudvalget skulle være én af de borgmestre, som er medformand i en [sundhedsklynge](#).

Der vil være frihed til at tilrettelægge en administrativ gruppe og sekretariatsbetjening i fællesskab.

[Sundhedssamarbejdsudvalgene](#) nedsættes i et samarbejde mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne.

## Politisk niveau

- Regionsrådsformanden og 2 regionsrådsmedlemmer\*
- De borgmestre, som er medformænd i klyngerne i regionen

## Administrativt niveau

- Regionale medlemmer
- Kommunale medlemmer
- Repræsentanter for almen praksis\*\*
- Repræsentanter for patienter og pårørende\*\*

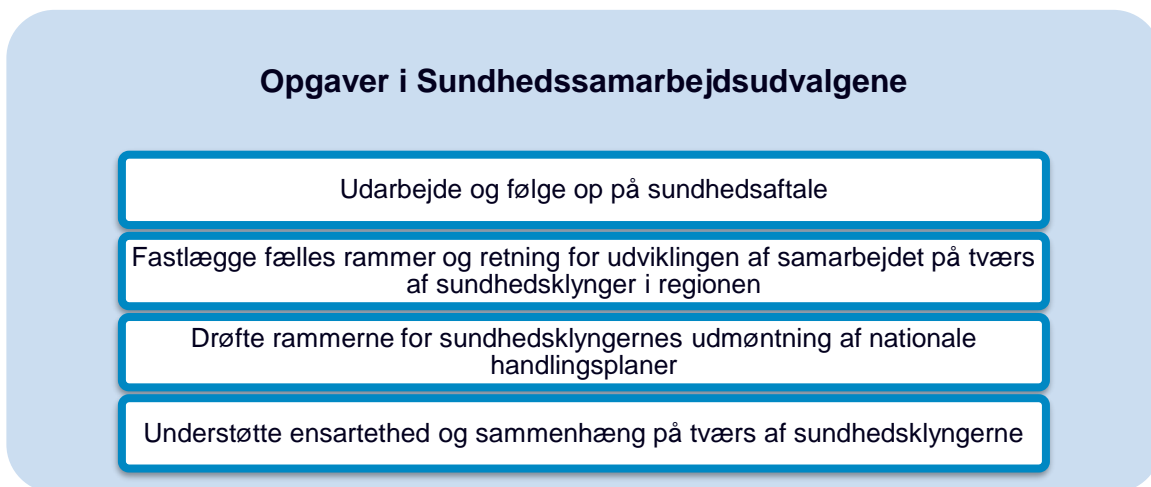
\* Lovforslaget lægger op til, at den nærmere sammensætning på det politiske niveau kan aftales lokalt mellem regionsrådet og kommunekontaktrådet. KL forudsætter at muligheden for at supplere op med kommunale eller regionale repræsentanter gælder begge veje, med det formål at opnå balance i antallet af regionale og kommunale medlemmer.

\*\* Almen praksis er repræsenteret på administrativt niveau samt forventes at skulle inddrages i arbejdet på det politisk niveau i relevant omfang. Det regionale patientinddragelsesudvalg skal inddrages, det vil også være muligt at inddrage andre repræsentanter for patienter og pårørende i drøftelserne.

Sundhedssamarbejdsudvalget skal inddrage repræsentanter for almen praksis og repræsentanter for patienter og pårørende i deres drøftelser, når det er relevant.

## 8. Hvad skal sundhedssamarbejdsudvalgene lave?

Figuren neden for beskriver [sundhedssamarbejdsudvalgenes](#) opgaver i helt kort form



Lovforslaget beskriver opgaverne således:

- Udarbejde udkast til [sundhedsaftale](#) (regionsråd og kommunalbestyrelser godkender efterfølgende aftalen) og følge op på sundhedsaftalens mål.
- Opstille principper for prioritering af indsatser/målgrupper/temaer mv. i forbindelse med implementering af nationale handleplaner og -aftaler [på tværs af regionens sundhedsklynger](#).
- Erfaringsudveksle, drøfte og beslutte rammer til at forbedre forløb for [patienter, der går på tværs af sundhedsklynger](#).
- Drøfte [samarbejdsaftaler](#) mellem kommuner og regioner, fx om hjemmebehandling, som [går på tværs af klynger](#). Vil ofte være på baggrund af afprøvede indsatser i én eller flere klynger og kan være foranlediget af nationale handleplaner og aftaler.
- Drøfte klyngernes udviklingstiltag og evt. indstille veldokumenterede tiltag til [udbredelse på tværs af klynger](#) eller på nationalt niveau.
- Drøfte [praksisplan](#) forud for vedtagelse og drøfte [almen praksis' rolle](#) i samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis i relation til sundhedsaftalen, herunder med inddragelse af repræsentanter fra almen praksis.

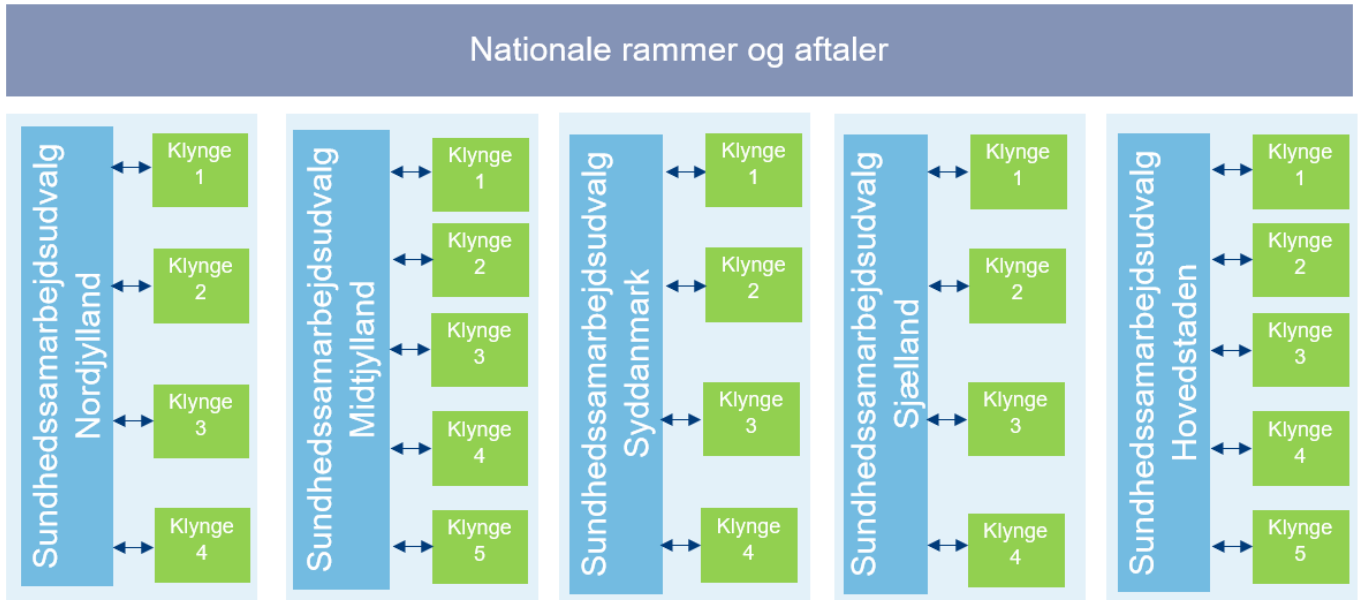
## 9. Hvordan ser den nye struktur på sundhedsområdet ud?

Den nye tværsektorielle samarbejdsstruktur på sundhedsområdet er tegnet op i figuren neden for.

Som det ses, etableres et antal [sundhedsklynger](#) i hver region samt ét [sundhedssamarbejdsudvalg](#) i hver region. Desuden er der en række nationale rammer og aftaler, som har betydning for sundhedsklyngernes og sundhedssamarbejdsudvalgenes arbejde.

Endvidere består KKR naturligvis også og vil have de samme opgaver som hidtil bort set fra udpegningen, idet borgmestrene nu er fødte medlemmer. KKR er ikke tegnet ind i figuren, idet det er tværkommunalt og ikke tværsektorielt. Kommuner og regioner vil fortsat have myndighedsansvaret på deres respektive områder.

Figur: Den nye struktur på sundhedsområdet



## 10. Hvad ved vi om "de fælles patienter"?

Neden for fremstilles en række facts om, hvem de fælles patienter er - altså de borgere, som både har kontakt med hospital og kommune. Det vil være relevant, at der opnås en fælles forståelse af dette i klyngesamarbejdet. Den fulde analyse kan læses her: [De fælles patienter \(kl.dk\)](#)

- Knap halvdelen af *alle borgere* var i 2018 i kontakt med **hospitalet** i løbet af et år (47 pct.), mens 8 pct. fik en kommunal sundheds- og plejeindsats (hjemmehjælp, hjemmesygepleje, plejebolig, forebyggende hjemmebesøg, rehabilitering eller genoptræning).
- De **kommunale indsatser** er koncentreret omkring de *ældre borgere*. Hver tredje ældre på 65 år eller derover (31 pct.) fik mindst én kommunal pleje- og omsorgsindsats i løbet af et år. Blandt 80+ årige er andelen 70 pct.
- Nogle borgere får både kommunale omsorgs- og plejeindsatser og er i kontakt med hospitalet, men **omfanget af overlappet** afhænger af hvilken population man tager udgangspunkt i.
- Fra en **regional vinkel** – med udgangspunkt i alle hospitalspatienter – er det kun 13 pct. af patienterne, som også får en kommunal indsats. Men fra en **kommunal vinkel** – med udgangspunkt i borgere med kommunale indsatser – er det 78 pct. som også har en hospitalskontakt.

- Blandt de ældste på 80 år eller derover er overlappet mellem hospitalspatienter og borgere med kommunal indsats **det samme uanset vinkel**: Tre ud af fire 80+ årige med hospitalskontakt, får også kommunal indsats – og omvendt (hhv. 74 og 73 pct.).
- Blandt borgere med rehabilitering og hjemmesygepleje specifikt, er andelen, som også har hospitalskontakt, endnu højere (hhv. 90 og 85 pct.) end blandt borgere med andre kommunale indsatser som fx plejebolig (67 pct.) eller forebyggende hjemmebesøg (72 pct.).
- Blandt indlagte hospitalspatienter på 80 år eller derover får **næsten ni ud af ti** også en kommunal indsats i løbet af et år.

## 11. Hvilke kommuner er med i hvilke klynger?

Aftalen om etablering af **sundhedsklynger** fastsætter, at der skal etableres sundhedsklynger rundt om landets akuthospitaler. Det fremgår af lovforslaget, at det er regionerne og kommunerne selv, der vil skulle stå for oprettelse af sundhedsklyngerne omkring akutsygehuse.

De nye sundhedsklynger bygger i høj grad på de eksisterende klyngesamarbejder, der mange steder allerede findes rundt om i landet. Det er således akuthospitalernes optageområder, der som udgangspunkt afgør, hvilken sundhedsklynge kommunerne er med i.

KL har i november og december 2021 holdt møder med alle kommuner, som har haft en bekymring ift. sit klyngetilhørsforhold. De bekymringer kan opdeles i tre kategorier:

- **50/50**: Udfordringer som følger af, at nogle kommuners borgeres sygehuskontakt er ligeligt eller næsten ligeligt fordelt mellem to eller flere akutsygehuse.
- **Uoverensstemmelse mellem somatiske og psykiatriske optageområder**: Psykiatrien har ofte et større/anderledes optageområde end somatikken, hvilket betyder, at nogle kommuners borgere har primær kontakt til ét sygehus på det somatiske og et andet på det psykiatriske område.
- **Primær tilknytning til mindre hospital**: Udfordringer som følger af, at kommunens primære tilknytning er til et akuthospital med få specialiserede funktioner (modificeret akuthospital som Thisted, Nykøbing Falster og Bornholm).

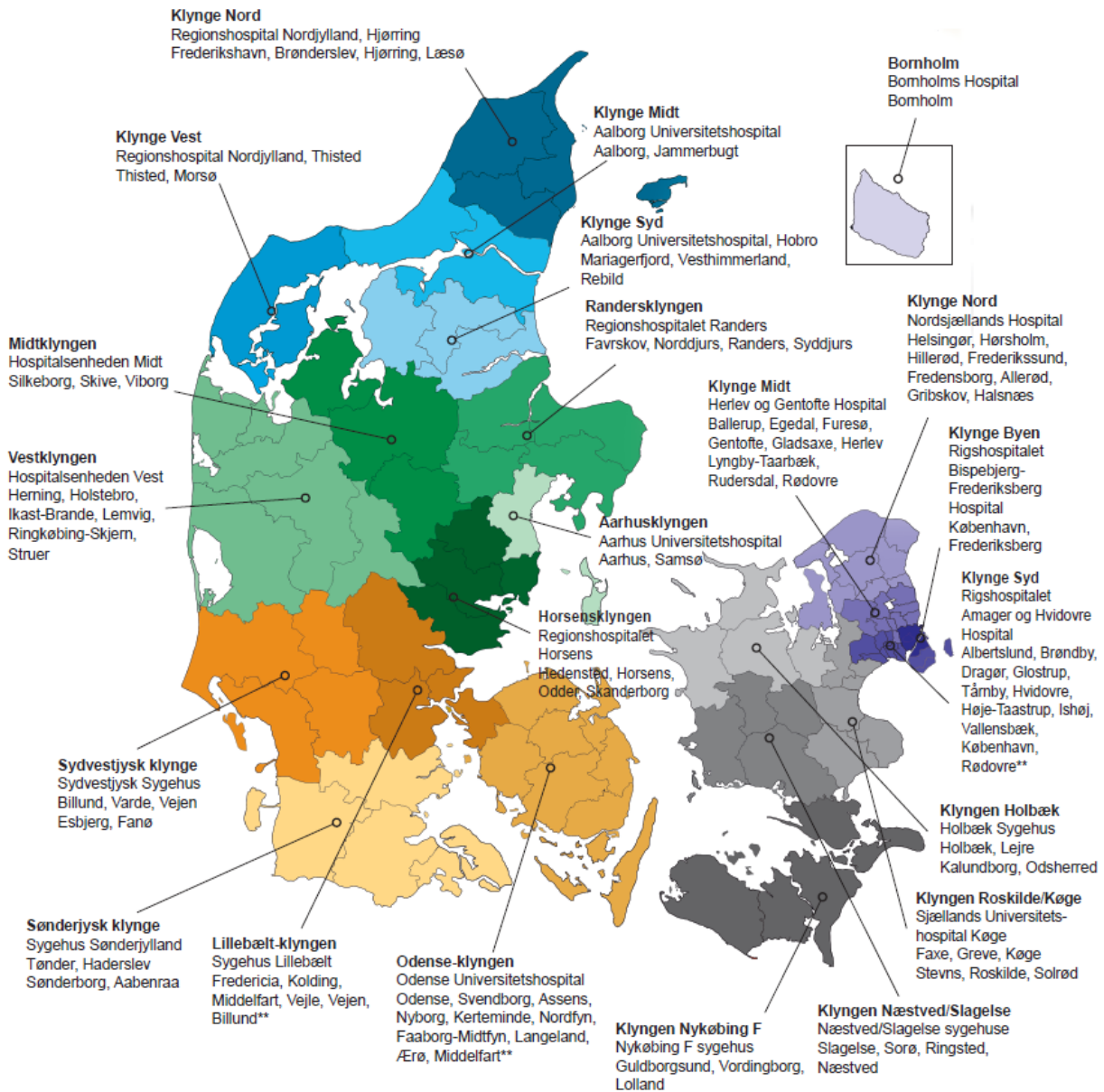
KL har som led i afklaringen af kommunernes klyngetilhørsforhold arbejdet efter følgende typer løsninger på de skitserede problemstillinger:

- **50/50:** Kommunen er som udgangspunkt politisk repræsenteret i én klynge, men har mulighed for repræsentation i flere klynger. Dette kan sikre en vis koordination, om end kommunerne også i dag oplever udfordringer med forskellige hospitalers forskellige praksis.
- **Uoverensstemmelse mellem somatiske og psykiatriske optageområder:** Psykiatrien repræsenteres i flere klynger på det administrative niveau. Psykiatrien vil således skulle at tilpasse sig de politiske ønsker i de forskellige klynger.
- **Primær tilknytning til mindre hospital:** Det skal sikres, at kommunerne med primær tilknytning til et mindre specialiseret hospital får adgang til specialiseret behandling inden for en vis geografisk afstand.

I skrivende stund er **næsten alle klyngedannelser faldet på plads**, og KL har løbende dialog med Danske Regioner og Sundhedsministeriet om den endelige fastlæggelse af sundhedsklyngerne. Bl.a. klyngestrukturen omkring Københavns Kommune afventer dog fortsat afklaring. Desuden er der også enkelte udeståender i Sjælland, hvor KL bl.a. har efterspurgt en opdateret patientstrømsanalyse fra Sundhedsministeriet. Ministeriet har grundet andre presserende opgaver endnu ikke kunnet levere en opdateret patientstrømsanalyse.

Figuren neden for viser KL's billede af de nye sundhedsklynger, hvor det er markeret, hvilke kommuner der er med i hvilke klynger. KL afventer regionernes bud på, hvordan psykiatrien deltager i de enkelte klynger. Se desuden forbehold ovenfor.

**Figur: Foreløbig oversigt over de kommende sundhedsklynger**



\* Psykiatrien er repræsenteret i klyngerne ved, at repræsentanter fra den regionale psykiatrilæelse deltager i det administrative niveau i alle regionens klynger. Derudover deltager eventuelle repræsentanter fra lokale afdelinger i relevante drøftelser.

\*\* Kommunen deltager udelukkende i det administrative niveau for den pågældende klynge.

## 12. Hvad sker der med de sundhedsaftaler, som kommuner og regioner indgår hvert 4 år?

De nye [sundhedssamarbejdsudvalg](#) får ansvar for at udarbejde en sundhedsaftale hvert fjerde år. Det er en opgave, som de overtager fra de tidligere sundhedskoordinationsudvalg.

En sundhedsaftale er en politisk aftale, som regionsrådet og kommunalbestyrelserne i den pågældende regions område indgår hver fjerde år. Sundhedsaftalen udgør den overordnede, generelle ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis. Sundhedsstyrelsen sætter rammen for arbejdet med sundhedsaftaler gennem vejledningsmateriale og godkender i sidste ende også sundhedsaftalen.

De nugældende sundhedsaftaler udløber medio 2023, og normalt ville det nye Sundhedskoordinationsudvalg gå i gang med at udarbejde sundhedsaftalen kort efter konstitueringen efter kommunal- og regionsrådsvalget.

For at give tid til, at de nye [sundhedssamarbejdsudvalg](#) kan udarbejde aftalen – under inddragelse af [sundhedsklyngerne](#) – foreslås det i lovforslaget, at de nuværende aftaler forlænges med et halvt år og tilsvarende forkortes den næste generation af sundhedsaftaler med et halvt år.

## 13. Hvad sker der med praksisplanerne?

Lovforslaget fastsætter, at regionsrådet vil med inddragelse af kommunerne og repræsentanter for almen praksis, herunder PLO, have ansvar for at udarbejde og følge op på praksisplanen.

Det vil fortsat være Regionsrådet som har den afgørende stemme ift. vedtagelse af praksisplanerne, men det skal tilstræbes at opnå enighed om praksisplanernes indhold. Høringsreglerne ændres ikke, og praksisplanen skal forelægges [sundhedssamarbejdsudvalget](#) forud for indgåelse.

Det forudsættes, at kommende praksisplaner bl.a. skal adressere spørgsmål om lægedækning, tilgængelighed, kapacitet og almen praksis' rolle i det regionale/kommunale sundhedsvæsen.

Drøftelser om almen praksis' rolle i samarbejdet mellem kommuner, regioner og almen praksis vil fortsat skulle foregå i [sundhedssamarbejdsudvalget](#) i relation til udformningen af sundhedsaftaler.



## 14. Hvad sker der med de eksisterende udvalg?

Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget nedlægges og erstattes af [sundhedssamarbejdsudvalget](#).

I flere regioner er der allerede tværsektorielle klynger eller tværsektorielle samordningsudvalg, hvor kommuner og hospitaler mødes på administrativt niveau (enkelte steder på politisk niveau). Disse udvalg skal naturligvis ikke eksistere sideløbende med sundhedsklynger. [Sundhedsklyngerne](#) vil erstatte disse udvalg.

KL anbefaler, at de gamle samordningsudvalg/klynger ikke blot videreføres med et nyt navn ([sundhedsklynger](#)), men at der på ny tages stilling til klyngernes formål, opgaver, ny-udpeges medlemmer til klyngerne, vælges formandskab, tages stilling til sekretariatsbetjening mv. inden for de rammer, som bliver fastsat i den nye lovgivning.

Flere steder har dagsordenerne i samordningsudvalg/klynger været styret centralt fra regionerne, og dette vil også skulle ændres, idet de nye [sundhedsklynger](#) har en politisk overbygning, som skal definere rammen for det faglige arbejde i klyngen, ligesom sekretariatsbetjeningen nu skal være delt mellem regioner og kommuner.

I hver region er der en række administrative stående eller midlertidige udvalg og arbejdsgrupper, hvoraf nogle er opstået som følge af sundhedsaftalerne. Det vil være oplagt, at regioner og kommuner ser disse udvalg efter i sømmene og tager et kritisk blik på, hvilke der fortsat er behov for og hvilke der skal nedlægges.

Det vil være vigtigt, at [sundhedsklyngerne](#) får rum til at foretage prioriteringer og afprøve nye løsninger i klyngen. Dette forudsætter, at der er administrativ kraft til at understøtte klyngernes arbejde, og at alle udviklingskræfter ikke bliver bundet arbejdsgrupper under sundhedsaftalen.

## 15. Hvem sekretariatsbetjener klyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene?

Sekretariatsbetjeningen af **sundhedsklynger** og **sundhedssamarbejdsudvalg** sker ifølge lovforslaget i fællesskab mellem region/hospital og kommuner. Der ligger en stor indflydelse i sekretariatsbetjeningen, og KL's holdning er, at kommuner og regioner har en så ligeværdig rolle i sekretariatsbetjeningen som muligt.

Kommunernes forvaltninger forventes at varetage den kommunale rolle i sekretariatsbetjeningen for især **sundhedsklyngerne**. Det vil være naturligt, hvis de kommuner, hvis borgmester er medformand for klyngen, løfter en særlig rolle. Det er dog noget, som kommunerne i klyngen aftaler med hinanden og regionen/hospitalet.

KKR-konsulenterne og de fælleskommunale sundhedssekretariater forventes også at varetage en kommunal rolle i sekretariatsbetjeningen, især for **sundhedssamarbejdsudvalgene**, som det også er tilfældet i dag med sundhedskoordinationsudvalgene og praksisplanudvalgene. Desuden vil de have en vigtig rolle ift. regional koordinering og videndeling. Det er ønskeligt med et tæt konneks mellem KKR/sundhedssekretariater og klyngernes sekretariater, hvor det også er en overvejelse om sundhedssekretariaterne kan bistå med sekretariatsbetjening til klynger, som har færre ressourcer.

KL vil påtage sig en betydelig rolle i at understøtte klyngesamarbejdet. KL har i den forbindelse oprettet en **taskforce for sundhedsreform**, som bl.a. har til formål at understøtte klyngedannelse og -opstart både politisk og administrativt. Dels ift. at etablere netværk og sparring på tværs af landet, dels ift. at sikre, at relevant viden når ud til klyngerne og endelig ift. at understøtte klyngerne gennem indgåelse af nationale aftaler, når der er behov for det. Taskforcen har desuden en række opgaver ift. arbejdet med en kommende sundhedsreform, som ikke er yderligere beskrevet her.

Taskforcens **succeskriterier** i klyngernes første kalenderår (2022-2023) vil være:

1. Borgmestre er klædt på til opgaven
2. Kommunerne er velinformerede om lovgivning m.v. fra centralt hold
3. Kommunerne har adgang til nationale netværk på tværs af sundhedsklynger og understøttelse fra KL
4. Kommunerne har adgang til relevante data på klyngeniveau og har viden om hvilke data de må dele til fx kvalitetsarbejde, planlægning og direkte patientbehandling.
5. KL har overblik over tendenser og udvikling i klynger og SSU ift. bl.a. nationale forhandlinger om kommunernes økonomi og nationale rammeaftaler (omsætte gode erfaringer til nationale aftaler)

På længere sigt vil dele af taskforcens arbejde fortsætte som egentlig **driftsaktivitet**. Det gælder eksempelvis, når der skal indgås konkrete nationale aftaler om fx omlægning af behandling til det

nære pba. lokale erfaringer og udvikling af data til brug i klyngerne. Herudover vil KL også have en rolle ift. at følge arbejdet i klyngerne og fortsat understøtte erfaringsudveksling mellem klynger.

Hvert KKR får en fast **kontaktperson** i taskforcen, som har en særlig rolle i at følge arbejdet i klyngerne i det pågældende KKR og sparre med KKR-konsulenter og fælleskommunale sundhedssekretariater i det pågældende KKR. Der vil blive oprettet en side på KL's **hjemmeside**, hvor der vil ligge information om klynger og diverse netværksaktiviteter for borgmestre, direktører, sekretariater mv. kan følges.

## 16. Hvornår skal klyngerne holde møder og hvad skal på dagsordenen?

Hvis det fastholdes, at klyngerne som udgangspunkt skal mødes to gange årligt, finder KL det hensigtsmæssigt, at de politiske møder i **sundhedsklyngen** ligger i august/september/oktober (om muligt, idet kommunernes budgetforhandlinger også fylder meget her) og primo marts (forud for forhandlinger om kommunernes og regionernes økonomi). I sidste ende vil det være op til sundhedsklyngerne selv at tilrettelægge mødekadencen, herunder også evt. at holde flere årlige møder ved behov.

Der vil også være et hensyn til timingen ift. møder i **sundhedssamarbejdsudvalget**, der som udgangspunkt mødes fire gange årligt.

Det faglige / strategiske niveau i **sundhedsklyngerne** vil skulle mødes oftere.

**Klyngernes dagsordener** afklares som udgangspunkt i formandskabet og afhænger af lokale forhold og problemstillinger, som klyngen ønsker at sætte fokus på. En dagsorden vil fx kunne indeholde emner som:

- 1) Opbygning af relationel kapacitet / **lære hinandens organisationer og udgangspunkter at kende**. Fx gennem en præsentation og drøftelse af kommunernes kapacitet og tilbud på sundheds- og ældreområdet, hospitalernes kapacitet rettet mod fælles borgere, planer for ændringer i kapacitet, drøftelse af hvad det betyder for hinanden, når der sker ændringer i kapaciteten mv. Formålet kunne være at åbne sig op for hinanden og dermed skabe tillid til at parterne inddrager hinanden i forbindelse med beslutninger som har faglig eller økonomisk betydning for den anden part.
- 2) Drøftelse og beslutning om hvilke **problemer eller målgrupper** klyngen skal sætte særlig fokus på og som det faglige / strategiske niveau skal lave et oplæg til, fx med udgangspunkt i data om klyngens population. **Klyngens fælles midler** kan bringes i spil og afsættes til konkrete innovative initiativer. Det kunne være:

- a. Hvilke problemer er der især et behov for at iværksætte tiltag mod i klyngen? Hvordan oplever forskellige typer borgere deres forløb på tværs af hospital, kommune, almen praksis? Hvad viser data om klyngens udfordringer?
  - b. Borgere med både psykiske lidelser og somatisk sygdom på bosteder – hvordan får kommune, almen praksis og hospitaler et bedre samarbejde om dem?
  - c. Hvordan kan sygehusene bedre understøtte kommuner og almen praksis, så ældre, ustabile borgere ikke indlægges, hvis det kunne være håndteret lokalt? Hvad skal der være på plads for at kommunernes personale kan gøre mere? Er der allerede en udvikling i gang, hvor mere rykker ud i hjemmet? Hvilke aftaler skal der laves om det?
  - d. Hvordan skaber vi den gode udskrivning, hvor alle de rigtige informationer er på rette sted og tid, fx gennem et styrket samarbejde om hvad vi kommunikerer til hinanden og hvornår.
  - e. Hvordan får vi flere sårbare borgere med kronisk sygdom til at følge behandling og rehabilitering og dermed gøre dem bedre i stand til at mestre deres eget hverdagsliv.
- 3) Fremlæggelse af erfaringer fra afprøvninger der er foretaget klyngen og beslutning om, hvorvidt klyngen anbefaler at **udbrede indsatsen til andre klynger eller nationalt**. Modtagelse af andre klyngers erfaringer.
  - 4) Beslutning om hvorledes klyngen kan/vil **implementere anbefalinger fra nationalt hold**, fx omlægning af hjerterehabilitering fase 2 i alle kommuner, for at give borgerne et mere nært rehabiliteringstilbud og få flere til at gennemføre tilbuddet.

## 17. Hvilke data har klyngerne adgang til?

Det er vigtigt, at drøftelser og beslutninger i **sundhedsklyngerne** kan tages ud fra centrale nøgletal og data for klyngens population.

Under Sundhedsministeriet er der nedsat en arbejdsgruppe, som skal sikre, at der stilles relevante data for populationen til rådighed for **sundhedsklyngernes** arbejde. I arbejdsgruppen er Sundhedsministeriets departement, Sundhedsdatastyrelsen, Danske Regioner, KL, kommuner og regioner repræsenteret. Kommunerne repræsenteres med én repræsentant fra hver af de fem KKR'er.

Det er arbejdsgruppens opgave at sørge for, at der er relevante data til rådighed til **sundhedsklyngernes** 1. møde i sommeren/efteråret 2022 og på sigt, hvor dataunderstøttelsen skal udvides og tilpasses med flere relevante områder.

KL arbejder for, at dataunderstøttelsen som udgangspunkt **indarbejdes i de eksisterende løsninger til datadeling**, der findes på området som f.eks. det kommende "Dialogværktøj om fælles patienter", men mere håndholdte løsninger kan også være nødvendige i opstartsperioden.



Der afholdes 1. workshop med kommunal og regional repræsentation den 29. marts 2022. Workshopen skal sætte retning for arbejdsgruppen og være med til at prioritere de indledende dataområder.